

# Influencia de los indicadores de gestión en los procesos de referencia y contrareferencia hospitalaria colombiana

Influence of management indicators in the processes of hospital reference and counterreference in colombian

Jose Edwin Sanchez Martinez  
edwinsanchez9@hotmail.com

Universidad Santiago de Cali, Facultad de Ingeniería, Programa de [especialización gerencia logística integra] (1)

## **Resumen**

El presente escrito monográfico, relaciona los indicadores de gestión y su influencia en los procesos de referencia y contrareferencia hospitalaria. Para tal fin, se ejecuta una revisión sistemática a nivel mundial, teniendo en cuenta los principales entes de control del área de la salud como son: OMS, el índice de salud del consumidor europeo y el sistema de referencia y contrareferencia en América Latina, el documento se desarrolla bajo una mirada retrospectiva y prospectiva, teniendo en cuenta la historia y evolución de los sistemas de salud, su control logístico a través de la ejecución de indicadores. Posteriormente, se hace una indagación bibliográfica relacionando el Balanced Scorecard y su injerencia logística en la selección y ejecución de los indicadores de gestión. Por último, se resaltan los beneficios que se pueden lograr ejecutando correctamente la metodología BSC. Lo anterior establece que, al no encontrar evidencia literaria sobre estandarización en los procesos y requerimientos para lograr la calidad en el SRCR, en el caso colombiano, se plantea una metodología logística que aporte a fortalecer las herramientas que permiten mejoras en el desempeño como por ejemplo la ausencia de elementos y herramientas tecnológicas, así como a la eficiencia y eficacia del personal de los servicios de salud.

Palabras claves: referencia y contrareferencia; indicadores de gestión, Balanced Scorecard

## **Abstract**

This monographic paper relates the management indicators and their influence on the referral and hospital counter reference processes. For this end, a systematic worldwide revision executes itself, taking into account the main control agencies in the area of health, such as: OMS, the European consumer health index and the referral and counter-reference system in Latin America. The document develops under a cautious hindsight and prospective, taking the history into account and evolution of the systems of health, his logistic control through the execution of indicators. At a later time, a bibliographic investigation relating the balanced does scorecard and his logistic interference in the selection and execution of the indicators of step itself. Finally, the benefits that can turn out well executing the methodology correctly highlight BSC themselves. The above establishes than although to standardize all processes and requests to achieve the quality in the service in the Colombian case, these conditions have not been developed, principally for the absence of technological factors and the efficiency in the staff of the services of health.

Key words: Reference and counter-reference; Indicators of step, Balanced Scorecard

## **I. INTRODUCCIÓN**

La evolución del sistema de seguridad social, se remite al siglo XIX, de la mano de Otto Bismarck, estadista y político alemán y William Henry Beveridge, director de la escuela de economía de Londres, quienes desarrollaron modelos tanto de seguridad como de protección (Greber, 1984); (Beveridge, 1942). Entre sus principales características se menciona que Bismarck, implementa el sistema de seguridad social, argumentando que la responsabilidad del bienestar de la sociedad depende del estado de tal manera que se crean unas leyes sobre seguros de invalidez, vejez y accidentes de trabajo. Por su parte Beveridge implemento las leyes de pensión para ancianos, viudas y huérfanos, ley de seguro al desempleo (Beveridge, 1942).

Sumado a los conceptos descritos anteriormente, en la actualidad la OMS (Organización Mundial de la Salud), tiene grandes similitudes con los autores anteriormente citados ya que, para esta, los sistemas de salud deben ser administrados principalmente por cada gobierno y están en la obligación satisfacer las necesidades de la población (World Health Organization, 2018).

En Europa, se crea por el doctor Arne A Björnbergen (2004), el índice de salud del consumidor cuyo objetivo es la comparación de los diferentes sistemas de salud de Europa, basados en el grado de cumplimiento de 48 indicadores organizados en seis grupos, entre los que se destacan tiempos de espera de los pacientes, la entrega de resultados de tratamientos, flujo de información al paciente, prevención, productos farmacéuticos y alcance del servicio prestado (Salud Consumer Power House, 2017). Su sistema de evaluación se da en dos variables, la primera en una clasificación tipo semáforo por países y la segunda en un escalafón de 1000 puntos; su relación se estructura de la siguiente manera: si un país tiene más de 800 puntos, se le asigna el color verde, si un país tiene entre 600 y 800 puntos se le asigna el color amarillo y por debajo de 600 puntos se le asigna el color rojo. Se acepta un mínimo de 333 puntos (Ec. europa, sf).

Es importante acotar que el índice de salud se ejecuta desde el año 2005, pero es a partir del 2013 que la comisión europea evalúa todos los sistemas que hacían comparaciones en dicho continente respecto a la asistencia sanitaria, entre los más importantes se destacan la OMS, la organización para la cooperación y desarrollo económicos OCDE y el observatorio europeo, determinándose que el índice de salud del consumidor es el más confiable ya que dichas encuestas las respondían los pacientes y no las instituciones (Ec. europa, sf). Los indicadores ejecutados en Europa pretenden identificar las novedades hospitalarias como: porqué en determinados momentos las instituciones no tienen habilitado el servicio, que sucede cuando una entidad supera su capacidad instalada o se presentan deficiencias en dotación de las instalaciones o insumos que se requieren para algún servicio. (Figueiredo, y otros, 2017); (Blandine, 2018). Esta interpretación en los resultados de indicadores arroja una conclusión interesante donde se evidencia que el dinero no es la solución absoluta para generar un mejor servicio o tratamiento (Ec. europa, sf).

De otra parte, para Oceanía, más exactamente en Nueva Zelanda, se está implementando un sistema de gestión rápida para la ejecución del formulario de referencia, lo que hace que el proceso de recopilación de información sea más fácil y entendible para el receptor, las novedades del paciente se insertan automáticamente en el formato de referencia y la gestión manual del mismo es muy poca, permite adjuntar imágenes y otros documentos de interés; la referencia puede ser enviada inmediatamente y confirmar por el sistema que el receptor tiene la información. Dicho programa se está ejecutando en Auckland, Northland y el Valle de Hunt permitiendo disminuir los tiempos de espera en la atención (Health Link-HL, 2018). Así mismo, un estudio en un hospital iraní, resalta la aplicación de indicadores de calidad y seguridad en la atención hospitalaria, implementando el método PHVA como un ciclo de control para la mejora en la prestación del servicio (Janati & Sadegh Tabrizi, 2016).

Respecto a la implementación de indicadores en el continente americano, según la OMS, uno de los indicadores más dicientes sobre el sistema de salud de un país es la esperanza de vida de la población ya que si el sistema de salud es precario las personas no pueden vivir por muchos años. Para este indicador, Chile es el país con mayor esperanza de vida con 80 años, seguido por Colombia, costa Rica y cuba con 79 años, Guatemala con 72 años, Bolivia con 68 años, el peor ubicado es Haití con apenas 62 años (Fernández, y otros, 2016).

En este mismo sentido, otro indicador importante, de especial atención en América es la mortalidad infantil, porque revela el grado de penetración del sistema de salud, se puede mencionar según la OMS, a Cuba ya que la probabilidad de muerte antes de los primeros 5 años es de 6 de cada 1000 nacidos vivos, en segundo lugar, se encuentra Chile con 8 de cada 1000 y Costa Rica con 10 de cada 1000, nuevamente destaca Haití con 73 de cada 1000, Bolivia con 39, Guatemala con 31 y Chile con 21 (Fernández, y otros, 2016). Según la OMS, entre los países que más invierten en salud, se encuentra Cuba y Costa Rica con un 10% del PIB, seguidos por Brasil y Paraguay con un 8,9%, Haití con 8,5% y Chile con un 7,1%. En esta información se puede destacar que no hay relación entre la inversión realizada en salud y los resultados esperados (Fernández, y otros, 2016).

En conclusión, no solo es suficiente realizar un cubrimiento global en salud generando grandes inversiones cuando no existe una administración y una prestación de servicio de calidad, en Consideración a lo anterior, la implementación y seguimiento de indicadores en las instituciones prestadoras de salud, es relevante para medir la satisfacción de los pacientes (Vogus & McClelland, 2016); (Appalaya & Justin, 2018).

Para el caso colombiano, la salud está regida por un amplio marco regulatorio, en donde se pueden destacar la Constitución: se menciona el derecho a la salud y a la seguridad social como derechos fundamentales a cargo del estado,

entendiendo que este derecho no se puede negar ya que forman parte de los Derechos Humanos (Colombia, 1991). Por consiguiente, algunos cambios resultaron fundamentales, realizados en el Congreso de la República de Colombia, con el fin de darles a los ciudadanos una mejor calidad de vida, entre los que se encuentra el sistema de seguridad social integral (Colombia, 1993).

Lo anterior incorpora que toda Institución hospitalaria, requiere conocer la documentación y los procedimientos del Sistema de referencia y contrareferencia. (Colombia, 1991). De allí que, en Colombia, se evidencia la creación de manuales operativos en los procesos mencionados, encabezados por las gobernaciones de los departamentos y las secretarías de salud. En el caso del departamento del Valle, la Secretaría Departamental de Salud describe el marco legal y marco conceptual como punto de partida para la ejecución de su servicio y en donde se ejecutan procedimientos considerando las normas internas de la entidad hospitalaria dentro de un marco departamental y local (Gobernación del Valle, 2017).

Así mismo, la Gobernación del Huila, se ampara en el marco legal y conceptual para establecer una estructura operativa propia aplicada también a su zona geográfica (Gobernación del Huila, 2017). En Antioquia, se encontró un estudio realizado en el hospital Marco Fidel Suarez, en donde se indica la aplicación por área de los indicadores según sus necesidades, dejando claramente definidos los procesos y su documentación con miras al mejoramiento continuo (Norela & Salazar, 2016).

A través del estudio, se aportan evidencias del manejo de las buenas prácticas de servicio en países desarrollados realizando el análisis sistemático mundial y su administración desde el punto de vista logístico en el mundo con un método general descrito de medición a través de la aplicación de indicadores, en donde su amplio criterio de evaluación describe el desempeño de la prestación del servicio de salud de referencias hospitalarias (Volland & Fugener, 2017).

En correspondencia con lo anterior, el proceso de referencia y contra referencia para Colombia está incluido en las leyes de salud como lo son: constitución política, ley 100 de 1993, decreto 4747 de 2007, resolución 3047 de 2008, resolución 4331 de 2012. Por lo tanto, se debe cumplir con la normatividad que lo regula y darle manejos logísticos al proceso sin desconocerlas, desde su creación pasando por cada una de sus modificaciones legales.

Bajo los parámetros desarrollados y acorde con lo investigado, cada entidad hospitalaria estará en condiciones de formular indicadores acordes a lo estipulado en la ley colombiana y con los lineamientos de su administración interna, implementando el paso a paso descrito en esta sección se logrará ejecutar de manera eficaz el sistema BSC “Balanced Scorecard”, alcanzando objetivos como: la evaluación de desempeño del proceso de referencia y contra referencia, medir el grado de competitividad de la entidad, lograr la satisfacción de los pacientes y aumentar la productividad y efectividad de las actividades hacia el cliente final.

## II. REVISIÓN SISTEMÁTICA

### 2.1. Origen del sistema de salud en el mundo:

La evolución de la seguridad social, desde la revolución industrial en el siglo XIX al igual que el derecho al trabajo, nacen al evolucionar los procesos industriales pues se evidencia un riesgo potencial para el ser humano al generarse interacción directa con las maquinarias, razón por la cual, a inicio del siglo XX se le reconoce al trabajador el derecho a tener una seguridad social, acontecimiento que solo se dio en parte de Europa destacando dos grandes exponentes del tema: por Alemania, Otto Von Bismarck y por el reino unido William Henry Beveridge. Estos dos creadores de modelos de seguridad social se consideran el pilar o punto de partida para la creación de los demás modelos de seguridad social encontrados actualmente en el mundo (Beveridge, 1942).

En 1883 Bismarck promueve la creación de una serie de leyes entre las que se destacan los seguros contra enfermedades, accidentes de trabajo, invalidez y vejez argumentando que el estado debe proveer bienestar a todos los miembros de la sociedad, especialmente a los más necesitados y Se logra una importante relación que prevalece hoy día la cual consiste en

la afiliación al seguro al tener un trabajo remunerado, generando un porcentaje pago por el empleador y otro porcentaje por el empleado. La cobertura depende de la condición laboral del individuo (Beveridge, 1942).

Por su parte Beveridge, se enfoca en la justicia social unificando sistemas e instituciones con el propósito de extender el campo de los beneficiados. Para generar una mayor cobertura se plantea bonificaciones para personas que tengan a cargo menores de edad, establecidos hasta la edad de 15 años. Otro pilar importante en sus planteamientos consistió en ofrecer servicios de salud y convalecencia de tal manera que se aseguren los tratamientos preventivos y curativos de toda clase a todas las personas sin distinción referente a ingresos económicos o barreras económicas del servicio. Seguido a esto y no menos importante se encuentra otorgar un subsidio de incapacidad laboral, oportunidad laboral a discapacitados (Vogus & McClelland, 2016).

## 2.2. Revisión del sistema de salud europeo:

El sistema de salud en Europa, se encuentra supervisado por el índice de salud del consumidor que fue creado por Arne A Björnbergen (2004), este sistema es influenciado por los criterios de Otto Von Bismarck y William Henry Beveridge, implementados desde el siglo XIX, en la actualidad se encuentra que, el modelo Bismarck es implementado en países como Alemania, Francia y Australia y por su parte el modelo Beveridge es implementado en países como reino unido, España, Dinamarca, Finlandia, Islandia, noruega y Suecia (Ec. europa, sf).

De allí que el índice de salud del consumidor evalúa el nivel de prestación del servicio a través de una calificación ranqueada de 1000 puntos en donde se considera el servicio sobresaliente si dicha puntuación es mayor o igual a 800 puntos, aceptándose un puntaje mínimo de 333 puntos. respecto a los modelos mencionados, el modelo Beveridge se encuentra mejor calificado según la puntuación de los países de su influencia como Dinamarca (tercero con 864 puntos) o noruega (cuarto con 850 puntos). Dichas puntuaciones se adquieren en los países a razón del desempeño mostrado en cada uno de los indicadores de gestión implementados, estos indicadores son:

**Tabla 1.** Indicadores implementados.

Subdisciplina	Numero de Indicadores
1. Derechos e información al paciente	10
2. Accesibilidad tiempo de espera/para el tratamiento	6
3. Los resultados	9
4. Rango y alcance de los servicios	8
5. Prevención	7
6. Productos farmacéuticos	6

**Fuente:** (Ec. europa, sf)

Respecto a una sustentación de resultados del ranquin europeo, al relacionar los indicadores de gestión con los dos modelos de sistema de salud, se encuentra una relación directa que determina el nivel de prestación del servicio de salud de cada país, por ejemplo: los países que actualmente ejecutan el modelo Bismarck presentan un alto nivel de satisfacción del cliente, sin variaciones significativas entre países referente a su puntuación, en el modelo Beveridge, muestra grandes variaciones entre países, la mejor puntuación en los países nórdicos mencionados anteriormente (Noruega y Dinamarca) muy baja puntuación en Italia y Portugal y una mediana puntuación en España y reino unido. Esto debido a las largas listas

de espera, el gasto sanitario es menor dado el control de los gobiernos, el paciente debe asistir primero al médico general y luego remitido al especialista generando demoras en la atención (Ec. europa, sf).

En esta revisión bibliográfica sobre el sistema de salud europeo se destaca la evolución en la prestación del servicio, en un espacio de tiempo teniendo como punto de partida la selección de indicadores y la ejecución de los mismos. Dicho grupo de indicadores se generan a través de un grupo de expertos que utilizan el método DELPHI, logrando unir cada vez más países al modelo calificativo y al mismo tiempo mejorando la calidad del servicio hospitalario en cuanto a referencia y contrareferencia mediante el cumplimiento de los indicadores del índice de salud del consumidor. (Ec. Europa, s.f.)

### **2.3. Revisión del sistema de salud en América Latina**

En las Américas, el monitoreo del sistema de salud en general inicia con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que vincula a todos los países de las Américas, dicha organización es la encargada de generar el informe de salud basado en seguimientos sobre planificación y diseños de los sistemas de salud de los países y la ejecución de las políticas de salud, la OPS, supervisa el manejo que se da en temas sensibles como la desigualdad en la prestación del servicio, el desarrollo sostenible de la salud y las reformas a las que son sometidas en cada país. El pilar más importante, sobre el que rige su control es la cobertura universal en donde se identifica la desigualdad social repercutiendo en un déficit de cobertura (Fernández, y otros, 2016).

Es por tanto fundamental, resaltar la importancia del apoyo logístico en las operaciones de control como es el caso de la referencia y contrareferencia, por tal motivo administra indicadores de gestión relacionados con su política de cobertura universal, entre los indicadores más importantes se destaca la respuesta al cambio climático y sus consecuencias en salud, la esperanza de vida, migraciones internas y entre países, siendo este de gran importancia en la actualidad dada la crisis política venezolana, su migración y respuesta colombiana desde el punto de vista hospitalario, barreras en los sistemas de salud e inversión en salud, tomando como ejemplo este último indicador, en donde un acuerdo entre las regiones derivó en la inversión en salud por país de al menos el 6% del PIB, solamente Canadá, Costa Rica, Cuba y Estados Unidos superaron el umbral, en lo que respecta a Colombia, ocupa el séptimo lugar con una inversión del 4,9% del PIB, lo que traduce en gasto de dinero en las personas para la atención (Fernández, y otros, 2016).

Un informe de la OPS y la OMS, afirman que los hospitales de América Latina y del Caribe comparten necesidades básicas en las áreas de atención (incrementos insostenibles), desequilibrios en la prestación del servicio (inequidad en el acceso y una baja calidad) del mismo modo se observa una pobre capacidad de gestión, manifestada en la ausencia de métodos de evaluación de desempeño y rendición de cuentas, así como problemas a nivel gerencial y falta de sistemas de gestión en relación con los procedimientos hospitalarios. Por otro lado, es importante tener en cuenta las opiniones de los usuarios quienes manifiestan inconformidades por la pobre calidad en los servicios prestados y en algunos casos atenciones que no corresponden a sus necesidades (Fernández, y otros, 2016).

Para el caso puntual aquí tratado, a continuación, se describen algunos sistemas de salud en América (Fernández, y otros, 2016):

**Bolivia:** en su constitución política, señala la salud como un derecho humano fundamental, es una política prioritaria para el estado garantizar la atención al usuario independientemente del nivel de complejidad, adicionalmente se establecen redes de salud para no interrumpir la atención acompañada de un monitoreo permanente en los casos de referencia y contrareferencia y la categorización de pacientes referidos de primer nivel según su estado de salud para su adecuado control. Existe interés en la capacitación permanente del personal que interviene en el sistema de referencia y contrareferencia.

**Brasil:** en la constitución federal de 1988, artículo 198 crea en la ley orgánica de salud de 1990 que genera a su vez el sistema único de salud. Existe una alianza público privada que bajo el artículo 199 decreta la universalidad del servicio, los servicios de salud se dividen en tres niveles de complejidad el uno directo a la población y el nivel dos y tres solo si es necesario de tal manera que se estructura el flujo de referencia y contrareferencia para ejecutar el sistema con eficacia.

Chile: al realizar una reforma en salud, se incentiva la gestión en red de los establecimientos dedicados a la salud al igual que los niveles de complejidad del servicio, se tiene un financiamiento adecuado y mecanismos de pago que permiten operar el sistema de salud de manera eficiente. Chile cuenta con un sistema administrativo llamado SIDRA, a través de este, se monitorean puntos críticos en la prestación del servicio como los tiempos de espera y asignación de los tiempos para la atención del paciente, realizan una distribución geográfica donde tienen la población adscrita en las diferentes instituciones de salud, por otro lado, el personal involucrado en el proceso de referencia y contrareferencia realiza reuniones periódicas para analizar la calidad del servicio. (Fernández, 2018)

Costa Rica: cuenta con tres redes de servicios de salud organizadas geográficamente, como punto de referencia se toma el centro del país, siendo la distribución centro norte, centro sur y del centro a la Costa Atlántica, sus servicios de salud las clasifican por niveles de atención y grado de complejidad, dichos niveles los distribuyen en el primer nivel para atención integral, el segundo nivel en hospitales periféricos y regionales y el tercer nivel para hospitales especializados, en cuanto a referencia y contrareferencia se refiere, la administración se hace de la misma forma ya descrita. (Fernández, 2018)

Cuba: cuenta con una red de servicios hospitalarios de gran alcance, en lo que respecta a los indicadores fundamentales para la OPS, Cuba cuenta con una expectativa de vida de 78 años, mortalidad infantil de 4 por cada mil nacidos vivos, infraestructura para la investigación, en lo que respecta al régimen de referencia y contrareferencia, Cuba administra control a través de comités de calidad del servicio integrando altos cargos administrativos de la atención primaria y secundaria en pro de la satisfacción de los clientes.

Ecuador: presenta un modelo de administración de salud como el de Costa Rica, según su división política, el público, el de seguridad social y el privado que cuenta con amplia tecnología y especializaciones, el sistema carece de financiamientos, de igual forma el país no contaba con una red de servicios de salud que permita ejecutar el sistema de referencia y contrareferencia de manera organizada. Solo cuando se presenta un cambio de gobierno, se prioriza la atención primaria y la formación integrada de un sistema nacional de salud garantizando no solo la atención por niveles de complejidad sino también la prevención.

México: tiene un sistema nacional de salud organizado en dos grandes grupos, los que tienen seguridad social gracias a su empleo y los que no tienen seguridad social porque son desempleados o trabajadores informales, este último grupo debe acudir a los servicios privados o a la coordinación de política nacional de salud, el sistema de referencia y contrareferencia se ejecuta mediante tres redes de servicio que son la red nacional, la estatal y la perimetral, México cuenta con un observatorio de desempeño hospitalario, cuya finalidad es ejercer un control sobre la calidad y la eficiencia con la que se atienden a los pacientes, dicho seguimiento se ejecuta a través de indicadores en áreas estratégicas como: recursos y servicios, los medicamentos, sistemas de información, calidad y eficiencia clínica, mortalidad hospitalaria, satisfacción y trato adecuado al paciente. Adicionalmente, se maneja un sistema de acreditación hospitalaria que obliga al cumplimiento de estándares para su operación.

Perú: cuenta con los tres niveles de atención, predomina la asignación al médico general en primera instancia, no tiene un sistema consolidado de carácter nacional, el paciente puede acceder al especialista directamente sin la consulta previa al médico general, aun no regionaliza su población para la cantidad asignada de la población a instituciones o médicos, el responsable de generar la referencia es el médico general o especialista que realiza la atención al paciente, en otros países existe personal diferente para esta labor, Perú utiliza los sistemas electrónicos de manera parcial para realizar referencias a través de ES SALUD, aunque no se maneja información alguna de los contrareferidos.

#### **2.4. Revisión del Sistema de Salud en Colombia.**

El país cuenta con un sistema de seguridad social, soportado en un robusto marco legal, organiza las redes de atención en grados de complejidad y se soporta financieramente con aportes fiscales y parafiscales de los empleadores y empleados, la cobertura en salud se estima en un 90% de la población en donde el estado juega un papel importante con los subsidios, teniendo en cuenta los indicadores prioritarios de la OPS, en Colombia se destaca el incumplimiento de los mismos en

cuanto la inequidad al acceso de los servicios, la falta de pago entre pagadores y proveedores de servicios, la falta de tecnologías, falta de control en el precio de los medicamentos, la falta de calidad en el servicio y la falta de investigación (Fernández, y otros, 2016).

Basados en lo anterior, son abundantes los comentarios acerca de la crisis actual de la salud, aspectos como la actual legislación que instauro el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la tan controvertida y vilipendiada Ley 100, son aspectos funcionales que van en contravía de la obligación del médico por el paciente; así mismo, la creación de intermediarios financieros –EPS, ARS, ARP-, se quedan con buena parte de los recursos que se destinan a la salud, convirtiendo el servicio de salud en un modelo de negocio, calificado por múltiples analistas como perverso (Patiño, 2013).

### III. ANTECEDENTES LEGALES COLOMBIANOS

#### 3.1 Conceptos y terminologías:

Régimen de referencia y contrareferencia: en su artículo 2 el decreto 2759 de 1991, establece el régimen como “el conjunto de normas técnicas y administrativas que permiten prestar un adecuado servicio de salud al usuario según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad y eficacia”. (Colombia, decreto 2759, 1991). En su parágrafo 1, establece que “facilita el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnóstica, entre los organismos de salud y unidades familiares, de tal forma que se preste una atención en salud oportuna y eficaz” (Colombia, decreto 2759, 1991).

Remisión: el artículo 4 sobre modalidades de solicitud establece “Procedimiento por el cual se transfiere la atención en salud de un usuario, a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad sobre el cuidado del mismo” (Colombia, decreto 2759, 1991).

Interconsulta: el artículo 4 sobre modalidades de solicitud establece “En la solicitud elevada por el profesional o institución de salud, responsable de la atención del usuario a otros profesionales o instituciones de salud para que emitan juicios y orientaciones sobre la conducta a seguir con determinados usuarios, sin que estos profesionales o instituciones asuman la responsabilidad directa de su manejo” (Colombia, decreto 2759, 1991).

Orden de servicio: el artículo 4 sobre modalidades de solicitud establece “En la solicitud de realización de actividades de apoyo diagnóstico y/o tratamiento entre una institución y otra. Para lo anterior pueden referirse: Personas, elementos o muestras biológicas y productos del ambiente” (Colombia, decreto 2759, 1991).

Apoyo tecnológico: el artículo 4 sobre modalidades de solicitud establece “Es el requerimiento temporal de recursos humanos, de dotación o insumos, de un organismo a otro, para contribuir a la eficiencia y eficacia en la prestación de servicios, de conformidad con el principio de subsidiariedad, evitando así el desplazamiento de usuarios” (Colombia, decreto 2759, 1991).

Red de prestación de servicio: el capítulo 1 en su artículo 3 del decreto 4747 de 2007 considera como tales “las instituciones prestadoras de servicios de salud y los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud y que se encuentran habilitados. Para efectos del presente decreto, se incluyen los profesionales independientes de salud y los servicios de transporte especial de pacientes que se encuentren habilitados”

(Colombia, decreto 4747, 2007).

Prestadores de salud: el capítulo 1 en su artículo 3 del decreto 4747 de 2007 señala que “son las entidades de servicios de salud, los profesionales independientes y los servicios de transporte especial de pacientes” (Colombia, 2007).

### **3.2. Constitución Política de Colombia:**

El marco normativo bajo el cual se encuentra amparado en Colombia el régimen de referencia y contrareferencia se establece de la siguiente manera:

**Artículo 49:** teniendo en cuenta la función social del estado en materia de garantizar la salud de la población, este reza “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control” (Colombia, 1991).

**Artículo 334:** las prestaciones de los servicios de salud en el país son considerados según la constitución política de Colombia como un servicio público así “se establece la facultad del Estado para mantener la regulación, control y vigilancia del servicio de salud como un servicio público” (Colombia, 1991).

**Artículo 365:** a manera de complemento al artículo 334, el presente artículo reza “Los servicios públicos estarán sometidos al régimen jurídico que fije la ley, podrán ser prestados por el Estado, directa o indirectamente, por comunidades organizadas, o por particulares. En todo caso, el Estado mantendrá la regulación, el control y la vigilancia de dichos servicios” (Colombia, 1991).

#### **3.2.1. Leyes**

##### **Ley 1438 de 2011**

por la cual se reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud, estableció en su artículo 57 el trámite que han de seguir las entidades responsables del pago de servicios de salud y los prestadores de dichos servicios, cuando las primeras glosen las facturas a tales prestadores, contemplando condiciones adicionales a las previstas en el Decreto 4747 de 2007. (Ley 1438, 2011)

##### **Ley 715 de 2001**

En su artículo 54 se determina que “el servicio de salud a nivel nacional deberá prestarse mediante la integración de redes que permitan la articulación de las unidades prestadores de servicios de salud, la utilización adecuada de la oferta en salud y la racionalización del costo de las atenciones en beneficio de la población, así como la optimización de la infraestructura que la soporta. (Ley 715,2001). De igual forma su artículo 42 manifiesta que el estado en materia de salud debe definir, implementar y evaluar la política de prestación de servicios de salud. Para este fin regulara la oferta pública y privada de servicios, estableciendo normas para controlar su crecimiento, la garantía de la calidad y la libre escogencia



de prestadores de servicio por parte de los usuarios. (Ley 715, 2001)

**Ley 100:** por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral.

**Artículo 154:** en su Literal f hace una especificación hacia la obligación del Estado en correspondencia a los servicios de salud en forma descentralizada, estableciendo los niveles de atención y la participación de la comunidad en las decisiones.

**Artículo 159:** debe garantizarse la atención en urgencias a los afiliados en todo el territorio nacional, sin distinción alguna

**Artículo 162 parágrafo 5:** establece que para la prestación de los servicios de salud todas las Entidades Promotoras deben establecer un Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

### 3.2.2. Decretos

#### **Decreto ley 4747 de 2007**

Se describe Capítulo I, Artículo 3, el Sistema de Referencia Contrarreferencia como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios. Así mismo, 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. (Colombia, 2007, D4747). En su Artículo 17, define “El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contrarreferencia y la operación del sistema de referencia y contrarreferencia es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud, quienes deberán disponer de una red de prestadores de servicios de salud que garanticen la disponibilidad y suficiencia de los servicios en todos los niveles de complejidad a su cargo, así como la disponibilidad de la red de transporte y comunicación” (Colombia, 2007, D4747).

#### **Resolución 3047 del 2008**

Por medio de la cual se definen “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, definidos en el Decreto 4747 de 2007” (Colombia, 2008, R3047), así mismo se simplifican los trámites por parte de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

#### **Resolución 416 de febrero de 2009**

Se realizan las modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones (Colombia, 2009, R416).

#### **Resolución 4331 del 2012**

Dicha resolución ejecuta cambios importantes en cuanto a la estandarización de la documentación que se estableció en la resolución 3047 así: “Modifíquese el Formato Único de Autorización de Servicios de Salud, definido en el Anexo Técnico No. 4 de la Resolución 3047 de 2008, adiciónense los formatos estandarizados de referencia y contrarreferencia de pacientes y el contenido de los avisos que obligatoriamente deben publicar las entidades responsables del pago y los prestadores de servicios de salud, establecidos en los anexo 9,10 Y 11, los cuales hacen parte integral de la presente resolución”( Colombia,

2012, R4331).

### **Resolución 5261 de 1994**

Establece que el acceso al servicio siempre será por el primer nivel o por el servicio de urgencias. Para los niveles subsiguientes el paciente deberá ser remitido por un profesional en medicina general de acuerdo a las normas definidas para ello, las que como mínimo deberán contener una historia clínica completa en la que se especifique el motivo de la remisión, los tratamientos y resultados previos. (Colombia, 1994, R5261).

### **Resolución 1995/99**

El ministerio de salud establece las Normas para el Manejo de Historias Clínicas (Colombia, 1999, R1995).

## **IV. BALANCED SCORECARD**

### **4.1 Planteamiento de Balance Scorecard**

Desde el punto de vista logístico y para efectos de esta revisión bibliográfica, una entidad prestadora de servicios de salud, como organización, se desarrolla a partir de las interacciones de personas que lo conforman para lograr determinados objetivos reflejados en resultados de un proceso, por tal motivo las organizaciones deben tener criterios claros y básicos como: para que existe, hacia quien está dirigida la actividad que se realiza, sus clientes, la red asistencial, los principios y valores como institución. Dichos criterios aportan aspectos de valor, generan una identidad a la institución y ayudan a la formación de la misión y visión del desempeño (Kaplan & Norton, 2000).

La revisión bibliográfica de diferentes modelos o sistemas de medición tradicionales indica que el BSC es el sistema que integra toda la organización a través del desarrollo de estrategias que permiten alcanzar los objetivos y muestra una interpretación clara de resultados con la metodología semáforo encargada de calificar el desempeño y clasificar los modelos administrativos que favorecen al paciente, por otro lado retomando el análisis sistemático entre Colombia, centro y sur América, el BSC se complementa directamente con la necesidad actual del SRCR colombiano ya que las cuatro perspectivas muestran el área de enfoque evidenciado en dicho análisis como la falta de tecnologías, déficit financiero, un deteriorado servicio al cliente y la mejora del desempeño del recurso humano.

Al trazar la ruta para llegar al BSC, la literatura indica el enfoque de los elementos para desarrollar un plan estratégico como sigue:

La misión hospitalaria: debe indicar sino todos, algunos de los siguientes criterios: quienes son, que alcance tienen “grado de complejidad”, propuesta de valor, atributos del servicio, propósito, relación con los clientes, recurso humano y técnico.

La visión hospitalaria: debe indicar quien se quiere llegar a ser como entidad, en que tiempo, que imagen institucional se quiere alcanzar y que atributos lograr. (Kaplan & Norton, 2000)

Objetivos estratégicos de la entidad prestadora de salud: deben marcar un camino a seguir y contrastar con la misión y la visión en una misma línea de tiempo, al retomar el análisis sistemático en Latinoamérica, Colombia debe trazar objetivos trascendentales de desarrollo del sistema como, por ejemplo: consolidar el SRCR a nivel nacional, teniendo en cuenta que en la actualidad se ejecuta a nivel interinstitucional. Otros ejemplos de objetivo estratégico son, Desarrollar sistemas electrónicos de SRCR de pacientes para el control de sus citas médicas y su posterior contrareferencia, determinar la eficacia

del SRCR relacionando el porcentaje de pacientes contrareferidos en relación con los referidos y establecer un comité de vigilancia del SRCR. (Kaplan & Norton, 2000)

Estrategias: se debe desarrollar estrategias que no estén en contravía con el presupuesto, debe ser medible y clara y diseñadas conforme a lo que dicta la misión, toda estrategia requiere una táctica, es decir la acción al detalle. La estrategia debe interactuar en cada una de las perspectivas, teniendo en cuenta que el recurso humano es la base para la construcción del BSC, inclinando la misión a la satisfacción del cliente final. (Kaplan & Norton, 2000)

Perspectiva de aprendizaje e innovación: Como se puede mantener y argumentar la capacidad del recurso humano para darle cumplimiento a la visión respecto a la administración del SRCR. En términos generales se deben plantear indicadores de oferta de servicio, Indicadores de clima organizacional y desarrollo de talento humano. (Kaplan & Norton, 2000)

Perspectiva de los procesos: cuando una organización conoce sus procesos, puede gestionar mejoras en busca de la excelencia. Los indicadores se plantean sobre la ejecución del proceso y sus resultados. (Kaplan & Norton, 2000)

Perspectivas del cliente: que esperan los ciudadanos del SRCR. Los indicadores adecuados se relacionan con la satisfacción del cliente y calidad en el servicio. (Kaplan & Norton, 2000)

Perspectiva financiera: que se debe hacer para aprovechar los recursos financieros con los que se cuenta, ¿cómo se debe administrar para maximizar provisiones o agregar valor? (Kaplan & Norton, 2000)

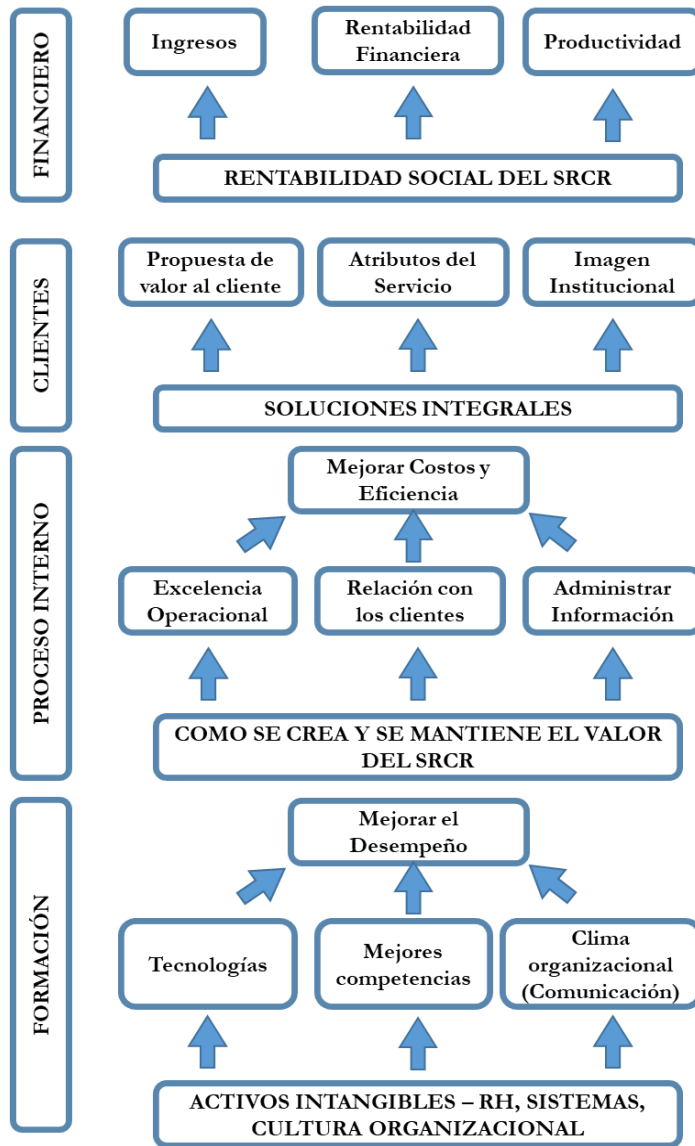
Plan de acción: está encaminado a mejorar la calidad, efectividad y eficiencia del SRCR de manera concreta con el fin de lograr el resultado esperado mediante el control de resultados de desempeño y toma decisiones para mejorar las operaciones sobre la base de la nueva información y aprendizaje, como es el caso de México, Chile y Cuba, con reuniones periódicas de inspección de operaciones para resolver problemas nuevos o persistentes, en la reunión también se debe entrar a discutir la estrategia y la información de los indicadores con el fin de conocer si la operación está bajo control y si la estrategia se está ejecutando como debe ser.

Presupuesto: se debe cuantificar económicamente cada acción que interviene en el SRCR, de tal manera que siempre surja inquietud sobre cómo financiar las iniciativas asegurando crecimiento y rentabilidad.

Como puede evidenciarse en las figuras 1 y 2, uno de los aspectos de mayor relevancia en el BSC, es el no condicionamiento del sistema en el aspecto financiero, sino que se visualiza de forma más amplia en las personas garantizando su satisfacción laboral, entrenamiento del cargo y en los sistemas de información aportando disponibilidad en tiempo real y en los procesos información fiable y oportuna al mismo tiempo que vincula la medición de la misma estrategia. Por ello, a manera de ejemplo, se relacionan los siguientes indicadores claves ya que cada entidad hospitalaria de acuerdo a sus necesidades y su estrategia de negocio está en capacidad de reconsiderar el indicador que le lleve a la excelencia del proceso.

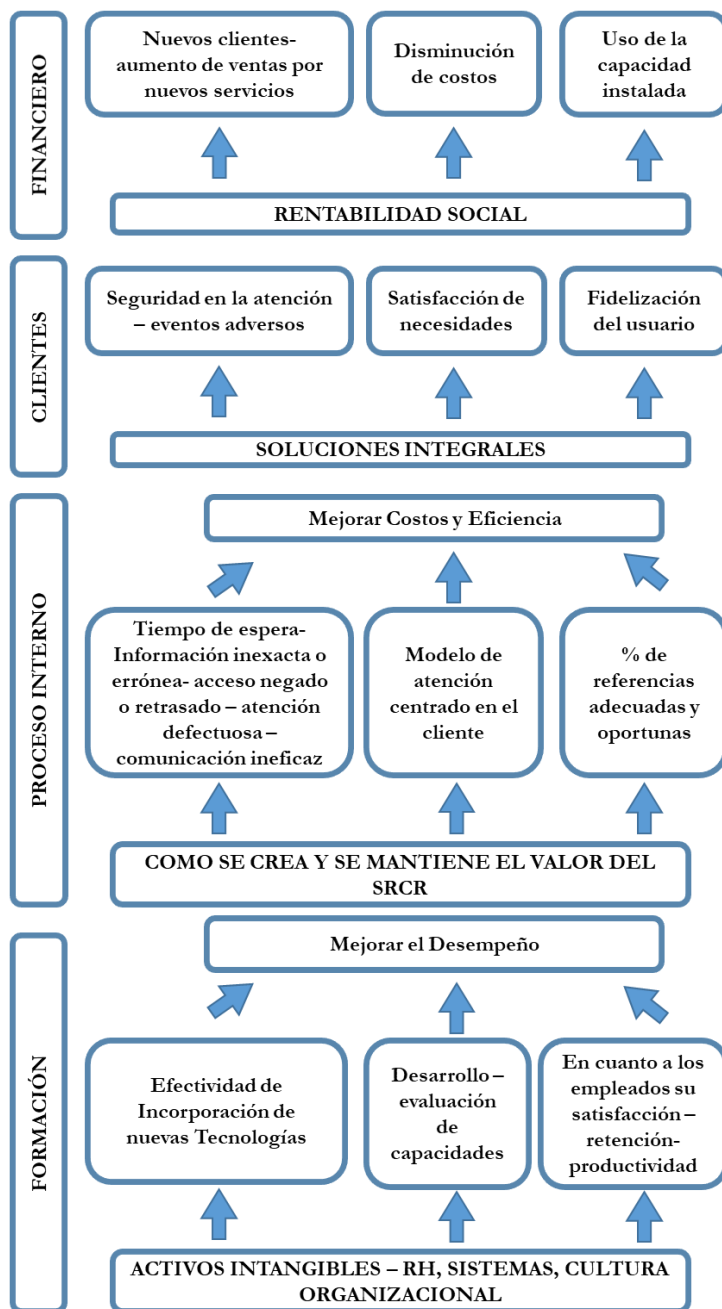
A continuación, se presenta un ejemplo a este respecto que argumenta el origen y la administración de los indicadores guardando las consideraciones necesarias para cualquier organización que requiera este sistema de gestión.

Figura 1. Cuadro de Mando Integral



Fuente: cuadro adaptado de Kaplan y Norton, 2000

Figura 2. Cuadro de Mando Integral. Ejemplo de Indicadores



Fuente: cuadro adaptado de Kaplan y Norton, 2000

El indicador es la herramienta de control que permite monitorear el SRCR a través de variables cualitativas relacionadas con el cliente y el recurso humano o cuantitativas relacionada con el área financiera y de procesos, los indicadores se categorizan en estratégicos al controlar el macro proceso, en tácticos al medir el proceso y en operativos al medir las actividades internas. En relación con las cuatro perspectivas del BSC, su tipología es económica en cuanto lo financiero, es eficaz si se logró el cumplimiento de la meta establecida, es eficiente en relación con la utilización de los recursos y efectivo referente al impacto con el cliente final o paciente para el caso. (Mora, 2017).

La entidad prestadora de servicio de salud debe tener claro cuál es el factor clave de éxito, lo importante a medir, por ejemplo, ¿se puede destacar en el aumento de atención de pacientes y el porcentaje de satisfacción del mismo? Se podría lograr con un servicio oportuno y de calidad, en otras palabras, el que y el cómo. Tomando como referente la metodología

PHVA, (Deming, 2013). Para poder realizar la implementación de los indicadores se debe tener una relación directa con el objetivo estratégico de la entidad, conocer cuál es el factor clave del éxito y los indicadores que le aporten, cuál es su rango de gestión, tener claro cómo se va a medir y sus recursos, garantizar la toma de datos y su veracidad, validarlo y mantenerlo en uso. Al tener claridad en lo mencionado, el indicador debe tener una ficha técnica que lo caracterice, en donde debe reposar el nombre del indicador, el origen de los datos, su expresión matemática, la unidad de medida, el umbral, la tendencia de los datos, periodo de recolección de datos, el responsable y la meta que se desea obtener bajo una visualización de colores, su presentación debe ser gráfica para una mejor interpretación como por ejemplo gráficos de barras, sectores o líneas estos al ser interpretados deben mostrar la relación causa efecto, sus repercusiones en cadena y su tendencia. (Mora, 2017)

**Evaluación de desempeño del proceso:** si se quiere desarrollar un SRCR eficiente en Colombia, este debe iniciar a nivel interno con la motivación propia de los directivos y empleados en la ejecución de la estrategia que involucre tecnologías de información y capacitaciones dentro de las organizaciones que contemple las competencias de los empleados, el trabajo en equipo y mejora en la comunicación a nivel de redes, por otro lado trabajar en paralelo los objetivos contemplados en el marco legal colombiano referentes a la universalidad, eficiencia y eficacia de la red con la visión estratégica de cada entidad y establecer comités de vigilancia y evaluación en procesos asistenciales o logísticos integrados logrando una retroalimentación y control del sistema de referencia pero sobre todo en la contrareferencia.

**Medir el grado de competitividad:** es necesario indagar sobre la competitividad entendiendo el funcionamiento del SRCR como la integración de las entidades de salud que favorecen la continuidad e integralidad de la prestación del servicio y al mismo tiempo la competencia misma entre instituciones por el paciente para lograr continuidad en la atención en salud, por tal motivo al hablar de competitividad, se debe tener en cuenta la productividad. De aquí la importancia del sistema de medición CMI, ya que lo que no se mide no se controla y dicho sistema permite interacción entre el recurso humano, procesos internos y cliente final “paciente”, al integrar las perspectivas se busca garantizar el éxito financiero, una mejor calidad en el servicio y recuperar la confianza en las instituciones.

**Satisfacer expectativas de los pacientes:** se debe generar una propuesta de valor enfocada en la excelencia clínica, partiendo de las necesidades del paciente para poder medir su satisfacción, la entidad hospitalaria al momento de implementar el CMI genera interrogantes como por ejemplo en que procesos internos se debe tener excelente desempeño. Del mismo modo el CMI aporta herramientas para favorecer la imagen institucional y por ende fidelizar el usuario.

**Aumento de la productividad y efectividad hacia el cliente final:** en relación con el CMI, es de vital importancia la selección de indicadores que aporten eficazmente a la estrategia planteada por la entidad hospitalaria pues son estos los que guían el camino para un proceso productivo con un alto grado de efectividad sumado a un excelente flujo de comunicación que permita alinear la estrategia entre los miembros del equipo de trabajo ya que mediante los procesos internos se logra generar valor en un SRCR logrando cumplimiento de los objetivos planteados en relación con los resultados logrados y los resultados propuestos.

## V. CONCLUSIONES

Una vez desarrollada la investigación documental y allanados todos y cada uno de los indicadores que para el caso son indispensables, saltan en el contexto de la administración y la operación de los procesos de referencia y contrareferencia una serie de condicionamientos para ser aplicados en el ámbito colombiano, teniendo como principal base los sistemas internacionales y el desarrollo de un servicio de salud y asistencia social con múltiples beneficios, especialmente para el usuario final.

Un primer ámbito a reconocer, es el legal; sin duda alguna y teniendo en cuenta los registros normativos propuestos en el artículo, Colombia posee un sistema normativo extenso y fortalecido para una gestión adecuada del sistema de salud; así mismo, los órganos de control con que cuenta el país, cumplen con la función primordial. No obstante, esta no se cumple

a cabalidad, especialmente en lo correspondiente a cobertura y universalidad. Con preocupación y pesar se puede observar como el sistema de salud en el Estado colombiano, deja por fuera a amplias comunidades.

Del mismo modo, se han encontrado casos en los cuales, a pesar de haberse estructurado la salud como un derecho fundamental, el acceso a algunos servicios solo se genera bajo el amparo de las acciones de tutela. Y los que se prestan, cada vez dejan más quejas y reclamos que beneficios. Esta situación claramente va en contra de la referencia y contrareferencia, puesto que corta toda la comunicación que se pueda tener al momento de un servicio.

El *balanced scorecard*, sugiere ser una herramienta fundamental por medio de la cual solventar gran parte de las problemáticas de salud en el país, acceso, universalidad servicio adecuado, ágil y eficiente, tanto para la institución hospitalaria como para el paciente mismo, pero la ausencia de una tecnología adecuada, de unas instalaciones de vanguardia, sugieren al país continuar en la “edad de las cavernas” en materia de salud. A los ojos de la comunidad nacional e internacional esto se podría llevar a cabo, pero obstáculos como la corrupción dejan sin recursos al sistema de salud y por ende no se pueden adecuar tecnológicamente las organizaciones, y menos aún se puede preparar el personal de una forma eficaz para la prestación del servicio, obstaculizando con ello, una evaluación de la gestión como medio para mejorar en calidad.

## REFERENCIAS

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv*, 208-220.
- Appalayya, M., & Justin, P. (2018). Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. *Journal of Retailing and Consumer Services*, 262.
- Beveridge, S. (1942). *Social Insurance and Allied Services*. London.
- Blandine, A. (2018). Healthcare logistics and supply chain-issues and future challenges. *Journal supply chain: aninternational journal*.
- Colombia. *Resoluciones y Sentencias (2008)*. Resolución 3047 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, definidos en el Decreto 4747 de 2007. Bogotá D.C.: Minproteccion.
- Colombia. *Resoluciones y Sentencias (1994)*. 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. Bogotá D.C.: Minsalud.
- Colombia. *Resoluciones y sentencias (1999)*. Resolución 1995 de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica. Bogotá D.C.: Minsalud.
- Colombia. *Resoluciones y sentencias (2009)*. Resolución 416 de 2009. Por medio de la cual se realizan unas modificaciones a la Resolución 3047 de 2008 y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Minprotección.
- Colombia. *Resoluciones y sentencias (2012)*. 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 Bogotá D.C.: Minsalud.
- Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C.: Congreso de la República.
- Colombia. (2001). *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 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Bogotá D.C.: Congreso de la Republica

- Decreto 2759 de 1991 por el cual se organiza y establece el regimen de referencia y contrareferencia.* Bogotá D.C.: Minprotección Social.
- Decreto 4747, artículo 17 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.* Bogotá: Congreso de la Republica.
- Ec. europa. (sf). *SRCR Initiative - EESC database.* Retrieved from ec.europa.eu: <http://ec.europa.eu/digital-single-market/en/cop-sr-cr-initiatives>
- Fernández, M., Roo, J., Irigoyen, A., Blanco, S., Edward, A., & Juárez, T. (2016). Los sistemas de referencia e Contra-referencia de pacientes na América Latina: Mecanismos de Coordinacao Assistencial e papel da Medicina de Familia e Comunidade. *Bras Med Fam Comunidade*, 37-45.
- Figueiredo, M., Gomide, S., Carvalho, L., Fávero, A., Pinheiro, A., & Serrano, M. (2017). User Satisfaction with primary health care: an analysis of acces and care. *Scielo Journal*.
- Gobernación del Huila. (2017). *Manual de referencia y Contrareferencia* . Neiva: Secretaria de Salud Departamental.
- Gobernación del Valle. (2017). *Manual Operativo del Sistema de referencia y Contrareferencia* . Calí: Secretaria Departamental de Salud.
- Greber, P.-Y. (1984). "Les principes fondamentaux du droit international et du droit suisse de la sécurité sociale". *Réalités sociales*, 55.
- Health Link-HL. (2018). *Knowledge- base: auckland - ereferrals.* Retrieved from Healthlink web site: [http://www.healthlink.net/en\\_NZ/support/knowledge-base/auckland-ereferrals](http://www.healthlink.net/en_NZ/support/knowledge-base/auckland-ereferrals)
- Janati, A., & Sadegh Tabrizi, J. (2016). Hospital Accreditation: ¿What is its Effect on Quality and Safety Indicators? Experience of an Iranian teaching hospital. *Bali Medical Journal*, 303-307.
- Kaplan, R., & Norton, D. P. (2000). *Cuadro de mando Integral (The Balanced Scorecard)*. Barcelona: Ediciones Gestión 2000.
- Martínez, P., Rodríguez, L., & Agudelo, C. (2011). Equidad en la política de reforma del sistema de salud. . *Revista Salud Pública*, 13-39.
- Martínez, R. (2002). *Balanced Scorecard: nueva metodología para el desarrollo de indicadores de gestión*. Medellín: Universidad EAFIT.
- Norela, S., & Salazar, S. (2016). *Sistema de Referencia y Contrareferencia Hospital Marco Fidel Suarez (Trabajo de Grado)*. Bello: Universidad de Antioquia.
- Patiño, J. F. (2013). El Sistema de Salud en Colombia: crisis sin precedentes. *Rev. Colomb*, 259-261.
- Salud Consumer Power House. (2017). Informe: Indice of Consumer health Euro. *Salud Consumer Power House*, 100.
- Scaramussa, S. (2010). "La contribución del Balanced Scorecard como instrumento de gestión estratégica en el apoyo a la gerencia". *Revista Visión de Futuro*.
- Vogus, T., & McClelland, L. (2016). *Principales Modelos de Seguridad Social y Protección Social*. Alemania.
- Volland, J., & Fugener, A. (2017). When de Costumer is the patient: Lessons from healthcare on patient satisfaction and service qualityratings. *Material Logistics in Hospitals*, 82-101.
- World Health Organization. (2018). *Monitoring health for the sustainable development goals. This work is avalaible under the Creative Commons Attribution-Non commercial-Share Alike 3.0.* Retrieved from Who. int: <http://www.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>