

**DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA
CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE NUNCHÍA CASANARE 2014**

CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA



**TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS,
EMERGENCIAS Y DESASTRES**

AUTORES:

**JOSE RENE GARCÍA GUICÓN
DAVINSON PIDIACHE VARGAS**

MEDELLÍN COLOMBIA

2014



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: “**Diseño del departamento de Atención Prehospitalaria para el cuerpo de Bomberos Voluntarios de Nunchia Casanare, 2014**”, elaborado por los estudiantes: JOSE RENÉ GARCÍA y DAVINSON PIDIACHE VARGAS, del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptualizar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

Aprobado - Bueno

Medellín, Octubre 29 de 2014

LIC. MILTON ANDRÉS JARA
Coordinador Investigación FCS

ESP. JORGE SANCHEZ
Asesor Metodológico

CAP. JESÚS ESPINOSA
Asesor temático

JOSÉ RENÉ GARCÍA
Estudiante

DAVINSON PIDIACHE VARGAS
Estudiante

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA
AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE DOCUMENTOS EN EL REPOSITORIO
INSTITUCIONAL (RI)

A QUIEN INTERESE:

Mediante el presente instrumento, actuando en nombre propio como autor(es) de la obra que entrego(entregamos) a la Institución, confiero(conferimos) a la Corporación Universitaria Adventista, institución universitaria sin ánimo de lucro, de carácter privado, con Personería Jurídica del Ministerio de Educación Nacional, expedida por la Resolución 8529, del 6 de junio de 1983, una licencia de difusión no exclusiva limitada sobre la obra que se integra a dicha institución de educación superior, la cual entrará en vigencia en la fecha en la cual se integre al RI, por un periodo de dos (2) años, prorrogables en forma indefinida.

La obra sujeta a la presente será utilizada estrictamente con fines educativos, científicos y culturales, al tenor de lo establecido en la Ley 23 de 1982, la Ley 44 de 1993, la Decisión Andina 351 de 1993 y demás normas generales sobre protección de derechos de autor.

El(los) autor(es) expresa(mos) que la obra es de su autoría y se realizó sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, obra sobre la que tiene(n) los derechos que autoriza(n) y sobre la cual asume(n) todas las responsabilidades atinentes al contenido de la misma ante la Corporación Universitaria Adventista y ante terceros.

El(los) autor(es) conceden autorización a la Corporación Universitaria Adventista para convertir la obra al formato que el RI requiera e incluir la obra en los buscadores e índices necesarios para su difusión.


El(los) autor(es) podrá(n) dar por terminada la licencia elevando la solicitud por escrito a la Corporación Universitaria Adventista, con una antelación de dos (2) meses.

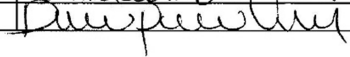
Si la obra ha recibido algún patrocinio o apoyo por parte de alguna organización, el(los) autor(es) garantiza(n) que han cumplido los derechos y obligaciones adquiridos con él(ellos). En el caso de obras de varios autores, todos deberán firmar.

Para constancia, firmo (firmamos):

Fecha de entrega: 04 / 11 / 2014

Título de la obra: Diseño del departamento de Atención Prehospitalaria para el cuerpo de Bomberos Voluntarios de Nunchia Casana.c 2014.

Nombre:	JOSE RENE GARCIA GUILCÓN
Documento de identidad:	1116.690.315
Dirección:	Cl 32 C # 86-42
Teléfono:	313 484 1420
Correo electrónico:	yene-garcia2012@hotmail.com
Firma:	

Nombre:	Darinson Pidiache Vargas
Documento de identidad:	1152.447.520
Dirección:	Cl 32 C # 86-42
Teléfono:	313 414 4149
Correo electrónico:	darvidsopma@hotmail.com
Firma:	

Nombre:	
Documento de identidad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Firma:	

Nombre:	
Documento de identidad:	
Dirección:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Firma:	

Se agradece por su contribución para el desarrollo de este proyecto a Dios primeramente que me dio el privilegio de venir a estudiar a su universidad, a los asesores metodológicos Jorge Sánchez, temático Jesús Espinosa y profesor Milton Jara por sus aportes, amigos, Zamir Montaña, Nicanor Betancourt, a mis compañeros de estudio, al CBV de Nunchía Casanare y personas que de una u otra forma contribuyeron con sus aportes en los momentos que se requerían para la elaboración de este proyecto a todos muchas gracias.

Rene García

Agradecer grandemente a quienes me instruyeron y me formaron académicamente, también a quienes con sus consejos y compañía compartieron durante mi formación tecnológica profesional, y en la elaboración de este proyecto. Siempre llevo presente que sin ellos todo hubiera sido diferente.

Davinson Pidiache Vargas

Se dedica este trabajo a mi madre María Herminda Güicón, hermanos Ferney, Maribel y Rubén quienes junto con migo lucharon incansablemente para que yo saliera adelante, fueron ellos quienes me ayudaron económicamente para hacer este proyecto realidad.

Rene García

Se dedica este trabajo a mi padre Luis Elías y mi madre María Flor Amérita por su inmenso esfuerzo de apoyarme en toda mi trayectoria de formación académica, A mis hermanos Jose Luis y Viviana por estar ahí y hacer parte de mi vida. Sin ellos esto no hubiera sido hecho realidad.

Davinson Pidiache Vargas

RESUMEN DE PROYECTO

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad: Ciencias de la Salud

Programa: Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres

Título: DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE NUNCHÍA CASANARE 2014.

Integrantes del grupo: Jose Rene García Güicón

Davinson Pidiache Vargas.

Asesor Temático: TAPH. Jesus María Espinoza Echavarría

Asesor Metodológico: Esp. Jorge Sánchez Becerra

Fecha de terminación del proyecto: 29 de octubre de 2014.

Problema

El servicio de atención prehospitalaria en este territorio nunchiano, es poco reconocido y al respecto se ha tenido una idea gracias al Cuerpo de Bomberos Voluntario de Nunchía.

Quienes prestan el servicio son bomberos voluntarios con cursos básicos en primeros auxilios y auxiliares de enfermería. Los vehículos de transporte son camionetas 4x4 que prestan el servicio de ambulancia.

La atención en la escena y principalmente a los pacientes no comprende la totalidad adecuada del manejo prehospitalario que incluye inmovilización, manejo y traslado. Para unificar el servicio de atención prehospitalaria es necesaria una completa adecuación del servicio.

Método

El proyecto. Diseño del departamento de atención prehospitalaria para Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Nunchía Casanare, manejó una metodología de desarrollo con un enfoque propositivo. Se tiene en cuenta que en el municipio ve la necesidad de implementar un servicio de estas características. Lo que se pretende sustentar es una propuesta de diseño con argumentos válidos según lo explica en este proyecto, teniendo como referentes el departamento de Atención Prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Envigado, Itagüí y Proyecto APH Medellín.

Conclusiones

Este proyecto se hizo con el fin dar una posible solución a la problemática del municipio de Nunchía Casanare. Debido a la existente deficiencia en la prestación del servicio de Atención Prehospitalaria y Transporte Asistencial de pacientes es muy común.

Se realiza como propuesta, un modelo que contiene el diseño del departamento APH para dicho cuerpo de bomberos.

INTRODUCCIÓN

Diseño del departamento de atención prehospitalaria para cuerpo de bomberos voluntarios de Nunchía Casanare 2014, pretende mostrar opciones e ideas emprendedoras para la creación de dicho departamento. Este proyecto contiene definiciones que sustentan legalmente la importancia de la labor de Atención Prehospitalaria en nuestro medio. Se atribuyen sugerencias enmarcadas en la normatividad vigente. Gracias a las siguientes instituciones, se ha logrado una apreciación del enfoque que tienen, 123 APH Medellín, Cuerpo de Bomberos voluntarios de Envigado e Itagüí. Al examinar con detalle el panorama que plantea este proyecto es de relevancia proponer para el impulso del municipio y el desarrollo de su salud pública. Esto con el fin de que se alcancen logros importantes y se esté a la par de los principales municipios del país, donde se prestan servicios de calidad en el ámbito prehospitalario. El fin es claro, que exista una estructura operativa y organizada, para que las personas que viven o llegan al municipio se sientan atendidas y seguras al momento de sus actividades. Protegiéndoles frente a una situación que comprometa la integridad física ya sea por catástrofe de origen natural o antrópica como, accidentes de tránsito u otro tipo de amenaza. Se hace énfasis en trabajar junto con el cuerpo de Bomberos voluntarios del sector para brindar una mejor atención oportuna y eficiente.

CONTENIDO

Capítulo 1. Planteamiento del problema	
1.1 Justificación	1
1.2 Planteamiento del Problema	2
1.3 Objetivos	3
1.3.1 General.....	3
1.3.2 Específicos.....	3
1.4 Viabilidad del proyecto.....	3
1.5 Limitaciones de la investigación	4
1.6 Impacto del proyecto	4
Capítulo 2 marco teórico	
2.1 Marco conceptual.....	6
2.1.1 Atención prehospitalaria	6
2.1.2 Atención de urgencia.....	6
2.1.3 Desastre	6
2.1.4 Soporte vital básico	7
2.1.5 Soporte vital avanzado.....	7
2.1.6 Tecnólogo en Atención Prehospitalaria	7
2.1.7 Transporte asistencial básico	7
2.2 Marco Referencial.....	8
2.2.1 Departamento APH CBV Envigado	8
2.2.2 Departamento APH CBV Itagüí.....	8
2.3 Marco institucional	9
2.3.1 Misión Corporación Universitaria Adventista de Colombia	9
2.3.2 Visión Corporación Universitaria Adventista de Colombia	9
2.3.3 Historia de la facultad de ciencias de la salud Unac	10

2.3.4 Misión de la facultad de ciencias de la salud Unac	11
2.3.5 Visión de la facultad de ciencias de la salud Unac	11
2.3.6 Información del programa Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias Emergencias y Desastres	12
2.4 Marco histórico	12
2.4.1 Historia APH en el mundo	13
2.4.2 Historia APH en Colombia.....	16
2.5 Marco Geográfico	16
2.6 Marco legal o normativo.....	17
2.7 Marco teórico.....	19
2.7.1 Conceptos básicos para habilitación de servicio APH y TAB.....	19
2.7.1.1 Servicio de atención prehospitalaria	19
2.7.1.2 Transporte asistencial básico terrestre	19
2.7.1.3 Norma técnica colombiana 3729	21
2.7.1.4 Referencia y contrareferencia.....	21
2.7.1.5 Bioseguridad y asepsia.....	22
2.7.1.6 Guías de atención prehospitalaria y manejo de urgencias.....	24
2.7.1.7 Historia clínica.....	25
2.7.2 Conceptos para el auto sostenimiento económico de un servicio de aph y tab....	25
2.7.2.1 SOAT	26
2.7.2.2 Convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud y entidades encargadas del pago de los servicios prestados en salud.	27
➤ 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.....	27
➤ Seguridad social.....	30
➤ ARL.....	30

Capítulo 3 Diagnóstico y análisis	
3.1 Reseña histórica de CBV Nunchía Casanare	31
3.2 Misión.....	31
3.3 Visión.....	32
3.4 Lema.....	32
3.5 Valores.....	32
Capítulo 4 Metodología del proyecto	
4.1 Alcance del proyecto	33
4.2 Metodología del proyecto	33
4.3 Plan de trabajo	34
4.4 Presupuesto.....	36
Capítulo 5 Conclusiones y recomendaciones	
5.1 Conclusiones	37
5.2 Recomendaciones	37
6. Referencias Bibliográficas.....	38
7. Anexos	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Impacto del proyecto.....	4
Tabla 2. Plan de trabajo	343
Tabla 3. Presupuesto	365

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APH	Atención Prehospitalaria.
APHUED	Atención Prehospitalaria de Urgencias Emergencias y Desastres.
ARL	Aseguradora de Riesgos Laborales.
CBV	Cuerpo de Bomberos Voluntarios.
ECAT	Eventos Catastróficos de Accidentes de Tránsito.
EMS	Sistema Médico de Emergencias
EMT	Técnicos en Emergencias Médicas
EPS	Entidad Prestadora de Servicio de Salud.
ESE	Empresa Social del Estado
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantías.
FURTRAN	Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas.
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud.
NTC	Norma Técnica Colombiana.
REPS	Registro Espacial de Prestadores de Servicios de Salud.
SIMPAD	Sistema Municipal de Atención y Prevención de Desastres.
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito.
TAB	Transporte Asistencial Básica.
TAM	Transporte Asistencial Medicalizado.
UNAC	Corporación Universitaria Adventista de Colombia.

CAPÍTULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO

1.1 Justificación

El avance del conocimiento científico-profesional prehospitalario en la actual sociedad facilita la atención, en el manejo y traslado de pacientes, desde la escena prehospitalaria hasta el hospital. “La Atención Prehospitalaria comprende un conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brinda a un paciente en el lugar de los hechos, o durante su traslado a un centro asistencial. Esta atención la realiza el personal capacitado y equipado que busca estabilizar y mejorar las condiciones del paciente” (1). En el municipio de Nunchía y en la institución bomberil es común la atención de primera respuesta a cualquier eventualidad que involucra vidas humanas y bienes, pero poder demostrar una mejor atención prehospitalaria en el municipio radica un reto debido a que la problemática actual muestra una no adecuación legal completa del servicio.

La Corporación Universitaria Adventista de Colombia como proveedora de la formación académica de futuros tecnólogos, en el programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres (APHUED). Promueve la formulación de este proyecto que lleva por nombre “DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS NUNCHÍA CASANARE 2014”. Este pretende mostrar el marco legal colombiano actual que menciona parámetros para la organización de un servicio prehospitalario, que incluye: transporte asistencial básico y atención prehospitalaria, buscando así la habilitación adecuada del servicio de salud y del prestador en este caso Cuerpo de Bomberos Voluntarios (CBV) de Nunchía.

Desde tal perspectiva este proyecto visiona motivar la educación del personal bomberil en conocimientos; legales, teóricos y prácticos, dentro del contexto de la Atención

Prehospitalaria, y así responder adecuada y contundentemente a situaciones de emergencia, urgencias y desastres, mejorando la atención de pacientes y prevenir daños mayores que comprometan la vida.

1.2 Planteamiento del Problema

Nunchía Casanare municipio con una gran extensión territorial principalmente en su zona rural, posee limitaciones que disminuyen su desarrollo de infraestructura, por el área geográfica del municipio son comunes las emergencias por desastres naturales que han sido principalmente el tipo de incidencia que perjudica vidas humanas y bienes. Por presencia de carreteras destapadas en mal estado, falta de señalización y autoridades de tránsito, en consecuencia de esto, favorece la presencia de accidentes de tránsito y dificultad en el tiempo de respuesta a quienes realizan la labor de primeros respondientes en este caso el CBV de Nunchía Casanare.

Siendo esta una población campesina en su mayoría, y con un sistema de salud de primer nivel es posible decir que las urgencias médicas presentes son provocadas por diversas patologías que agravan al ciudadano, por lo cual se hace necesaria la atención primaria y traslado a un centro asistencial en caso de ser necesario.

El servicio de Atención Prehospitalaria en este territorio es poco reconocido, y lo que se conoce ha sido gracias al Cuerpo de Bomberos Voluntario de Nunchía, que ha logrado brindar la primera respuesta a la población. Quienes prestan el servicio son bomberos voluntarios con cursos básicos en primeros auxilios y auxiliares de enfermería, los vehículos de transporte son camionetas 4x4 que prestan el servicio de ambulancia.

La atención en la escena a los pacientes no comprende la totalidad del manejo prehospitalario, el cual que incluye además, inmovilización, manejo y traslado. Para

unificar el servicio de Atención Prehospitalaria es necesaria una completa adecuación conjunta con el Transporte Asistencial Básico.

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Diseñar la estructura del departamento de Atención Prehospitalaria, para el Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Nunchía Casanare.

1.3.2 Específicos

Revisar otros departamentos de Atención Prehospitalaria que cumplen con normatividad Colombiana.

Aplicar normas o requisitos vigentes para el diseño del departamento de Atención Prehospitalaria.

Determinar recursos requeridos para el departamento Atención Prehospitalaria.

1.4 Viabilidad del proyecto

La iniciativa de hacer posible la creación del departamento de Atención Prehospitalaria en el CBV Nunchía es gracias a la necesidad evidente, ya que la misma población bomberil toma conciencia de la falta de adecuación de este servicio. Por lo tanto sería de interés organizarse y actualizarse en dichos aspectos. Este proyecto se enfoca en la importancia de prestar en óptimas condiciones un servicio prehospitalario que mejore la calidad de atención al ciudadano. El estudio del mismo por parte de la administración municipal y del CBV Nunchía tomará determinado tiempo, ya que la novedad de este servicio en este sector de Casanare hará que se innove el sistema operativo de bomberos y su financiación.

Desde la creación del CBV Nunchía y su respectivo desempeño, ha logrado cierto grado de satisfacción con el poco o mucho alcance que se ha mostrado. Es por ello que con la ejecución de este proyecto se logrará un esfuerzo para ver en el municipio un entorno más seguro y completo en lo que se trata a la Atención Prehospitalaria en favor de la vida humana.

1.5 Limitaciones de la investigación

En la actual competencia por ser los mejores en determinada área. Muchos de los sectores de la población colombiana con falta del conocimiento y diversos factores sociopolíticos, dificulta y limita el crecer de la APH. Siendo así, dentro de la elaboración de este proyecto las limitaciones y dificultades que se presentan son las siguientes: la poca información que el personal del CBV Nunchía suministra para su realización, la existencia de poca teoría en relación con el tema, distancia entre las instituciones para llevar a cabo un estudio más profundo y la falta de tiempo para dedicarle a la investigación.

1.6 Impacto del proyecto

En este cuadro se expresa el impacto que se desea en el municipio, el plazo en el que se piensa generar, el indicador verificable, el cual se espera que haga la diferencia, y el supuesto que es lo que queremos lograr.

Tabla 1. Impacto del proyecto

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1-4), mediano (5-9), largo (10 o más)	Indicador verificable	Supuestos

Socialización del proyecto	Corto plazo	22 Bomberos y 50 personas de la Administración municipal	Se harán conferencias en fechas determinadas para socializar el proyecto
Conocimiento de APH	Corto plazo	22 Bomberos y 500 personas de la comunidad.	Programar Charlas informativas para contextualizar la Atención Prehospitalaria
Capacitación y entrenamiento en APH	Corto plazo	22 bomberos y 2 auxiliares de enfermería.	Realizar capacitaciones y clases teórico-prácticas para el personal de CBV Nunchía
Creación del Dpto. de APH	Corto plazo	Todo el CBV Nunchía	Gestión de recursos por parte del municipio y empresas públicas y privadas y oficina del Gestión del Riesgo.

CAPITULO DOS: MARCO TEORICO

2.1 Marco conceptual

2.1.1 Atención Prehospitalaria

Comprende el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar donde sucedió el hecho, o durante su transporte hacia un centro asistencial, o cuando es remitido de un centro a otro. Esta atención la realiza el personal de APH que busca fundamentalmente interrumpir el daño a la salud, estabilizar las condiciones del paciente y transportarlo de forma segura a un hospital. (2)

2.1.2 Atención de Urgencia

Son todas las acciones brindadas a una persona que presenta alguna patología de urgencia, con el ánimo de estabilizarlo en sus signos vitales, hacer un diagnóstico de impresión y definir el destino o la conducta inmediata por seguir, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial de urgencia, al tenor de los principios éticos y las normas que determinan las acciones y el comportamiento del personal de salud. (3)

2.1.3 Desastre

Es el resultado que se desencadena de la manifestación de uno o varios eventos naturales o antropogénicos no intencionales que al encontrar condiciones propicias de vulnerabilidad en las personas, los bienes, la infraestructura, los medios de subsistencia, la prestación de servicios o los recursos ambientales, causa daños o pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales, generando una alteración intensa, grave y extendida en las condiciones normales de funcionamiento de la sociedad, que exige del estado y del sistema nacional ejecutar acciones de respuesta a la emergencia, rehabilitación y reconstrucción. (4)

2.1.4 Soporte vital básico

“Se define como la atención no invasiva que se hace a un paciente y que debe incluir la valoración primaria, manejo ventilatorio básico de la vía aérea, oxigenoterapia, la desfibrilación automatizada externa, la contención de hemorragias, la inmovilización y el traslado de pacientes” (5).

2.1.5 Soporte vital avanzado

“Se define como la atención invasiva y no invasiva que se hace a un paciente y que debe incluir valoración primaria y secundaria, manejo ventilatorio básico y avanzado de la vía aérea, oxigenoterapia, la desfibrilación automatizada externa, reconocimiento electrocardiográfico, la contención de hemorragias, la inmovilización, el traslado de pacientes la reposición de volumen y administración de medicamentos” (1).

2.1.6 Tecnólogo en atención prehospitalaria

“Es una persona que brinda soporte vital avanzado y que ha cumplido con los requisitos establecidos por el Comité Nacional de Atención Prehospitalaria, en coordinación con los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud; al igual que los establecidos por las instituciones de educación superior, para ejercer su título de Tecnólogo Profesional” (6).

2.1.7 Transporte asistencial básico

“Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento” (7).

2.2 Marco Referencial

2.2.1 Departamento APH CBV Envigado

El CBV de Envigado Antioquia es una institución sin ánimo de lucro cuyo objetivo principal es el prevenir y atender todas las emergencias que se presenten dentro de su jurisdicción, buscando proteger la vida de los habitantes, sus bienes, sus industrias y el medio ambiente. Este CBV se subdivide en instancias que juntas complementan el equipo de trabajo. Entre ellas existe el departamento de atención prehospitalaria que inicio a mediados del año 2013, rigiéndose por el reglamento de la resolución anterior 1441 de dicho año. Dos ambulancias tripuladas por maquinistas debidamente entrenados en primeros auxilios y tecnólogos en atención prehospitalaria operan respondiendo a las situaciones que se presenten, principalmente accidentes de tránsito y emergencias médicas. Esta institución cuenta con políticas y estándares de calidad exigidos y evaluados por la dirección seccional de salud, para poder operar en el transporte especial de pacientes y atención prehospitalaria. Los principales centros de salud de envigado son la E.S.E Santa Gertrudis y Hospital Manuel Uribe Ángel, lugares donde se remiten los pacientes por procesos de referencia y contrareferencia, para luego prestarles el resto de atención en salud.

2.2.2 Departamento APH CBV Itagüí

El CBV de Itagüí, fundado en Noviembre de 1997 con personería jurídica número 1450 de 1998 hace parte del sistema Nacional de bomberos de Colombia, están al servicio del desarrollo económico, social y de la calidad de vida del municipio de Itagüí. Velan por la vida y seguridad de las personas, empresas, sus bienes y el medio ambiente, mediante campañas efectivas de prevención, atención oportuna y eficaz de las emergencias que se presentan en la jurisdicción. Este cuenta con el departamento de atención prehospitalaria desde febrero de 2012, fundado por el Técnico en APH Fredy Padilla. Este departamento ha venido mejorando en todas sus áreas para brindarle una mejor atención al ciudadano. Se

tiene habilitado el servicio de atención prehospitalaria junto con ambulancia TAB y TAM, cumpliendo con los requisitos según la anterior resolución 1441 de 2013. Las ambulancias son tripuladas por maquinistas con curso de primeros auxilios, técnicos en APH y bomberos voluntarios, responden principalmente a accidentes de tránsito, emergencias médicas, eventos y traslados. El municipio de Itagüí cuenta con Hospital San Rafael sede 1, sede 2 y Clínica Antioquia instituciones para brindar al paciente una atención oportuna.

2.3 Marco institucional

En relación con la investigación de los componentes del marco institucional la siguiente información ha sido seleccionada y pertenece a la página oficial de la UNAC que se ha usado para la ejecución confiable de la información.

2.3.1 Misión Corporación Universitaria Adventista de Colombia

Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.3.2 Visión Corporación Universitaria Adventista de Colombia

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, ser una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que

forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

2.3.3 Historia de la facultad de ciencias de la salud Unac

La historia de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Corporación Universitaria Adventista está íntimamente ligada a la historia de la Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, por ser la primera carrera que se desarrolló en el área de la salud.

El programa inició su historia a partir de la Norma Interna de Creación: Acuerdo N° 001, expedido por la Asamblea general de los adventistas del séptimo día, el 2 de febrero de 2000. Adicionalmente se firmarían convenios con otros centros de práctica como son los laboratorios de morfología, prácticas de bomberos y rescate, y bibliotecas con otras universidades que poseen carreras del área de la salud como son la Universidad de Antioquia y la Universidad de San Martín.

Primera Generación; Gracias a la gestión del Dr. Germán Darío Montoya, el programa inició sus labores del primer semestre el 2 de julio de 2001. Los estudiantes admitidos fueron 35. El 26 de junio del 2004, se llevó a cabo la primera graduación de los Tecnólogos en Atención Prehospitalaria y entre ellos se le otorgó el título Honoris Causa al comandante de Bomberos Envigado, el capitán Mario Jaramillo. En esa oportunidad el discurso de graduación le fue encargado al Director del SIMPAD, el Dr. Mauricio Faciolince.

Conformación de la Facultad; En el año 2003 la Asamblea General de la Universidad decidió conformar la Facultad de Ciencias de la Salud. El 13 de junio de 2006, el Consejo Superior de la Universidad, mediante la Resolución 002, autorizó la presentación del proyecto de la carrera de Enfermería ante el Ministerio de Educación para obtener el Registro Calificado para la misma. En el mes de julio de 2007, se recibió visita de Pares Académicos del Ministerio de Educación, de la Comisión Nacional de Aseguramiento de la

Calidad en la Educación Superior (CONACES), obteniendo un informe positivo para la creación del programa. Finalmente, el 2 de octubre de 2008 se recibió la Resolución 6703 del Ministerio de Educación, otorgando Registro Calificado por 7 años para la carrera. La carrera de Enfermería inició actividades el 1 de julio de 2009, con una cohorte de 25 estudiantes escogidos mediante proceso de selección entre cerca de 100 aspirantes. En la actualidad el programa se desarrolla de forma adecuada con grandes expectativas y con un programa basado en ciclos vitales que está estructurándose con miras a mantener criterios de alta calidad en su desarrollo.

2.3.4 Misión de la facultad de ciencias de la salud Unac

La Facultad de Ciencias de la Salud es una unidad académica administrativa que, inspirada en los principios y valores cristianos, en armonía con la filosofía adventista de la educación, tiene la misión de formar educadores íntegros, con sólida fundamentación pedagógica, competentes profesionalmente en su saber específico, comprometidos en la investigación y dedicados al servicio de la humanidad.

2.3.5 Visión de la facultad de ciencias de la salud Unac

Para el año 2020 la Facultad de Ciencias de la Salud será reconocida a nivel nacional por la formación de profesionales de la Salud con alta calidad pedagógica, investigativa y tecnológica, competentes en el diseño e implementación de actividades de salud que respondan a la sociedad con pertinencia y eficiencia, y a las demandas del sistema educativo en sus diferentes modalidades.

2.3.6 Información del programa Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias Emergencias y Desastres

El programa de Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres (APHUED) que se ha diseñado en la Corporación, prepara para el ejercicio como tecnólogo. El nombre del programa corresponde a la tradición académica nacional e internacional, siendo el equivalente, por ejemplo, a los Emergency Medical Technician, Paramedics (EMT-P) en los Estados Unidos de América, mejor conocidos como paramédicos. En el ámbito nacional se aplica la denominación de Tecnólogo en Atención Prehospitalario por disposición gubernamental.

Este programa permite adquirir habilidades y destrezas para desempeñarse en el campo de la atención de pacientes derivados de situaciones de urgencia, emergencia médica o traumática o desastres de cualquier origen. Es un campo de conocimiento abordado como producción social y es uno de los campos de acción de la Educación Superior previstos por la Ley 30 de 1992, en su artículo 7, específicamente el de la tecnología.

Para efectos de organización curricular, el programa establece cuatro componentes, con criterios de coherencia y consistencia académica. Así, cada conocimiento y experiencia de aprendizaje tiene respaldo teórico y metodológico en otros conocimientos, y aporta elementos para experiencias de aprendizaje del mismo nivel académico o de otro superior.

Componente curricular básica, este componente se divide en tres áreas de formación: el área biológica-biomédica, el área socio-humanística y el área de formación investigativa.

2.4 Marco histórico

La siguiente información es extraída del libro Fundamentos de Atención Prehospitalaria presente en la biblioteca de la Corporación Universitaria Adventista de Colombia.

2.4.1 Historia APH en el mundo

Los primeros reportes escritos acerca de la atención prehospitalaria, son de 1487 cuando en Málaga (España), se transportaron pacientes en carretas del campo de batalla a tiendas de atención fuera del campo. Este transporte podría durar horas o incluso días.

En 1797, el Barón Jean Dominique Larrey médico del ejército de Napoleón (conocido por sus observaciones acerca de la hipotermia en el campo de batalla) diseñó un sistema para seleccionar (Triage) y transportar heridos del campo a estaciones de atención. El sistema se denominó "Trier Ambulances Volantes" (ambulancias volantes).

En 1861 se inició un programa similar durante la guerra civil americana pero fracasó y se perdieron más de 3000 vidas por falta de atención. En 1862 Jhon Letterman, director médico del ejército de Potomac mejoró el sistema con una ambulancia conformada por un conductor, un sargento acompañante a caballo y dos camillas en el interior del carruaje. El entrenamiento era para personal voluntario a quienes adiestraban en primeros auxilios y camillaje, luego de un año de "práctica", el aprendiz era nombrado soldado y enviado a los hospitales militares. Los traslados podían durar hasta 18 horas antes de recibir asistencia. Un avance importante fue la fijación prehospitalaria de las fracturas femorales, con la cual la mortalidad por esta causa durante el traslado disminuyó de 70% al 20%. En 1863 Jean Henry Dunant crea la Cruz Roja con el ánimo de brindar una ayuda humanitaria a las víctimas de estos conflictos. En 1865 el sistema de Letterman fue oficialmente adoptado por todo el ejército americano y en 1869 se aplicó a la vida civil en Nueva York.

En 1870 se utilizó por primera vez el medio aéreo para evacuar víctimas, se evacuaron un total de 160 heridos en un globo de observación durante la guerra franco prusiana en París.

En 1898 encontramos reportes de un programa soviético de cuidados médicos móviles en donde se realizaban atenciones domiciliarias dirigidas desde un centro hospitalario. En 1899, el hospital Michael Reese en Chicago utiliza la primera ambulancia a motor con velocidad de 30 km/h. En 1910 se realizan las primeras pruebas de traslado en aeroplano en Florida, luego de 800 m de vuelo, el avión se cayó. En 1912 se realiza la primera recomendación por parte de la Asociación Americana de Médicos Militares para evacuar en aeroplano a los pacientes quirúrgicos desde el campo de batalla. En 1915 fueron evacuados en un biplano de cabina abierta 13 soldados franceses desde Serbia.

Durante la primera guerra mundial, el sistema del Dr. Letterman contaba con equipos monitorizados que disminuían los tiempos de evacuación lo cual redujo la mortalidad por demora de un 50% durante la guerra civil a un 10% en esta nueva guerra. Durante todo este tiempo, el perfil de entrenamiento de las tripulaciones no cambió, y no pasaba de prestar unos primeros auxilios básicos. Al acabar la primera guerra, los sistemas de ambulancias y sus tripulantes fueron reasignados en hospitales regionales, pero al no contar con un sistema organizado, muchas ambulancias fueron entregadas por estos hospitales a los departamentos de bomberos o a las estaciones de policía para no costear el sostenimiento.

Durante la segunda guerra mundial, los tiempos de respuesta mejoraron aún mucho más y la mortalidad por demora en el traslado se disminuyó a casi un 5%.

A esto contribuyeron además los avances en antibioticoterapia y técnicas quirúrgicas, pero quizá lo más importante fue el inicio de la atención en la escena, pues ya se contaba con médicos en la zona de impacto y con hospitales móviles de campaña.

Generalmente se realizaba una valoración rápida, se aplicaba torniquetes, se inyectaba morfina y se esparcía sulfa sobre la herida para luego evacuar al paciente bajo el símbolo de la Cruz Roja.

En 1951 los helicópteros son utilizados por primera vez para evacuar heridos desde el área de combate, esta vez el escenario fue la guerra de Corea, logrando atenciones en los medios apropiados en unos pocos minutos. Al final de esta guerra en 1953 más de 17000 heridos fueron evacuados por este medio y la mortalidad por la demora en la atención bajo acerca de un 2%. En 1956 los doctores Safar y Elan perfeccionan la técnicas de reanimación básica boca a boca y en 1959 se desarrolla el primer desfibrilador, portátil en el hospital John Hopkins, lo que daría el empuje para el desarrollo de la atención en emergencia cardiovascular.

En 1959 varios países europeos como Francia, URSS, Alemania e Italia estructuraban sus sistemas de atención prehospitalaria, dentro de estos, el famoso SAMU de París, donde se buscaba brindar un soporte médico más allá de los primeros auxilios. En 1960 se empiezan a desarrollar algunos sistemas de ventilación artificial y el departamento de bomberos de los Ángeles (California) institucionaliza en todas sus unidades de respuesta un desfibrilador portátil. En 1961 se inicia el primer programa formal de entrenamiento en medicina de aviación con base en la experiencia de Corea para personal militar en Fort Rucker (Alabama). Durante la guerra de Vietnam, se consolida la experiencia aplicada al nuevo conflicto, el uso de los helicópteros UH – 1, hasta hace muy poco utilizado por nuestras fuerzas armadas, esta unidad fue la primera con capacidad para 6 pacientes en camilla ó 9 pacientes ambulatorios asociado a un equipo médico de manejo inicial durante el traslado. Los tiempos de promedio de traslado eran de 30 a 60 minutos.

En 1964 entra en funcionamiento la primera unidad SAMU en Toulouse (Francia) y en 1965, una ley francesa, ordena a todos los hospitales contar con este tipo de unidades para manejo de urgencias. En este mismo año y a causa de la gran mortalidad en accidentes de tránsito, más alta que el saldo de víctimas de la guerra el presidente americano Lindon Jonson crea la Administración Nacional para la Seguridad del Tráfico de Carreteras (NHTSA), encargada de manejar todos los servicios de emergencias que cubrían este tipo de escenarios. En 1966 el famoso documento “Accidental Death and Disability, The Neglected Disease of Modern Society”, en donde por primera vez se realizó un reunión que agrupaba toda la experiencia recogida durante la guerras, en donde participó el comité de trauma shock de la academia nacional de ciencias americana y la Asociación Americana del Corazón, presentaba un balance negativo de la atención prehospitalaria en Norteamérica recalando la necesidad de brindar un soporte mucho más avanzado a nivel de la emergencia civil corriente, con teléfonos de corta numeración para activar la alarmas y en donde el personal de despacho tuviera un entrenamiento apropiado. Para esta época en Belfast (Irlanda), el Doctor Frank Pantridge inicia un programa de cuidados cardiovasculares avanzados con equipo médico especializado (Cardiólogo, enfermera y técnico en cardiología) a bordo de ambulancias con desfibriladores, monitores y medicamentos cardiovasculares, coordinado desde el hospital “Royal Victorian”, con esto demostró como la sobrevida de estos pacientes aumentó considerablemente.

En 1968 se crea el primer programa oficial de paramédicos, a cargo de los Dres Ángel y Miller en la ciudad de Miami (Florida) este programa contó con apoyo de la universidad de Miami y el Jackson Memorial Hospital, igualmente en los Ángeles (California) se inició un programa conjunto entre el Harbor General Hospital y el departamento de bomberos de la ciudad. En este año el hospital St Vincent de New York crea un programa similar al del Dr Pantridge en Irlanda, inicialmente es tripulado por, médicos pero posteriormente paso a ser manejado por personal paramédico, el número 911 se entrega a estos programas existentes para que se reconozcan a nivel nacional como numero único de emergencias.

Para 1970 ya existían en Francia más de 60 sistemas SAMU y se adicionaba el sistema SMUR en el cual vehículos ligeros con equipo de rescate acompañaban las ambulancias en la atención inicial de emergencias. En 1973 se funda el primer sistema de aerotransporte medicalizado civil en el hospital de San Antonio de Denver este programa se denominó “Vuelo por la Vida”. Hasta este año la mayoría de servicios de emergencia utilizaban como distintivo una variación de la conocida Cruz Roja, la cual se estampaba en todos los vehículos de emergencia pero de color naranja para que resaltara en la noche. A raíz de esto la Cruz Roja entabló una demanda, por el uso de su emblema. Esta demanda fue ganada y el señor Leo Schwartz jefe de la división de sistemas de emergencias de la NHTSA creó lo que hoy conocemos como “la estrella de la vida” emblema que hoy deben portar todos los vehículos que se desempeñan en el campo de la atención de urgencias y emergencias.

Esta estrella tiene un significado específico y se refiere a las actividades desarrolladas por los equipos en el campo prehospitalario, representándose en sus seis barras así: Detección, reporte, respuesta, cuidado en escena, cuidado en el transporte y remisión a cuidado definitivo.

Para esta época ya existían más de 300 sistemas de emergencias en el territorio norteamericano, la medicina de emergencias se reconoció como una especialidad y se crearon las primeras asociaciones científicas médicas y de técnicos en emergencias médicas con el fin desarrollar y afianzar la cultura prehospitalaria.

En Latinoamérica el proceso se inició muy lento, en 1979 el Dr. Gustavo Baéz, cirujano de Cruz Roja de México inicia un programa de entrenamiento sin mucho éxito, iguales esfuerzos se realizaban en Venezuela y Brasil.

En 1981, los Dres Griffé y Zamudio igualmente de Cruz Roja Mexicana, retoman las ideas de Dr. Baéz e inician la primera escuela formal de técnicos en urgencias médicas en Cruz Roja.

Para esta época ya se implementaban algunas ideas en países como Republica Dominicana, que actualmente cuenta con un organizado sistema prehospitalario luego de dictar su primer curso formal de EMT en 1994.

Igualmente Brasil y Venezuela implementaban su sistema prehospitalario a través de los departamentos de bomberos de cada ciudad. México actualmente cuenta con escuelas formales de formación técnica a cargo de Cruz Roja y Cruz Verde.

Perú un proceso de formación a cargo del personal médico que laboraba con Bomberos Voluntarios o en áreas afines de la salud.

2.4.2 Historia APH en Colombia

En Colombia hacia finales de los años 80 se realizaron algunos esfuerzos aislados por implementar sistemas prehospitalarios formales, ya que tradicionalmente todo este campo había sido manejado por instituciones de socorro como la Cruz Roja, la Defensa Civil, pero sin tener un personal realmente capacitado que no pasaba de realizar algunos primeros auxilios básicos no muy lejanos de los brindados en la década anterior por los programas extranjeros ya mencionados. Así fue como Cartagena y Cali se establecieron algunos grupos que intentaron cumplir esta función en asocio con hospitales regionales pero que se encontraban con un gran problema; no existía una legislación en ésta área y no había un entrenamiento formal para los tripulantes de las ambulancias.

Posteriormente al evidenciarse la necesidad del servicio, surgieron empresas privadas que empezaron a prestar servicios en medio del limbo organizacional en éste campo, la mayoría se establecieron en Bogotá y Cali.

Con el advenimiento de la reestructuración de los servicios de urgencias, los proyectos de los centros reguladores de urgencias y la necesidad de darle orden a este tipo de prestación de servicios, a partir de los años 90 se empezó un acercamiento entre las diferentes entidades que de una u otra manera (buena o mala), prestaban este tipo de atenciones a nivel nacional. Se identificaron diversos grupos en diferentes departamentos y se inició un proceso educativo coordinado a través de personal médico con experiencia en el área, recogiendo la experiencia adquirida hasta el momento y con el apoyo de la oficina de emergencias del Ministerio de Salud.

Hoy se vive un panorama cambiante, se creó la Asociación Colombiana de Atención Prehospitalaria en donde todos estos grupos tienen asiento, junto a las oficinas gubernamentales encargadas de establecer las normas de desempeño. A través de esta misma se realizan asesorías para el Ministerio de Salud donde ya no existe tanto desconocimiento en éste campo y se trabaja en busca de una adecuada organización donde cumplan requisitos claros.

Actualmente existen grupos reconocidos de trabajo en esta área en Bogotá, Cali, Medellín, Neiva, Pereira, Manizales, Popayán, Tunja y Bucaramanga entre otros. Existen todavía muchos puntos críticos a desarrollar, uno de los principales es dar un marco educativo claro para este proceso pues actualmente existen diversos centros “educativos” que brindan planes de entrenamiento en atención prehospitalaria informalmente y que no cumplen requisitos mínimos, como el de no contar con personal realmente capacitado en esta área. El Ministerio de Educación ha aprobado programas de entrenamiento formal denominados “Tecnología en atención Prehospitalaria” que actualmente se desarrollan en varias universidades. Estos son programas tecnológicos de 3 años con personal que viene trabajando dentro de este proceso hace varios años. (8)

2.5 Marco Geográfico

En relación con la investigación de los componentes del marco geográfico la siguiente información ha sido seleccionada y pertenece a la página oficial de la administración municipal de Nunchía Casanare que se ha usado para la ejecución confiable de la información.

La ubicación del municipio de Nunchía sobre el Piedemonte Casanareño Llanero, permite identificar la presencia de secuencias sedimentarias terciarias de considerable espesor, afectados por tectonismo intenso, reflejado en la formación de amplios pliegues disectados por un cinturón de fallas inversas, de buzamiento hacia el oeste y paralelas al este de la cordillera. El paisaje predominante en el área de interés corresponde a colinas denudadas y depósitos aterrazados cubiertos parcialmente por suelos residuales y coluviales, siendo frecuente la presencia de fenómenos de erosión, principalmente en las áreas desprotegidas de vegetación, con pendientes transversales pronunciadas o afectadas por procesos tectónicos. La altillanura llanera se caracteriza por su posición más alta en el relieve que las demás unidades sedimentarias no consolidadas y por su dedicación en la región a cultivos de arroz; en proximidades de caños y ríos es característica la presencia de bosque protector de márgenes.

Límites del municipio: Por el norte con el Municipio de Támara; Por el oriente con los Municipios de Pore y San Luís de Palenque; Por el Sur con San Luís de Palenque y Yopal; Por el occidente con el departamento de Boyacá. Extensión total: 1149,126 Km², extensión área urbana: 5.7 Km², altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar): 398, temperatura media: 26° C, distancia de referencia: 53 Kms. a Yopal (capital del departamento)

2.6 Marco legal o normativo

Se hace mención de reglamentos vigentes que se han considerado viables para sustentar el marco legal del proyecto y se incluyen en el anexo.

Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014: Por el cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Norma Técnica Colombiana NTC 3729 del 12 de diciembre de 2007: Define la tipología vehicular, ambulancia de transporte terrestre.

Ley 100 del 23 diciembre de 1993: La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

Decreto 3990 del 17 de octubre de 2007. Por el cual se reglamenta la Subcuenta del Seguro de Riesgos Catastróficos y Accidentes del Tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, se establecen las condiciones de operación del aseguramiento de los riesgos derivados de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, eventos catastróficos y terroristas, las condiciones generales del seguro de daños corporales causados a las personas en accidentes de tránsito, Soat, y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747 del 7 de octubre del 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

Resolución 01915 del 28 de mayo de 2008. Por la cual se adoptan los formularios para reclamar las indemnizaciones derivadas de los amparos de que trata el Decreto 3990 de 2007 y se dictan otras disposiciones.

Resolución 1995 del 8 julio de 1999. Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

2.7 Marco teórico

En relación con la investigación de los componentes de habilitación para servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial básico, la siguiente información ha sido seleccionada y pertenece a documentos legales que se han referido, para la ejecución confiable de la información.

2.7.1 Conceptos básicos para habilitación de servicio APH y TAB

2.7.1.1 Servicio de Atención Prehospitalaria

Se define como el conjunto de actividades, procedimientos, recursos, intervenciones y terapéutica prehospitalaria encaminadas a prestar atención en salud a aquellas personas que han sufrido una alteración aguda de su integridad física o mental, causada por trauma o enfermedad de cualquier etiología, tendiente a preservar la vida y a disminuir las complicaciones y los riesgos de invalidez y muerte, en el sitio de ocurrencia del evento y durante su traslado hasta la admisión en la institución asistencial, que puede incluir acciones de salvamento y rescate. (9)

2.7.1.2 Transporte asistencial básico terrestre

Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, que debe contar con una dotación básica para dar atención oportuna y adecuada al paciente durante el desplazamiento.

El desarrollo tecnológico permite contar con recursos cada vez más avanzados para el cuidado del paciente en estado crítico. A diferencia de épocas anteriores, la ambulancia moderna debe ser un vehículo dotado con los elementos necesarios para proveer de manera eficiente la asistencia prehospitalaria que el paciente requiere para mantener su estado de salud mientras llega a un centro asistencial.

Este procedimiento compete a todas las personas que hacen parte de la tripulación del vehículo. Con el fin de precisar el ámbito de acción, se presentan las siguientes definiciones:

Transporte primario: Es el traslado que se realiza desde el sitio de ocurrencia del evento hasta un centro de atención inicial. Este es el que implica directamente a la atención prehospitalaria.

Transporte secundario: Es el traslado que se realiza desde un centro asistencial hasta otro centro o sitio, con el fin de completar el proceso de atención definitiva. Este aplica a la atención prehospitalaria.

Las ambulancias terrestres en cualquiera de sus niveles de complejidad de atención son consideradas vehículos de emergencia y se rigen por el Código Nacional de Tránsito; los artículos que los protegen les brindan prioridad y cuidado especial por parte de la ciudadanía.

Los vehículos de emergencia en el momento de desplazamiento deben tener en cuenta no solo el chequeo del vehículo para mantener unas condiciones óptimas, sino también la normatividad que rige en torno a estos vehículos en nuestro medio

El transporte de pacientes a bordo de ambulancias es un acto médico, que implica todas las condiciones legales, humanas y éticas correspondientes. En el caso de los transportes realizados por personal no médico, como auxiliares, tecnólogos o personal de enfermería, éstos siempre deben tener una supervisión directa a través de un sistema de comunicaciones y en este caso la responsabilidad del transporte y de los procedimientos realizados estará a cargo del médico supervisor. Para realizar un transporte adecuado es necesario tener el entrenamiento y el equipo apropiados. El personal que tripula ambulancias terrestres debe cumplir unos requisitos mencionados en el reglamento.

En el transporte primario los equipos de trabajo tanto básicos como medicalizados deben cumplir las mismas secuencias, éstas incluyen:

Evaluación de la escena (seguridad y situación), uso de dispositivos de bioseguridad (guantes, mascarilla y lentes protectores), valoración inicial del paciente (secuencia ABCDE), embalaje (protección de hipotermia e inmovilización para el transporte), transporte.

El transporte de pacientes entre hospitales (transporte secundario) debe ceñirse además por las Guías para Manejo de Urgencias, toda vez que se trata de un servicio prehospitalario, el cual debe contar siempre con un recurso médico calificado, según la complejidad del paciente.

En situaciones de emergencia o desastre la prioridad de traslado debe asignarse de acuerdo con lo estipulado por el grupo que realiza el triage primario, primero al Módulo de Estabilización y Clasificación (MEC) y luego a los demás hospitales o centros de referencia. (10)

2.7.1.3 Norma técnica colombiana 3729

El instituto colombiano de normas técnicas y certificación, Icontec, es el organismo Nacional de normalización, según el decreto 2269 de 1993. Icontec es una entidad de carácter privado, sin ánimo de lucro, cuya misión es fundamental para brindar soporte y desarrollo al productor y protección al consumidor.

Colabora con el sector gubernamental y apoya al sector privado del país, para lograr ventajas competitivas en los mercados interno y externo. La representación de todos los sectores involucrados en el proceso de normalización técnica está garantizada por los comités técnicos y el período de consulta pública, este último caracterizado por la participación del público en general. La NTC 3729 (cuarta actualización) fue ratificada por el consejo directivo del 2007-12-12. Esta norma está sujeta a ser actualizada permanentemente con el objeto de que responda en todo momento a las necesidades y exigencias actuales.

Esta norma establece los requisitos mínimos que deben cumplir y los ensayos a los que se deben someter los vehículos denominados ambulancias para transporte terrestre, destinados a la prestación del servicio de transporte de pacientes, de acuerdo con su complejidad (estado clínico patológico).

NOTA: La presente Norma Técnica Colombiana no especifica requisitos para las ambulancias que trasladan pacientes en evacuación múltiple en zonas de conflicto. (11)

2.7.1.4 Referencia y contrareferencia

Referencia y contrareferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.

La referencia: es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud.

La contrareferencia: es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Proceso de referencia y contrareferencia. El diseño, organización y documentación del proceso de referencia y contareferencia y la operación del sistema de referencia y contareferencia 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 comunicaciones.

Con el fin de garantizar la calidad, continuidad e integralidad en la atención, es obligación de las entidades responsables del pago de servicios de salud la consecución de institución prestadora de servicios de salud receptora que garantice los recursos humanos, físicos o tecnológicos así como los insumos y medicamentos requeridos para la atención de pacientes. La responsabilidad del manejo y cuidado del paciente es del prestador remitente hasta que ingrese en la institución receptora. Cuando el transporte se realice en una ambulancia debidamente habilitada, que no dependa de la IPS remitente, la entidad que tiene habilitado el servicio de transporte será responsable de la atención durante el mismo, con la tecnología disponible de acuerdo con el servicio de ambulancia habilitado, hasta la entrega del paciente en la entidad receptora definida por la entidad responsable del pago.

Las entidades responsables del pago de servicios de salud podrán apoyarse para la operación del proceso de referencia y contareferencia a su cargo, en los centros reguladores de urgencias y emergencias, para lo cual deberán suscribir contratos o convenios según sea el caso. (12)

2.7.1.5 Bioseguridad y Asepsia

En la atención prehospitalaria, el personal está expuesto a diferentes factores de riesgo biológico por el contacto directo o indirecto, permanente o temporal, con material orgánico proveniente de la atención de pacientes (sangre, fluidos corporales, secreciones y tejidos) y por la manipulación de instrumental contaminado. Estas situaciones conllevan a exposición a riesgos biológicos de diversas etiologías, entre las que merecen destacarse la Hepatitis y el VIH/ Sida, no sólo por los efectos sobre los individuos, sino también en el campo de la salud pública.

En el caso del ámbito prehospitalario, es este personal de salud el que tiene el primer contacto con los pacientes, convirtiéndose en los principales vectores de transmisión de microorganismos infecciosos a huéspedes susceptibles. En ello radica la importancia de la educación del personal, proporcionándoles las herramientas para brindar atención en salud de calidad y sin riesgos para todos los usuarios. Por todo lo anterior, el equipo de salud prehospitalario está en primera línea en lo que se refiere a protegerse a sí mismo y a los pacientes de enfermedades infecciosas.

Todo ello requiere que el personal sanitario tenga conocimientos sobre limpieza, desinfección sanitaria, manejo de desechos y normas de bioseguridad que conlleven a la práctica de técnicas correctas en los diferentes procedimientos y al fomento de una cultura de la prevención, orientada hacia el auto cuidado, protegiendo de esta manera a los miembros del equipo de salud, el paciente, su familia y la comunidad adyacente. Se requiere también la dotación de elementos de trabajo en forma oportuna y permanente.

Conceptos generales:

Microorganismos: organismos que sólo se pueden ver a través de un microscopio. Se encuentran en todas partes del ambiente: en personas, animales, plantas, suelo, aire, así como en el agua y otras soluciones.

Esterilización: eliminación o destrucción completa de todas las formas de vida microbiana, incluyendo las esporas bacterianas. Se puede llevar a cabo mediante procesos físicos o químicos como son: calor húmedo, vapor a presión, óxido de etileno, gas y líquidos químicos.

Desinfección: es un proceso que elimina los microorganismos patógenos, con la excepción de las endosporas bacterianas de los objetos inanimados. Se lleva a cabo con líquidos químicos.

Limpieza: es la remoción de todos los materiales extraños (detritus, sangre, proteínas, entre otros) que se adhieren a los diferentes objetos. Se realiza con agua, detergentes y productos enzimáticos. Siempre debe preceder a los procesos de desinfección y esterilización. Es altamente efectiva para remover microorganismos, alcanzando una disminución hasta de 4 logaritmos. En Europa se reconoce con el nombre de la descontaminación.

Germicidas: son agentes con capacidad de destruir diferentes microorganismos. Son utilizados tanto sobre tejidos vivos, como sobre objetos inanimados.

Desinfectantes: al igual que los germicidas, destruyen otros gérmenes, pero a diferencia de aquellos, éstos sólo se aplican a objetos inanimados. Además de su actividad, se debe revisar en detalle la compatibilidad con los equipos y para esto es importante conocer las recomendaciones de los fabricantes. Para su elección, también se deben tener en cuenta la toxicidad, el olor, la compatibilidad con otros compuestos y el posible efecto residual.

Bioseguridad: son aquellos procedimientos seguros, que llevan a la disminución del riesgo de contaminación con elementos biológicos, como sangre, fluidos corporales y materiales contaminados con éstos.

Riesgo: aquella posibilidad que se pueda producir un hecho indeseable o adverso.

Riesgo biológico: es el riesgo de adquirir la enfermedad por el contacto con agentes infecciosos en medios donde se realizan procedimientos asistenciales o sanitarios.

Normas de bioseguridad: conjunto de acciones a tener en cuenta durante la ejecución de ciertas actividades laborales, para prevenir y proteger a las personas de la exposición a factores de riesgo biológicos.

Asepsia: técnicas que se utilizan para evitar la presencia de gérmenes patógenos en un área u objeto determinados. Ausencia de gérmenes.

Antisépticos: son compuestos antimicrobianos que se usan sobre tejidos vivos (piel y mucosas) sin causar daño o irritación. No están destinados para objetos inanimados como instrumental. (13)

2.7.1.6 Guías de Atención Prehospitalaria y Manejo de Urgencias

Las características del país y su estado de desarrollo industrial y social, hace que se encuentre sometido a amenazas de tipo natural, tecnológico y antrópico; estas ocasionan situaciones de urgencia, emergencia y desastre, generando traumatismos de orden económico y social, afectando el estado y las condiciones de salud de la población expuesta, debido a los efectos que generan en las personas, los recursos, los procesos y las alteraciones al medio ambiente.

El desarrollo de la atención prehospitalaria en nuestro medio ha sido identificado como una de las prioridades en el fortalecimiento del sistema de salud para el manejo de urgencias, emergencias y desastres, haciendo parte fundamental de los Sistemas de Emergencias Médicas (SEM). Comprende el conjunto de acciones de salvamento, atención médica y rescate que se le brindan a un paciente urgente en el mismo lugar de ocurrencia del hecho o durante su transporte hacia un centro asistencial o cuando es remitido de un centro asistencial a otro. Esta atención la realiza personal capacitado y equipado que busca fundamentalmente interrumpir el daño a la salud, estabilizar las condiciones del paciente y transportarlo de forma segura a un hospital.

La atención prehospitalaria en Colombia requería de una herramienta práctica de gestión que permitiera orientar de manera más precisa la labor de muchos profesionales del sector que atienden situaciones críticas, y de esta manera mejorar la calidad de la asistencia de nuestros pacientes antes de su manejo definitivo en los centros asistenciales.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social atiende entonces la necesidad de fortalecer la atención prehospitalaria y de diseñar y desarrollar un Sistema de Emergencias Médicas que, tal y como lo ordena la Ley 1438 de 2011 en su artículo 67, permita la coordinación y articulación de todos los actores que intervienen en la atención integral de las emergencias médicas, y que permita mejorar la oportunidad, calidad e impacto de la prestación de los servicios en salud. (14)

Resulta satisfactorio presentar la segunda edición de las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria y la tercera edición de las Guías para Manejo de Urgencias.

2.7.1.7 Historia clínica

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley.

Las características básicas son:

Integralidad: La historia clínica de un usuario debe reunir la información de los aspectos científicos, técnicos y administrativos relativos a la atención en salud en las fases de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, abordándolo como un todo en sus aspectos biológico, psicológico y social, e interrelacionado con sus dimensiones personal, familiar y comunitaria.

Secuencialidad: Los registros de la prestación de los servicios en salud deben consignarse en la secuencia cronológica en que ocurrió la atención. Desde el punto de vista archivístico la historia clínica es un expediente que de manera cronológica debe acumular documentos relativos a la prestación de servicios de salud brindados al usuario.

Racionalidad científica: Para los efectos de la presente resolución, es la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa, el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.

Disponibilidad: Es la posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesita, con las limitaciones que impone la Ley.

Oportunidad: Es el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, simultánea o inmediatamente después de que ocurre la prestación del servicio. (15)

2.7.2 Conceptos para el auto sostenimiento económico de un servicio de APH y TAB

2.7.2.1 SOAT

Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, para esto se define lo siguiente: Accidente de tránsito: se entiende por accidente de tránsito el suceso ocasionado o en el que haya intervenido al menos un vehículo automotor en movimiento, en una vía Pública o privada con acceso al público, destinada al tránsito de vehículos, personas y/o animales, y que como consecuencia de su circulación o tránsito, o que por violación de un precepto legal o reglamentario de tránsito, cause daño en la integridad física de las personas. No se entiende como accidente de tránsito aquel producido por la participación del vehículo en actividades o competencias deportivas, por lo cual los daños causados a las personas en tales eventos serán asegurados y cubiertos por una póliza independiente.

Automotores: Se entiende por vehículo automotor todo aparato provisto de un motor propulsor, destinado a circular por el suelo para el transporte de personas o de bienes, incluyendo cualquier elemento montado sobre ruedas que le sea acoplado. No quedan comprendidos dentro de esta definición:

Los vehículos que circulan sobre rieles.

Los vehículos agrícolas e industriales siempre y cuando no circulen por vías o lugares públicos por sus propios medios.

Beneficiario: es la persona natural o jurídica que acredite su derecho para obtener el pago de la indemnización, de acuerdo con las coberturas otorgadas en la póliza o establecidas en la ley, así:

Indemnización por gastos de transporte al centro asistencial: la persona natural o jurídica que demuestre haber realizado el transporte.

Víctima: Se entiende por víctima, la persona que ha sufrido daño en su integridad física como consecuencia directa de un accidente de tránsito, un evento terrorista o una catástrofe natural.

Beneficios: las personas que sufran daños corporales causados en accidentes de tránsito ocurridos dentro del territorio nacional, tendrán derecho a los servicios y prestaciones establecidos en el artículo 193 del estatuto orgánico del sistema financiero y demás normas que lo adicionen o modifiquen, bien sea con cargo a la entidad aseguradora que hubiere expedido el SOAT, respecto de los daños causados por el vehículo automotor asegurado y descrito en la carátula de la póliza, o con cargo a la subcuenta ECAT del FOSYGA, para las víctimas de accidentes de tránsito de vehículos no asegurados o no identificados; también con cargo a la subcuenta ecat contarán con dicho derecho las víctimas de eventos terroristas y catastróficos, así:

Servicios médico-quirúrgicos.

Atención inicial de urgencias y atención de urgencias; Suministro de medicamentos; Indemnización por gastos de transporte y movilización de las víctimas al centro asistencial: Este amparo comprende los gastos de transporte y movilización de víctimas desde el sitio de ocurrencia del accidente de tránsito o del evento terrorista o catastrófico a la primera Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, a donde sea llevada la víctima para efectos de su estabilización, que, de acuerdo con la red definida por la Dirección Territorial de Salud correspondiente, deberá ser, respecto de quienes pueden acceder a esta información, la más cercana al lugar del accidente de conformidad con los servicios de la red de urgencias de cada municipio.

Se reconocerá una indemnización equivalente a los costos del transporte suministrado, hasta un máximo de diez (10) salarios mínimos legales diarios vigentes al momento de la ocurrencia del accidente o del evento, en consideración a las características del vehículo y teniendo en cuenta si se trata de transporte rural o urbano, de conformidad con las tarifas que se adopten en el manual tarifario del SOAT para el efecto. (16)

Para la Adopción de los formularios. Para efecto de las reclamaciones de que trata el Decreto 3990 de 2007: “Adóptense los formularios que se señalan a continuación, los cuales hacen parte integral de la presente resolución:

Formulario Único de Reclamación de Gastos de Transporte y Movilización de Víctimas FURTRAN” (17).

2.7.2.2 Convenios entre Instituciones Prestadoras de servicios de Salud y Entidades encargadas del pago de los servicios prestados en Salud.

➤ 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

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

Objeto. El presente decreto tiene por objeto regular algunos aspectos de la relación entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo.

Campo de aplicación. El presente decreto aplica a los prestadores de servicios de salud ya toda entidad responsable del pago de los servicios de salud. Cuando las entidades que administran regímenes especiales y de excepción suscriban acuerdos de voluntades con prestadores de servicios de salud a quienes les sea aplicable el presente decreto, deberán cumplir con los términos aquí establecidos.

Definiciones. Para efectos del presente decreto se adoptan las siguientes definiciones:
Prestadores de servicios de salud: Se consideran 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.

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

Red de prestación de servicios: Es el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud, ubicados en un espacio geográfico, que trabajan de manera organizada y coordinada en un proceso de integración funcional orientado por los principios de complementariedad, subsidiariedad y los lineamientos del proceso de referencia y contareferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

Modelo de atención: Comprende el enfoque aplicado en la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades de salud. De él se deriva la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas, e incluye las funciones asistenciales y logísticas, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contareferencia.

Referencia y contrareferencia: Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicos y administrativos que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago. La referencia es el envío de pacientes o elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador de servicios de salud, a otro prestador para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, de respuesta a las necesidades de salud. La contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia, da al prestador que remitió. La respuesta puede ser la contrarremisión del paciente con las debidas indicaciones a seguir o simplemente la información sobre la atención prestada al paciente en la institución receptora, o el resultado de las solicitudes de ayuda diagnóstica.

Acuerdo de voluntades: Es el acto por el cual una parte se obliga para con otra a dar, hacer o no hacer alguna cosa. Cada parte puede ser de una o varias personas naturales o jurídicas. El acuerdo de voluntades estará sujeto a las normas que le sean aplicables, a la naturaleza jurídica de las partes que lo suscriben y cumplirá con las solemnidades, que las normas pertinentes determinen.

Mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud. Los principales mecanismos de pago aplicables a la compra de servicios de salud son:

Pago por capitación: Pago anticipado de una suma fija que se hace por persona que tendrá derecho a ser atendida durante un periodo de tiempo, a partir de un grupo de servicios preestablecido. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas.

Pago por evento: Mecanismo en el cual el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud.

La unidad de pago la constituye cada actividad, procedimiento, intervención, insumo o medicamento prestado o suministrado, con unas tarifas pactadas previamente.

Pago por caso: conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados, a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente.

(18)

➤ **Seguridad social**

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (19)

➤ **ARL**

Es el conjunto de entidades públicas y privadas, normas y procedimientos, destinados a prevenir, proteger y atender a los trabajadores de los efectos de las enfermedades y los accidentes que puedan ocurrirles con ocasión o como consecuencia del trabajo que desarrollan.

Las disposiciones vigentes de salud ocupacional relacionadas con la prevención de los accidentes de trabajo y enfermedades laborales y el mejoramiento de las condiciones de trabajo, hacen parte integrante del Sistema General de Riesgos Laborales. (20)

CAPITULO TRES: DIAGNOSTICO Y ANALISIS

3.1 Reseña histórica de CBV Nunchía Casanare

El CBV de Nunchía Casanare entidad de utilidad pública con Nit. 844004248-1 fue creado el día 20 de febrero del año 2003, bajo La ley 322 de octubre de 1996 y resolución 3580 de diciembre 10 de 2007. Surgió la idea por una organización de personas que ve la necesidad de organizar la institución de bomberos en el municipio para atender desastres de tipo natural, se organizan y reciben apoyo de la administración municipal con vehículo tipo camioneta y algunas dotaciones para desempeñar el trabajo. Con aportes muy bajos para asumir costos requeridos, se han presentado dificultades de incluso llegar a cerrar la institución en varias ocasiones. Desde el año 2012 con la ley 1575 del mismo año, empiezan a recibir apoyo por parte de la alcaldía haciendo transferencia por convenios para recibir su respectiva financiación. Actualmente prestan sus servicios a situaciones de incendios, derrumbes sobre las vías, inundaciones, y en minoría caso de abejas que causen peligro, accidentes de tránsito y emergencias médicas. También en su oferta de servicios, brindan capacitaciones a la comunidad en: primeros auxilios, prevención de desastres y manejo de extintores.

3.2 Misión

El Cuerpo de Bomberos Voluntario de Nunchía manifiesta un compromiso a garantizar la prestación de un servicio idóneo para proteger la vida, preservar el medio ambiente; mediante la prevención, atención y mitigación de incendios, urgencias, emergencias y desastres de manera oportuna y eficiente.

3.3 Visión

El Cuerpo de Bomberos Voluntario de Nunchía se proyecta ser una institución líder en prevención de riesgos y atención de urgencias, emergencias y desastres, reconocida a nivel regional por la solidez de su organización, la calidad de sus servicios y el compromiso de su personal.

3.4 Lema

“VALOR, ABNEGACIÓN, DISCIPLINA”

3.5 Valores

Honestidad, compromiso, respeto, responsabilidad, trabajo en equipo.

CAPITULO CUATRO: DISEÑO METODOLOGICO

4.1 Alcance del proyecto

Al plantear el diseño del departamento de Atención Prehospitalaria para el CBV Nunchía se pretende impulsar la idea de la creación del departamento APH que busque satisfacer la demanda de la población, alcanzar una mayor área de cobertura, mejorar la calidad del servicio durante las 24/7. Se puede llegar a trabajar junto con bomberos, defensa civil, administración municipal y entidades de salud para lograr un mejor desempeño y hacer de Nunchía un mejor municipio. Alcanzar la gestión de equipos y herramientas necesarias para hacer frente a todas las urgencias, emergencias y desastres que se presenten. Mostrar la profesión del TAPH en territorios inexplorados y su importancia en la sociedad.

4.2 Metodología del proyecto

El proyecto, diseño del departamento de atención prehospitalaria para Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Nunchía Casanare, manejó una metodología de desarrollo con un enfoque propositivo. Lo que respalda este proyecto es una propuesta de diseño con argumentos válidos, teniendo como referentes el departamento de atención prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Envigado, Itagüí y Proyecto APH Medellín, para que de esta manera se determine una viable solución al problema.

Se explica el porqué de la necesidad del departamento de atención prehospitalaria, los beneficios que trae a la comunidad del municipio y la forma adecuada de implementarlo según resolución vigente 2003 del 2012. También se referencian las guías y protocolos adaptados por el ministerio de salud y protección social.

El espacio geográfico es en toda la jurisdicción del municipio tanto zona urbana como rural.

La elaboración del producto final en cuanto a requisitos de la resolución, sugerencias de tipo financiero y operativo se hizo gracias a un análisis detallado de varios sitios del área metropolitana de Medellín donde se está desarrollando la atención prehospitalaria.

4.3 Plan de trabajo

En esta tabla se describen todas las actividades que hicieron posible la elaboración del proyecto.

Tabla 2. Plan de trabajo

Objetivo específico o meta	Actividades	Fecha inicio de actividad	Fecha de culminación de actividad	Persona responsable
Orientación proyecto general	Asesoría temática	18/07/2014	18/07/2014	Ct. Jesús Espinosa
Búsqueda de información del tema	Revisión de resolución 2003 de 2012	20/07/2014	22/07/2014	Rene, Davinson
Orientación capítulo I	Asesoría metodológica	23/07/2014	23/07/2014	Prof. Jorge Sánchez
Como aplicar Normas Vancouver	Asesoría grupal	30/07/2014	30/07/2014	Prof. Milton Jara
Desarrollo capítulo I	Trabajo en grupo	23/07/2014	20/08/2014	Rene, Davinson
Revisión capítulo I	Asesoría metodológica	06/08/2014	06/08/2014	Prof. Jorge Sánchez
Aclarar concepto de objetivo general y específicos	Asesoría temática	13/08/2014	13/08/2014	Ct. Jesús Espinosa
Orientación capítulo II	Asesoría metodológica	20/08/2014	20/08/2014	Prof. Jorge Sánchez
Orientación capítulo II	Asesoría temática	20/08/2014	20/08/2014	Ct. Jesús Espinosa
Desarrollo capítulo II	Trabajo en grupo	20/08/2014	03/09/2014	Rene, Davinson

Revisión capítulo II y orientación capítulo III.	Asesoría metodológica	27/08/2014	27/08/2014	Prof. Jorge Sánchez
Revisión capítulo II	Asesoría temática	27/08/2014	27/08/2014	Ct. Jesús Espinosa
Orientación capítulo III	Asesoría metodológica	03/09/2014	03/09/2014	Prof. Jorge Sánchez
Desarrollo capítulo III	Trabajo en grupo	03/09/2014	22/09/2014	Rene, Davinson
Revisión capítulo III	Asesoría temática	03/09/2014	03/09/2014	Ct. Jesús Espinosa
Revisión capítulo III	Asesoría metodológica	10/09/2014	10/09/2014	Prof. Jorge Sánchez
Revisión de documentos	Asesoría temática	10/09/2014	10/09/2014	Ct. Jesús Espinosa
Revisión de HC, lista de chequeo de TAB.	Asesoría temática	22/09/2014	22/09/2014	Ct. Jesús Espinosa
Desarrollo capítulo IV	Trabajo en grupo	22/09/2014	01/10/2014	Rene, Davinson
Orientación listas de referencias, tablas y figuras.	Asesoría metodológica	24/09/2014	24/09/2014	Prof. Jorge Sánchez
Orientación del producto final.	Asesoría temática	24/09/2014	24/09/2014	Ct. Jesús Espinosa
Diseñar el producto final	Trabajo en grupo	24/09/2014	10/10/2014	Rene, Davinson
Desarrollo capítulo V	Trabajo en grupo	01/10/2014	15/10/2014	Rene, Davinson
Revisar el avance del proyecto	Revisión general de proyecto y producto final	15/10/2014	22/10/2014	Ct. Jesús Espinoza, Prof. Jorge Sánchez Rene y Davinson

4.4 Presupuesto

En la siguiente tabla se muestra una estimación, de los gastos generados durante la elaboración de diseño del departamento de APH para CBV Nunchía Casanare.

Tabla 3. Presupuesto

Descripción	Cantidad	Vlr/ unitario	Vlr/ total
Internet	100 horas	1.800	180.000
Fotocopias	10	100	3.000
Impresiones	62	200	12.400
Minutos celular	200	200	40.000
Computador	1	750.000	750.000
Pasajes	40	1.300	52.000
Cartilla	1	25.000	25.000
Cd y caratula	1	10.000	10.000
TOTAL			1'072.400

CAPITULO CINCO: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

Este proyecto se hizo con el fin de proponer una solución a la problemática del municipio de Nunchía Casanare, en el ámbito del servicio de Atención Prehospitalaria y Transporte Asistencial de pacientes.

Se realiza un modelo que contiene el diseño del departamento APH para dicho cuerpo de bomberos.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda un diseño del departamento, para la operación de atención prehospitalaria y transporte asistencial básico que contiene:

Normatividad vigente para la habilitación de servicios de APH y TAB según resolución 2003 de 2014.

Procesos prioritarios para estos servicios como: modelo de historia clínica y tarjeta de triage, consentimiento informado, listas de chequeo e inventarios, procedimientos de desinfección y asepsia junto con documento para la gestión integral de residuos. Guías y protocolos para la atención.

Diseño del área física del CBV junto con el departamento de Atención Prehospitalaria.

Equipamiento del departamento de Atención Prehospitalaria.

Medios de financiación para la gestión de recursos financieros para el sostenimiento del departamento, que incluye convenios con EPS, ARL, áreas protegidas, cubrimiento de eventos, atención de accidentes de tránsito cobrando SOAT, y servicios de ambulancia.

6. Referencias Bibliográficas

1. Acero r, aguirre mantallana da, amaya bernal o, andrews acosta sp, arango e, arias amezquita social. [online].; 2009 [cited 2014 agosto 17. available from: <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/gu%c3%ada%20para%20m tomo%20i.pdf>.
2. Acero r, aguirre mantallana , amaya bernal , andrews acosta , arango , arias amezquita , et al. [online].; 2009 [cited 2014 agosto 13. available from: <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/gu%c3%ada%20para%20m tomo%20i.pdf>.
3. Acero r, aguirre mantallana , amaya bernal , andrews acosta , arango , arias amezquita , et al. [online].; 2009 [cited 2014 agosto 13. available from: <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/gu%c3%ada%20para%20m tomo%20i.pdf>.
4. Congreso de la republica de colombia. ley 1523 del 24 de abril del 2012.
5. Acero r, aguirre mantallana d, amaya bernal , andrews acosta , arango , arias amezquita , et al [online].; 2009 [cited 2014 agosto 17. available from: <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/gu%c3%ada%20para%20m tomo%20i.pdf>.
6. Ospina gomez. asociación colombiana de tecnólogos en atención prehospitalaria. [online].; 2012 from: <http://www.acotaph.org/home/archivos/leydelparamedicohsmo046>.
7. Ministerio de salud y protección social. resolución 2003 del 28 de mayo del 2003.
8. Rubiano e am, paz v ai. atención prehospitalaria fundamentos. primera ed. arenales h m, editor.
9. Ministerio de salud y proteccion social. resolución 2003 del 28 de mayo del 2003.
10. Correa arango , gomez álvarez , paez velillo , hernandez montoya , rubiano escobar , pulagarín y protección social. [online].; 2012 [cited 2014 agosto 26. available from: <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/guias%20medicas%20de%20>

11. **Icontec. norma técnica colombiana 3729 del 12 de diciembre de 2007. 2007.**
12. **Presidencia de la republica de colombia. decreto 4747 del 7 de diciembre del 2007.**
13. **Correa arango , gomez álvarez , paz velillo a, hernández montoya a, rubiano escobar , pulgarín t. y protección social. [online].; 2012 [cited 2014 septiembre 4. available <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/guias%20medicas%20de%20proteccion%20social>]**
14. **Correa arango , gomez álvarez , paz velillo , hernandez montoya , rubiano escobar , pulgarín t. y protección social. [online].; 2012 [cited 2014 septiembre 7. available <http://www.minsalud.gov.co/documentos%20y%20publicaciones/guias%20medicas%20de%20proteccion%20social>]**
15. **Ministerio de salud. resolución 1995 del 8 de julio de 1999. 1999. s**
16. **Presidencia de la republica de colombia. decreto 3990 del 17 de octubre de 2007.**
17. **Ministerio de la proteccion social. decreto 01915 del 28 de mayo del 2008.**
18. **Presidencia de la republica de colombia. decreto 4747 del 7 de diciembre de 2007.**
19. **Congreso de la republica de colombia. ley 100 del 23 de diciembre de 1993.**
20. **Congreso de la república de colombia. ley 1562 del 11 de julio de 2012. 2012.**
21. **[online].**
22. **[online]. [cited 2014 octubre 13.**
23. **Rubiano e. am, paz v. ai. atención prehospitalaria fundamentos. primera ed. bogot**

7. Anexos

Propuesta y diseño del departamento de APH para CBV Nunchía Casanare 2014.

