

# “Análisis de sistemas de respuesta comunitaria a emergencia, aplicables al área rural del corregimiento de Salónica como modelo de intervención en salud” revisión de Alcance.

"Analysis of community emergency response systems, applicable to the rural area of the township of Salónica as a model of health intervention" Scope review.

Autor

Jonny Andres Rincon Vanegas

[Jonny.rincon00@usc.edu.co](mailto:Jonny.rincon00@usc.edu.co)

Tutor

Jousetp Forero Corral

[forerocorral@hotmail.com](mailto:forerocorral@hotmail.com)

Programa

**Tecnología en Atención Prehospitalaria**

**Facultad de Salud**

**Tecnólogo en Atención Prehospitalaria**

**Universidad Santiago de Cali,**

**Santiago de Cali, 2022**

## **Resumen**

Salónica, es una población ubicada en la zona rural del Municipio de Riofrio, al suroccidente en la ladera de la Cordillera Occidental su principal fuente de economía radica en la siembra y aprovechamiento del Café como cultivo orgánico, porcicultura y producción avícola, en el sector se cuenta con un puesto de salud, estación de Policía y Cuerpo de Bomberos Voluntarios. El uso de herramientas como Machetes, Azadones, Guadaña, entre otros; causan accidentes que constantemente cobran la vida y afectan la salud de quienes lo sufren, las zonas rurales dispersas del Corregimiento no cuentan con centros de salud, dejando así solamente la atención al puesto de salud ubicado dentro de la localidad, sumado a lo anterior la comunidad no genera respuesta alguna de atención para las personas lesionadas o enfermas por lo que se realiza la investigación acerca de la existencia de modelos de atención prehospitalaria rural en los cuales la comunidad sea su actor principal, es así como se realiza la recopilación de quince (15) artículos entre los cuales se observan revisiones, trabajos de investigación y modelos de atención rural de emergencias, de los artículos mencionados a criterio del autor, se eligen tres (3) para su análisis; la manera de analizarlos es mediante la comparación en sus estructuras y posterior cotejo con la característica demográfica, geográfica e institucional de Salónica. Una vez revisados los artículos elegidos por el autor, se evidencia que de los modelos aplicados en diferentes áreas geográficas, las poblaciones en los cuales se aplicó dicho modelo de intervención, presentan similitudes en sus características sociales y demográficas, lo que haría viable implementar un método similar en el Corregimiento de Salónica que presenta características similares en cuanto a población, Geografía y factor económico. La atención de las lesiones por parte de las personas que conforman los modelos de intervención, genero un gran impacto en la mortalidad y la morbilidad en esas poblaciones. En los tres modelos analizados se determinó la importancia del apoyo de las instituciones de socorro o sistemas de emergencias médicos, para la capacitación, motivación y entrenamiento de las personas que hacen parte de dichos modelos, con el fin de generar comunidades aptas para la atención y a atreves de ellos llegar a motivar a quienes no encuentran aún las razones claras para formar parte de dicha iniciativa; es recomendable continuar con el proceso de análisis, conformación e implementación de un modelo de atención de emergencias en salud, en el que se involucre la comunidad de la zona rural

de Salónica.

*Palabras Clave:* Personal de respuesta a emergencias, socorristas comunitarios, sistema médico de emergencia SEM, prehospitalario, salud rural, socorrista comunitario, socorrista comunitario de primeros auxilios

### **Abstract**

Salónica, is a population located in the rural area of the Municipality of Riofrio, to the southwest on the slope of the Western Cordillera, its main source of economy lies in the planting and use of coffee as an organic crop, pig farming and poultry production, in the sector there is a health post, police station and Volunteer Fire Department. The use of tools such as Machetes, Hoes, Scythe, among others; cause accidents that constantly take lives and affect the health of those who suffer it, the dispersed rural areas of the Corregimiento do not have health centers, thus leaving only the attention to the health post located within the town, added to the above the community does not generate any care response for injured or sick people, so research is carried out on the existence of rural pre-hospital care models in which the community is its main actor, this is how the compilation of fifteen (15) articles among which reviews, research papers and models of rural emergency care are observed, of the articles mentioned at the author's discretion, three (3) are chosen for analysis; the way to analyze them is by comparing their structures and subsequent comparison with the demographic, geographical and institutional characteristics of Thessaloniki. Once the articles chosen by the author have been reviewed, it is evident that from the models applied in different geographical areas, the populations in which said intervention model was applied present similarities in their social and demographic characteristics, which would make it feasible to implement a method similar in the Corregimiento de Salónica that presents similar characteristics in terms of population, Geography, and economic factor. The care of injuries by the people who make up the intervention models generated a great impact on mortality and morbidity in these populations. In the three models analyzed, the importance of the support of relief institutions or medical emergency systems was determined, for the training, motivation and training of the people who are part of said models, in order to generate communities suitable for care and Dare them to get to motivate those who still do not find the clear reasons to be part of this initiative; It is advisable to continue with the process of analysis, formation and implementation of a health emergency care model, in which the community of the rural area of Thessaloniki is involved.

*Keywords:* Emergency responders, Community lifeguards, Ems emergency medicals system, Prehospital, Rural health, Community first responder, community first aid responder

## **1. INTRODUCCIÓN**

El municipio de Riofrio, ubicado en el Departamento del Valle del Cauca en la Sub región del Centro, se encuentra ubicado a 112,1 kilómetros<sup>1</sup> de la Capital del Valle, Santiago de Cali, cuya economía gira alrededor del Turismo, es un sector donde convergen los afluentes hídricos más importantes de esta población y se encuentra abierta al público para recreación y deporte<sup>1</sup>, posee cuatro (4) corregimientos; Salónica, Fenicia, Portugal de Piedras, La zulia, y a su vez se subdivide en treinta y cuatro (34) veredas de los cuales 5 poseen centros poblados<sup>1</sup> según proyecciones del DANE, cuenta con una población de 15939 habitantes, y su extensión total es de 280 km cuadrados<sup>2</sup> El corregimiento de Salónica, es una población ubicada en la zona rural del Municipio de Riofrio, al suroccidente en la ladera de la Cordillera Occidental<sup>3</sup>, su principal fuente de economía radica en la siembra y aprovechamiento del Café como cultivo orgánico, porcicultura y producción avícola, se encuentra conformada por seis veredas que se encuentran a una distancia en tiempo de no menos de 4 horas de camino por vías despavimentadas, en el sector se cuenta con un puesto de salud, estación de Policía y Cuerpo de Bomberos Voluntarios<sup>3</sup>.

Para los cultivos que en el corregimiento se siembran, se requiere el uso de herramientas como Machetes, Azadones, Guadaña, entre otros; con las cuales se presentan accidentes que constantemente cobran la vida y afectan la salud de quienes lo sufren, de acuerdo con el informe del [cuerpo de Bomberos de Salónica](#); a la semana se atienden 6 casos de caídas de trabajadores por pendientes, al realizar labores agropecuarias de los cuales 2 sufren lesiones severas o politraumatismos y 1 fallece producto de dichas lesiones<sup>4</sup>, de igual manera, las zonas rurales dispersas del Corregimiento, no cuentan con centros de salud, dejando así solamente la atención al puesto de salud ubicado dentro del Corregimiento, lo realmente preocupante es el hecho de que las personas habitantes del área rural, no cuentan con la capacitación ni el acompañamiento tendiente a fortalecerlos en el manejo de las lesiones o soporte de la vida de quienes se lesionan o se enferman, desconociendo que este proceder generan un gran impacto sobre la mortalidad y morbilidad de las personas

lesionadas o con enfermedades que habitan en la zona, que como esta evidenciado, se encuentran a más de 2 horas de distancia del puesto de salud más cercano.

Teniendo en cuenta que las personas que trabajan en el campo mueren en diferentes accidentes y no solo por el trauma sino por el retardo en la atención o la ausencia del mismo esto debido a falta de personal capacitado para prestar dicha ayuda.

Según la literatura “En términos generales la muerte se encuentra definida como la culminación de la vida<sup>5</sup>” Normalmente se define como muerte el hecho de que una persona no presente signos vitales; los cuales determinan si el individuo se encuentra vivo o muerto aunque dicho dictamen la determina solo un profesional de la salud (medico) mediante certificado de defunción, dicha pérdida de signos vitales se puede presentar por traumatismos; por caídas, accidentes o uso de elementos y herramientas o por enfermedades como Cáncer, Hipertensión, Infarto, Diabetes entre otras; que deterioran el estado de salud de las personas y que requiere de la atención o cuidados para tratar de conservar la vida. Los primeros auxilios deben ser enseñados a todas las personas del territorio colombiano para implementación comunitaria y como respuesta a emergencias en salud en caso de requerirse.

Podemos definir “Los traumas físicos como lesiones trágicas y multifacéticas que de repente amenazan la vida. Aunque es la tercera causa más común de muerte en todos los grupos de edad, uno de cada cuatro pacientes con traumatismos muere debido a una lesión torácica o sus complicaciones. Las lesiones contundentes constituyen la mayoría de los traumatismos torácicos. Esto indica la importancia del trauma torácico entre todos los traumas<sup>6</sup>” así las cosas se puede ver que cada tipo de trauma genera muertes en el mundo y Colombia no es ajeno a este flagelo, en Colombia según el [observatorio nacional de seguridad vial](#), en el año 2021 se reportaron 7270 personas muertas por causa de traumas y politraumatismos, estas cifras son alarmantes y se debe analizar que en la mayoría de estos casos no recibieron una atención inmediata por parte de los espectadores. De otro lado “El sector agricultor es el que más ha presentado casos de accidentalidad laboral, con una tasa del 6,75 %. En el primer semestre del año se han presentado 27.000 accidentes y 14 trabajadores del sector han fallecido<sup>7</sup>.”

En caso de no generar estrategias que eviten que se siga presentando este grado de desatención por parte las personas que habitan la zona rural hacia sus coterráneos que sufren una lesión, se enfrentan a un constante episodio de muerte y secuelas graves esto derivado de la carencia de conocimientos en primeros auxilios que faciliten ayudar las personas que lo requieran, además el problema se agrava por el déficit de personal que integren los organismos de socorro de estas zonas, entidades donde es impartido el conocimiento en materia de primeros auxilios y atención de lesiones y enfermedades, generando así susceptibilidad de muerte y secuelas graves en todos los grupos de edades que presenten accidentes o enfermedades de aparición súbita. por ello, con el presente trabajo se pretende evaluar la implementación de la respuesta comunitaria a emergencia en la comunidad de salonica y a futuro quizá extender el modelo a otras área similares

## 2. METODOS Y MATERIALES

¿existen sistemas de atención prehospitalaria en las áreas rurales enfocado en la comunidad? en base a la pregunta anterior se realiza una revisión de alcance o Scope review, y para dar respuesta a la pregunta de revisión se realiza búsqueda de artículos en las bases de datos indizadas, a saber en la página **PUBMED, SCOPUS, SPRINGER Y SAGE JOURNALS**; es así como se realiza la recopilación de quince (15) artículos, luego de la selección utilizando métodos de exclusión como aquellos que estaba en idiomas diferentes a Inglés y Español, así como los que generaban costos o estaban incompletos. Se revisaron artículos entre los cuales se contó con otras revisiones, trabajos de investigación y modelos de atención rural de emergencias, a continuación se evidencia la forma de búsqueda o estrategia de búsqueda y la ecuación de las búsquedas o análisis de resultados.

**Tabla 1. Estrategias de búsqueda en bases de datos.**

N.	Búsquedas.
1	personal de respuesta a emergencias AND socorristas comunitarios
2	Sistema medico de emergencia OR sistema de emergencias médicas OR sistema medico
3	Socorrista comunitario AND socorrista comunitario de primeros auxilios
4	Atención prehospitalaria NOT atención medica

Tabla diseñada por el autor.

**Tabla 2. Ecuación de Búsqueda.**

#	Búsquedas	Resultados
1	1-2	316
2	3-4-5	1.240.096
3	6-7	343
4	8-9	2.792

Tabla diseñada por el autor

Una vez realizadas la búsqueda conceptual utilizando las palabras clave, Personal de respuesta a emergencias, socorristas comunitarios, sistema médico de emergencia SEM, prehospitalario, salud rural, socorrista comunitario, socorrista comunitario de primeros auxilios se procede a evidenciar los artículos elegidos por criterio del autor para la revisión y análisis, la elección de los artículos se realiza teniendo en cuenta que tiene similitudes con las comunidades y geografía de Salónica al igual que la condición socioeconómica. Los artículos se evidencian a continuación.

1. Ten years of the community-based emergency first aid responder (EFAR) system in the Western Cape of South Africa: What has happened, what has changed, and what has been learned.

Diez años del sistema de respuesta de primeros auxilios de emergencia (EFAR) basado en la comunidad en el Cabo Occidental de Sudáfrica: qué ha sucedido, qué ha cambiado y qué se ha aprendido.

2. Where There Is No Paramedic: The Sachigo Lake Wilderness Emergency Response Education Initiative

Donde no hay paramédico: la iniciativa educativa de respuesta a emergencias del desierto del lago Sachigo

3. Conceptualizing and Managing Medical Emergencies Where No Formal Paramedical System Exists: Perspectives from a Remote Indigenous Community in Canada

Conceptualización y manejo de emergencias médicas donde no existe un sistema paramédico formal: perspectivas de una comunidad indígena remota en Canadá.

Continuando con la metodología, procede el autor a realizar la descripción de cada uno de los modelos de atención de emergencias Comunitarios que se analizan.

- Ten years of the community-based emergency first aid responder (EFAR) system in the Western Cape of South Africa: What has happened, what has changed, and what has been learned.:

El modelo EFAR surge en el año 2012 como una idea comunitaria de Jared H. Sun and Lee A. Wallis y realizan la socialización de dicho modelo a través de la revista *Emergency Medicine Journal*<sup>8</sup>, este modelo de intervención surge como respuesta a la necesidad de instalar capacidad operativa de atención de emergencias en las comunidades rurales que no cuentan con recursos económicos suficientes y cuya accidentalidad es alta y por ende la muerte de quienes sufren alguna lesión o enfermedad de aparición súbita<sup>8</sup>, este modelo describe como un grupo de Paramédicos o personal

profesional que pertenece al sistema médico Western Cape Government Health (WCGH) que traduce “Salud del Gobierno del Cabo Occidental” y el colegio Western Cape Government (WCG), por su sigla en inglés que traduce “Colegio de Atención de Emergencia del Gobierno del Cabo Occidental” capacitan a un grupo de personas de áreas rurales en materia de atención de lesiones, primeros auxilios e identificación de amenazas de la vida en trauma o enfermedad y se entrena dicho personal en la manera correcta de acceder a la atención de este tipo de pacientes<sup>9</sup>. Paso seguido se procede a realizar formación en materia de notificación de llamado de por medio de las líneas de emergencia y como activar un sistema de emergencia que dará respuesta mientras la primera respuesta rural estabiliza el paciente. El modelo además está complementado por la respuesta que realiza el grupo de emergencias de la zona y quien finalmente se encarga de culminar el tratamiento o atención iniciada por la comunidad respondiente. A través de esta iniciativa se ha implementado el sistema EFAR en múltiples comunidades y han capacitado a más de 10.000 miembros de la comunidad en todo el Cabo Occidental<sup>9</sup> este modelo genera su efectividad basado en el tiempo de respuesta esperado que es de 1 a 15 minutos o menos, lo cual se logra con la respuesta comunitaria miembro del EFAR<sup>9</sup>. El modelo de atención comunitario, ha sido aceptado por la Asociación Africana de Medicina de emergencia (AFEM).

Finalmente este modelo se basa en el empoderamiento de la comunidad, y nace con el objetivo de lograr que los vecinos del sector acudan a sus mismos coterráneos en caso de presentar una emergencia. El Sistema EFAR de Sudáfrica está conformado por organizaciones comunitarias que se encargan de operativizar las acciones que se realizan, con comunicación directa con el EMS y con lo que ellos denominan “transportistas”, se realiza la atención de las emergencias y su vigilancia está relacionada al poder del líder o líderes de las comunidades pues son quienes conocen sus debilidades y fortalezas<sup>9</sup>.

- **Where There Is No Paramedic: The Sachigo Lake Wilderness Emergency Response Education Initiative**

El presente modelo de atención de emergencias, tiene alcance para la comunidad indígena remota que no tiene la facilidad de acceder a un sistema de salud óptimo<sup>10</sup>, se genera un acompañamiento por parte de un equipo de médicos y personal de emergencias Médicas, quienes realizan capacitación y entrenamiento a las personas que habitan el área rural del norte de Canadá. En este modelo se genera un equipo de intervención liderado por un coordinador el cual es miembro de la comunidad, este coordinador es asistido por el personal médico y transportistas que basados en los conocimientos impartidos realizan trabajo en equipo para dar respuesta a las emergencias comunitarias que se presentan en las áreas rurales dispersas<sup>10</sup>, el modelo tiene una estructura basada en un líder de la comunidad, y personal entrenado en primeros auxilios, estos a su vez cuentan con el acompañamiento asistido por personal sanitario (médicos) y se coordinan con los Sistemas de Emergencias del sector. Este modelo de atención de emergencias rurales implemento un sistema de educación denominado primeros auxilios de apoyo a la vida lo cual genera que quienes lo practican sean denominados cuidadores de vida<sup>10</sup>. Dicho programa se basa en la atención de las lesiones que se presentan en los vecinos de las comunidades producto de sus quehaceres diarios o por enfermedades súbitas que afectan la salud de las personas objeto de la atención<sup>10</sup>.

- **EXPERIENCE OF COMMUNITY FIRST RESPONDERS IN CO-PRODUCING RURAL HEALTH CARE: IN THE LIMINAL GAP BETWEEN CITIZEN AND PROFESSIONAL.**

En este modelo, se observa una interacción entre la comunidad y los sistemas de emergencias, aquí se motiva desde el estamento de salud nacional, para que las personas se vinculen al programa y pueda brindarse la ayuda oportuna en la atención de lesiones en los miembros de su comunidad<sup>11</sup>, se exalta en este modelo, la voluntariedad de los lugareños y el respeto y cuidado impartido por los profesionales en las áreas de salud o emergencias como reconocimiento de la ardua labor que desempeñan quienes forman parte de las comunidades beneficiadas.<sup>11</sup> este modelo específico, se genera a razón de las dificultades de acceso geográfico a las comunidades rurales, y con ello a la pronta atención de las personas que resultado de su actividad económica pudieran resultar lesionadas o enfermas requiriendo así una atención inmediata<sup>11</sup>. En este modelo, no se entrega responsabilidad de coordinación a ningún miembro de la comunidad, por el contrario está bajo la coordinación del SEM local, y el grupo de atendedores son voluntarios entrenados por el SEM, se encuentran organizados como primera avanzada, comunicándose de manera directa con una central de emergencia quien asiste de manera telefónica mientras la ambulancia hace arribo a la escena.<sup>11</sup>

**Tabla 1. comparacion modelos de Intervención en Emergencias Comunitarias.**

MODELO	POBLACION OBJETO	CONDICIONES GEOGRAFICAS	CONDICIONES SOCIALES
Emergency first aid responder (EFAR) system in the Western Cape of South Africa	Población de El cabo Occidental Canada <sup>8</sup> . Población rural dispersa sin recursos económicos y sin acceso a los sistemas de salud de manera oportuna. Poblaciones distantes del casco urbano	Comunidades distantes, En zonas remotas, En zonas distantes y dificultad para el acceso. <sup>8</sup>	Poblaciones de escasos recursos económicos.  Sin acceso a servicios de salud
The Sachigo Lake Wilderness Emergency Response Education Initiative	Personas de zonas rurales lejanas ubicadas en la periferia del Sachigo Lake. Dificultad de acceso a sus territorios por parte de los servicios de ambulancia <sup>9</sup> Zonas geográficamente deterioradas. <sup>9</sup>	Zonas montañosa y lejana con relación al área urbana. <sup>9</sup> Terrenos distantes de los centros de salud y población urbana <sup>9</sup> Dificil acceso a vehículos aptos para ese terreno <sup>9</sup> .	Población indígena sin acceso a servicios de salud <sup>9</sup>  Habitan sectores remotos distantes de comunidades urbanas <sup>9</sup>  Sin factor económico que les permita contratar servicios de transporte de pacientes. <sup>9</sup>
<b>2. EXPERIENCE OF COMMUNITY FIRST RESPONDERS IN CO-PRODUCING RURAL HEALTH CARE: IN THE LIMINAL GAP BETWEEN CITIZEN AND PROFESSIONAL.</b>	Personas de áreas rurales dispersas. Estas personas no cuentan con recursos económicos suficiente	Zonas rurales dispersas <sup>10</sup> Dificultad en las vías de acceso <sup>10</sup> Deficiencia de vías transitables <sup>10</sup> Distancias lejas con relación a lo urbano. <sup>10</sup>	Personas sin recursos económicos <sup>10</sup>  Niveles educativos deficientes <sup>10</sup>  Si acceso a los sistemas de salud. <sup>10</sup>
<b>BRIGADA COMUNITARIA RURAL SALONICA.</b>	Campesinos de área rural dispersa. Personas con dificultad de acceso a la educación Trabajadores de áreas remotas y distantes.	Territorios a mas de dos horas de camino  Vías de acceso sin pavimentación ni mantenimiento,  Alejados de los centros urbanos	Personas de bajos recursos económicos  Sin acceso a los servicios de salud  Violencia localizada.

Tabla de propiedad del autor.

### 3. RESULTADOS

Una vez revisados los artículos elegidos por el autor, se evidencia que los modelos aplicados en diferentes áreas geográficas, las poblaciones en los cuales se aplicó dicho modelo de intervención, presentan similitudes en sus características sociales y demográficas, lo que haría viable implementar un método similar en el Corregimiento de Salónica que presenta características similares en cuanto a población, Geografía y factor económico.

Los métodos internacionales son acompañados por sistemas de emergencias locales, y son estos sistemas los encargados de capacitar y entrenar a la comunidad objeto.

La atención de las lesiones por parte de las personas que conforman los modelos de intervención, genero un gran impacto en la mortalidad y la morbilidad en esas poblaciones así como la mitigación de la severidad de las lesiones puesto que se inicia una respuesta temprana a las emergencias en salud que se presentan.

Se evidencia la participación comunitaria, teniendo en cuenta que eran conscientes de la necesidad del aprendizaje y el correcto modo de intervención en las emergencias en salud que se generan en sus comunidades.

#### 4. DISCUSIÓN

Según los datos evidenciados en los artículos elegidos por el autor, se observa que los métodos implementados han sido exitosos en sus comunidades a pesar de encontrarse sobre latitudes geográficas, culturas, razas y características poblacionales distintas; concuerdan que se requiere de la voluntad de la comunidad y de la disponibilidad de las diferentes entidades para la educación, apoyo y mejora en los diferentes sistemas.

En los artículos comparados se encontró que presentaron como limitantes la deficiencia en la evidencia científica acerca de la efectividad de la atención en primeros auxilios o primera respuesta, basados en la falta de literatura que permitiera comparar las incidencias en la mortalidad y severidad de lesiones como impacto de la atención comunitaria.

En los tres modelos analizados se determinó la importancia del apoyo de las instituciones de socorro o sistemas de emergencias médicos, para la capacitación, motivación y entrenamiento de las personas que hacen parte de dichos modelos, con el fin de generar comunidades aptas para la atención y a través de ellos llegar a motivar a quienes no encuentran aún las razones claras para formar parte de dicha iniciativa.

A criterio del autor, se considera que los estudios podrían haber evidenciado de manera más clara, las características demográficas de las poblaciones beneficiadas, lo que permitiría conocer el impacto en la comunidad y generar estrategias para llegar a los grupos poblacionales con mayor seguridad, la información de la que carecen los estudios son el grupo de edades más interesadas en pertenecer a los modelos de intervención y que edades se sustraen de dicha función comunitaria.

#### 5. CONCLUSIONES

Una vez revisada la literatura, y conociendo los diferentes métodos aplicados para el entrenamiento de comunidades rurales frente a emergencias en salud, concluye el autor que el Corregimiento de Salónica Municipio de Riofrio Valle, el cual cuenta con características geográficas, poblacionales y económicas similares a las poblaciones internacionales con modelos de intervención en emergencias comunitarias ya implementados, podrá impactar la severidad y mortalidad de sus habitantes rurales producto de lesiones y complicaciones físicas, así como las causadas por enfermedades de aparición súbita o crónicas, mediante la implementación de un modelo similar a los estudiados consistente en Brigadas Comunitarias de Emergencias en Salud, como un modelo de intervención.

Es recomendable continuar con el proceso de análisis, conformación e implementación de un modelo de atención de emergencias en salud, en el que se involucre la comunidad de la zona rural de Salónica y como responsables de la capacitación y entrenamiento se pueda vincular el Cuerpo de Bomberos Salónica y en compañía del Tecnólogo en Atención Prehospitalaria como pilar fundamental en la Atención Prehospitalaria Comunitaria.

#### 6. AGRADECIMIENTOS

Agradezco mi madre, esposa e Hijos, por el apoyo incondicional en este proceso educativo.

Al equipo docente del Programa de Atención Prehospitalaria de la Universidad Santiago de Cali por la disposición de asesoría y acompañamiento permanente.

Al Director del Programa de Atención Prehospitalaria Dr. Jonathan Ariel Gallego. Por su apoyo y enseñanzas.

#### BIBLIOGRAFIA

1. <http://www.riofrio-valle.gov.co/territorios-744858/salonica>. (s.f).
2. Valle, A. d. (octubre 21 de 2022). [alcaldiariofrio-valle.gov.co](http://www.riofrio-valle.gov.co). Obtenido de [alcaldiariofrio-valle.gov.co](http://www.riofrio-valle.gov.co): <http://www.riofrio-valle.gov.co/municipio/nuestro-municipio>

3. DANE. (12 de noviembre de 2022). *dane.gov.co*. Obtenido de dane.gov.co: <https://www.dane.gov.co>
4. Riofrio, A. d. (21 de octubre de 2022). *alcaldiariofrio-valle.gov.co*. Obtenido de alcaldiariofrio-valle.gov.co: <http://www.riofrio-valle.gov.co/territorios-744858/salonica>
5. conceptodefinicion. (4 de febrero de 2021). *conceptodefinicion*. Obtenido de ConceptoDefinicion: <https://conceptodefinicion.de/muerte/>
6. CanPeker, B. N. (3 de junio de 2020). *Science Direct*. Obtenido de Chinese Journal of Traumatology: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1008127520301103?via%3Dihub>
7. Vial, A. N. (30 de septiembre de 2022). *Agencia Nacional de Seguridad Vial*. Obtenido de Observatorio Nacional de Seguridad Vial: <https://ansv.gov.co/observatorio>
8. Adam Gyedu, M. M. (1 de diciembre de 2020). *National Library of Medicine*. Obtenido de HHS Author Manuscripts: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7842361/>
9. Karen Born, 1. A. (26 de octubre de 2012). *National Library of Medicine*. Obtenido de Int J Circumpolar Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3482695/>
10. Jeffrey Curran, 1. S. (4 de febrero de 2018). *National Library of Medicine*. Obtenido de Int J Environ Res Public Health: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5858336/>
11. Marcus Slingers, a. S. (19 de julio de 2022). *National Library of Medicine*. Obtenido de Afr J Emerg Med : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9307512/>
12. Mohammad Jahangir Hossain, a. M. (27 de agosto de 2020). *National Library of Medicine*. Obtenido de Afr J Emerg Med : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7700990/>
  - a. Lichtenhahn, M. K. (16 de agosto de 2019). *Springer Link*. Obtenido de Springer Link: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00101-019-00635-2>
13. Anne Roberts, c. a. (18 de octubre de 2014). *National Library of Medicine*. Obtenido de BMC Health Serv Res: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4283089/>
14. HelenaNord-LjungquistabKatarinaBohmcdBengtFridlundaCarinaElmqvistaeÅsaEngströmb. (noviembre de 2021). *ScienceDirect*. Obtenido de International Emergency Nursing: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X21001385?via%3Dihub>
15. Helena Nord-Ljungquist RN, C. Å. (15 de octubre de 2019). *Wiley Online Library*. Obtenido de Caring Sciences: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/scs.12767>
16. Håkon Kvåle Bakke, c. a. (2 de marzo de 2013). *National Library of Medicine*. Obtenido de Scand J Trauma Resusc Emerg Med: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3599718/>
17. Alison H Vasa 1, K. A. (2 de noviembre de 2021). *National Library of Medicine*. Obtenido de Pub Med.gov: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34726139/>
18. Aaron Orkin, 1. ., (2 de octubre de 2012). *National Library of Medicine*. Obtenido de PLoS Med : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3462771/>
19. Robert J. Steeps, M. R. (18 de junio de 2017). *National Library of Medicine*. Obtenido de West J Emerg Med : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5468069/>
20. Michael Khalemsky 1, D. G. (2 de junio de 2020). *National Library of Medicine*. Obtenido de pubmed logo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32482170/>