Protocolo para la Presentación del Anteproyecto de Grado Opción Trabajo Dirigido

* Este espacio lo diligencia el área de trabajos de grado
Referencia del proyecto* _____

Información General

Información del estudiante 1	Nombre: Celis Lucerito Ceballos Carvajal
	Programa de especialización: Especialización en auditoría y garantía de calidad en salud
	Tipo y número de documento: CC 1086755566
	Correo institucional: cceball55566@universidadean.edu.co
	Teléfonos de contacto: 3185816922
	Correo electrónico alternativo: luceballosca@gmail.com
Información del estudiante 2	Nombre: Liliana Esther Molano Sierra
	Programa de especialización: Especialización en auditoría y garantía de calidad en salud
	Tipo y número de documento: CC 63544195
	Correo institucional: lmolano44195@universidadean.edu.co
	Teléfonos de contacto: 314 5383213
	Correo electrónico alternativo: lilianamolano89@gmail.com
Información del estudiante 3	Nombre: Leidy Johana López Hoyos
	Programa de especialización: Especialización en auditoría y garantía de calidad en salud
	Tipo y número de documento: CC 1061750042
	Correo institucional: llopezh50042@universidadean.edu.co
	Teléfonos de contacto: 3008503746
	Correo electrónico alternativo: jlopez5221@gmail.com
Campo de investigación:	
Grupo de investigación:	Grupo 2
Línea de investigación:	
Empresa: Nombre, sector, datos de contacto.	No aplica.

Título tentativo del proyecto:	Motivos relacionados con el tiempo de respuesta de aceptación de remisiones de pacientes hospitalizados desde la baja complejidad a la mediana y alta complejidad en el departamento del Cauca en donde la EAPB indígena tiene cobertura durante el año 2025.

Lugar y fecha de presentación 30 de octubre 2026

Tabla de Contenidos

Planteamiento del Problema 4
Objetivos 10
Objetivo general: 10
Objetivos específicos: 10
Justificación 10
Viabilidad del proyecto 13
Marco institucional 14
Marco de referencia 16
Diseño metodológico 25
Contribuciones originales esperadas 28
Cronograma 29
Referencias 31

Planteamiento del Problema

El sistema de referencia tiene sus orígenes en 1990, cuando el aparato legislativo, Congreso de la República a través de la Ley 10 (Colombia, 1990) reorganiza el sistema de salud entonces existente y otorga al Ministerio de Salud las competencias legales para organizar y establecer el régimen de referencia de pacientes entre los diferentes niveles de atención. El brazo ministerial en cumplimiento de la Ley expide el Decreto 2759 de 1991 (Colombia M. d., 1991), el cual constituye el primer reglamento técnico-administrativo unificado del régimen de referencia y contrarreferencia, definió sus objetivos, fijó las responsabilidades de las instituciones referentes y receptoras, y consagró las cuatro modalidades de solicitud de servicios: remisión, interconsulta, orden de servicio y apoyo tecnológico. De este modo, nace este sistema como un mecanismo fundamental de articulación entre los diferentes niveles de atención, especialmente cuando el nivel de complejidad de una institución resulta insuficiente para atender las necesidades de un paciente.

Luego, en 1991 se conforma la asamblea constituyente y se crea la Constitución Política, la cual a través de los artículos 49, 334 y 365 asignó al Estado la potestad de organizar, reglamentar y vigilar la prestación de los servicios de salud por niveles de atención bajo los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad (Asamblea Nacional Constituyente, 1991) . En este orden, una vez reglamentada la atención inicial de urgencias en el sistema (Colombia, Ministerio de Salud, 1992) y en desarrollo de lo establecido en el artículo 48 de la Carta Magna (Asamblea Nacional Constituyente, 1991), se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral en Colombia a través de la ley 100 de 1993 (Colombia C. d., Ley 100 de 1993, 1993) el cual instituye en su libro segundo el Sistema General de Seguridad Social en Salud y -entre otras cosas, en el marco de lo dispuesto en los artículos 48, 49, 334 y 365 a 370 de la Constitución Política (Asamblea Nacional Constituyente, 1991)establece la necesidad de garantizar a los usuarios del sistema el acceso oportuno,

continuo e integral a los servicios de salud, de acuerdo con sus necesidades y condiciones clínicas, para lo cual crea las Entidades Promotoras de Salud, quienes tienen la responsabilidad de garantizar la prestación eficiente y oportuna de los servicios médicos a sus afiliados a través del régimen de beneficios, administrar los recursos y promover la afiliación de los ciudadanos y organizar la prestación de los servicios de salud a través de las IPS. Es así como se dispuso en el artículo 162 que las Entidades Promotoras de Salud deben establecer un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a la alta complejidad se realice desde el primer nivel, salvo en urgencias, lo cual se reglamentó más tarde en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, requiriendo que la remisión a niveles superiores contenga la historia clínica completa del usuario (Colombia, Ministerio de Salud, 1994)

En la década de los 2000 la evolución del sistema como un todo, apunta hacia la descentralización territorial, la operativización de las redes de servicios y la estandarización, con avances como la reglamentación de acciones de detección temprana/protección específica y estandarizaron la captura de datos del sistema mediante los Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) y la epicrisis (Colombia, Ministerio de Salud, 2000), a la vez que el aparato legislativo a través de la Ley 715 de 2001 (Artículos 3, 42 y 54) asignó a las entidades territoriales (departamentos, distritos y municipios) la competencia de operar las redes de servicios y articularlas por grados de complejidad mediante el sistema de referencia (Colombia, Congreso de la República, 2001); además, a través de la Ley 1122 de 2007 (Art. 20) y Circular Única 047 de 2007 (Supersalud) se prohibieron las barreras administrativas previa atención inicial de urgencias, impidiendo requerir autorizaciones previas o contratos para la atención vital, (Colombia, Congreso de la República, 2007) (Colombia, Superintendencia Nacional de Salud, 2007)

En el contexto de las EAPB Indígenas, debido a que la organización y operación de sus redes de servicios debe considerar las condiciones territoriales, socioculturales y de acceso

propias de la población afiliada. La Ley 691 de 2001 (Colombia C. d., Ley 691, 2001) establece disposiciones específicas para la participación de los pueblos indígenas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y contempla mecanismos orientados a garantizar la atención de esta población.

Es de este modo que a través del decreto 4747 del 2007 el legislativo reguló la relación entre prestadores y aseguradores. En su artículo 17 el decreto imputó a las entidades responsables del pago la obligación directa de diseñar, organizar, documentar y operar el sistema de referencia y contrarreferencia, garantizando la suficiencia de la red, transporte asistencial y comunicaciones (Colombia p. d., 2007), ello se llevaría a cabo a través de los formatos, trámites, mecanismos de envío y términos de respuesta para las relaciones entre prestadores de salud y aseguradores estandarizados por el Ministerio de Salud, entonces Protección Social (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2008), que sería modificada más adelante para crear los formatos obligatorios de referencia y contrarreferencia (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2012)Ya para el 2010, con los CRUE como como nodos articuladores de la referencia territorial y traslado asistencial (Colombia, Ministerio de la Protección Social, 2010)el sistema sufre grandes modificaciones a manos del legislativo quien esta vez, a través de la Ley 1438 de 2011 condicionó la conformación y habilitación de las redes de prestadores a la existencia de mecanismos efectivos de referencia y contrarreferencia bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud (Colombia, Congreso de la República, 2011).

Posteriormente, la ley estatutaria de la salud 1751 de 2015 (Colombia C. d., Ley estatutaria 1751, 2015)establece el derecho a la salud en Colombia como un derecho fundamental e irrenunciable, ordenando la eliminación de trámites innecesarios y garantizando la fluidez de la referencia para proteger la continuidad e integralidad del paciente. En un esfuerzo por unificar y simplificar el gran volumen de actos reglamentarios del sistema, el legislativo a través del Decreto 780 de 2016 compiló el Decreto Único

Reglamentario del Sector Salud y consagró en su artículo 2.5.3.2.16 el marco de operación unificado para la referencia y contrarreferencia a cargo de las entidades aseguradoras (Colombia P. d., 2016).

El proceso de referencia y adquiere especial importancia en los pacientes hospitalizados en instituciones de baja complejidad que requieren atención en instituciones de mediana y alta complejidad. Estos pacientes pueden necesitar valoración por especialistas, procedimientos quirúrgicos, ayudas diagnósticas, unidades de cuidado intensivo u otros servicios que no se encuentran disponibles en la institución de origen. Por lo tanto, una vez identificada la necesidad de traslado, se inicia un proceso de búsqueda y aceptación por parte de las instituciones que hacen parte de la red de servicios, lo anterior depende de la gestión del proceso de referencia de la EAPB en los tiempos establecidos en la resolución 2335 del 2023 (Social, 2023)La oportunidad de este proceso depende de diferentes condiciones clínicas, administrativas, institucionales y relacionadas con la disponibilidad de la red, en ocasiones estos factores crean demoras que resultan en reclamos de los usuarios, según Analisalud del observatorio de la Supersalud en Colombia en el año 2024 se presentaron 573 reclamos por falta de oportunidad el proceso de referencia y en el año 2025 se presentaron 744 reclamos por falta de oportunidad en el proceso de referencia (Salud, 2026) a pesar de que en el país no existen datos sobre el total de remisiones anuales, el solo hecho de que existan reclamos por falta de oportunidad en el proceso de referencia es una vulneración al derecho a la salud de los usuarios; el departamento del Cauca cuenta con 2 EAPB indígenas de las cuales en el año 2024 se presentaron 75 reclamos por falta de oportunidad en el proceso de referencia y en el año 2025 se presentaron 243 (Salud, 2026) reclamos por falta de oportunidad en el proceso de referencia, estas cifras que van en aumento entre 2024 a 2025, los datos de la Supersalud no permiten identificar los motivos de estas demoras que generaron las quejas en los usuarios.

En este contexto, la oportunidad en la aceptación de una remisión representa un elemento fundamental para garantizar la continuidad de la atención y evitar retrasos en la prestación de los servicios requeridos. Por ello, las condiciones geográficas, la dispersión de la población, la disponibilidad de servicios especializados, las dificultades de transporte, las características de la red contratada y los mecanismos de comunicación entre las instituciones pueden constituirse en elementos que afectan la gestión de las remisiones. A estos factores pueden sumarse aspectos relacionados con la autorización de servicios, condiciones contractuales, disponibilidad de camas, aceptación por parte de las instituciones receptoras y calidad o completitud de la información clínica suministrada por la institución remisora, sin embargo, cuando se presentan tiempos prolongados entre la solicitud de remisión y la aceptación del paciente, se genera una situación que requiere ser analizada de manera sistemática para identificar sus causas y establecer cuáles de ellas presentan mayor relación con la demora.

La demora en la aceptación de una remisión puede generar consecuencias tanto para el paciente como para las instituciones y el asegurador según los datos encontrados en el sistema de nacional de referencia y contrarreferencia se evidencio que los factores más comunes, desde el punto de vista clínico, una respuesta tardía en la referencia del paciente puede prolongar la estancia hospitalaria del paciente en una institución que posiblemente no cuenta con la capacidad resolutiva necesaria, retrasar procedimientos diagnósticos o terapéuticos y afectar la continuidad del tratamiento. Desde el riesgo técnico para la EABP puede generar incremento de mayores costos asociados a la atención y dificultades en la coordinación entre la entidad responsable del aseguramiento y su red prestadora.

La ausencia de un análisis sistemático de estos factores limita la posibilidad de establecer acciones de mejora orientadas específicamente a las causas que generan mayores tiempos de respuesta. Si no se identifican los factores asociados, las estrategias

de intervención pueden concentrarse en acciones generales que no necesariamente responden a las principales dificultades del proceso.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que la literatura es limitada frente a las causas de las demoras en la aceptación de los pacientes hospitalizados en la baja complejidad, remitidos a la mediana o alta complejidad en el departamento del Cauca se plantea la necesidad de analizar el comportamiento de las remisiones de pacientes hospitalizados provenientes de instituciones de baja complejidad y determinar los factores que influyen en la aceptación posterior a las 12 horas, es necesario identificar cuáles son los factores que se encuentran relacionados con las mayores demoras y determinar si estos corresponden principalmente a condiciones clínicas del paciente, disponibilidad de la red, especialidad requerida, condiciones administrativas, aspectos contractuales, disponibilidad de camas, calidad de la información o condiciones relacionadas con el territorio y transporte.

Objetivos

Objetivo general:

Determinar los motivos relacionados con el proceso de referencia y contrarreferencia que se asocian con la aceptación de las remisiones de pacientes hospitalizados desde instituciones de baja complejidad hacia servicios de mediana y alta complejidad en el departamento del Cauca, en una EAPB indígena, durante el año 2025.

Objetivos específicos:

- Identificar los motivos clínicos, administrativos, institucionales relacionados con el tiempo de aceptación de los pacientes hospitalizados de una EAPB indígena durante el año 2025.
- Caracterizar las remisiones de los pacientes provenientes de la baja complejidad durante el año 2025.
- Proponer recomendaciones orientadas al fortalecimiento del proceso de referencia y contrarreferencia de la EAPB.

Justificación

El proceso de referencia y contrarreferencia constituye un componente esencial para garantizar la continuidad, oportunidad, accesibilidad e integralidad de la atención en salud. En el caso de los pacientes hospitalizados en instituciones de baja complejidad que requieren servicios de mediana o alta complejidad, la oportunidad en la respuesta y aceptación de la remisión es importante, debido a que una demora puede prolongar la permanencia del paciente en una institución que no dispone de la capacidad resolutiva requerida y generar dificultades en la continuidad del manejo clínico.

La presente investigación se justifica por la necesidad de comprender los motivos relacionados con el tiempo de respuesta para la aceptación de las remisiones de pacientes hospitalizados desde la baja complejidad hacia la mediana y alta complejidad en una EAPB

indígena con presencia en el departamento del Cauca durante el año 2025. De acuerdo con la información institucional, durante este periodo se registraron 5.481 (Indigena, 2025) remisiones de pacientes hospitalizados, de las cuales 807 (Indigena, 2025) superaron las 12 horas de oportunidad establecidas para el proceso; adicionalmente, se reportaron 100 reclamos ante la Superintendencia Nacional de Salud asociados a estas remisiones, estas cifras evidencian la necesidad de caracterizar el comportamiento del proceso y profundizar en los motivos relacionados con las demoras.

En el departamento del Cauca donde 308.455 personas se reconocen como indígenas según datos del DANE (DANE, 2019) y donde la EAPB indígena del departamento del Cauca objeto del estudio cuenta con 258.741 afiliados, es decir el 83.9 % pertenecen a esta EAPB, esta investigación es esencial ya al concentrar la mayor población de afiliados indígenas es importante conocer que motivos generan demoras en la remisión de pacientes ya que en los territorios indígenas del Cauca se puede presentar condiciones geográficas, dispersión poblacional, disponibilidad variable de servicios especializados, dificultades de transporte, características de la red contratada y particularidades socioculturales que pueden incidir en el acceso efectivo a los servicios de salud. A estos aspectos pueden sumarse factores clínicos, administrativos, institucionales, contractuales, disponibilidad de camas, especialidad requerida y calidad o completitud de la información remitida.

Desde el punto de vista de la gestión de la calidad en salud, identificar estos motivos permitirá pasar de una apreciación general de las demoras a un análisis estructurado del proceso de referencia. El estudio permitirá caracterizar las remisiones que superaron el tiempo de respuesta definido, establecer los tiempos de aceptación e identificar la frecuencia con la que se presentan diferentes motivos clínicos, administrativos e institucionales. De esta manera, los resultados podrán aportar evidencia para reconocer puntos críticos del proceso y orientar acciones de mejoramiento basadas en información objetiva.

La investigación también presenta utilidad institucional, dado que sus resultados podrán servir como insumo para fortalecer el seguimiento de las solicitudes de referencia, mejorar la articulación entre la EAPB y su red de prestadores, identificar oportunidades de optimización en los mecanismos de comunicación y gestión de las remisiones y apoyar la priorización de acciones correctivas y preventivas. En este sentido, los hallazgos podrán contribuir al fortalecimiento de la gestión de la red y a una toma de decisiones orientada por datos.

Desde la perspectiva de los pacientes y sus familias, mejorar la oportunidad del proceso de referencia puede favorecer la continuidad de la atención y reducir barreras que puedan retrasar el acceso a servicios requeridos. Para las instituciones prestadoras y la EAPB, disponer de información sobre los factores relacionados con las demoras puede facilitar la coordinación entre los diferentes actores y contribuir a una utilización más eficiente de la capacidad instalada y de los recursos disponibles.

Existe además una pertinencia académica y de investigación, debido a que los antecedentes revisados en el anteproyecto muestran evidencia sobre factores clínicos, administrativos y relacionados con la red que pueden influir en los tiempos de referencia, pero existe una oportunidad para generar información específica sobre pacientes hospitalizados remitidos desde instituciones de baja complejidad hacia mediana y alta complejidad en el contexto de una EAPB indígena. Por tanto, el estudio puede aportar conocimiento aplicado a una situación concreta del departamento del Cauca y constituir un referente para futuras investigaciones y procesos de mejoramiento.

La investigación es viable porque se dispone de una base de datos institucional del proceso de referencia correspondiente al año 2025, que contiene variables relacionadas con el diagnóstico, institución y municipio solicitante, institución y municipio receptor, servicio requerido, estado de la remisión, prioridad, fecha y hora de solicitud, fecha y hora de aceptación y tiempo transcurrido. El análisis de esta información, bajo criterios de

anonimización, confidencialidad y autorización institucional, permitirá desarrollar el estudio sin intervenir directamente en la atención de los pacientes.

En consecuencia, esta investigación se considera pertinente porque permitirá determinar los motivos relacionados con el tiempo de respuesta para la aceptación de las remisiones de pacientes hospitalizados desde la baja complejidad hacia la mediana y alta complejidad durante el año 2025, generar una línea base sobre el comportamiento del proceso y aportar evidencia para formular recomendaciones orientadas al fortalecimiento de la referencia y contrarreferencia. Los resultados estarán dirigidos a apoyar la mejora de la oportunidad, continuidad e integralidad de la atención y la gestión de la calidad en salud dentro de la EAPB indígena.

Viabilidad del proyecto

Para la verificar la viabilidad del proyecto, por favor complete la Tabla 1. Una vez lo haga, construya sus conclusiones, puede adicionar más criterios de factibilidad - financieros, humanos, materiales, acceso a lugar o contexto donde se realizará el estudio (entre 150 y 250 palabras).

Tabla 1. Criterios de factibilidad del proyecto.

Criterio	***Factibilidad (siendo 1 menor y 5 mayor)***
Acceso a la información	5
Apoyo e interés de la alta dirección	4
Disponibilidad de recursos requeridos	4
Probabilidad de avance en el tiempo establecido	5
Tamaño de la empresa para soportar y desarrollar el plan de mejora a proponer	3
Promedio	4.2

El proyecto si es viable ya que se cuenta con un acceso total a la información, existe un apoyo e interés por la alta dirección para el desarrollo del proyecto, existe la disponibilidad de los recursos requeridos para desarrollar el proyecto y por esto existe una gran probabilidad de ejecutar el proyecto en el tiempo establecido, el único inconveniente es el tamaño de la empresa para soportar el desarrollo del plan de mejora.

Marco institucional

La EAPB indígena una entidad Pública de carácter especial del orden nacional, creada por decisión de las autoridades indígenas (Cabildos) en Junta Directiva Regional en diciembre de 1997, reconocida mediante resolución número 083 del 15 de diciembre de 1997 de la Dirección General de Asuntos Indígenas; está integrada por Autoridades de los Resguardos Indígenas y en la actualidad son socios 118 Cabildos Indígenas del Departamento del Cauca, que representan las comunidades indígenas que habitan este departamento. (Cauca, 1997)

Desde su creación la EAPB indegena, ha mantenido el principio colectivo de sus acciones y trabaja en el fortalecimiento político y organizativo de los diferentes grupos étnicos, por el derecho al acceso a los servicios de salud de los comuneros.

Misión

La EAPB indigena es una entidad pública de carácter especial que tiene como objeto fortalecer el Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural – SISPI de la población afiliada, a través de la administración de los recursos y el aseguramiento del cuidado integral de salud; respetando la diversidad étnica y cultural de cada pueblo y comunidad, orientada al Buen Vivir.

Visión

A 2027, consolidarse como una entidad administradora líder del Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural, garantizando una gestión eficiente, transparente y oportuna de los recursos, que permita la operatividad de los modelos de cuidado propio, en contribución

al Buen Vivir de los pueblos indígenas, en el marco de la implementación progresiva del SISPI.

Modelo de gestión institucional

La EAPB indígena cuenta con un modelo de gestión institucional dividido en 4 pilares: pilar técnico, pilar financiero, pilar jurídico y pilar político, estos pilares describen de forma genérica cómo funciona la cohesión entre anillos internos y externos.

A razón de que la EAPB es Indígena en el centro de la gestión de la empresa se maneja con el consejo de sabedores.

La organización de la EAPB se realiza a través del mapa de procesos con sus niveles: procesos de dirección, procesos misionales procesos de apoyo y procesos de evaluación.

Mapa De Procesos

La investigación será desarrollada en el proceso misional de gestión de atención al comunero, referencia y contrarreferencia.

Referencia y contrarreferencia: El sistema de Referencia y Contrarreferencia de la AIC EPSI es de carácter nacional, se encuentra a cargo de un profesional de medicina que, en conjunto con profesionales de enfermería y técnicos de enfermería, garantizan su operación las 24 horas del día y los 7 días a la semana. Al ser de carácter nacional, opera fundamentalmente para el departamento de Cauca.

Para facilitar la recepción y envió de información correspondiente a la referencia y contrarreferencia de comuneros, el sistema cuenta con herramientas TICS en su sede principal (Popayán – Cauca), donde se lidera, organiza, coordina y ejecuta el Sistema.

El proceso de referencia de pacientes de la baja complejidad se realiza a través de correo electrónico donde los prestadores envían el anexo 1 de referencia y desde la EAPB el paciente es ingresado en el sistema de remisiones y comentado vía correo electrónico en las instituciones donde se encuentra contrada el servicio de acuerdo con el servicio

ordenado por el médico de la baja complejidad, una vez se recibe la aceptación del paciente esta es direccionada a la IPS solicitante.

Desde el Sistema de Referencia y Contrarreferencia (Comuneros Hospitalizados) de la AIC EPSI, se cuenta con los canales de comunicación disponibles a nivel nacional.

Marco de referencia

Uno de los antecedentes relevantes corresponde al estudio realizado por Aparicio Pico y Angulo Chavarro sobre el sistema de referencia en hospitales de la zona sur de Bogotá. Los autores analizaron aspectos relacionados con la operación del proceso, el portafolio de servicios, la asignación de citas, los mecanismos de referencia y el uso de formatos. El estudio identificó oportunidades de mejora en la organización del sistema y planteó la necesidad de fortalecer la integración entre los servicios para mejorar la oportunidad de atención, este antecedente resulta importante para la presente investigación porque demuestra que las dificultades en los procesos de referencia no dependen exclusivamente de la condición clínica del paciente, sino también de la forma como se encuentran organizados los servicios y de la articulación entre las instituciones que participan en el proceso. (Lilia Edith Aparicio Pico, 2004)

Uno de los estudios más directamente relacionados con la presente investigación es el desarrollado por Rojas Giraldo y Zapata Ruiz, denominado Factores que prolongan el proceso de referencia en salud entre una institución hospitalaria y un asegurador. Los investigadores analizaron 446 usuarios y compararon los procesos cuya aceptación se produjo en menos de seis horas con aquellos que superaron este tiempo. Los resultados mostraron que el 95,51 % de las solicitudes obtuvo respuesta en menos de seis horas, con una media de 1 hora y 59 minutos, el estudio encontró que algunas características clínicas y administrativas estaban relacionadas con tiempos de referencia superiores a seis horas. Entre ellas se identificaron la presencia de determinadas enfermedades, la existencia de

cuatro a seis comorbilidades, el requerimiento de una especialidad clínica, la realización del proceso en determinados horarios y la existencia de más de cuatro negaciones durante la gestión de la solicitud. Este estudio constituye uno de los principales referentes para la presente investigación, debido a que utiliza como variable central el tiempo de aceptación de la remisión y analiza su relación con diferentes variables clínicas y administrativas, sin embargo, existe una diferencia importante con la investigación propuesta: el estudio de Rojas y Zapata fue desarrollado en una institución hospitalaria de alta complejidad y analizó la relación con el centro regulador de un asegurador, mientras que la presente investigación se enfocará específicamente en pacientes hospitalizados remitidos desde instituciones de baja complejidad hacia la red de una EAPB indígena, esta diferencia permite identificar un espacio de investigación que puede aportar evidencia específica sobre el comportamiento del proceso en un contexto de aseguramiento indígena (Rojas Giraldo EM, 2022).

Alvarado Carrillo, Combita y Martínez Rivas realizaron una investigación denominada Análisis al proceso de referencia y contrarreferencia de una EAPB en Bogotá. El estudio utilizó información de una base de datos de referencia y contrarreferencia para identificar las posibles causas relacionadas con la aceptación de pacientes por parte de las instituciones prestadoras, los autores analizaron variables como diagnóstico, nivel de complejidad, especialidad requerida, necesidad de ambulancia, demanda de servicios, localidad y régimen de afiliación. El estudio resalta la importancia de analizar el comportamiento de estas variables para identificar dificultades en la accesibilidad, oportunidad e integralidad de los servicios, este antecedente respalda la inclusión de variables relacionadas con la especialidad requerida, complejidad, necesidad de transporte y características de la red dentro del análisis de la presente investigación. ((Alvarado Carrillo, 2018).

La investigación sobre la evaluación de una red integrada de servicios de salud en Colombia constituye otro antecedente relevante. El estudio evaluó 690 traslados y encontró

diferencias significativas en los tiempos promedio de remisión entre pacientes con convenio y aquellos cuyos aseguradores requerían trámites administrativos adicionales, en los pacientes con convenio, el tiempo promedio registrado fue de aproximadamente 19 horas, mientras que en aquellos que requerían trámites administrativos por parte del asegurador alcanzó aproximadamente 75 horas. Los resultados evidenciaron el impacto que pueden generar la fragmentación y las barreras administrativas sobre los tiempos de remisión, este antecedente es relevante para la presente investigación porque permite considerar variables relacionadas con autorizaciones, contratación, disponibilidad de red y trámites administrativos como posibles factores asociados al tiempo de aceptación. (Conde Roa, 2017)

Los traslados interhospitalarios de urgencia, frecuentemente requeridos en patologías de alta complejidad como el infarto agudo de miocardio (IAM), exhiben marcadas disparidades que no están justificadas por criterios puramente clínicos. Al analizar la base de datos del National Registry of Myocardial Infarction 2 (NRMI 2) con un total de 537,283 pacientes, se demostró que el 72% de los pacientes con IAM no fueron trasladados a otra instalación de agudos. Sin embargo, la probabilidad de traslado se asoció de manera inequívoca con factores no médicos: los pacientes blancos, más jóvenes y con seguro comercial o de medicina prepagada (managed care) presentaron tasas de traslado significativamente superiores en comparación con los pacientes afroamericanos, mayores de 75 años o dependientes de esquemas de cobertura estatal como Medicare y Medicaid/autopago. Estas diferencias resultan críticas, ya que el traslado interhospitalario define la vía de acceso a procedimientos invasivos de reperfusión esenciales para mejorar la supervivencia. (Stryer & Clancy, 2002)

Por otro lado, en Canadám en comunidades remotas la ineficiencia logística de los traslados hacia centros especializados urbanos incrementa sustancialmente el estrés familiar y eleva las tasas de mortalidad. La Sociedad de Médicos Rurales de Canadá (Society of Rural

Physicians of Canada SRPC) ha denunciado la ausencia de políticas de no rechazo (norefusal policies) y la falta de acuerdos formales de transferencia entre provincias y territorios, lo que obliga a los facultativos rurales a abandonar la atención clínica directa para coordinar llamadas de transporte aéreo o terrestre. Como respuesta, se recomiendan cinco ejes de acción: la formalización de acuerdos de traslado, políticas estrictas de norechazo, infraestructuras coordinadas, expansión de telemedicina/cuidados virtuales y la recolección sistemática de datos para optimizar los procesos de principio a fin. (Woollam, 2021).

Un estudio retrospectivo que analizó los datos de facturación de la provincia de Ontario (2005–2015) identificó entre 916 y 1,216 traslados anuales escoltados por médicos, con una cohorte de 508 a 639 profesionales activos en esta labor por año. El perfil del médico escolta resultó ser predominantemente el de un médico de familia sin especialidad formal en medicina de urgencias o anestesiología (58%). Asimismo, el 73% de estos traslados terrestres se originó en hospitales suburbanos, rurales o remotos, lo que demuestra que la atención en ambulancia constituye una competencia central de la práctica médica rural en Canadá. Esto evidencia la necesidad de reestructurar los programas de residencia en medicina familiar para incorporar entrenamiento formal en medicina de transporte y simulación clínica prehospitalaria. (Wonnacott & Green, 2019). En entornos con severas limitaciones de recursos, el modelo canadiense resulta inaplicable. La escasez extrema de médicos familiares y vehículos de emergencia adaptados en áreas rurales de países asiáticos en desarrollo imposibilita el acompañamiento médico sistemático, por lo que el personal de enfermería asume por completo la responsabilidad técnica de los traslados. La dotación de personal durante el transporte interhospitalario en ambulancia varía considerablemente según la geografía y el nivel de desarrollo socioeconómico. Esto desplaza la prioridad de política pública hacia la necesidad urgente de diseñar programas de entrenamiento técnico especializado para personal de enfermería en reanimación y

medicina de transporte como única vía para garantizar la seguridad clínica del paciente ante la falta de médicos disponibles. (Joob & Wiwanitkit, 2019).

En sistemas de salud de ingresos bajos y medianos, la ineficiencia del sistema de referencia no solo radica en el transporte en sí, sino en la baja capacidad resolutiva de los hospitales receptores y en la inoportunidad en la remisión. Desde Perú, Alonso Soto conceptualiza la realidad de los hospitales referenciales de tercer nivel del MINSA bajo la premisa de atender pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Se reporta una alarmante carencia de métodos diagnósticos indispensables (tales como resonancia magnética nuclear, con 0% de resonadores operativos en hospitales de tercer nivel del MINSA para la fecha del reporte, angiografías, medicina nuclear, estudios genéticos o inmunohistoquímica). Evaluaciones de control de la Contraloría General de la República revelaron que el 68% de las salas de imágenes no cumplían con el equipamiento mínimo y el 42% de los laboratorios no realizaban procedimientos básicos. Esta precariedad diagnóstica y terapéutica (desabastecimiento farmacéutico del 42% y sobredemanda administrativa de 3 empleados administrativos por cada médico, en comparación con Canadá que cuenta con 16 médicos por cada administrativo) se traduce en tasas de mortalidad hospitalaria en departamentos de medicina interna de entre el 8.7% y el 10.5%, cifras que superan drásticamente los estándares globales. Asimismo, la cobertura fragmentada del Seguro Integral de Salud (SIS) limita el acceso de la clase trabajadora no categorizada como pobre extremo, lo que desencadena gastos de bolsillo catastróficos (>200 USD promedio frente a los 29 USD en Colombia) (Soto, 2019). Un estudio transversal sobre 348 pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) que iniciaron hemodiálisis en el Hospital Arnaldo Milián Castro (Santa Clara, Cuba) demostró el impacto clínico diferencial según el momento de la remisión al nefrólogo. Los pacientes con remisión precoz (30.7%) tuvieron un seguimiento por el especialista superior a 6 meses y comenzaron el tratamiento con una fístula arteriovenosa (FAV) preparada. En cambio, el 69.3% de los pacientes fue remitido de forma tardía (menos de 6

meses de seguimiento), lo que obligó a realizar hemodiálisis de urgencia en el 65.56% de los casos utilizando un catéter venoso central (CVC) temporal. El estudio demostró una correlación estadística significativa (p=0.000) entre el momento de la remisión y la prestación en la atención primaria: el 62.6% de los pacientes estables (remisión precoz) se encontraban adecuadamente identificados y controlados por su médico de familia, mientras que el 51.5% de los remitidos tardíamente no contaban con este seguimiento preventivo en el primer nivel, debutando en condiciones de urgencia y con alta carga de comorbilidad de hipertensión arterial (87.64%) y diabetes mellitus (40.8%). (Benítez Triana & Rodríguez Rodríguez, 2022)

Frente a las decisiones de derivación basadas puramente en la intuición clínica o la experiencia subjetiva del personal asistencial, la ingeniería logística aporta soluciones de optimización estandarizadas. En Bogotá, Guerrero, Amaya y Velasco propusieron un modelo de optimización automatizado diseñado para el Sistema Integral de Referencia y Contrarreferencia de Bogotá, con el fin de minimizar distancias, tiempos de espera para citas (remisiones electivas) y requisitos o trabas burocráticas impuestas por las aseguradoras (Entidades Promotoras de Salud EPS). El modelo formula una frontera de Pareto (curva de indiferencia de soluciones no dominadas) para proporcionar opciones viables que optimicen de manera simultánea el beneficio del paciente y el derecho legal a elegir su IPS receptora. Al evaluar retrospectivamente 30 remisiones reales procesadas de forma convencional por enfermeras el 22 de enero de 2008, el estudio evidenció que el 23.33% de los pacientes fueron derivados de forma subóptima. La implementación de la herramienta matemática determinó un desperdicio promedio de 2.16 km en distancia y 7.67 días de espera adicionales por paciente bajo el método tradicional. El uso del modelo demostró un potencial de ahorro óptimo del 46.2% en distancia total de traslado y una mejora del 42% en la oportunidad de la cita médica. Un análisis de procesos de la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE FEPASDE) corroboró la

importancia de optimizar la remisión, revelando que, en 20 casos de fallecimiento durante traslados interhospitalarios, 11 de las muertes fueron causadas directamente por la inoportunidad (retraso) en la remisión. Como recomendación de política, los autores sugieren la centralización del SIRC en un centro de atención telefónica unificado en tiempo real, evitando descentralizar estas decisiones tecnológicas en personal asistencial con alta rotación y sin perfil informático. (Guerrero & Velasco, 2008)

En París, a través de 18 entrevistas semiestructuradas a profesionales de la Assistance Publique Hôpitaux de Paris, los investigadores identificaron que el alta hacia la HAD es un periodo de fuerte tensión profesional debido a la nula anticipación de los médicos prescriptores hospitalarios. Se reportó una constante presión institucional por acortar la estancia media hospitalaria para desocupar camas de agudos, lo que se traduce en demandas de salida exprés con plazos inviables de 48 horas para pacientes que llevaban meses ingresados. La investigación expuso una distorsión de criterio clínico respecto al grado de dependencia funcional del paciente: frecuentemente, el médico prescriptor define al paciente como autónomo para viabilizar el egreso rápido, mientras que la valoración en cama realizada por la Enfermera de Coordinación de la HAD revela una alta dependencia (requerimiento de sondajes, vías periféricas activas y cuidados de soporte complejos). El estudio identifica a la enfermera de coordinación como la figura clave e interfaz central de la continuidad de cuidados, encargada de mediar entre el médico prescriptor, la familia, los cuidadores externos y la administración del hospital. Se propone como solución técnica indispensable la unificación de criterios clínicos mediante la adopción de herramientas estandarizadas comunes para la evaluación integral de necesidades compartidas entre el personal del hospital convencional y el de HAD, planificando el egreso desde el primer día de admisión hospitalaria. (de Stampa & Louissaint, 2022)

A consideración también debe traerse que la interfaz prehospitalaria u hospitalaria es un entorno impredecible y descontrolado donde los tiempos de retraso en el traslado impactan

no solo el pronóstico clínico, sino la seguridad física y psicológica del personal paramédico. Mediante un estudio cualitativo de teoría fundamentada con 24 participantes (proveedores de emergencias, familiares y pacientes), se identificó como categoría central de preocupación la tensión del retraso en el traslado seguro y la amenaza de supervivencia del paciente. En este entorno estresante, el retraso (percibido o real) en la respuesta de la ambulancia suscita reacciones de extrema ansiedad, frustración y violencia física o verbal por parte de los familiares de los pacientes agudos hacia el personal prehospitalario. Como principal variable de comportamiento defensivo ante la hostilidad de los familiares en el lugar del incidente, los profesionales de emergencias despliegan un conjunto de estrategias denominadas evitación diligente de la confrontación tensa, estructurado en tres ejes:

1. Ingenio Situacional (Situational Resourcefulness): Aceleración táctica del vehículo con códigos especiales de urgencia, priorización de la salida inmediata omitiendo maniobras clínicas complementarias en el lugar de los hechos, o el uso excepcional de mentiras piadosas (presentar falsamente a un técnico paramédico como un médico, realizar simulaciones teatrales de RCP en pacientes ya fallecidos para dar esperanza a los presentes, o fabricar un historial médico ficticio a la entrega en el hospital para acelerar el relevo).
2. Comunicación Persuasiva (Persuasive Communication): Advertir de manera transparente sobre las consecuencias negativas del conflicto prolongado (pérdida del tiempo crítico de traslado) o comunicar de forma empática los valores de la evaluación inicial (como un ECG normal) para mitigar la ansiedad y ganar la cooperación de familiares racionales.
3. Tolerancia Pasiva (Forbearance): Empleo del silencio deliberado ante insultos verbales y evitación del debate para no escalar la agitación ambiental.

Si bien estas estrategias logran en algunos casos una persuasión exitosa y un traslado seguro, el fracaso del control de la tensión provoca que el personal claudique ante

solicitudes clínicas no profesionales de los familiares. Esto no solo pone en peligro el rigor clínico, sino que genera daños invisibles a largo plazo en el bienestar psicológico de los proveedores de salud, tales como trastornos severos del sueño, ansiedad reactiva, elevación patológica de la presión arterial al escuchar timbres telefónicos de misión, y síndrome de trauma secundario derivado de la exposición constante al dolor y la violencia desatendida (Jamsahar & Vaismoradi, 2025)

El traslado de pacientes representa uno de los puntos críticos y de mayor riesgo en la continuidad asistencial de los sistemas de salud globales. Históricamente, las transiciones asistenciales han sido reconocidas como procesos logísticamente complejos, propensos a la ineficiencia, el retraso y el error clínico. Es por eso por lo que se hace necesario visibilizar que los fallos en el traslado no solo obedecen a variables clínicas, sino a inequidades estructurales, barreras geográficas, limitaciones resolutivas y tensiones psicosociales que impactan directamente en la morbimortalidad de los pacientes. La revisión de los antecedentes permite establecer que existe evidencia sobre factores clínicos, administrativos y relacionados con la red que pueden afectar el tiempo de respuesta de los procesos de referencia. Sin embargo, los estudios disponibles se concentran principalmente en instituciones hospitalarias y redes de atención generales o sistemas diferentes al que tenemos en nuestro país.

Aunque existen antecedentes sobre el funcionamiento de los procesos de referencia en EAPB y sobre la atención de población indígena, se identifica una oportunidad para estudiar específicamente la relación entre los factores asociados y el tiempo de respuesta para la aceptación de remisiones de pacientes hospitalizados provenientes de instituciones de baja complejidad dentro del contexto de una EAPB indígena.

Por tanto, la presente investigación busca aportar evidencia específica sobre este fenómeno durante el año 2025, permitiendo identificar cuáles factores tienen mayor relación

con la oportunidad de aceptación y, a partir de los resultados, establecer oportunidades de mejora para el proceso de referencia y contrarreferencia.

En conclusión los antecedentes revisados muestran que el tiempo de respuesta de una remisión puede estar influenciado por múltiples dimensiones: clínicas, administrativas, institucionales, contractuales y relacionadas con la disponibilidad de la red. La evidencia disponible respalda la necesidad de abordar el fenómeno desde una perspectiva integral y no limitarlo exclusivamente a la disponibilidad de camas o servicios, en el contexto de una EAPB indígena, esta problemática adquiere una dimensión adicional debido a las características territoriales, socioculturales y organizativas que deben ser consideradas para garantizar una atención oportuna y continua.

En consecuencia, la investigación propuesta pretende complementar el conocimiento existente mediante el análisis de información correspondiente al año 2025, identificando los factores que presentan mayor relación con el tiempo de aceptación de las remisiones de pacientes hospitalizados desde baja complejidad y generando información útil para la toma de decisiones y el mejoramiento del proceso.

Diseño metodológico

M	D

INVESTIGACION CUANTITATIVA	DISEÑO DESCRIPTIVO DE CORTE TRANSVERSAL.

Técnicas e instrumentos

Técnicas e instrumentos	Descripción
ANALISIS DE LA BASE DE DATOS DE LAS REMISIONES DE PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LA EAPB INDIGENA, AÑO 2025	La base de datos será extraída del sistema de información de referencia y contrarreferencia de la EAPB, la cual cuenta de 5481 registros de remisiones del año 2025 de las cuales 807 superaron el tiempo normativo de 12 horas, las variables encontradas en la base de datos son: diagnóstico, municipio de IPS solicitante, IPS solicitante, municipio de referencia, IPS de referencia, servicio al que se remite, el estado de la remisión, motivo por el que fue cancelada la remisión, prioridad de la remisión, fecha y hora de la solicitud de remisión y fecha y hora de aceptación y tiempo transcurrido.

Población y muestra

Población de estudio	Pacientes remitidos en el año 2025 departamento del Cauca en una EAPB indígena.

Descripción de la población	Pacientes remitidos entre hombre y mujeres anonimizados en el año 2025, afiliados a la EAPB indígena en el departamento del Cauca los cuales se registran en la base de datos de remisiones
Muestra	Se cuenta con un universo de datos N: 5481 registros en el año 2025 se tomó una muestra con in IC 95% para una muestra de 360 (muestra para las poblaciones finitas).
Muestreo	Muestreo aleatorio simple para una población finita con un intervalo de confianza 95%
Descripción selección sujetos	se incluyen registro de personas que requirieron una referencia de todos los niveles de atención en referencia de la baja complejidad a la mediana y alta complejidad
Criterios de inclusión	• El paciente debe estar incluido en la base de datos de remisiones del año 2025. • Afiliado a la EAPB indígena del departamento del Cauca • Remisiones que superen las 12 horas en la aceptación • Estar incluidas en el módulo de referencia llamado “Remisiones”
Criterios de exclusión	• Pacientes que no estén incluidos en la base de datos. • Remisiones con tiempo inferior a las 12 horas en la aceptación • No afiliados a la EAPB Indígena en el departamento del cauca • Ser menor de edad de 18 años • No estar incluidas en el módulo de referencia llamado “Remisiones”
Descripción de método	Método ETL EXTRACCION: (minería de datos) Se descargará la base de datos de la EAPB del módulo Remisiones en formato Microsoft Excel, los datos serán de las columnas las cuales contienen las variables: diagnóstico, municipio de IPS solicitante, IPS solicitante, municipio de referencia, IPS de referencia, servicio al que se remite, motivo de la

	demora en la aceptación y agrupar por motivo, tiempo de remisión mayor a 12 horas, mayor a 24 horas, mayor a 36 horas. TRANSFORMACION A través de frecuencias absolutas
Efectos adversos	Ninguno

Contribuciones originales esperadas

Contribuir al mejoramiento de la oportunidad, continuidad, integralidad y equidad en el acceso a los servicios de salud de mediana y alta complejidad de los pacientes hospitalizados que requieren remisión en el departamento del Cauca, mediante la identificación, análisis y gestión de los factores clínicos, administrativos, operativos y relacionados con la capacidad de la red de prestación de servicios que generan demoras en los procesos de referencia, aceptación y traslado efectivo de los pacientes, promoviendo una atención segura, eficiente, resolutiva y centrada en las necesidades de las personas, en concordancia con los principios y estrategias de la Política de Atención Integral en Salud PAIS y el Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, orientados a garantizar el acceso efectivo, la integralidad, continuidad y oportunidad de la atención, fortalecer la articulación de las redes de servicios y reducir las barreras territoriales en salud. Asimismo, en articulación con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, Salud y Bienestar, particularmente con la meta de avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y el acceso a servicios esenciales de salud de calidad, y con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 10, Reducción de las desigualdades, mediante acciones dirigidas a disminuir las brechas de acceso asociadas con las condiciones geográficas, sociales y territoriales de la población. Finalmente, respondiendo a las orientaciones del Plan Nacional de Desarrollo 2022-2026

Colombia, Potencia Mundial de la Vida, relacionadas con el fortalecimiento de un sistema de salud orientado hacia la atención integral y territorial, y se articula con el Plan Departamental de Desarrollo del Cauca 2024-2027 La Fuerza del Pueblo, especialmente con la línea estratégica Oportunidades para Soñar, que contempla el mejoramiento del acceso y la atención en salud de la población caucana.

El aporte social esperado es contribuir a transformar la información obtenida del proceso de referencia en conocimiento útil para la toma de decisiones, la identificación de riesgos y la formulación de acciones de mejoramiento, con el propósito de favorecer una atención más oportuna, segura, articulada y centrada en las necesidades de los pacientes.

Cronograma

Tabla 2. Plantilla para el planteamiento del cronograma de trabajo.

Actividades a desarrollar		**Semanas**	**Tiempo del proyecto en meses (5-9 meses)**																																	
			Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				Mes 7				Mes 8				Mes 9			
1	Redacción del anteproyecto		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																						
2	Presentación del anteproyecto																	x																			
3	Análisis de la base de datos																		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x							
4	Análisis de la información y generación de resultados																														x	x	x	x				
5	Divulgación científica																																		x	x	x	x

Referencias

- Congreso de Colombia. (1990, 10 de enero). Ley 10 de 1990: Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 39.137. Departamento Administrativo de la Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3421
- Ministerio de Salud. (1991, 11 de diciembre). Decreto 2759 de 1991: Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%202759%20DE%201991.pdf
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia de 1991. Departamento Administrativo de la Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4125
- Colombia, Ministerio de Salud. (6 de MARZO de 1992). FUNCION PUBLICA. Obtenido de DECRETO 412 DE 1992: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=168564
- Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248
- Ministerio de Salud. (1994, 5 de agosto). Resolución 5261 de 1994: Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUci%C3%93N%205261%20DE%201994.pdf

- Ministerio de Salud. (2000, 27 de diciembre). Resolución 3374 de 2000: Por la cual se reglamentan los datos básicos que deben reportar los prestadores de servicios de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios sobre los servicios de salud prestados. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf
- Congreso de Colombia. (2001, 21 de diciembre). Ley 715 de 2001: Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Departamento Administrativo de la Función Pública. Ley 715 de 2001 – Función Pública
- Congreso de Colombia. (2001). Ley 691 de 2001, por la cual se reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=4454
- Congreso de Colombia. (2007, 9 de enero). Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud. (2007, 30 de noviembre). Circular Externa No. 047 de 2007: Circular Única. Instrucciones generales y remisión de información para la inspección, vigilancia y control. https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/CircularesExterna/C_2007_Norma_0047.pdf
- Presidencia de la República de Colombia. (2007). Decreto 4747 de 2007: Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los

prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 46.835. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=27905

- Ministerio de la Protección Social. (2008, 14 de agosto). Resolución 003047 de 2008: Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud. https://minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%203047%20DE%202008.pd
- Ministerio de la Protección Social. (2010, 8 de abril). Resolución 1220 de 2010: Por la cual se establecen las condiciones y requisitos para la organización, operación y funcionamiento de los Centros Reguladores de Urgencias, Emergencias y Desastres, CRUE. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201220%20DE%202010.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2012, 19 de diciembre). Resolución 4331 de 2012: Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%204331%20de%202012.pdf

- Congreso de Colombia. (2011, 19 de enero). Ley 1438 de 2011: Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras

disposiciones. Departamento Administrativo de la Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355

- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015: Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 49.427. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016, 6 de mayo). Decreto 780 de 2016: Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. Departamento Administrativo de la Función Pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=77813
- Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de marzo de 2022). Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de Decreto 441 de 2022: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20No.%20441%20de%202022.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 29 de diciembre). Resolución 2335 de 2023: Por la cual se establecen los procedimientos y aspectos técnicos para la ejecución, seguimiento y ajuste a los acuerdos de voluntades y se dictan otras disposiciones. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución%20No%202335%20de%202023.pdf
- Superintendencia Nacional de Salud. (s. f.). Reclamos en salud de EPS indígenas, entidades adaptadas y regímenes especiales y de excepción [Tablero de Power BI]. Microsoft Power BI. https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiZmU3MmI1MWItMTM0ZC00MmIxLWJiNjMtNjdlMjA2MGE3MjM1IiwidCI6IjE3YzQwYzUxLWIxZGYtNGUyNS04Y2Q2LTlkMGQyNjc4ODMwMCIsImMiOjR9

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE]. (2019, 16 de septiembre). Comunicado de prensa: Entrega de resultados población indígena. Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV-2018. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/comunicado-grupos-etnicos-2019.pdf
- AIC (s. f.). Plataforma estratégica. https://aicsalud.org.co/about/
- AIC. (2025). Gestión de trámites de servicios hospitalarios: Manual de procesos.
- Aparicio Pico, L. E., & Angulo Chavarro, J. (2004). Diagnóstico en hospitales de la zona sur Bogotá para desarrollar un sistema de referencia y contrarreferencia en el Distrito Capital. Ingeniería, 9(1), 45–51. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4797161.pdf
- Rojas Giraldo, E. M., & Zapata Ruiz, L. M. (2022). Factores que prolongan el proceso de referencia en salud entre una institución hospitalaria y un asegurador. CES Enfermería, 2(2), 40–59. https://doi.org/10.21615/cesenferm.5926
- Alvarado Carrillo, O. Y., Combita, M., & Martínez Rivas, Á. J. (2018). Análisis al proceso de referencia y contrarreferencia de una EAPB en Bogotá. Fundación Universitaria Compensar. https://repositoriocrai.ucompensar.edu.co/entities/publication/285b6899-5de2-4624-9f18-a96f889690ed
- Conde Roa, J. F., & Herrera Beltrán, J. L. (2017). Evaluación de una red integrada de servicios de salud en Colombia [Tesis de maestría, Universidad del Rosario]. Repositorio Institucional EdocUR. https://repository.urosario.edu.co/items/d5dea83b-5560-4101-b927-3cc76f037f0a

- Benítez Triana, I., Santos Treto, Y., & Rodríguez Rodríguez, L. (2022). Remisión precoz vs remisión tardía de los pacientes con enfermedad renal crónica que inician hemodiálisis. Acta Médica del Centro, 16(1), 11–23[1].
- de Stampa, M., Chevallier, L. B. J., & Louissaint, T. (2022). Organisation du transfert des patients de l'hospitalisation conventionnelle vers l'hospitalisation à domicile. Santé Publique, 34(6), 813–819[2][3]. https://doi.org/10.3917/spub.226.0813
- Guerrero, W. J., Amaya, C. A., & Velasco, N. (2008). Modelo de programación multi-objetivo en el sistema de remisión de pacientes entre hospitales de Bogotá (Informe de investigación No. PYLO H 2008 1). Universidad de los Andes[4][5].
- Jamsahar, M., Ahmadi, F., Khoobi, M., & Vaismoradi, M. (2025). Patient transfer process from pre-hospital to the hospital emergency department: A grounded theory study. Nursing Open, 12, e70190[6]. https://doi.org/10.1002/nop2.70190
- Joob, B., & Wiwanitkit, V. (2019). Physician attendance during interhospital patient transfer [Carta al editor]. Canadian Journal of Rural Medicine, 24(3), 107–108[9]. https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_37_19
- Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: Atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 36(2), 304–311[12]. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425
- Stryer, D. B., & Clancy, C. (2002). Disparities in hospital transfer: Inequities, patient-centered care, or both? The American Journal of Medicine, 112(7), 580–581[13]. https://doi.org/10.1016/S0002-9343(02)01090-2

- Wonnacott, D., Frymire, E., Khan, S., & Green, M. E. (2019). Physician attendance during interhospital patient transfer in Ontario: 2005–2015\. Canadian Journal of Rural Medicine, 24(2), 37–43[16]. https://doi.org/10.4103/CJRM.CJRM_22_18
- Woollam, G. (2021). Message du président. Transferts de patients en milieu rural [Editorial]. Canadian Journal of Rural Medicine, 26(3), 8.

Se declara el uso de IA bajo la responsabilidad sobre la veracidad, pertinencia y calidad académica de la información presentada. y se utilizó Genimi Notebook y Chatgpt.

Sugerencia (1) de director de trabajo de grado:	
Información del docente	Nombre: Gladys Edith Villalobos Bolivar
	Correo institucional: gevillalobos@universidadean.edu.co
Sugerencia (2) de director de trabajo de grado:	
Información del docente	Nombre:
	Correo institucional:

Tenga en cuenta que esto es una sugerencia para el Área de Trabajos de Grado. Se debe verificar la disponibilidad del docente.

Dirección de CvLac: _____