

**DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA  
EL CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SAN JERÓNIMO.**

*CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA*



Facultad de Ciencias de la Salud

Yuranny Allison Castillo Yela

María Isabel Gallo Tobón

Juan Pablo Ruiz Clavijo

Medellín, Colombia

2017

# ACTA DE APROBACIÓN



## CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

### FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

#### NOTA DE ACEPTACIÓN

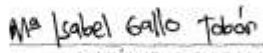
Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "**Diseño del departamento de Atención Prehospitalaria para el CBVSJ**", elaborado por los estudiantes: MARÍA ISABEL GALLO, ALLISON CASTILLO y JUAN PABLO RUIZ del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS Y DESASTRES, nos permitimos conceptuar 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, 17 de Mayo de 2017

  
MG JOSE CHAVEZ  
Coordinador Investigación FCS

  
CT. JESUS ESPINOSA  
Asesor

  
MARÍA ISABEL GALLO  
Estudiante

  
ALLISON CASTILLO  
Estudiante

  
JUAN PABLO RUIZ  
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

**RESUMEN DEL PROYECTO**  
**COORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA**

Facultad: Ciencias de la salud

Programa: Tecnología en Atención Prehospitalaria

Título: DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA PARA  
EL CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE SAN JERÓNIMO.

Integrantes del grupo: Yuranny Allison Castillo Yela

María Isabel Gallo Tobón

Juan Pablo Ruiz Clavijo

Asesor temático: Ct. Jesús María Espinoza Echavarría

Asesor metodológico: Esp. Jorge Sánchez Becerra

Fecha de terminación del proyecto:

## **Problema**

El desarrollo de la atención prehospitalario se ha ido identificando como una de las prioridades en el fortalecimiento del sistema de salud en el manejo de urgencias, emergencias y desastres. De este modo se ha ido viendo que el municipio de san Jerónimo en su desarrollo industrial, social, cultural. Hace que se encuentre sometido a diferentes amenazas que ocasionan situaciones de urgencias, emergencias y desastres, afectando las condiciones de salud tanto como sus habitantes como los visitantes. Es por eso que se busca tener personal capacitado para que lidere la atención en las múltiples emergencias que se llegaran a presentar en el municipio para así evitar la muerte y disminuir la discapacidad.

## **Método**

El proyecto, diseño del departamento de atención prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos San Jerónimo, 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 los departamentos de atención prehospitalaria de bomberos Envigado, Sabaneta e Itagüí, para que de esta manera se determine una viable solución al problema.

Se explica el porqué de la necesidad del departamento de atención prehospitalaria en este municipio en específico, los beneficios para la comunidad y la forma adecuada para implementarlo llegado el caso según la resolución vigente 2003 del 2012. También hacemos referencia al manual de habilitación del Ministerio de Salud y protección social.

## **Conclusiones**

Teniendo en cuenta una de las partes principales se les apporto a bomberos san Jerónimo un portafolio según las normas establecidas sobre el diseño del departamento de APH en dicho cuerpo de bomberos el cual no contaban con tal documento. Con el fin de mínima la accidentalidad en el municipio de san Jerónimo se logró redactar un portafolio claro y de fácil entendimiento, el cual explica como deber ser el diseño del departamento de APH en dicho municipio basado en hechos legales, pensando en la necesidad de que el municipio necesita con su propia ambulancia dentro de los estatutos que la norma exige, observando el progreso que se tuvo en la investigación a pesar del poco tiempo y la distancia del

proyecto consideramos que se logró lo esperado. Los miembros activos del cuerpo de bomberos voluntarios de san Jerónimo quedaron totalmente agradecidos por tal favor y por la oportunidad de dar un paso más en busca de conseguir su propia móvil de salud.

### **Agradecimientos**

Se agradece por su contribución para el desarrollo de este proyecto a Dios primeramente que nos dio el privilegio de llegar a estudiar en la corporación universitaria adventista, al asesor temático: Ct. Jesús María Espinoza Echavarría, a los asesores metodológicos Lina María Ortiz Vargas, Jorge Sánchez Becerra por sus aportes, amigos y compañeros que de una u otra forma aportaron y al cuerpo de bomberos voluntarios de san jerónimo quien nos abrió las puertas de su casa y nos brindaron información necesaria y expresarnos su total interés por este proyecto, a todos mil gracias por su colaboración.

### **Dedicatoria**

Se dedica este trabajo a nuestros padres quien nos han apoyado durante nuestra carrera luchando día a día juntos para lograr nuestros objetivos académicos, apoyándonos tanto emocional como económicamente, a nuestros profesores por los conocimientos transmitidos, por contribuir a nuestro crecimiento personal, a nuestros amigos, compañeros por su apoyo incondicional y a todas aquellas personas que hicieron parte en nuestro proceso de formación.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1</b>	<b>CAPITULO UNO; PANORAMA DEL PROYECTO .....</b>	<b>11</b>
1.1	INTRODUCCIÓN .....	11
1.2	JUSTIFICACIÓN.....	12
1.3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
1.4	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.5	OBJETIVOS.....	15
1.5.1.	General.....	15
1.5.2.	Específicos.....	15
1.6	VIABILIDAD .....	15
1.7	LIMITACIONES .....	16
1.8	IMPACTO .....	17
1.9	CONCLUSIÓN DEL CAPITULO .....	18
<b>2</b>	<b>CAPITULO: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
2.1	INTRODUCCIÓN.....	19
2.2	MARCO CONCEPTUAL .....	19
2.3.1	Atención Prehospitalaria .....	19
2.3.2	Atención de Urgencia .....	19
2.3.3	Desastre .....	20
2.3.4	Emergencia .....	20
2.3.5	Soporte vital básico .....	20
2.3.6	Soporte vital avanzado.....	20
2.3.7	Tecnólogo en Atención Pre hospitalaria.....	21
2.3.8	Traslado Asistencial .....	21

2.3.9	Transporte Asistencial Básico .....	21
2.3.10	Urgencia .....	21
2.3.11	Primer Respondiente.....	22
2.3.12	Atención pre hospitalaria y traslado de pacientes.....	22
2.3	MARCO REFERENCIAL .....	23
2.3.1	Departamento APH CBV Envigado .....	23
2.3.2	Departamento APH CBV ITAGÜÍ.....	23
2.3.3	Departamento APH CBV Sabaneta .....	24
2.4	MARCO INSTITUCIONAL.....	26
2.4.1	Misión .....	26
2.4.2	Visión .....	26
2.4.3	Reseña Historia.....	27
2.5	MARCO HISTÓRICO .....	28
2.6	MARCO GEOGRÁFICO .....	32
2.7	MARCO LEGAL .....	33
2.8	CONCEPTOS BÁSICOS .....	37
2.8.1.	Transporte asistencial básico.....	37
2.8.2.	Referencia y Contrareferencia .....	39
2.8.3.	Bioseguridad y asepsia.....	40
2.8.4.	Guías de Atención Prehospitalaria y Emergencia Medica.....	42
2.8.5.	Historia clínica .....	43
2.8.6.	Auto sostenimiento económico de un servicio Aph y Tab.....	44
2.9	PASOS PARA LA HABILITACIÓN.....	48
2.10	CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN.....	53
2.11	VISITAS PREVIAS .....	62

2.12	VISITAS DE REACTIVACIÓN .....	66
2.13	NOVEDADES.....	66
2.14	VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN .....	70
2.15	EJECUCIÓN DE LA VISITA. ....	72
2.16	REUNIÓN FINAL .....	74
2.17	REPORTE DE RESULTADO DE VISITA.....	75
2.18	MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO .....	76
2.19	SERVICIOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA .....	77
2.20	GENERALIDADES .....	78
2.21	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO.....	80
2.22	TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO.....	89
2.23	ATENCIÓN PREHOSPITALARIA .....	95
3	CAPITULO TRES; DIAGNOSTICO O ANÁLISIS.....	98
4	CAPITULO CUATRO; MARCO METODOLÓGICO .....	100
4.1.	ALCANCE DEL PROYECTO .....	100
4.2.	METODOLOGÍA DEL PROYECTO .....	101
4.3.	PLAN DE TRABAJO .....	101
4.4.	COSTOS.....	104
4.5.	CONCLUSIÓN DEL CAPITULO .....	104
5	CAPÍTULO CINCO; CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	105
5.1	CONCLUSIONES.....	105
5.2	RECOMENDACIONES.....	105
6	BIBLIOGRAFÍA .....	106
8	ANEXOS.....	109



## LISTA DE TABLAS

Tabla 1, impacto en el municipio .....	17
Tabla 2, Descripción del Municipio.....	33
Tabla 3 Plan de trabajo.....	101
Tabla 4, Costos del Proyecto.....	104

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Árbol de problemas.....	98
Gráfico 2 Árbol de problemas.....	99

# **1 CAPITULO UNO; PANORAMA DEL PROYECTO**

## **1.1 INTRODUCCIÓN**

El diseño del departamento de atención Prehospitalaria para el cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo Antioquia tiene como fin promover el mejoramiento y el desarrollo de la calidad de atención de la salud pública de este municipio. Este proyecto contiene definiciones que sustentan legalmente la importancia de la atención pre hospitalario contribuyendo diferentes sugerencias enmarcadas en la normatividad colombiana vigente. Aprovechando que se puede observar que la institución tienen buenos equipos los cuales requiere darles nuevas funciones de las que se les venía dando para asignarles, un uso más adecuado, a favor de la comunidad; para esto se requiere la estructuración del departamento de atención Prehospitalaria para así mejorar la organización operativamente funcional tanto para los trabajadores de la institución como para las personas que viven o visitan al municipio, buscando así que se sientan confiadas y seguras a la hora de que la institución este cubriendo el percance donde se encuentre comprometida su vida, ya sea en un accidente de tránsito, emergencia médica o urgencia vital.

## 1.2 JUSTIFICACIÓN

La atención Prehospitalaria tiene como objetivo fundamental el ubicar al paciente en el lugar más indicado para su patología y realizar durante el transporte una serie de actividades médicas de reanimación y/o soporte que requieren capacitación específica al respecto, con lo cual se logra una mejor condición de ingreso del paciente al hospital y por tanto mayor sobrevivencia frente a la causa del evento urgente.

Por consiguiente a lo anterior mencionado afirma la alcaldía de Bogotá:

” La Atención Prehospitalaria-APH es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Comprende los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital, constituyendo una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.” (1).

En el municipio de San Jerónimo y en el cuerpo de bomberos es común la atención de primera respuesta a cualquier eventualidad que involucre vidas humanas y bienes, para poder implementar unas mejoras en el sistema de atención hay que aumentar la calidad de la atención Pre hospitalaria, integrando un sistema que abarque la recepción del usuario, su atención inicial, el monitoreo permanente, la comunicación continua y el ingreso al centro asistencial. Comprendiendo todos los servicios de emergencias y transporte que se presta a los lesionados.

El gobierno nacional a través del ministerio de salud y protección social atiende entonces la necesidad de fortalecer la atención Pre hospitalaria al diseñar y desarrollar un sistema de emergencias médicas tal y como ordena la ley 1438 del 2011 en su artículo 67, permita la coordinación y articulación de todos los actores que intervienen en la atención integral de la emergencia médica, y que permita mejorar la oportunidad, calidad e impacto de la prestación de servicios en salud.

La Corporación Universitaria Adventista de Colombia como proveedora de la formación académica de futuros tecnólogos en atención Pre hospitalaria, promueve la realización este proyecto el cual llevara el nombre “*Diseño del Departamento de Atención Prehospitalaria Para el Cuerpo de Bomberos Voluntarios de San Jerónimo*”. Pretendiendo evidenciar el

marco legal colombiano actual que menciona los parámetros para la organización de un servicio de atención Pre hospitalaria, que incluye: Transporte asistencial básico y Atención Prehospitalaria

Buscando la estructuración adecuada del servicio de salud y del prestador en este caso el cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo, para lograr con este fin se buscara visionar y motivar la educación del personal bomberil y la actualización de las personas de salud en conocimientos; legales, teóricos y prácticos, dentro del entorno de atención Prehospitalaria, y así responder con calidad en la atención a situaciones de emergencias, urgencias y desastres, previniendo daños mayores que comprometan la vida.

### **1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El desarrollo de la atención prehospitalario se ha ido identificando como una de las prioridades en el fortalecimiento del sistema de salud en el manejo de urgencias, emergencias y desastres. De este modo se ha ido viendo que el municipio de santa fe de Antioquia en su desarrollo industrial, social, cultural. Hace que se encuentre sometido a diferentes amenazas que ocasionan situaciones de urgencias, emergencias y desastres, afectando las condiciones de salud tanto como sus habitantes como los visitantes. Es por eso que se busca tener personal capacitado para que lidere la atención en las múltiples emergencias que se llegaran a presentar en el municipio para así evitar la muerte y disminuir la discapacidad.

En la atención prehospitalaria el éxito consiste en la prontitud de la llegada a la escena, la adecuada atención inicial y el acertado traslado de los pacientes es por eso que el cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo a pesar de su gran extensión territorial que principalmente es zona rural, La cual presenta limitaciones en el desarrollo de la infraestructura que ha querido mejorar la institución para la buena atención prehospitalaria, pero que no se ha podido al no contar con una ambulancia, el área geográfica, la mayoría de las carreteras que va para la zona rural son carreteras destapadas o en mal estado, fuera de eso poco señalizadas y falta de autoridades, las cuales tienen como consecuencia múltiples accidentes de Tránsito y la dificultad en el tiempo de respuesta.

### **1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

El cuerpo de bomberos voluntario de San Jerónimo cuenta en la actualidad con todos los lineamientos legales para la implementación del departamento de atención prehospitalaria de acuerdo con las normas Colombianas.

## **1.5 OBJETIVOS**

### **1.5.1. General**

Diseñar el departamento de atención prehospitalaria para el cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo.

### **1.5.2. Específicos**

- Referenciar con otros departamentos de atención prehospitalaria que cumplan con la normatividad colombiana
- Examinar el cumplimiento de los requisitos vigentes para la operación de un departamento de atención prehospitalaria
- Definir los recursos necesarios de un departamento de atención prehospitalaria

## **1.6 VIABILIDAD**

La iniciativa de hacer posible la estructuración del departamento de atención prehospitalaria en el cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo es gracias a la necesidad evidente, ya que el mismo personal de la institución está interesado y dispuestos a colaborar con la investigación del proyecto tomando conciencia de que la estructuración es necesaria tanto para ellos como institución para la ciudadanía.

Este proyecto tendrá como enfoque la habilitación y actualización de varios aspectos del servicio de salud que está brindando la institución para lograr óptimas condiciones en calidad y servicio de atención prehospitalaria.

Para este proyecto se tiene a favor que se contara con asesoramiento tanto metodológicos con expertos en el tema como lo son Lina María Ortiz y Jorge Sánchez y en el aspecto de marco teórico el capitán Jesús Espinosa y legalmente contamos con las normativas colombianas que presenta el ministerio de salud.

## **1.7 LIMITACIONES**

En la actualidad ha incrementado la demanda laboral en salud para mejorar la calidad del servicio en determinadas áreas, como lo es el adecuado transporte de los pacientes a un centro hospitalario, dependiendo de la severidad de sus lesiones. Uno de los limitantes y dificultades más arraigados lo encontramos en los sectores de la población colombiana con poco o nulo conocimientos acompañado de diversos factores sociopolíticos que dificultan y limitan crecer la atención prehospitalaria.

El tiempo como factor limitante se presenta en este proyecto. Por la lejanía del municipio, debido a recursos que no se tienen como medio de transporte por parte de los integrantes; para generar una exhaustiva investigación con los habitantes o visitantes frecuentes del municipio con respeto al servicio de atención prehospitalaria que el cuerpo voluntario de bomberos de San Jerónimo les brinda.

Otro problema probable que pueda afectar nuestra investigación es la escasa cantidad de personal bomberil con que cuenta la estación, cantidad de personal voluntariado, y por turno, horarios de trabajo o disponibilidad de la única tecnóloga en atención prehospitalaria de la estación.



## 1.8 IMPACTO

En este cuadro se expresará el impacto que se desea alcanzar en el municipio, el plazo en el que se piensa generar, el indicador verificable y el supuesto que es lo que se pretende lograr.

Tabla 1, impacto en el municipio

<b>Impacto Esperado</b>	<b>Plazo (Años) Después De Finalizado El proyectó: Corto (1-4), Mediano (5-9), Largo (10 O mas).</b>	<b>Indicador Verificable</b>	<b>Supuesto</b>
Cubrimiento total del servicio en atención prehospitalaria	Largo plazo	Número de personas atendidas	Disminución del riesgo durante la atención y el traslado
Capacitación y entrenamiento en atención prehospitalaria	Corto plazo	Para todo el personal del cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo	Realizar capacitaciones teórico-práctico para el personal
Sensibilización y Socialización del proyectó	Corto plazo	Para todo el personal del cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo	Se harán charlas en fechas determinadas para ir socializando el proyecto
Creación del departamento de atención prehospitalaria	Corto plazo	Para todo el personal del cuerpo de bomberos voluntarios de San Jerónimo	Gestión de recurso por parte del municipio y empresas públicas y oficina de gestión del riesgo
Mejoramiento de la expectativa que tiene el pueblo de la atención prehospitalaria	Mediano plazo	Para todos los habitantes y visitantes del municipio de San Jerónimo	Con una atención más oportuna y de calidad

Elaborado por: integrantes del proyecto

## **1.9 CONCLUSIÓN DEL CAPITULO**

Como se puede observar en este primer capítulo tenemos todas las facultades para realizar con éxito este proyecto, teniendo en cuenta que se nos van a presentar varios inconvenientes pero que a medida que vamos avanzando los podremos ir solucionando. Como punto final del primer capítulo es importante destacar que hay toda la disposición para continuar este proyecto y así poder avanzar en nuestra idea de diseñar un departamento de APH en el cuerpo de bomberos del municipio de San Jerónimo.

## **2 CAPITULO: MARCO TEÓRICO**

### **2.1 INTRODUCCIÓN**

Con el fin de aclarar procedimientos realizados durante esta investigación definiremos, y aclararemos algunos conceptos o términos en los cuales otras entidades diferentes al programa de salud pueden interactuar más fácilmente con la investigación del diseño del departamento de atención prehospitalaria en bomberos voluntarios de San Jerónimo.

### **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.3.1 Atención Prehospitalaria**

La Atención Prehospitalaria (A.P.H) es el servicio que se presta a la comunidad cuando se presentan urgencias, emergencias o desastres en el sitio de ocurrencia del evento y de manera conjunta con los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Según la alcaldía de Bogotá (1), Comprende los servicios de salvamento, atención médica y transporte que se prestan a enfermos o accidentados fuera del hospital, constituyendo una prolongación del tratamiento de urgencias hospitalarias.

#### **2.3.2 Atención de Urgencia**

En este tópico lo define súper intendencia de salud:

“Se entiende por urgencia o emergencia vital toda condición clínica que implique riesgo de muerte o de secuela funcional grave, la atención de urgencia o emergencia vital ante un hecho de tal envergadura, debe ser inmediata e impostergable. Ninguna Institución de salud puede negarle a un paciente la atención rápida a una urgencia vital ni exigir un cheque o documento en garantía para otorgarla. La condición de riesgo de muerte o de secuela funcional grave deberá ser certificada por un médico cirujano de la unidad de urgencia pública o privada en que la persona sea atendida” (2).

### **2.3.3 Desastre**

Lo define según la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja:

“Un desastre es un evento calamitoso, repentino o previsible, que trastorna seriamente el funcionamiento de una comunidad o sociedad y causa unas pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales que desbordan la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacer frente a la situación a través de sus propios recursos. Aunque frecuentemente están causados por la naturaleza, los desastres pueden deberse a la actividad humana” (3).

### **2.3.4 Emergencia**

Lo define DE CONCEPTOS: (4) Del latín *emergens*, procede el concepto de emergencia con el que viene a definirse a cualquier suceso o accidente que trae consigo una desgracia. En esta misma línea existe otra acepción del citado término y es aquella que expresa toda situación de peligro que requiere que se lleve a cabo una acción inmediata para solucionar o disminuir los daños causados.

### **2.3.5 Soporte vital básico**

Lo define la Universitat d'Alacant:(5), Consiste en el mantenimiento de la vía aérea permeable, de la respiración y de la circulación de la sangre, sin equipo específico, solo nuestras manos y la boca. Pudiéndose utilizar dispositivos de barrera para la vía aérea, evitando así el contacto directo con la víctima.

### **2.3.6 Soporte vital avanzado**

Lo define Anestesiari, (6) que soporte vital avanzado (SVA) constituye uno de los eslabones de la cadena de supervivencia que incluye acciones encaminadas a prevenir, tratar y mejorar la supervivencia de los pacientes que sufren una Parada Cardíaca (PCR).

### **2.3.7 Tecnólogo en Atención Pre hospitalaria**

En este apartado lo define la Universidad de Pereira:

“Son personas debidamente certificadas por una institución de educación superior para la práctica, el arte y la ciencia de ejercer la atención Pre hospitalaria bajo la dirección médica. La meta es prevenir y reducir la mortalidad y morbilidad debido a enfermedad o trauma. Los Tecnólogos en Atención Pre hospitalaria (TAPH) deben proveer los cuidados a los pacientes en situaciones de emergencias en el ambiente extra-hospitalario” (7).

### **2.3.8 Traslado Asistencial**

Por consiguiente Menciona la Cruz Roja Colombiana, (8) Las personas afectadas por alguna dolencia o trauma, que requieren servicio de transporte hasta el Centro Hospitalario que tengan la necesidad de ser movilización sencilla o compleja según su estado de salud o desee una atención oportuna, segura y confiable en el momento de ingresar al Centro Asistencial.

### **2.3.9 Transporte Asistencial Básico**

En este tópico define de igual forma la Cruz Roja Colombiana, (8) es Traslado de pacientes cuyo estado no presenta ningún riesgo actual o eventual, requieren traslado de Centros Hospitalarios a otros lugares como terapias, controles, o simplemente moverse con seguridad y profesionalismo, no necesitan ningún procedimiento asistencial especial.

### **Transporte Asistencial Medicalizado**

La cruz roja menciona, (8) el Traslado de pacientes en condiciones de inestabilidad o estado crítico y que debido a su diagnóstico requieren de monitoreo permanente y debe estar acompañados por un equipo médico y auxiliar profesional.

### **2.3.10 Urgencia**

En este tópico urgencia lo define el Ministerio de Protección Social:

“Son una causa de consulta médica que requieren de una adecuada y pronta atención por parte del personal que labora en los servicios de urgencias de las instituciones de salud. Es de vital importancia que este personal tenga los conocimientos y las destrezas necesarias para poder diagnosticar y manejar, de la mejor manera posible, las urgencias médicas que se le puedan presentar en su trabajo cotidiano. A su vez, el conocimiento médico evoluciona y se actualiza constantemente gracias a los trabajos de investigación científica que se realizan en todo el mundo, los que permiten que cada vez sean abordadas, de manera más eficaz, este tipo de enfermedades o condiciones” (9).

### **2.3.11 Primer Respondiente**

En este apartado el Ministerio de Salud (10), menciona que, es la persona capacitada que en forma solidaria decide participar en la atención inicial de alguien que ha sufrido una alteración de la integridad física y/o mental, puede o no ser un profesional de la salud. Activará el SEM, apoyará en la valoración de los riesgos asociados al evento y brindará ayuda inicial al afectado.

### **2.3.12 Atención pre hospitalaria y traslado de pacientes**

La Constitución en su artículo once, (10) menciona el traslado de pacientes como debe ser, que se debe hacer y como La atención pre hospitalaria y el traslado de los pacientes desde el sitio de ocurrencia del evento, deberá ser realizado por prestadores de servicios de salud habilitados.

## **2.3 MARCO REFERENCIAL**

### **2.3.1 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 presentan dentro de su jurisdicción, buscando protegerla vida de los habitantes, sus bienes, sus industrias y el medio ambiente. Este CBV se subdivide en instancias que juntas complementa el equipo de trabajo. Entre ellas existe el departamento de Atención Pre hospitalaria que inicio a mediados del año 2013, regido por el reglamento de la resolución 1441 del 2013. con dos ambulancias tripuladas por maquinistas debidamente entrenados en primeros auxilios y tecnólogos en atención Pre hospitalaria 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 en el transporte especial de pacientes y atención Pre hospitalaria. Los principales centros de salud de Envigado son los E.S.E Santa Gertrudis y Hospital Manuel Uribe Ángel, lugares donde se remiten los pacientes por procesos de referencia y contra referencia, para luego prestarles el resto de atención en salud.

### **2.3.2 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 Pre hospitalaria desde febrero 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.

tiene habilitado el servicio de atención Pre hospitalaria junto con ambulancia TAB Y TAM, cumpliendo con los requisitos según la resolución 1441 del 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 y 2 y clínica Antioquia institución es para brindar al paciente una atención oportuna.

### **2.3.3 Departamento APH CBV Sabaneta**

El cuerpo de Bomberos Voluntario de Sabaneta, fue fundado en octubre del año 1995, reconocido por la gobernación de Antioquia, mediante resolución número 3301 de marzo 18 de 1999; Con el ánimo de servir a la comunidad Sabaneta, teniendo como principios el esfuerzo, sacrificio, abnegación y entrega total.

El CBVS tiene por objeto la gestión integral del riesgo contra incendios, los preparativos y atención de rescates en todas sus modalidades y la atención de incidentes con materiales peligrosos.

Para el Cuerpo de Bomberos Voluntario de Sabaneta, es importante la seguridad, la preparación académica y técnica de todos sus integrantes, motivo por el cual nuestros bomberos están en constante entrenamiento y preparación en aulas de estudio, asistiendo a diferentes cursos avalados por la dirección general de bomberos de Colombia. De esta forma responderemos rápida y eficientemente a cualquier tipo de emergencia; ya sean de carácter antrópico, natural o tecnológica, teniendo como principio fundamental: el preservar y salvar las vidas de las personas afectadas por la emergencia o incidente, la conservación del medio ambiente y los bienes de la comunidad. Para cumplir con nuestra labor tenemos un equipo de trabajo compuesto por 16 bomberos de planta y unos 60 bomberos voluntarios, quienes nos apoyan en emergencias de todo tipo, además contamos con dos máquinas para extinción de incendios, dos ambulancias, dos motos para evaluación inicial de incidentes relacionados con atención Pre hospitalaria y un grupo canino.

Esta institución cuenta con políticas y estándares de calidad exigidos y evaluados por la dirección seccional de salud, para poder en el transporte especial de pacientes y atención



Pre hospitalaria. Los principales centros de salud como lo son el Venancio Días, Manuel Uribe Ángel, Clínica Antioquia, San Rafael sede 1 y 2.

## **2.4 MARCO INSTITUCIONAL**

### **2.4.1 Misión**

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: 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.

### **2.4.2 Visión**

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será 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.

### **2.4.3 Reseña Historia**

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Colombo”, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–Venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

En el proceso de su desarrollo académico ha organizado cinco facultades desde las cuales se ofrecen los programas de pregrado: Facultad de Educación, Facultad de Teología, Facultad de Salud, Facultad de Ciencias Administrativas y Contables, Facultad de Ingenierías; y una División de Investigaciones y posgrados que es la encargada de liderar los programas de posgrado que ofrece la Institución.

La UNAC ha trabajado con miras a formar profesionales muy competitivos y de altas calidades morales y espirituales, por ello dentro de su quehacer cotidiano participa en diferentes procesos que velan por la calidad institucional. Se destaca la Acreditación otorgada por la Agencia Acreditadora Adventista (AAA), que ha certificado la calidad de la educación impartida en la UNAC. De igual manera se está participando en los procesos de calidad de la Educación Superior que promueve el Ministerio de Educación Nacional; el Registro Calificado para cada uno de sus programas, se constituye en la etapa previa antes de ingresar a los procesos de Acreditación de Alta Calidad tanto para los programas como para la institución en sí.

## 2.5 MARCO HISTÓRICO

### 2.5.1 Historia De APH en el Mundo

Los primeros antecedentes sobre atención médica pre hospitalaria tienen origen remoto y es difícil saber realmente cuando se usó por primera vez un vehículo para transportar una persona enferma o lesionada, en la época de los zares en Rusia, un médico y un ayudante se trasladaban en una carreta tirada por caballos, reconocían en el campo a los enfermos más graves y les trasladaban a un centro asistencial, en el año 1760, durante las guerras napoleónicas, los franceses pensaron que resultaba menos riesgoso trasladar a los soldados heridos a la retaguardia que poner en peligro la vida de los escasos médicos en el frente.

El jefe de médicos de Napoleón Bonaparte, el Dr. D.J, Larray; diseñó lo que él llamó "ambulancia voladora". Consistía en una carreta de dos ruedas que era conducida por 2 individuos que levantaban a los heridos del campo de batalla y en forma inmediata los llevaban al hospital, las carretas eran tiradas por caballo o por hombres, las cuales recibieron el nombre de ambulancias (de la raíz francesa "ambulant" que significa que "deambula o camina"). La idea de tener un hospital cercano para atender a los soldados heridos se utilizó y aplicó hasta la primera Guerra Mundial.

Hasta la 2ª. Guerra Mundial se crea el personal de sanidad, iniciando la atención del lesionado en el campo de batalla para posteriormente ser trasladado a los hospitales militares. En la Guerra de Corea se inició el uso de helicópteros para el traslado del personal militar, y se aprovechó para el traslado rápido de los heridos, creándose de esta manera los M.A.S.H (Military Assistance Surgical Hospital). Período en que tardaba en asistir al herido. Porcentaje de mortalidad: 1ª Guerra Mundial / 12 a 18 horas / 85%, 2ª Guerra Mundial / 12 horas / 33%, Corea / 2 a 4 Horas / 24%, Vietnam / 1 a 4 horas / 19%.

El concepto de cuidado médico de emergencia nació aproximadamente en 1940, los

cuerpos de bomberos que fueron los primeros en brindar cuidados médicos mientras el enfermo o accidentado era trasladado. En 1962, en EU., se creó el primer servicio tal como se lo conoce en la actualidad, y se programó el primer curso para la formación en técnicos de Emergencias Médicas. Los primeros esfuerzos en el desarrollo de las emergencias médicas se volcaron al tratamiento de las arritmias graves y muerte súbita como consecuencia de enfermedades coronarias. Así apareció la Unidad Coronaria Móvil para la atención de afecciones coronarias agudas. La formación de la Cruz y Media Luna Roja es de un ciudadano suizo llamado Henry Dunant. A los 31 años de edad, un viaje lo condujo a la ciudad de Solferino, al norte de Italia. Ahí el 24 de junio de 1859 fue testigo casualmente, de una guerra corta pero sangrienta La Batalla de Solferino.

En febrero de 1863 se constituyó una comisión en la Sociedad de Utilidad Pública de Ginebra, integrada por Henry Dunant, Guillaume-Henri Dufour, Gustave Moynier, Dr. Louis Appia y el Dr. Théodore Maunoir, de donde nació el “Comité Internacional de Socorros a los Militares Heridos “, que el 22 de agosto de 1864 se convertiría en el Comité Internacional de Cruz Roja. El 2 de agosto de 1907, el Gobierno Mexicano reconoció, el Convenio de Ginebra para la protección a los Heridos en Campaña. Sin embargo, los preparativos e intentos para formalizar la Sociedad Nacional de Cruz Roja en México se remontan en lo administrativo, a los albores de 1898 cuando la Cruz Roja Española solicita al Gobierno Mexicano información acerca de las relaciones entre las instituciones o asociaciones de asistencia pública con las Unidades Sanitarias del Ejército.

Cruz Roja Mexicana se funda oficialmente, por Decreto Presidencial el 21 de febrero de 1910, reconociendo la existencia de la Institución como auxiliar del servicio Sanitario del Ejército Mexicano e inicia sus actividades en la Ciudad de México, bajo el nombre de Asociación Mexicana de Cruz Roja. Es importante señalar que la Sra. Luz González Cosío de López, es considerada como fundadora de la Cruz Roja Mexicana. El primer local donde se instaló la Cruz Roja fue en la calle de Rosales No. 20 y las autoridades acuerdan entregar un subsidio de \$15,000.00 anuales. En el año de 1968 se traslada la Cruz Roja a la Av. Ejército Nacional No. 1032 donde se encuentra su hospital central hasta nuestros días.

## **2.5.2 Formación de Grupos de Atención Prehospitalaria**

Después de los sismos del año 1985 en donde el desastre mostró las carencias en lo referido a la atención de urgencias pre hospitalaria por los servicios de salud del gobierno; después de este evento que marco una pauta en lo referido a la educación en protección civil.

En el Distrito Federal una agrupación voluntaria encabezada por el Ing. Miguel Ángel Tena con el apoyo de los servicios médicos del Distrito Federal, (Escuadrón S.O.S.). La formación de la CRUZ VERDE un tiempo después que la CRUZ ROJA en las calles de Revillagigedo en centro de la Ciudad de México en donde la institución transportaba a un agente del ministerio público. Fundada por el Dr. Marcos Béjar, tiempo después su agrupación contó con apoyo de personal de bomberos, paramédicos, rescatistas, mecánicos, buzos, principalmente. Cruz Ámbar que llegaron a formar parte del plan DN-III como parte del grupo de respuesta a desastres.

La formación de un grupo de rescate aéreo por medio del personal de la Dirección de policía y tránsito el ESURA (Escuadrón de Servicios Urbanos y Rescate Aéreo) por acuerdo del Lic. Octavio Sanies Gómez y el general Gutiérrez Santos director de la Dirección General de Policía y Tránsito del Distrito Federal. Los elementos estaban entrenados principalmente en rescate aéreo, localización de alpinistas extraviados principalmente. No fue sino hasta el año de 1977 que por iniciativa del Dr. Emilio Hernández Eugenio se cambió el nombre a Escuadrón de Rescate y Urgencias Médicas (ERUM) dependiente hasta la fecha de la Secretaria de Seguridad Pública del Distrito Federal. Las autoridades de las dos dependencias (DGPC Lic. Brigido Navarrete y el Dr. Juan Manuel Michel DGSM) deciden la creación de un servicio de capacitación interna de personal en atención pre hospitalaria a cargo del Dr. Fernando Román Morales y el Dr. Juan Carlos Lara Figueroa principalmente.

El programa tuvo un rápido desarrollo y se capacito a personal pagado y voluntario en los

niveles de TUM Básico, Intermedio y Avanzado siendo la única escuela de formación de personal en atención pre hospitalaria de egresar técnicos de nivel avanzado certificados y reconocidos como tal a nivel nacional e internacional.

Por consiguiente a lo anterior mencionado describe TUM:

*“Historia.*

La para medicina, como muchas otras áreas de la medicina, ha evolucionado con el paso de los años, de manera que el concepto pasado de “corre y tráelo”, pasó a “quédate y estabiliza”, hasta llegar hoy en día, al de “evalúa y decide”, que no es más que el equilibrio entre los dos conceptos previos.

Estrella de la Vida.

Creada en 1973, como un símbolo para ser usado por los servicios de urgencias médicas, cada barra representa una de las seis funciones del paramédico. En el centro se encuentra el bastón de Esculapio, Dios griego de la curación. La víbora es símbolo de medicina y curación. Así pues, se requiere de un equipo multidisciplinario que trabaje coordinadamente, desde el sistema de emergencias y el servicio de ambulancias hasta la sala de urgencias del hospital, cada uno en su función, sin subestimar las habilidades y conocimientos, tanto del paramédico, como del médico” (11).

### **2.5.3 Historia de Aph en Colombia**

En este apartado veremos cómo lo describe Anner:

“En Colombia hacia finales de los años 80, realizaron esfuerzos aislados por implementar sistemas pre hospitalarios formales con personal no capacitado, lucha que aun continua. A nivel nacional varias ciudades implementan sistemas de atención independiente pero sin ningún tipo de regulación, con personal tripulante de ambulancias sin ningún tipo de leyes ni entrenamiento formal. Posteriormente se empezaron planes de entrenamiento informales en APH y que no cumplían con requisitos mínimos del ministerio de educación, con el pasar de los años la corporación universitaria adventista presenta el proyecto de un programa en atención Pre hospitalaria al ministerio de educación, el cual fue aceptado, institución pionera en el programa, para iniciar el programa tecnológico el 4 de febrero de 2001, actualmente en el país hay 13 instituciones avaladas por el ministerio de educación entre tecnologías y técnicas, y otras cuantas en proceso para iniciar sus programas.

Dentro de las tendencias de atención Pre hospitalaria donde Todo depende del sitio donde estemos trabajando. La decisión depende en gran medida del tipo de sistema en el que nos desarrollamos y la cercanía de un centro hospitalario útil. La gravedad del paciente puede ser irrelevante en algunas ocasiones. Recordemos que el “Scoop & Run” fue desarrollado en EEUU (sistema paramédico),

donde se acostumbra a transportar a los pacientes aún en estado inestable, pero que llegará general mente al hospital en un plazo alrededor de los 10 minutos (minutos de platino). Esto tiene como meta lograr tener al paciente en una plancha de quirófano dentro de la hora dorada. Tampoco hay que perder de vista que el “Scoop & Run” está dirigido a ocuparse de pacientes con trauma potencialmente letal, por lo que una valoración inicial rápida es necesaria para valorar si se hace o no. Por otro lado tenemos el “Stay & Play”, desarrollado en Francia (sistema Medicalizado) donde se le da mayor valor al cuidado máximo y estabilización antes del transporte. Esto fue desarrollado pensando en ocuparse de pacientes con problemas médicos. La decisión de transportar o dar asistencia en el lugar “in situ”, depende en gran manera de que tienes en tus manos, si es una víctima de trauma o de una emergencia médica. Si estas cerca o lejos del hospital y si tienes recursos humanos y técnicos para estabilizar o necesitas movilizar a la víctima de inmediato” (12).

## 2.6 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 de la alcaldía de San Jerónimo:

### *“Geografía*

Descripción Física: San Jerónimo es uno de los 125 municipios que conforman el departamento de Antioquia, situado a 6°7'2" de latitud norte y una longitud de 75°44'18" oeste de Greenwich.

### *Límites del municipio*

El Municipio de San Jerónimo está situado a nivel geográfico sobre los 6° 26' 36" de Latitud Norte, y Longitud 75° 43' 18", al Occidente del Departamento de Antioquia. Su extensión territorial aproximada es de 155 kms<sup>2</sup> teniendo a nivel urbano una superficie de 0.5 kms<sup>2</sup>, cubriendo parte de la vertiente Oriental de la Cordillera Central.

Se encuentra a 780 metros sobre el nivel del mar y tiene una temperatura promedio de 25°C. Su separación de Medellín es de 34 kilómetros.

El Municipio de San Jerónimo limita con los siguientes Municipios: por el Norte con el Municipio de Sopetrán, por el Sur con el Municipio de Medellín, por el Oriente con el Municipio de San Pedro de Los Milagros y por el Occidente con el Municipio de Ebèjico.

De acuerdo con la Ordenanza Departamental la descripción de los límites es la siguiente:

Con Sopetrán: Parte de la boca de la cañada "La Cal" aguas arriba en la Quebrada La Sucia atravesando la Cañada "Cangrejo" aguas abajo hasta su boca en el Río Aburra; esta aguas arriba hasta su desembocadura en la Quebrada Tafetanes, aguas arriba a sus



nacimientos; de aquí hasta el camino por la cordillera que por Guayabal va de Sopetrán a San Pedro de los Milagros.

Con San Pedro de Los Milagros: Desde el camino de Guayabal donde corta la cordillera, cerca al Alto del Espíritu Santo, por toda la cima de la Cordillera Alto de Poleal, más allá de la Casa de Luis García, de allí a la empalizada por ésta al Alto del Chuscal en la cima de la Cordillera.

Con Medellín: Por la cordillera desde el Alto del Chuscal hasta buscar el nacimiento formación de la Loma Urquítá y de aquí en línea recta a la Quebrada la Sucia.

Con el Municipio de Ebèjico: De un punto en la Quebrada la Sucia, frente al nacimiento de la Loma Urquítá quebrada aguas abajo hasta la boca de la Cañada "La Cal" (13)

Tabla 2, Descripción del Municipio

<b>Descripción</b>	<b>Cantidad</b>
Extensión total	155 Km2
Extensión área urbana	0.7 Km2
Extensión área rural	154.3 Km2
Altitud de la cabecera municipal (metros sobre el nivel del mar)	750
Temperatura media	25° C
Distancia de referencia	34

Extraído de: alcaldía San Jerónimo, Antioquia

[http://sanjeronimo-antioquia.gov.co/informacion\\_general.shtml](http://sanjeronimo-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml)

## **2.7 MARCO LEGAL**

Se consideraron los siguientes reglamentos vigentes del Ministerio de Salud y Protección Social y su viabilidad para el sustento del marco legal que se incluyen en los anexos.

Según la Ley 100 del 23 de diciembre de 1993 Decreta:

“la seguridad social integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas 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 y la 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. El artículo 26 dice “que las instituciones de salud donde se manipule material biológico de origen humano, se debe proveer a los trabajadores de elementos y medios necesarios para garantizar las medidas de seguridad y que los empleados conozcan y cumplan estas normas de bioseguridad” (14).

Por consiguiente a lo anterior mencionado el decreto 3990 del 17 de octubre de 2007 menciona:

“Por el cual se reglamenta la sub cuenta del seguro de riesgos catastróficos y de accidentes del tránsito del Fondo de Solidaridad y Garantías, 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 por las personas de accidentes de tránsito, SOAT, y se dictan otras disposiciones” (15).

Decreto 4747 del 07 de octubre de 2007 menciona, (15) por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicio de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población as u cargo, y se dictan otras disposiciones.

Del mismo modo en la resolución 1915 del 28 de mayo del 2008 (17), Por lo 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.

Por consiguiente la Resolución 1995 del 8 de julio de 1999 describe (18) Por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica.

Del mismo modo la Constitución política de Colombia 1991, (19), en los artículos 48, 78, 79, 80, 87 y 366, establecen la atención en salud y el saneamiento ambiental como servicios públicos a cargo del estado, determinando que serán responsables, de acuerdo con la ley,

quienes en la producción y en la comercialización de bienes y servicios, atenten contra la salud, la seguridad y el adecuado aprovisionamiento a consumidores y usuarios.

Por consiguiente menciona la Ley 09 de 1979, (20) código Sanitario Nacional en sus artículos 22 al 35 establecer los aspectos generales del manejo de residuos y recolección de basuras.

Por la misma razón la Ley 100 de 1993 menciona, (15) en el artículo 26 dice “que las instituciones de salud donde se manipule material biológico de origen humano, se debe proveer a los trabajadores de elementos y medios necesarios para garantizar las medidas de seguridad y que los empleados conozcan y cumplan estas normas de bioseguridad.

En consecuencia de lo anterior mencionado menciona el ministerio de salud y protección social:

“Por la cual se reglamenta el desarrollo y operación del Sistema de Emergencias Médicas

*Artículo 3.* Sistema de Emergencias Médicas - SEM. El -SEM es un modelo general integrado, cuya estructura se define en el artículo 7° de la presente resolución, con el propósito de responder de manera oportuna a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios, que requieran atención médica de urgencias, en lugares públicos o privados. Comprende, entre otros, los mecanismos para notificar las emergencias médicas, la actuación del primer respondiente, la prestación de servicios pre hospitalarios y de urgencias, las modalidades de transporte básico y Medicalizado, la atención hospitalaria, el trabajo de los centros reguladores de urgencias y emergencias, los programas educacionales y los procesos de vigilancia y que será financiado entre otros con los recursos del Programa Institucional de Fortalecimiento de la Red Nacional de urgencias.

*Artículo 4.* Implementación. Los distritos, los municipios de categoría especial y de primera categoría y el departamento Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina deberán implementar el -SEM en el territorio de su jurisdicción, teniendo en cuenta el análisis de situación de salud, los antecedentes de emergencias y desastres y las condiciones geográficas particulares para lo cual podrán, de manera autónoma, constituir un Centro Regulador de Urgencias y Emergencias — CRUE o suscribir convenios con el departamento para tal fin.

*Parágrafo 1.* Las áreas metropolitanas y los municipios de categorías diferentes a las señaladas en el presente artículo podrán, de manera independiente o asociados con otros municipios, implementar un -SEM en su territorio. En este caso, estarán facultados, con autorización del departamento de su jurisdicción, para constituir Centros Reguladores de Urgencias y Emergencias —CRUE o suscribir convenios con el departamento para tal fin.

*Artículo 10.* Operadores asistenciales. Los prestadores de servicios de salud son los encargados de brindar atención de urgencias, de manera oportuna, eficiente y con calidad, a las víctimas de enfermedad, accidentes de tránsito, traumatismos o paros cardiorrespiratorios. Para tal efecto, tendrán adicionalmente las siguientes funciones dentro del -SEM:

1. Responder a las necesidades de atención en salud de la población afectada por situaciones de urgencia, emergencia o desastre, incluida la atención pre hospitalaria,

transporte básico y Medicalizado de pacientes, atención de urgencias y hospitalaria.

2. Promover la formación y capacitación del talento humano para cubrir las necesidades del —SEM.

3. Apoyar los procesos de vigilancia epidemiológica. 4. Reportar a este Ministerio la información que se requiera a través de los mecanismos que para el efecto se definan.

Parágrafo. Los operadores asistenciales no podrán aducir la responsabilidad de otra entidad para sustraerse de sus obligaciones o negar la atención objeto de la presente resolución.

*Artículo 16.* Atención prehospitalaria y traslado de pacientes. La atención prehospitalaria y el traslado de los pacientes desde el sitio de ocurrencia del evento, deberá ser realizado por prestadores de servicios de salud habilitados.

Parágrafo. Todos los vehículos que presten los servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial de pacientes deberán contar con un sistema de georreferenciación y comunicación que permita el monitoreo y contacto con la entidad territorial en salud a través del -CRUE.” (21).

Por consiguiente en esta Resolución 2003 del 28 de mayo de 2014 del Ministerio de Salud y Protección Social define:

“Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud.

Artículo 1. Objeto. La presente resolución tiene por objeto definir los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud, así como adoptar el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud que hace parte integral de la presente resolución” (22).

Por consiguiente en la Resolución Número 1995 de 1999

Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Por Tal Razón El Decreto 3990 de 2007, (23) 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.

Norma Técnica Ntc Colombiana 3729 Tipología Vehicular. Ambulancias De Transporte Terrestre

El Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación, ICONTEC, es el organismo nacional de normalización, según el Decreto 2269 de 1993. Resolución 01164 De 2002 (Septiembre 06) Por la cual se adopta el Manual de Procedimientos para la Gestión Integral

de los residuos hospitalarios y similares; En relación con la investigación de los conceptos de habilitación para servicios de atención prehospitalaria y transporte asistencial básico, la siguiente información ha sido recolectada de los diferentes documentos legales que se han referido para la ejecución confiable de la información.

## **2.8 CONCEPTOS BÁSICOS**

### **2.8.1. Transporte asistencial básico**

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 competente 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.

**Ambulancia básica:** Unidad de intervención con equipo específico de respuesta inicial tripulada por auxiliar de enfermería o técnico en atención prehospitalaria. Debe tener una camilla principal con sistema de anclaje, camilla secundaria, tabla espinal corta, tabla espinal larga, camilla tipo cuchara, millar o camilla de vacío, silla de ruedas, sistema de oxígeno con capacidad total de almacenamiento de 6 metros cúbicos, equipo de radiocomunicaciones, sistema sonoro de alerta vial adicional al pito o bocina.

**Ambulancia Medicalizado:** Unidad de intervención con equipo avanzado tripulada por

médico entrenado, enfermera, auxiliar o tecnólogo en atención prehospitalaria. Debe contener lo de la ambulancia básica más laringoscopios adultos y pediátricos con hojas rectas y curvas, respirador o ventilador de transporte, volumen, presión o mixtos con dos circuitos respiratorios estériles, monitor de electrocardiografía con desfibrilador portátil, oxímetro, sistema electrónico de control de infusión y glucómetro.

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 (Artículo 64, Ley 769 agosto 06 de 2002, Ministerio de Transportes. Cesión de paso en la vía a vehículos de emergencia).

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 y aéreas debe cumplir unos requisitos mínimos mencionados en la Ley y establecidos en la Resolución 1439 (Manuales de estándares y procedimientos, condiciones técnico científicas de prestadores de servicios en salud, Ministerio de la Protección Social anexo 1-30).

En el transporte primario los equipos de trabajo tanto básicos como Medicalizado 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.

Por consiguiente a lo anterior mencionado nos describe el instituto Colombiano de Normas Técnicas:

“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” (24).

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.

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.

### **2.8.2. Referencia y Contrareferencia**

Menciona respecto a este tópico, el Ministerio de Protección Social:

“Conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas 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 contra remisión 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” (25).

### **2.8.3. 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 de asepsia*

Seguidamente mencionaremos los conceptos dados por la Guía Básica de Atención Prehospitalaria:

“-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 en 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” (26).

#### **2.8.4. Guías de Atención Prehospitalaria y Emergencia Médica**

Las Guías de Práctica Clínica son revisiones y pronunciamientos desarrollados en forma sistemática con el propósito de facilitar y racionalizar la toma de decisiones para la más adecuada atención de un importante grupo de condiciones clínicas. Estas guías resultan válidas en la medida que su uso conduzca a una mejor calidad en la atención y la aplicación más racionales de los recursos disponibles.

El Ministerio de Salud y Protección Social como parte de sus programas de fortalecimiento institucional, ha publicado con estas dos ediciones de las denominadas Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, incluyendo en esta versión un total de cincuenta y cinco guías para ser implementadas en el ámbito prehospitalario.

Dado la importancia del tema y el continuo reclamo de este tipo de material, se determinó realizar la presente edición de las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, profundizando el trabajo iniciado con las Guías de Manejo de Urgencias. Estas guías representan un aporte importante en el cumplimiento del propósito de disponer de lineamientos basados en la mejor evidencia posible y mejorar la calidad de la atención de estos servicios en Colombia.

Por consiguiente menciona la Guía Básica de Atención Prehospitalaria:

“no son “camisas de fuerza” que limiten o desconozcan la autonomía intelectual de las instituciones y de los profesionales de la salud. Deben ser consideradas como sugerencias en concordancia con una conducta institucional adoptada por consenso y de acuerdo con los recursos existentes.

Se reconoce que en el país existen diferentes niveles de capacidad tecnológica y por lo tanto, los profesionales de la salud y las instituciones del sector, deberán ejercer su buen criterio para determinar el alcance del manejo de una entidad clínica específica en el ámbito prehospitalario, teniendo en cuenta para ellos los recursos humanos y técnicos disponibles.

Las guías fueron elaboradas por profesionales expertos en el manejo prehospitalario, provenientes de diferentes centros académicos y grupos de atención prehospitalaria, bajo la dirección de un equipo académico liderado por profesionales vinculados con el Centro de Simulación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

El Ministerio de Salud y Protección Social confía que esta segunda edición de las Guías Básicas de Atención Médica Prehospitalaria, sea de utilidad para todos los actores del sistema involucrados en esta sensible temática” (26).

### **2.8.5. 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.

## **2.8.6. Auto sostenimiento económico de un servicio Aph y Tab**

*-Soat:*

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.

2. 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:

- Servicios médico quirúrgicos: La Institución Prestadora de Servicios de Salud, IPS, habilitada, que hubiere prestado los servicios de atención de urgencias, hospitalización, suministro de material médico quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, suministro de medicamentos, tratamientos y procedimientos quirúrgicos, servicios de diagnóstico y servicios de rehabilitación. Igualmente podrán ser beneficiarias las IPS que suministren la

atención inicial de urgencias, quienes deberán remitir al paciente a la IPS más cercana habilitada para el nivel de complejidad requerido;

- 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: servicio médico - quirúrgico, atención inicial de urgencia y atención de urgencias; suministró 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.

Según el decreto 3990 del 2007 describe:

“Se reconocerá una indemnización equivalente a los costos del transporte suministrado, hasta un máximo de diez, 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” (27).

Adopción de los formularios. Para efecto de las reclamaciones de que trata el Decreto 3990 de 2007, (16)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*.

-Convenios entre instituciones prestadoras de servicios de salud y las entidades encargadas del pago de los servicios prestadores de salud.

Por consiguiente menciona el Ministerio de Protección Social:

“-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

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:

a. 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.

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 Contrareferencia establecidos por la entidad responsable del pago, que busca garantizar la calidad de la atención en salud y ofrecer una respuesta adecuada a las necesidades de

la población en condiciones de accesibilidad, continuidad, oportunidad, integralidad y eficiencia en el uso de los recursos.

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 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 contra remisión 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”

(25)

El sistema de seguridad social integral es el conjunto de instituciones, (21), 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.

### *ARL*

Por consiguiente en este tópico menciona la ley 1562:

“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” (28)

## **2.9 PASOS PARA LA HABILITACIÓN**

El proceso de habilitación de los prestadores de servicios de salud debe garantizar la aplicación uniforme, objetiva y clara de las condiciones de habilitación por parte de las entidades responsables del desarrollo, ejecución y control del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, por lo cual, se definen a continuación los pasos a seguir:

### *Inscripción*

Los Prestadores de Servicios de Salud que inicien su funcionamiento o realicen una nueva inscripción producto de la inactivación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), deberán dar cumplimiento a las condiciones definidas en el presente Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud y efectuar el siguiente procedimiento de inscripción:



### *Realizar La Autoevaluación*

La autoevaluación consiste en la verificación interna, por parte del prestador, del cumplimiento de las condiciones de habilitación definidas en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y de Habilitación de Servicios de Salud y la posterior declaración de su cumplimiento en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud para lo cual el prestador deberá tener en cuenta:

-Si es Institución Prestadora de Servicios de Salud o Transporte Especial de Pacientes, deberá verificar el cumplimiento de los requisitos y condiciones técnico administrativas, de suficiencia patrimonial y financiera y tecnológica y científicas.

- Si es profesional independiente de salud, deberá verificar el cumplimiento de las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

- Las entidades cuyo objeto social sea diferente a la prestación de servicios de salud, deberán verificar el cumplimiento de las condiciones de capacidad técnico administrativas y las tecnológicas y científicas. Las Entidades Departamentales o Distritales de Salud son las responsables de orientar al prestador durante el proceso de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y difundir la obligatoriedad de mantener actualizada la información, en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

### *Diligenciar El Formulario De Inscripción.*

Ingresar al enlace de formulario de inscripción disponible en el aplicativo del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) publicado en la página web de la Entidad Departamental o Distrital de Salud de la jurisdicción en donde se encuentre ubicado el prestador, diligenciar la información allí solicitada y proceder a su impresión para radicarla en la dependencia asignada por la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

### *Radicar El Formulario De Inscripción.*

Presentar y radicar el formulario de Inscripción del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud respectiva, con los soportes definidos para cada prestador, así:

*Para entidades con objeto social diferente*

- Copia física del formulario completo de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), debidamente diligenciado de acuerdo al instructivo.

-Copia del certificado de existencia y representación legal (Expedido con no más de 30 días de la fecha de presentación).

-Copia del documento de identidad del Representante Legal.

- Razón social, así:

--Para las entidades privadas con ánimo de lucro: Fotocopia del certificado de existencia y representación legal expedido por la Cámara de Comercio.

-- Para las Instituciones Públicas o para las Fundaciones o instituciones de utilidad común sin ánimo de lucro: fotocopia del acto administrativo de creación expedido por la autoridad competente.

*Para prestadores remisores y centros de referencia que prestan servicios en la modalidad de telemedicina Prestador Remisor*

- Original y Copia física del formulario completo de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), debidamente diligenciado especificando los servicios que prestará con el apoyo de la Telemedicina.

- Copia del contrato o convenio con el Centro de Referencia, debidamente inscrito en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), con una relación detallada de los servicios asistenciales que el Centro de Referencia le garantizará al prestador remisor.

-Certificación de conexión a internet que soporte el servicio sincrónico o asincrónico.

*Centro de Referencia:* Original y copia física del formulario completo de Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) especificando en ambos casos los servicios que ofrecerá al (los) Prestador(es) Remisor(es) bajo la modalidad de Telemedicina.

#### *Inscripción en el Registro Especial de Prestadores de servicios de salud- (REPS)*

Es la incorporación y registro de los datos del prestador y de la información de servicios en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) en la base de datos de cada Entidad Departamental o Distrital de Salud, quien es la responsable de su administración, diligenciamiento y posterior envío al Ministerio de Salud y Protección Social, para la consolidación de la información.

#### *Habilitación*

Se considera habilitado el servicio, cuando el prestador cuenta con código activo asignado por la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

La habilitación de los servicios dependerá de si el servicio ofertado o el prestador requieren o no visita previa, conforme a lo estipulado en el artículo 13 de la presente resolución. Para los servicios que no requieren visita previa, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, previa verificación y aprobación de los documentos radicados, procede a la activación del código del prestador en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS). Para el caso de los servicios que requieren visita previa, el código se activará una vez se haya realizado la visita por la entidad correspondiente y se haya verificado el cumplimiento de las condiciones de habilitación del prestador.

Una vez habilitado el servicio, la Entidad Departamental o Distrital de Salud, autoriza la generación del Distintivo de habilitación y la constancia de habilitación del servicio o los servicios habilitados.

### *Distintivos de habilitación*

El Distintivo de habilitación es el instrumento de identificación, que les sirve a los ciudadanos para ejercer control, verificando que los servicios de salud se están prestando debidamente habilitados. Por cada servicio habilitado, las Entidades Departamentales y Distritales de salud, autorizan la generación del correspondiente Distintivo de habilitación.

A través de este mecanismo se fortalece la capacidad de control de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud sobre el estado de habilitación de los servicios ofrecidos por los prestadores de servicios de salud de su jurisdicción. Es obligación del prestador de servicios de salud hacer el uso adecuado del Distintivo de habilitación.

### *Obligaciones en materia de distintivos*

El prestador que ostente el Distintivo de Habilitación en un servicio se compromete a:

- Mantener permanentemente las condiciones de habilitación.
- Cada prestador de servicios de salud, una vez autorizada la generación del Distintivo de habilitación, deberá imprimirlo y fijarlo en lugar visible al público y cerca al acceso del servicio específico que se encuentra habilitado.
- No adulterar o modificar el Distintivo de habilitación velando por su buen estado y conservación.
- Promover la información a los usuarios sobre su propósito y significado.
- Retirar el Distintivo de habilitación en caso de deterioro, inactivación de los servicios habilitados o revocatorios de la habilitación de un servicio.

*La Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente es la responsable de:*

- Autorizar la generación y control de los distintivos de habilitación.
- Orientar a los usuarios sobre el propósito, alcance y mecanismos de control que activan el Distintivo de Habilitación.

- Retirar el Distintivo de habilitación del servicio, de forma inmediata, cuando proceda cierre del mismo por no mantener las condiciones de habilitación.
- Autorizar nuevamente la generación del Distintivo de habilitación, cuando se cumplan las condiciones de habilitación.
- Promover el uso adecuado del Distintivo de habilitación y su apropiación por parte de los Prestadores de Servicios.
- En caso de deterioro o pérdida del Distintivo de habilitación, autorizar la generación nuevamente.

*El Ministerio de Salud y Protección Social se compromete a:*

- Divulgar el concepto del Distintivo de habilitación, sus contenidos, propósitos, alcance y características y requisitos que garanticen su legitimidad.
- Definir las condiciones para la edición de los Distintivos de habilitación.

*Vigencia de la inscripción*

Los términos de la vigencia de la inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), serán los definidos en el artículo 9 de la presente resolución.

## **2.10 CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN**

La verificación de las condiciones de habilitación tiene por objeto constatar el cumplimiento de las obligaciones que tienen los prestadores de servicios en el componente del sistema único de habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, de conformidad con lo establecido en el presente Manual.

El proceso de verificación de las condiciones de habilitación de los servicios de salud, debe tener en cuenta los siguientes conceptos y definiciones:

*En Talento humano.* Cuenta con: Estancia continúa del talento humano en un servicio, durante el tiempo que se oferte y se preste el servicio.

*Disponibilidad:* Talento humano en permanente disposición y fácil localización para hacerse presente y atender con la oportunidad requerida el evento en salud, conforme a lo definido en el estándar de procesos prioritarios, según guías y protocolos de atención sin poner en riesgo la integridad y la vida del paciente.

*Supervisión:* La supervisión de que trata el presente manual, deberá realizarse por el profesional definido en cada uno de los servicios, éste proceso no implica la supervisión directa de cada procedimiento o actividad por parte del profesional, ni la presencia permanente del mismo.

*Personal en entrenamiento:* Corresponde al talento humano que realiza actividades asistenciales pero que aún no ha sido titulado o certificado. Este personal, si bien atiende pacientes, debe realizarlo bajo supervisión de personal legalmente autorizado para el ejercicio profesional. Para este efecto, se debe definir formalmente y difundir entre el personal de la institución, un procedimiento que establezca la supervisión del personal en entrenamiento, conforme con el decreto 2376 de 2010 o demás normas que lo adicionen, modifiquen o sustituyan. Los profesionales de salud en Servicio Social Obligatorio, no son personal en entrenamiento; son profesionales titulados que cumplen con una obligación legal.

*Auxiliares en las áreas de la salud:* Se considera como personal auxiliar en las áreas de la salud los siguientes: Auxiliar en Salud Oral, Auxiliar en Salud Pública, Auxiliar en Enfermería, Auxiliar en Servicios Farmacéuticos y Auxiliar Administrativo en Salud. Los auxiliares con estudios certificados antes de la vigencia del Decreto 3616 de 2005, deben presentar el certificado de estudio respectivo.

La certificación de los procedimientos, intervenciones y actividades que pueden ser realizados por el talento humano en salud, relacionados con la profesión u ocupación de la salud para la que fue capacitado y entrenado, deberá ser expedida por las instituciones educativas respectivas reconocidas en el país.

*Certificado de Formación:* Corresponde al documento, no conducente a título, que acredita que quien está autorizado para ejercer una ocupación, profesión o especialidad, ha participado en un proceso de formación dirigido a adquirir, fortalecer o actualizar los conocimientos, destrezas, habilidades, aptitudes y actitudes, según los criterios definidos para su actuación idónea en un servicio determinado.

El certificado de formación será exigible a partir del momento en que el Ministerio de Salud y Protección Social así lo determine y en todo caso, con posterioridad a la definición de lineamientos para ofrecer y certificar la formación requerida en cada servicio. Mientras tanto, los prestadores de servicios de salud deberán establecer un mecanismo que permita verificar que el talento humano cuenta con la formación específica, según los criterios establecidos para cada servicio.

*Participación en servicios de salud por parte de personal extranjero o nacional que ingrese al país.*

El personal extranjero o nacional de la salud, que ingrese al país en misiones científicas o de prestación de servicios de salud, con carácter humanitario, social o investigativo, deberá cumplir con el trámite de permiso transitorio, establecido en el artículo 18 de la ley 1164 de 2007 y atender las instrucciones impartidas por el Ministerio de Salud y Protección Social en la Circular 00004, de 31 de julio de 2008, o las normas que las adicionen, modifiquen o sustituyan.

*En Infraestructura*

Las disposiciones contenidas en la Resolución 4445 de 1996 o las normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan, se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada, modificada o inscrita, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio

creado o modificado. Las siguientes condiciones de infraestructura deben ser cumplidas por el prestador, antes de iniciar su proceso de habilitación: - Cumplimiento de las condiciones higiénico sanitarias establecidas en el Título IV de la Ley 9° de 1979 y sus decretos reglamentarios.

- Licencia de construcción aprobada para el uso de salud.
- Permiso de vertimientos líquidos y emisiones atmosféricas.
- Sistema de prevención y control de incendios.
- Estudio de vulnerabilidad estructural (En los casos previstos por la norma vigente).
- Reforzamiento sísmico estructural (En los casos previstos por la norma vigente).
- Plan de emergencias y desastres (En los casos previstos por la norma vigente).
- Planes de mantenimiento de la planta física e instalaciones físicas e instalaciones fijas.
- Planes de mantenimiento de los equipos fijos.
- Las instalaciones eléctricas están actualizadas con el reglamento técnico de instalaciones eléctricas RETIE.
- La institución cumple con las condiciones de accesibilidad en Colombia (Resolución Min Salud 14861 de 1985 y Ley 361 de 1997).

Si el prestador no puede demostrar el cumplimiento de alguno o algunos de los requisitos anteriores, el verificador deberá notificar del hecho, a la autoridad competente de vigilar el cumplimiento de las condiciones anotadas.

Para el desarrollo de la visita se sugiere iniciar por los servicios que requieren mayores condiciones de asepsia (áreas quirúrgicas y de procedimientos), siguiendo por áreas hospitalarias, áreas ambulatorias de urgencias y de consulta, servicios de apoyo diagnóstico y finalizando en servicios generales.

*Tenga en cuenta los siguientes conceptos en la verificación:*



*Adecuación:* Intervención de la infraestructura física, en la que no se modifican las condiciones espaciales y técnicas de los ambientes, no aumentando el área construida, mejorando las condiciones existentes de acabados y tecnología.

*Ambiente:* Lugar físico delimitado por barrera fija piso techo, en el cual se realiza una actividad específica o varias compatibles.

*Ampliación:* Extensión o adición del área física de una edificación existente.

*Área o espacio:* Lugar físico no necesariamente delimitado con barrera física, en el cual se realiza una actividad específica.

*Edificación de uso mixto:* Infraestructura con diferentes tipos de uso (comercial, residencial, educación, industrial, servicios), acorde con lo establecido en la respectiva normatividad de ordenamiento territorial del municipio o distrito correspondiente.

*Baño:* Ambiente que cuenta con lavamanos, sanitario y ducha.

*Barrera física:* Elementos materiales que permiten separar áreas o espacios, ambientes o servicios entre sí.

*Disponibilidad:* Que tiene el recurso en el momento en que se requiere pero que no necesariamente hace parte integral del área, ambiente, o del servicio, pudiendo estar ubicado en áreas o ambientes distintos y en el caso de instalaciones o redes suplirse con dispositivos elementos o equipos independientes.

*Lavamanos:* Aparatos dotados con llaves para suministro de agua y sifón, de uso exclusivo para lavado de manos, la grifería, donde se requiera por las condiciones de asepsia (áreas quirúrgico-obstétrica y de procedimientos, será con accionamiento manos libres).

*Obra nueva:* Construcción de infraestructura física que se adelante en terrenos no intervenidos o en aquellos en los que se reponga parcial o totalmente la edificación existente.

*Lavaplatos:* Aparatos sanitarios dotados con un sistema que garantice un arrastre hidráulico, para vertimiento de residuos líquidos, secreciones o excretas, dotado con ducha (o aspersor) tipo teléfono.

*Pocetas de aseo:* Área de uso específico para efectuar las operaciones de aseo y limpieza de carácter general (pisos, paredes, mesones etc.). Cuenta con punto hidráulico y desagüe, localizadas, en general, dentro de ambientes organizados para recibir también los elementos de aseo (trapeadores, detergentes, baldes, contenedores, carros de aseo, etc.).

*Pocetas de lavado:* Aparatos dotados con llave para suministro de agua cuello de cisne y sifón con rejilla, destinados a operaciones de lavado de materiales, elementos, etc. pueden ser de distintas dimensiones de acuerdo con el uso específico que tienen asignado. Generalmente localizados sobre mesones o independientes.

*Remodelación:* Intervención de la infraestructura física, en la que se modifican las condiciones espaciales y técnicas de los ambientes, no aumentando el área construida, mejorando las condiciones existentes y ajustándose a nuevos requerimientos de espacios, uso, acabados y nuevas tecnologías.

*Unidad sanitaria:* Ambiente que cuenta con lavamanos y sanitario.

*Vertedero:* Aparato de uso exclusivo para vertimiento de residuos líquidos, en material lavable, dotado con sifón, rejilla, llave de suministro de agua cuello de cisne y con ducha (o aspersor) tipo teléfono.

#### *En Dotación*

En el recorrido por la institución seleccione al menos 3 equipos biomédicos, solicite los manuales correspondientes y verifique en la hoja de vida que se están siguiendo las recomendaciones de mantenimiento y calibración establecidas por el fabricante.

Identifique posibles riesgos y el uso de las medidas de bioseguridad para todo el personal relacionado en el servicio.

*En Medicamentos, Dispositivos médicos e Insumos.*

Previo a la visita de servicios farmacéuticos de alta complejidad, verifique la existencia de certificación de buenas prácticas de elaboración para los servicios que lo requieran.

*En Procesos prioritarios.*

Tenga en cuenta los siguientes conceptos en la verificación:

*Proceso en salud:* Es el conjunto de actividades que se realizan a una persona o un insumo biológico específico, con el fin de transformarlo, obteniendo como resultado un servicio o un producto.

*Procedimiento en salud:* Es la actividad que hace parte de un proceso y ayuda en la realización o generación del servicio o producto.

*Guía clínica de atención:* Es el conjunto de recomendaciones sobre promoción, prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o rehabilitación de una patología o problemática de salud específica. Esta debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, debe permitir flexibilidad y adaptación a las individualidades del paciente. Las guías deben tener mecanismos de difusión registrados, mecanismos de capacitación, mecanismos de evaluación, mecanismos de retroalimentación y deben estar basadas en la evidencia.

*Protocolo:* Es el conjunto de normas y actividades a realizar dentro de un servicio o programa, frente a una situación específica dentro de la institución y su ejecución debe ser de carácter obligatorio. En las instituciones sólo se exigirán las guías y protocolos de los procedimientos que se realicen.

*Manual:* Libro en que se compendia lo más sustancial de una materia.<sup>6</sup> Documento o cartilla que contiene las nociones básicas y la forma correcta de aplicación de un tema o un compendio y colección de textos seleccionados y fácilmente localizables, ej.: manual de procedimientos.

- Interrogue sobre los comités o instancias de autocontrol o de autoevaluación en los servicios, definidos por el prestador para realizar los procesos de evaluación y seguimiento de los riesgos.
- Solicite el último reporte de información al Sistema de Información para la Calidad.
- Solicite las fichas técnicas de los indicadores de seguimiento a riesgos de la institución.
- Solicite el Manual de esterilización.
- Las precauciones de aislamiento y el cumplimiento de normas de bioseguridad se verifican con la existencia del procedimiento, guía o manual.

*En Historia clínica y Registros.*

Tenga en cuenta los siguientes conceptos en la verificación:

*Historia Clínica:* Es el documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente o usuario, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

*Historia Clínica Ocupacional:* Es la Historia Clínica que surge como resultado de una o más evaluaciones médicas ocupacionales. Contiene y relaciona los antecedentes laborales y de exposición a factores de riesgo que ha presentado la persona en su vida laboral, así como resultados de mediciones ambientales y eventos de origen profesional.

*Consentimiento informado:* Es la aceptación libre, voluntaria y consciente de un paciente o usuario, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar un acto asistencial. Para efectos del estándar de historia clínica es el documento que se produce luego de la aceptación en las condiciones descritas. En caso que el paciente no cuente con sus facultades plenas, la aceptación del acto médico la hará el familiar, allegado o representante que sea responsable del paciente.

*Sistema de Información Clínico:* Es todo sistema utilizado para generar, enviar, recibir, archivar o procesar de cualquier forma mensajes de datos y que haya sido creado para la

producción, recepción, distribución, consulta, organización, custodia, conservación, recuperación y disposición final de cualquier elemento constitutivo de la Historia Clínica.

*Firma Electrónica:* Son los datos en forma electrónica consignados en un mensaje de datos, o adjuntados o lógicamente asociados al mismo, que puedan ser utilizados para identificar al firmante en relación con el mensaje de datos e indicar que el firmante aprueba la información recogida en el mensaje de datos.

*En Interdependencia.*

Tenga en cuenta los siguientes conceptos en la verificación:

*Cuenta con:* Es la existencia obligatoria de un servicio dentro de la IPS, que debe funcionar durante el tiempo en que se oferte o preste el servicio, sin importar si el servicio es propio o contratado.

*Disponibilidad:* Es la posibilidad de tener o contratar un servicio, que puede funcionar por fuera de la IPS.

Los servicios o productos de apoyo asistencial o administrativo, podrán ser dependientes o independientes del prestador que ofrece el servicio principal declarado. En caso de ser independiente, debe mediar un contrato explícito y documentado entre las dos instituciones y un acuerdo explícito interinstitucional de los servicios o productos en los que el servicio de apoyo soporta el servicio principal declarado, la calidad con la que se entregarán los productos, los procedimientos para la atención de los pacientes, los tiempos de obtención de los productos y la interventoría de parte del contratista con el fin de garantizar la seguridad del resultado del proceso contratado.

El servicio de apoyo Diagnóstico y/o Terapéutico podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones del prestador que ofrece el servicio principal declarado, salvo que la tabla de detalle por servicios del presente estándar especifique lo contrario.

Para efectos del glosario en el Sistema Único de Habilitación los servicios se abordan de la siguiente manera:

*Servicio independiente:* Son los servicios de apoyo diagnóstico o terapéutico que ostenta patrimonio propio e independiente, autonomía administrativa, presupuestal y financiera y cuenta con una dirección y orientación autónoma, prestando sus servicios al público en general o a la Institución que lo solicite. El servicio podrá estar localizado dentro o fuera de las instalaciones de un prestador, salvo que la tabla de detalle por servicios especifique lo contrario.

*Servicio dependiente:* Es aquel que desde el punto de vista institucional, patrimonial, administrativo, laboral, técnico, científico, presupuestal y financiero, constituye una unidad integral con la institución a la cual pertenece.

El proceso de alimentación deberá cumplir con la normatividad vigente y contar con las licencias, permisos o conceptos que le correspondan.

## **2.11 VISITAS PREVIAS**

El proceso de verificación de condiciones de habilitación, se adelantará de manera previa, conforme lo establecido en el artículo 13 de la presente resolución, por cada uno de los entes responsables de cada proceso así:

Entidad Departamental y/o Distrital de Salud

Las Entidades Departamentales y Distritales de Salud son las responsables de realizar verificación previa del cumplimiento de las condiciones de habilitación de las nuevas Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, servicios de urgencias, ginecología, transporte asistencial y servicios de alta complejidad, para lo cual cumplirán los siguientes pasos:

- Incluir dentro del cronograma la visita del servicio o IPS que solicita ingreso al Sistema.
- Conformar el grupo de profesionales encargados de la verificación y realizar el entrenamiento respectivo con base en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.
- Informar al prestador, de la visita con mínimo un (1) día de antelación.
- Realizar la visita.

-Registrar en el formato de visitas del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), los resultados de la visita previa.

*Equipo de Verificación:* Los lineamientos técnicos para los equipos de verificadores de las condiciones para la habilitación del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud son los definidos en la Resolución 077 de 2007 y 2869 de 2012 y las demás normas que las modifiquen, adicionen o sustituyan.

Por tal razón Por parte de la Entidad Departamental de Salud deberá:

*Revisión y envío de documentos:* La Dirección Departamental o Distrital de Salud revisará y verificará que la información esté acorde a lo registrado en el Formulario de Inscripción diligenciado en la Web; de estar la información y los documentos completos, procederá a Incluirlos en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) oferta de servicios y asignar código de oferente pendiente de activación y enviarlos al Ministerio de Salud y Protección Social – Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria.

De no contar con la información y documentación completa, la Dirección Departamental o Distrital de Salud devolverá al oferente, vía correo o personalmente, los documentos con las observaciones correspondientes.

Por parte del Ministerio de Salud y Protección Social se llevara acabo:

*Programación de Visita:* Recibida por el Ministerio de Salud y Protección Social la información se procederá a comunicar por cualquier medio al oferente la fecha de la visita, como mínimo con 1 día de antelación a su realización, al igual que a la Dirección Departamental o Distrital de Salud, quien en lo posible acompañará la visita de verificación. La visita se realizará en la fecha indicada en la comunicación, verificando el cumplimiento de las condiciones de habilitación. Si se trata de la habilitación de un nuevo servicio de oncología en un prestador ya inscrito, sólo se verificarán por parte del Ministerio de Salud y Protección Social las condiciones de capacidad tecnológica y científica.

Cuando el oferente cumpla las condiciones de habilitación, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a la habilitación del servicio en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) activando el código de habilitación y autorizando a la Entidad Departamental o Distrital de Salud para la generación del distintivo. De lo anterior la Entidad Departamental o Distrital de Salud informará al oferente.

En caso de no cumplir con las condiciones de habilitación, el Ministerio de Salud y Protección Social procederá a enviar una comunicación al oferente, vía correo, informando dicha situación. El oferente podrá subsanar las causas del incumplimiento aportando la



documentación necesaria, si a ello hubiere lugar, o iniciar nuevamente el proceso ante la Dirección Departamental o Distrital de Salud, quien adelantará el trámite de acuerdo a lo establecido en el presente manual.

## **2.12 VISITAS DE REACTIVACIÓN**

Estas Consiste en la verificación, por parte de la Entidad Departamental o Distrital de Salud, de las condiciones de habilitación establecidas en la presente resolución, la cual procede en los siguientes casos:

-Instituciones prestadoras de servicios, que por incumplimiento del requisito de autoevaluación o por cancelación de la inscripción, deban reactivar su inscripción como prestador.

-Servicios de alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológico que, por incumplimiento del requisito de autoevaluación o por cancelación de la habilitación del servicio, deban reactivar la habilitación del mismo.

-Para la reactivación de servicios alta complejidad, urgencias, hospitalización obstétrica, transporte asistencial u oncológico, sobre los cuales se haya reportado de novedad de cierre temporal y hayan dejado transcurrir un periodo mayor a un año de dicha novedad.

## **2.13 NOVEDADES**

Para efectos del reporte de las novedades definidas en el artículo 12 de la presente resolución, los Prestadores de Servicios de Salud, deberán anexar los siguientes documentos: Objeto Social Diferente

*Cierre del Prestador:* 1. Formulario de Novedad.

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente.

-Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa la custodia de las Historias Clínicas.

*Disolución o liquidación de la entidad:* 1. Formulario de Novedad

-Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente (donde se evidencie la nota de Disolución o liquidación de la entidad)

- Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa la custodia de las Historias Clínicas

*Cambio de domicilio:* 1. Formulario de Novedad

-Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente

-Autoevaluación

*Cambio de nomenclatura:* 1. Formulario de Novedad

Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente

Certificado de Catastro

*Cambio de representante legal:* 1. Formulario de Novedad

-Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente

-Fotocopia de la Cedula de ciudadanía del Representante Legal

*Cambio de director o gerente:* 1. Formulario de Novedad

-Copia de Acta de nombramiento extraída del libro de actas debidamente registrado.

-Fotocopia de la cedula de Ciudadanía del director o gerente

*Cambio Razón social:* 1. Formulario de Novedad (original y copia)

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente

*Cambio del acto de constitución:* 1. Formulario de novedad

-Certificado de Existencia y Representación

*Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico):* 1. Formulario de novedad

*Apertura de sede:* 1. Formulario de Novedad

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente de la principal y de la sede.
- Fotocopia Tarjeta profesional del Contador y/o Revisor Fiscal.
- Fotocopia de la cedula del Representante legal.
- Fotocopia del RUT.

Autoevaluación

*Cierre de sede:* 1. Formulario de Novedad.

- Certificado de Existencia y Representación legal Vigente donde no se evidencie que ya no aparece el establecimiento de comercio.
- Carta del prestador dirigida al ente territorial donde se informa la custodia de las Historias Clínicas.

*Cambio de domicilio:* 1. Formulario de novedad

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente de la principal y del Establecimiento de comercio.
- Autoevaluación

*Cambio de nomenclatura:* 1. Formulario de novedad

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente.
- Certificado de Catastro

*Cambio de sede principal:* 1. Formulario de Novedad

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente.

**Cambio de datos de contacto (Incluye datos de teléfono, fax y correo electrónico): 1.**  
Formulario de Novedad

*Cambio de director, gerente o responsable:* 1. Formulario de Novedad

- Copia de Acta de nombramiento extraída del libro de actas debidamente registrado.

- Fotocopia de Cedula de Ciudadanía

*Cambio de nombre de la sede, que no implique cambio de razón social:* 1. Formulario de Novedad

-Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente.

*Cambio de horario de atención:* 1. Formulario de Novedad

- Certificado de Existencia y Representación Legal Vigente

*Apertura de servicios:* 1. Formulario de Novedad

- Autoevaluación

- Para otras consultas (Código 356) se debe anexar Diploma y carta especificando el servicio a prestar.

*Cierre temporal o definitivo de servicios:* 1. Formulario de Novedad

*Apertura de modalidad:* 1. Formulario de Novedad

- Autoevaluación

*Cierre de modalidad:* 1. Formulario de Novedad

*Cambio de complejidad:* 1. Formulario de Novedad

- Autoevaluación

*Cambio de horario de prestación del servicio:* 1. Formulario de Novedad

*Reactivación del servicio:* 1. Formulario de Novedad

-Autoevaluación

## **2.14 VERIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES DE HABILITACIÓN**

Los prestadores de servicios de salud, tienen la responsabilidad de mantener las condiciones de habilitación de los servicios de salud que han sido habilitados, para lo anterior, deberán reportar anualmente la autoevaluación en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS).

Las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, son las responsables de verificar el mantenimiento de las condiciones de habilitación por parte de los prestadores de servicios de salud, para lo cual, deberá definir un plan de visitas que contemple los siguientes pasos:

- Identificar el total de prestadores de servicios de salud en la jurisdicción, para lo cual debe identificar prestadores sin declaración de habilitación acudiendo a la base de datos del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS), entre otros.

- Identificar prestadores que no se encuentran habilitados, mediante un proceso activo de búsqueda utilizando diversas fuentes tales como: prensa, directorios telefónicos, censos físicos del DANE o un programa de censo físico de la Entidad Departamental, Distrital o Municipal de Salud.

- Identificar los servicios de salud con prioridad de visita conforme a lo definido en la presente resolución.

- Diseñar la base de datos que contenga los servicios antes definidos.

- Calcular el Talento Humano para la verificación del total de prestadores en un periodo máximo de cuatro (4) años. Las visitas deberán distribuirse con metas anuales de cumplimiento según las prioridades que aquí se definen.

- Conformar el grupo de profesionales encargados de la verificación con base en la oferta de servicios, el tamaño y la complejidad del prestador, definiendo el perfil y número de verificadores necesarios y el tiempo de visita requerido, designando un líder quien tendrá la

responsabilidad de la coordinación del grupo de verificación y de las relaciones con la institución. Tener en cuenta que nunca se enviará un solo verificador a la visita.

-Realizar el entrenamiento respectivo a los verificadores con base en el Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud.

-Elaborar el cronograma de visitas, teniendo en cuenta las prioridades definidas en la presente resolución. Este cronograma deberá estar formulado a más tardar el 30 de noviembre de la vigencia anterior en la cual será ejecutado y deberá ser reportado a la Superintendencia Nacional de Salud, a más tardar el 20 de Diciembre de mismo año.

-Identificar los prestadores de servicios de salud: Identificando: domicilio, sedes, complejidad, tamaño y servicios que ofrece con base en la declaración de habilitación y formas de desplazamiento de los verificadores.

-Preparar y alistar los documentos que a continuación se enuncian, con base en los servicios declarados por el prestador, o la información que se tenga disponible, así:

-- Manual de Inscripción de Prestadores de Servicios de Salud y Habilitación de Servicios de Salud, formatos de registro, lista de chequeo, proformas de actas y otros documentos e instrumentos de trabajo.

-- Pautas Indicativas de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención en Salud del Ministerio de Salud y la Protección Social.

-- Declaración de habilitación del prestador a ser verificado, para compararlo con los servicios realmente ofrecidos.

-- Constancias de última autoevaluación del prestador y actualización de información.

-- Documentos de identificación que acredite a los verificadores de la Dirección Departamental y Distrital de Salud como tales.

--Agenda preliminar de la visita. Elaborada con base en los servicios ofertados y/o prestados y en la conformación del grupo de verificación, en la que se identifique las áreas de la institución, el día y hora de la visita y el o los verificadores que visitarán cada área

## **2.15 EJECUCIÓN DE LA VISITA.**

En la sede del prestador se presentará formalmente el grupo de verificación ante la persona encargada de la dirección de la institución, identificando cada uno de los integrantes del grupo de verificación, explicando el motivo y los objetivos de la visita. Se solicitará al director de la entidad la presentación del grupo de la institución que acompañe al grupo de verificadores de la Dirección Departamental y Distrital de Salud, durante el recorrido por la institución. En caso de no recibirse la visita por parte del prestador, se dejará constancia de ello mediante acta, que servirá de sustento para las acciones jurídicas a que haya lugar.

*Reunión inicial:* El grupo designado por la institución se reunirá con el grupo de verificadores de la Dirección Departamental o Distrital de Salud. Se explicarán los objetivos y procedimientos a realizar. Se compararán los servicios declarados por el prestador con los servicios que efectivamente ofrezca.

Los verificadores deben registrar las diferencias, tanto de los servicios que presta y no declaró, como de los declarados y no prestados y realizará las acciones de inspección, vigilancia y control correspondientes.

En caso de encontrar servicios declarados pero no prestados, se procederá a dejar constancia en el acta y la Entidad Departamental o Distrital de Salud inactivará el servicio.

Se presentará la agenda preliminar para definir conjuntamente el recorrido por la institución, de manera que las diferentes áreas de la institución puedan prepararse para la visita, y el recorrido se diseñará de manera que se genere el menor traumatismo posible en las actividades asistenciales.

Una vez concertado el recorrido, se buscará en lo posible la división en tareas de la visita, entre las personas que conforman ambos grupos, con el fin de hacer más eficiente la visita. Sin embargo, los verificadores deberán estar siempre acompañados por un funcionario de la institución, para suscribir el acta final de visita, certificando el recorrido por todas las áreas de la institución.



*Desplazamiento por las áreas del prestador:* El grupo de verificadores deberá respetar las condiciones de desplazamiento y acceso a las diferentes áreas de la institución sin que ello implique la negación del acceso a ningún área que se requiera para la verificación de estándares de habilitación. Se debe aportar algún documento visible de identificación ya sea el de la Dirección Departamental o Distrital de Salud o el de visitante suministrado por el prestador.

*Actitudes y comportamientos:* Deberán observarse y ejecutarse las siguientes pautas de comportamiento por parte de los profesionales del grupo de verificación que realizarán la visita:

-Declárese inhabilitado cuando considere que su juicio pueda estar sesgado por situaciones personales en contra o a favor de la institución verificada, ya que puede ser un factor que compromete su imagen personal y su idoneidad profesional. Sus obligaciones cesan en éste caso.

- Sea amable y respetuoso con todo el personal de la institución visitada. En lo posible evite roces con ellos y en ningún caso genere o acceda a enfrentamientos. Si el personal de la institución llegase a ser agresivo, usted podrá suspender la visita y retirarse de la institución, dejando constancia de ello en el acta y posteriormente apoyarse en la Entidad Departamental o Distrital de Salud para adoptar las conductas jurídicas a que haya lugar.

-Adopte una actitud de apoyo ante el personal de la institución evitando actitudes impositivas. Logrará un mayor reconocimiento con conductas de apoyo y respeto que con órdenes. En ningún caso haga comentarios ni adopte actitudes despectivas, ni peyorativas respecto al personal de la institución sean cuales fueren los hallazgos en la visita.

- Evite hacer pronunciamientos sobre el cumplimiento o no de los estándares aún ante la insistencia de la institución. Pueden comprometerse innecesariamente las conductas formales suyas y de la Entidad Departamental o Distrital de Salud. Ante la insistencia, recuérdale al personal de la institución que la Entidad Departamental o Distrital de Salud remitirá un informe oficial de los hallazgos de la visita.

Usted accederá a información protegida por reserva legal. Mantenga esa reserva y evite divulgarla. La reserva también es aplicable a las autoridades de salud salvo excepciones previstas en la Ley, y su divulgación puede acarrearle sanciones. Así mismo evite comentarios sobre los hallazgos de la institución por fuera del ámbito de trabajo. Ello puede comprometer el informe y la posición oficial de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y puede acarrearle dificultades a la institución.

- No solicite copias de documentos. Es un costo innecesario para el prestador y un aumento inútil del volumen de documentos del informe. Usted está acreditado como verificador de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y su informe cuenta con el respaldo y la información suficiente para la adopción de las conductas, así como el respaldo de la visita y la verificación in situ que brinda el acta final. En caso de controversia por el prestador se realizarán las actividades necesarias para dirimirlas. Su informe tiene la validez que le da la objetividad en la verificación y la observación directa.

- No registre el cumplimiento o no de un estándar sin haber verificado su cumplimiento. Recuerde que el no cumplimiento de un estándar puede acarrear consecuencias para el prestador y el incumplimiento de un estándar puede generar riesgos para los usuarios de los servicios de la institución.

-Cuide su presentación personal. Recuerde que también va a estar en contacto con pacientes.

Respete las instrucciones de la institución sobre el acceso y conductas en las diferentes áreas de la institución. Recuerde que hacen parte de los estándares que usted está verificando.

No utilice manuales de verificación diferentes al adoptado por la presente Resolución.

## **2.16 REUNIÓN FINAL**

Una vez finalizados los recorridos por la diferentes áreas de la institución, se reunirá nuevamente el grupo de la Entidad Departamental o Distrital de Salud y el grupo designado

por el prestador incluyendo el director de la institución, con el fin de suscribir la respectiva acta de visita de acuerdo con el formato diseñado para el efecto. En caso que la institución se niegue a la suscripción del acta, se dejará constancia de ello y se firmará solamente por los funcionarios del grupo de la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

## **2.17 REPORTE DE RESULTADO DE VISITA**

Una vez realizada la visita, el verificador debe elaborar y presentar el informe de la verificación, anexando los soportes del caso, ante la Entidad Departamental o Distrital de Salud.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, en un plazo máximo de diez (10) días hábiles, contados a partir de la fecha en que se terminó la visita, deberá remitir el informe al prestador.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud archivará los formatos de verificación diligenciados en su totalidad y tendrá como soporte los medios físicos de verificación y el acta de visita. El incumplimiento de las condiciones de habilitación determinará las sanciones administrativas de conformidad con el artículo 577 y siguientes la Ley 9 de 1979 y las normas que las modifiquen o sustituyan.

Las Entidades Departamentales o Distritales de Salud deben actualizar el sistema de información incorporando los datos de los formatos de las visitas de verificación en el sistema y las conductas objeto de sanción.

La Entidad Departamental o Distrital de Salud, realizará en forma permanente, el seguimiento local a la implementación del sistema único de habilitación, utilizando la información de las bases de datos alimentadas con las actividades de registro de la declaración, de la autoevaluación, del reporte de novedades, de informes de verificación y aplicación de conductas, evaluando como mínimo: a) Oferta de servicios, b) Cumplimiento de cronogramas de verificación, c) Cobertura de inscripción en el registro, d) Cobertura de verificación, e) Número de entidades cerradas o sancionadas f) Cumplimiento de estándares (requisitos que se incumplen) y g) Cumplimiento de autoevaluación.

## **2.18 MONITORIZACIÓN Y SEGUIMIENTO**

El seguimiento a la implementación del Sistema Único de Habilitación, se realizará a través del REPS, sus novedades, el reporte de visitas de verificación y de los indicadores definidos por el Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social. En el nivel regional, las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, implementarán estos mismos indicadores y adicionalmente realizarán un seguimiento a los principales indicadores del Sistema de Información de la Calidad (SIC) del SOGC en los prestadores de servicios de salud en su ámbito de jurisdicción. Las Entidades Departamentales o Distritales de Salud, una vez efectuadas las visitas de verificación de prestadores de servicios de salud, deberán incorporar los resultados de las mismas en el aplicativo web del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud REPS, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la realización de la visita.

La medición del impacto se realizará en conjunto con todo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, mediante los indicadores definidos en el componente del Sistema de Información para la Calidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

El seguimiento a la implementación del sistema único de habilitación, se debe realizar de manera estricta mensualmente, y reportarlo a la Superintendencia Nacional de Salud los cinco, primeros días hábiles siguientes al vencimiento de cada trimestre. Se realizará seguimiento de los siguientes indicadores y demás información solicitada por el Ministerio de Salud y Protección Social:

- Oferta de Servicios.
- Cumplimiento del estándar del proceso de verificación.
- Cobertura de declaración.
- Cobertura de verificación.
- Número de entidades cerradas o sancionadas.

-Requisitos que se incumplen.

La fuente de información será el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) y el reporte de las visitas de verificación.

## **2.19 SERVICIOS EN SITUACIONES DE EMERGENCIA**

*Servicios de salud que se presten en situaciones de emergencia:* Son servicios de salud, dependientes de una Institución Prestadora de Servicios de Salud habilitada, que por efecto de situaciones que impidan su normal funcionamiento, tales como desastres naturales o de origen antrópico u otros que requieran que los servicios sean prestados, en lugares no destinados a la prestación de servicios de salud, a la población afectada por la emergencia. Dichos servicios de baja y mediana complejidad, no requieren habilitación ni reporte de novedad, ni serán objeto de verificación, hasta que se normalice la situación, lo cual corresponde evaluar a la Entidad Departamental o Distrital de Salud correspondiente.

No obstante lo anterior, deberán observarse los siguientes aspectos:

-*Talento Humano:* El personal asistencial que preste directamente servicios de salud debe cumplir con los requisitos exigidos en las normas vigentes sobre la materia para ejercer la profesión u oficio.

- *Infraestructura:* En caso de establecerse áreas para el desarrollo de consulta, actividades y procedimientos, éstas deben garantizar la privacidad y seguridad de los pacientes.

- *Dotación y mantenimiento:* Contar con los elementos necesarios para la valoración y atención de los pacientes, de acuerdo con el tipo de actividades desarrolladas.

- *Medicamentos, dispositivos médicos e historia clínica:* Se aplicarán los procesos establecidos por la institución prestadora de servicios de salud para el manejo de medicamentos, dispositivos médicos e historia clínica.

-*Remisión de pacientes:* Las instituciones prestadoras de servicios de salud, las entidades promotoras de servicios de salud y las entidades territoriales, cuando sea del caso, deben

organizar y coordinar la remisión de pacientes desde el lugar en que se encuentre prestando el servicio a las instituciones prestadoras de servicios de salud, con el fin de garantizar la integralidad de la atención.

- *Identificación del personal de salud:* El personal enviado por la institución prestadora de servicios de salud para atender la población afectada por la emergencia, debe portar en un lugar visible el carnet de identificación otorgado por la correspondiente institución

## **2.20 GENERALIDADES**

Para efectos de la interpretación y aplicación de los estándares se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

-*Área de procedimientos menores:* Lugar físico limpio, no necesariamente delimitado con barrera física, ubicado en consultorios de enfermería, de terapias, de medicina general o de medicina especializada, en el que se realizan procedimientos menores.

-*Atención ambulatoria:* Se define como la modalidad de atención de salud, en la cual toda actividad, procedimiento o intervención se realiza sin necesidad de internar u hospitalizar al paciente.

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

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

-*Atención inicial de urgencias:* Se define la atención inicial de urgencia como las acciones realizadas a una persona con patología que requiere atención de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y determinar el

destino inmediato, de tal manera que pueda ser manejado, trasladado, remitido o diferido, para recibir su tratamiento posterior definitivo. La estabilización de signos vitales implica realizar las acciones tendientes a ubicarlos dentro de parámetros compatibles con el mínimo riesgo de muerte o complicación, no necesariamente implica la recuperación a estándares normales, ni la resolución definitiva del trastorno que generó el evento.

*-Asistencia personal:* Apoyo efectivo que terceras personas dan a la persona con discapacidad, para facilitar la realización de sus actividades de la vida diaria.

*-Asistencia no personal:* Dispositivos de apoyo o productos de apoyo que facilitan a la persona con discapacidad la realización de sus actividades de la vida diaria.

*-Producto de apoyo:* Utensilios, dispositivos, aparatos o adaptaciones, producto de la tecnología para suplir o complementar las limitaciones funcionales, con que cuenta la persona con discapacidad para la ejecución de alguna actividad; éstas se consideran como elementos que mejoran la calidad de vida y favorecen la participación de la persona en actividades personales, educativas, laborales, sociales, etc. Los productos de apoyo pueden ser diseñados para: el desarrollo funcional y entrenamiento en actividades de la vida diaria; para suplir una función corporal o productos de apoyo ortopédicos (prótesis y órtesis); para el cuidado personal (aditamentos para el vestir, la alimentación o la higiene); para el transporte y la locomoción; para el desarrollo de labores domésticas; para el desempeño en espacios interiores; para el desarrollo de actividades laborales, educativas/formativas; para la comunicación e información; y para el desarrollo de actividades recreativas, deportivas o culturales.

*-Complejidad:* Es la cualidad de los servicios de salud que depende de los recursos que posean, de su composición y organización, de sus elementos estructurales y funcionales, dispuestos con el objetivo común y final de brindar asistencia de las personas para resolver sus necesidades en lo relacionado con el proceso salud-enfermedad.

*-Grados de complejidad:* Es la medida de la complejidad según se considere su composición estructural y funcional, así como la diversificación, desarrollo y producción de sus actividades, procedimientos e intervenciones.

Para efectos del presente manual los grados de complejidad serán bajos, medianos y altos.

## **2.21 TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO**

Este consta de lo siguiente:

*Grupo:* Transporte asistencial

*-Servicio:* Transporte asistencial básico.

*-Descripción del Servicio:* 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.

*-Talento Humano:* Cuenta con: Tecnólogo en atención prehospitalaria o técnico profesional en atención prehospitalaria o auxiliar en enfermería, en cualquier caso, con certificado de formación en soporte vital básico. Para transporte terrestre el conductor cumple con lo que determine para su actividad la autoridad de tránsito terrestre y adicionalmente cuenta con certificado de formación en primeros auxilios.

*-Infraestructura:* Las ambulancias terrestres, fluviales o marítimas, además de los requisitos exigidos por el sector salud, deben cumplir con los que para este tipo de servicios determinen las autoridades de tránsito terrestre, fluvial o marítimo.

Cuenta con rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo de los vehículos. Cuentan con sede donde se manejen todos los procesos administrativos para el servicio, con ambientes para:

- Almacenamiento de medicamentos y dispositivos médicos.

- Archivo de historias clínicas y registros asistenciales.

- Realizar procesos de limpieza, desinfección y esterilización con pisos impermeables, sólidos, de fácil limpieza, uniformes y con nivelación adecuada para facilitar el drenaje. Los cielos rasos, techos, paredes y muros son impermeables, sólidos, de fácil limpieza.



La infraestructura para el almacenamiento y evacuación de residuos generados en la atención de salud, debe encontrarse en un ambiente para el manejo temporal de residuos y cumplir con las características definidas en la normatividad vigente (Descritas para todos los servicios).

-*Cuentan con:* Sistema que permita la conexión de los equipos biomédicos.

-*Para transporte asistencial terrestre: Carrocería*

--Tiene dos compartimentos, uno para el conductor y otro para el paciente con comunicación visual y auditiva entre sí.

--Tiene acceso principal al compartimiento del paciente por la parte posterior con una apertura útil de mínimo 1.10 metros altura y de 0.90 metros de ancho, con mecanismo que permite el bloqueo en posición de “abierta”, con un peldaño adherido a la carrocería con acabado antideslizante para facilitar el acceso al compartimiento del paciente. Sobre estas medidas se autorizan variaciones máximas del 10 %.

--El vehículo tiene en el compartimiento del paciente ventanas con vidrio de seguridad, con visibilidad únicamente de adentro hacia fuera y con dispositivo de martillo o de otro tipo para fracturarlas, en caso de necesidad.

-- Las dimensiones interiores básicas para el compartimiento del paciente para ambulancias 4x4, 4x2 y tipo Van son mínimo de 2.20m de longitud, 1.50m de ancho y 1.35 de alto.

--El color principal de la ambulancia debe ser visible y de fácil identificación. Se recomienda el uso del blanco como color principal. - En todos los lados exteriores de la carrocería incluido el techo esta la leyenda “*Ambulancia*” fabricada en material refractivo. En el aviso de la parte anterior externa de la carrocería a, la palabra “*Ambulancia*”, debe tener un lar o mínimo del 90% del frente del vehículo y estar escrita en sentido inverso.

- En los costados y en la parte posterior del vehículo debe llevar el nombre o logotipo de la entidad a la cual pertenece, la sigla TAB o TAM según el caso y el nombre del municipio sede de la Institución Prestadora de Servicios de Salud.

- En los costados, puertas posteriores y en el techo de la ambulancia, tiene la “Estrella de la Vida”, de color azul o verde refractivo o el Emblema Protector de la Misión Médica de conformidad con lo dispuesto en la Resolución 4481 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o sustituyan del Ministerio de Salud y la Protección Social.

*-Luces exteriores*

--Tiene dispositivo de señalización óptica (barra de luces) en la parte delantera y por encima del vidrio parabrisas que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación con la luz del día.

--En la parte posterior de la carrocería del vehículo debe llevar un dispositivo de señalización óptica, que puede ser de tipo rotatorio, intermitente o estroboscópico, visible como mínimo a 180° y de fácil observación a la luz del día.

--Tiene dos luces de delimitación laterales blancas fijas, distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.

--Tiene dos luces de delimitación laterales rojas intermitentes ambas distribuidas simétricamente en cada costado del vehículo.

*-Condiciones Generales Del Interior Del Vehículo*

--Con relación a los revestimientos interiores del compartimiento del paciente, estos no tienen elementos afilados o cortantes, son de material lavable, con acabados no rugosos y resistentes al deterioro por agentes desinfectantes habituales.

--El piso de la ambulancia es antideslizante, su unión con las paredes es hermética y se encuentra adherido al vehículo.

--Con relación a la silla del acompañante, ésta es de material lavable, cuenta con cinturones de seguridad y protección para la cabeza y la espalda.

--Tiene cinturones de seguridad adicionales para sostener una camilla adicional. - Con relación a la silla del personal auxiliador, ésta tiene cinturones de seguridad y protección para la cabeza y espalda.

--En el compartimiento del paciente, lleva la leyenda de “*No Fume*” y “*Use El Cinturón De Seguridad*”.

-- Los gabinetes del compartimiento del paciente son livianos, de material resistente, lisos, lavables, sin bordes agudos o filos cortantes y tienen sistema de puertas de material transparente, resistente, con anclajes seguros para evitar la apertura de las puertas.

--Los entrepaños de los gabinetes tienen un borde ligeramente elevado para evitar que los medicamentos y equipos se caigan cuando el vehículo está en movimiento.

--En los gabinetes llevan el nombre correspondiente y colores de Identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: Azul: Sistema respiratorio; Rojo: Sistema Circulatorio; Amarillo: Pediátrico; Verde: quirúrgico y accesorios.

-- Los equipos de tratamiento médico están asegurados convenientemente sin detrimento de su operación.

--La ambulancia tiene iluminación interior para todo el área de manejo del paciente.

--Tiene lámpara desmontable que permita su utilización a distancia del vehículo.

--Tiene barra pasamanos en el compartimiento del paciente fijada al techo y resistente para sostener al personal asistencial cuando el vehículo esté en movimiento.

--Tiene compartimiento aislado para los cilindros de oxígeno con manómetros visibles y regulables desde el interior del compartimiento del paciente.

--Los gases del tubo de escape no ingresan al interior de la ambulancia.

*-Sistema sonoro y de comunicaciones:*

--Tiene una sirena como sistema principal de alerta.

--Cuenta con sistema de telecomunicaciones de doble vía, asignado exclusivamente a la ambulancia, que le permita establecer contacto con su central, base o red de coordinación.

*-Dotación*

Las ambulancias terrestres y marítimas o fluviales, cuentan con:

- Camilla principal con sistema de anclaje.
- Camilla secundaria para inmovilización espinal y correas para asegurar el paciente.
- Tabla espinal corta o chaleco de extracción vehicular
- Atril porta suero de dos ganchos.
- Silla de ruedas portátil, liviana y plegable, con una capacidad de carga de mínimo 120 kg. Permitiendo el lavado y desinfección sin deteriorarse. Deberá tener mínimo dos cinturones de sujeción para el paciente y para su transporte al interior de la ambulancia.
- Monitor de Signos Vitales con mínimo monitoreo de Presión Arterial no invasiva, brazaletes adulto y pediátrico, frecuencia cardíaca y oximetría de pulso.
- Un tensiómetro adulto.
- Un tensiómetro pediátrico.
- Un fonendoscopio adulto.
- Un fonendoscopio pediátrico.
- Pinzas de Maguill.
- Tijeras de material o cortatodo.
- Un termómetro clínico.
- Una perilla de succión.
- Una riñonera.
- Un pato mujeres.
- Un pato hombres.
- Una lámpara de mano (linterna) con baterías de repuesto.
- Una manta térmica aluminizada.
- Sistema de oxígeno medicinal con capacidad total de almacenamiento de mínimo tres metros cúbicos permanentes disponibles. Adicionalmente debe presentar sistema portátil de oxígeno de mínimo 0.5 metros cúbicos para permitir el desplazamiento de las camillas manteniendo el suministro de oxígeno al paciente.

--Aspirador de secreciones eléctrico con dispositivos para succión de repuesto (cauchos de succión /látex), con sondas de aspiración de varios tamaños.

--Conjunto para inmovilización que debe contener inmovilizadores cervicales graduables adulto dos, y pediátrico dos, inmovilizadores laterales de cabeza, férulas de cartón o de plástico o maleables para el brazo, antebrazo, pierna y pie; vendas de algodón, vendas de gasa, vendas triangulares y vendas elásticas (varios tamaños).

--Contenedores para la clasificación y segregación de los residuos generados.

-- Un extintor para fuegos ABC, con capacidad mínima de carga de 2.26 kg. Para cada uno de los compartimentos de la ambulancia (conductor y paciente).

--Chalecos reflectivo para la tripulación.

#### *-Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos*

Las ambulancias terrestres y marítimas o fluviales cuentan con:

-- Guantes desechables.

-- Apósitos de gasa y apósitos de algodón.

-- Ganchos de cordón umbilical estériles o similares.

-- Cinta de esparadrapo y cinta de microporo.

-- Sábanas para la camilla.

-- Cobija para el paciente.

-- Tapabocas.

--Un dispositivo auto inflable de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno para adultos.

- Un dispositivo auto inflable de bolsa válvula máscara con reservorio de oxígeno pediátrico.
- Una máscara oxígeno de no re inhalación con reservorio para adulto.
- Una máscara oxígeno de no re inhalación con reservorio pediátrica.
- Una máscara de oxígeno simple para adulto.
- Una máscara de oxígeno simple pediátrica.
- Cánula nasal de oxígeno para adulto.
- Cánula nasal de oxígeno pediátrico.
- Dos (2) mangueras o conectores de oxígeno.
- Aditamento supraglótico de varias tallas adulto y pediátrico.
- Un sistema Venturi o multiventuri con diferentes fracciones inspiradas de oxígeno.
- Máscaras de oxígeno para sistema Venturi adulto y pediátrico.
- Dos vasos humidificadores simples.
- Dos vasos humidificadores Venturi.
- Un micro cámara de nebulización con mascarilla para adulto.
- Un micro cámara de nebulización con mascarilla pediátrica.
- Recipientes debidamente rotulados para almacenamiento de residuos peligrosos biosanitarios y corto punzantes de acuerdo con las normas vigentes.
- Gafas de bioprotección, elementos de desinfección y aseo.
- Soluciones: (Suero Salino Normal 0.9% 500cc (6 unds), Hartman o Lactato Ringer 500cc (4 unds), dextrosa en agua destilada al 10% 500cc (1 und), dextrosa en agua destilada al 5% 500cc (2 unds).

- Catéteres venosos de diferentes tamaños.
- Pericraneales o agujas tipo mariposa de diferentes tamaños.
- Equipos de microgoteo (3) y de macrogoteo (6)
- Torniquetes para acceso IV.
- Un torniquete para control de hemorragias.
- Jeringas desechables de diferentes tamaños (1cc a 50 cc).
- Frascos con jabón antiséptico y quirúrgico.
- Elementos de desinfección y aseo.

*-Procesos Prioritarios*

Adicional a lo exigido para todos los servicios cuenta con guías, protocolos o manuales para:

- Manejo de urgencias.
- Procedimiento de remisión que incluya traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante.
- Guías para el transporte asistencial en la modalidad ofertada.
- Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo.
- Rutinas de aseo del vehículo.
- Garantizar las buenas prácticas de esterilización en los dispositivos, instrumental y dotación que así lo requieran.

-- Manual de limpieza y desinfección de la ambulancia y los equipos biomédicos, camillas, etc.

-- Documento para la gestión integral de los residuos generados en la atención de salud y otras actividades.

### *Historia Clínica Y Registros*

Adicional a lo definido en todos los servicios, deberán contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio.

*-Interdependencia:* Disponibilidad de proceso de esterilización.



## **2.22 TRANSPORTE ASISTENCIAL MEDICALIZADO**

Es el traslado de un paciente en un medio de transporte terrestre, marítimo y/o fluvial o aéreo, que se encuentra críticamente enfermo y que debe contar con una dotación de alto nivel tecnológico para dar atención oportuna y adecuada a pacientes cuya patología amerite el desplazamiento en este tipo de unidades.

### *Talento Humano*

Cuenta con coordinador responsable de la totalidad de las ambulancias con las que cuente el servicio, que podrá ser médico o enfermera.

-Como tripulantes de ambulancia cuenta con:

-Médico

- Enfermera o Tecnólogo en atención prehospitalaria o Auxiliar de enfermería.

- Todo el personal cuenta con certificado de formación en soporte vital avanzado.

-Conductor con capacitación en primeros auxilios.

- En caso de transporte aéreo Medicalizado, el personal asistencial en salud, debe contar adicionalmente con una capacitación en medicina de aviación.

### *Infraestructura*

Adicional a lo definido para ambulancias terrestres y marítimas y/o fluviales, las especificaciones técnico-mecánicas de las ambulancias aéreas, tendrán como referencia la última versión vigente de la Norma Técnica Colombiana (ICONTEC) y adicionalmente cumplir con los que para éste tipo de servicios determine la Autoridad Aeronáutica Civil de Colombia.

*Para transporte terrestre, adicional a lo exigido en transporte asistencial básico terrestre*

*Sistema Eléctrico:*

- Tiene sistema generador de energía eléctrica a partir del motor, tipo alternador, con potencia adecuada o varios de ellos, para lograr que todos los equipos funcionen de manera adecuada y en forma simultánea.
- Cuenta con baterías con una capacidad mínima total de 150 Amperios.
- Cuenta como mínimo con dos tomacorrientes del tipo “Encendedor de Cigarrillo” bien identificados en el compartimiento del paciente.
- Posee convertidor de 12 voltios corriente continua a 120 voltios +/-15% de corriente alterna, con mínimo dos tomacorrientes bien identificados en el compartimiento del paciente.
- Cuenta con un tomacorriente en el exterior de la carrocería debidamente protegido.
- Tiene cable conductor con polo a tierra y recubierto con caucho de mínimo 30 metros de longitud, con los extremos adaptados para alimentación eléctrica.

*Para Transporte Aéreo:*

Las especificaciones técnicas:

- mecánicas, de las ambulancias aéreas, deben cumplir con los que para éste tipo de servicios, determine la autoridad aeronáutica civil de Colombia.

Condiciones generales:

- Posee una puerta de acceso para la camilla que permite el ingreso y la salida con facilidad, sin necesidad de flexionar el paciente.
- El espacio en la cabina del paciente permite maniobras de reanimación. - Las sillas para los tripulantes y los acompañantes tienen cinturones de seguridad.
- Los equipos y elementos están adecuadamente asegurados sin detrimento de su operación.
- La aeronave tiene iluminación interior para todo el área de manejo del paciente

- . - La camilla del paciente cuenta con cinturones de seguridad y está debidamente asegurada a la estructura de la aeronave.
- En el compartimiento del paciente, lleva la leyenda de “NO FUME” y “USE EL CINTURÓN DE SEGURIDAD”.
- La salida o salidas de emergencia están señalizadas.
- Los sistemas de oxígeno están asegurados con arnés a la estructura de la aeronave o están en el interior de la camilla; con sistemas de conexión rápida y con manómetros visibles y regulables.
- Sistema de oxígeno de la aeronave es diferente al del paciente.
- Las paredes y materiales del interior de la aeronave son lavables.
- Los equipos están certificados para transporte aéreo de tal manera que se garantice su funcionamiento bajo cualquier condición de vuelo y en especial, ante cambios de presión barométrica, vibración, turbulencia y temperaturas extremas, aceleración y desaceleración.
- En los gabinetes o botiquines portátiles, llevan el nombre correspondiente y los colores de identificación para guardar los elementos de acuerdo con su especialidad, así: Azul: Sistema respiratorio; Rojo: Sistema Circulatorio; Amarillo: Pediátrico; Verde: quirúrgico y accesorios.

#### *Sistema Eléctrico*

- Cuenta con fuente propia de energía o baterías recargables, con mínimo cuatro (4) horas de autonomía.
- Las baterías de repuesto deben ser de Níquel Cadmio o Litio u otras diferentes a las de ácido-plomo.
- La aeronave cuentan con un inversor o sistemas de alimentación de los equipos para su funcionamiento regular durante el traslado del paciente y para facilitar el uso permanente de los equipos a bordo manteniendo siempre la disponibilidad de sus baterías.

- Sistema de comunicaciones.

Cuenta la ambulancia con un sistema de telecomunicaciones de doble vía que le permita establecer contacto con su central, base o torre de control.

### *Dotación*

En transporte asistencial terrestre Medicalizado, adicional a lo exigido en transporte asistencial básico terrestre y marítimo o fluvial:

- Ventilador mecánico de transporte, de acuerdo con la edad del paciente (adulto y pediátrico), debe poseer modos de volumen y modos de presión, batería mínimo para 4 horas, debe contar con FIO<sub>2</sub>, debe dar indicaciones de volumen corriente y minuto, indicación de presión máxima y plateau, debe tener PEEP, frecuencia respiratoria máxima de la máquina y del paciente (respiración espontánea). Debe contar con alarmas auditivas y visuales de presión, volumen, apnea, presión de aire, oxígeno y batería baja. Sistema de conexión rápida al oxígeno y al aire, modos de control, asistido/control y CPAP.

- Un monitor de transporte multiparámetro de signos vitales que incluya mínimo electrocardiografía, oximetría de pulso, presión no invasiva, temperatura y respiración. Alarmas auditivas y visuales de parámetros máximos y mínimos y de batería baja. Batería mínimo para 4 horas.

- Desfibrilador bifásico con capacidad de realizar cardioversión sincrónica y marcapasos transcutáneo., batería mínimo para 4 horas.

- Los equipos deben contar con sistema de fijación específico al vehículo.

- Equipo de órganos de los sentidos, con baterías de repuesto

- Dos bombas de infusión o una con dos canales. Batería mínimo para 4 horas.

- Un medidor de glicemia o dextro meter.

- Un laringoscopio adulto con tres valvas de diferentes tamaños y baterías de repuesto.

- Un laringoscopio pediátrico con tres valvas de diferentes tamaños (rectas y curvas) y baterías de repuesto
- Aditamento extraglótico.
- Un dispositivo para cricotiroidotomía percutánea.
- Tubos endotraqueales sin manguito y con manguito de diferentes tamaños (adulto y pediátrico).
- Guías de intubación adulto y pediátrico.
- Un cortador de anillos.
- Pico flujo.
- Capnógrafo
- Si es para traslado neonatal, además de lo exigido para la dotación de traslado asistencial Medicalizado, cuenta con:
  - Adicional a lo exigido para el Ventilador mecánico de transporte adulto / pediátrico, el ventilador neonatal debe contar con: control de flujo y tiempo inspiratorio.
  - Incubadora portátil.

*Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos*

Cuenta con medicamentos para atender una urgencia cardiopulmonar. Insumos:

- Una micro cámara de nebulización con mascarilla para adulto.
- Una micro cámara de nebulización con mascarilla pediátrica.
- Tubos endotraqueales sin manguito y con manguito de diferentes tamaños (adulto y pediátrico) desde 3.0 a 8.0.
- Dos buretroles.
- Dos agujas o dispositivos de acceso vascular intraóseo.

- Un equipo básico de parto.

- Guantes estériles.

### *Medicamentos*

Analgésicos, antiácidos, cristaloides, anestésicos locales, antihistamínicos, anticonvulsivantes, cardiovasculares (Ej.: reanimación, anti arrítmicos), diuréticos, digestivos, electrolitos, broncodilatadores, corticoides y relajantes musculares.

Para el transporte de pacientes psiquiátricos se debe contar además con los siguientes dispositivos médicos y medicamentos:

- Midazolam x 5mg ampollas.

- Midazolam x 15mg ampollas.

- Haloperidol x 5mg ampollas.

- Lorazepam x 2mg tabletas.

- Alprazolam x 0,5mg tabletas sublingual.

- Clonazepam 2.5mg/ml frasco en gotas.

- Un juego de inmovilizadores de extremidades y uno de tórax (para sujeción o contención física) en tela de alta resistencia o lona de diferentes tamaños.

### *Procesos Prioritarios*

Adicional a lo exigido en transporte asistencial básico, contar con las guías básicas de atención médica prehospitalaria y de traslado de pacientes en transporte tipo aéreo.

### *Historia Clínica Y Registros*

Aplica lo exigido en transporte asistencial básico.

### *Interdependencia*

Disponibilidad de proceso de esterilización.

## **2.23 ATENCIÓN PREHOSPITALARIA**

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

### *Talento Humano*

-Cuenta con tecnólogo en atención pre hospitalario o técnico profesional en atención pre hospitalario o médico.

-En caso que el servicio incluya la asistencia de un médico general o especialista, o tecnólogo en atención pre hospitalaria, deben contar con certificado de formación de soporte vital avanzado.

### *Infraestructura*

-En caso que el transporte que se habilite para los servicios de atención pre hospitalario sea un servicio de transporte asistencial básico o Medicalizado, éste debe cumplir con lo definido para cada servicio, según la oferta.

- Otros vehículos de respuesta rápida (vehículos, motos, cuatrimotos) para el traslado de personal asistencial, no destinado al transporte de pacientes, deberán cumplir con los requisitos de movilización exigidos por las autoridades de tránsito y contar un sistema de doble vía de telecomunicaciones asignado exclusivamente al vehículo que permita un enlace permanente con los sistemas de atención de emergencias o con una central de servicio o de despacho.

- Debe contar con sistemas de alerta visual y sonora e identificación institucional.

### *Dotación*

De acuerdo con la disciplina profesional ofrecida:

- Maletín de reanimación.
- Desfibrilador externo automático.
- Maletín de básico trauma.
- Maletín de uso médico con medicamentos, equipos y dispositivos médicos de acuerdo con inventario establecido para uso en la atención prehospitalaria, con base en guías de práctica clínica y protocolos adaptados y/o adoptados por la Institución.
- Chaleco reflectivo para la tripulación.

### *Maletín Para Examen Físico*

- Fonendoscopios (adultos y niños).
- Tensiómetros (adultos y niños).
- Termómetro.
- Lámpara portátil (linterna).
- Guantes desechables y estériles.
- Mascarillas o tapabocas desechables.
- Gafas de bioprotección.
- Baja lenguas.
- Tijeras corta todo.
- Equipo de órganos de los sentidos con baterías de repuesto.
- Un medidor de glicemia o dextrometer



*Medicamentos, Dispositivos Médicos E Insumos:* Aplica lo de todos los servicios.

*Procesos Prioritarios*

Además de lo definido para todos los servicios, cuenta con manuales para:

- Manejo de urgencias prehospitalaria.
- Definir la referencia de pacientes cuando la situación del paciente lo amerite.
- El traslado asistencial en la modalidad ofertada (Solo en caso de prestar el servicio de traslado). 4. Rutinas permanentes de mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo.
- Rutinas de aseo y desinfección de los equipos y el vehículo.
- Garantizar las buenas prácticas de esterilización en los dispositivos, instrumental y dotación que así lo requieran.
- Procedimiento de remisión que incluya traslado de niños y personas en abandono o sin acompañante (Solo en caso de prestar el servicio de traslado).

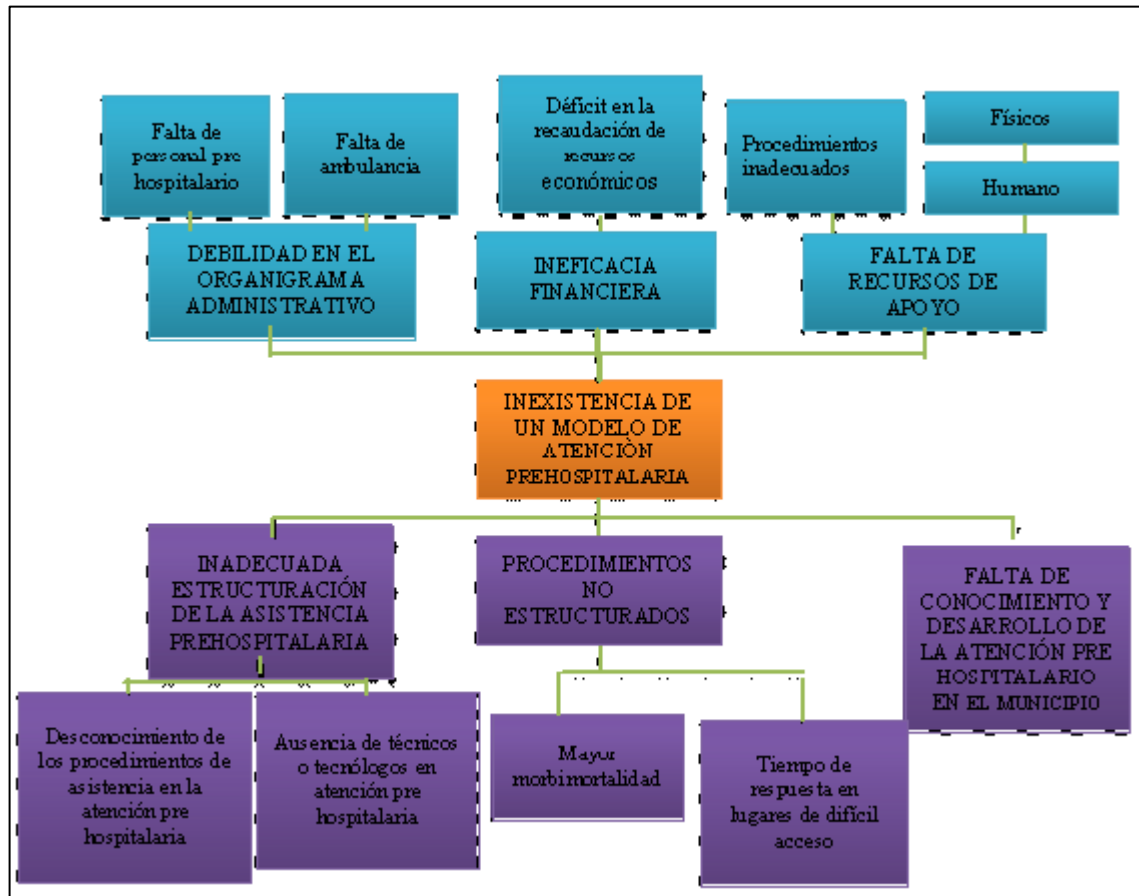
*Historia Clínica Y Registros:* Adicional a todos los servicios, cuenta con tarjetas de clasificación de multitud de lesionados, deberán contar con un registro con el nombre de los pacientes atendidos o trasladados, fecha, hora, origen y destino del servicio, tipo de servicio, nombre del personal que atiende el servicio, evolución y procedimientos durante el traslado o atención de los pacientes en el programa o servicio.

*Interdependencia:* Dispone de proceso de esterilización, si aplica.

### 3 CAPITULO TRES; DIAGNOSTICO O ANÁLISIS

En este apartado abordaremos el diagnóstico y el análisis mediante el Árbol de problemas: aquí se muestra problemática hay en el municipio en el recuadro de color naranjado, en la parte superior de color azul se evidencia las consecuencias y en la parte inferior de color morado las causas.

Gráfico 1 Árbol de problemas.



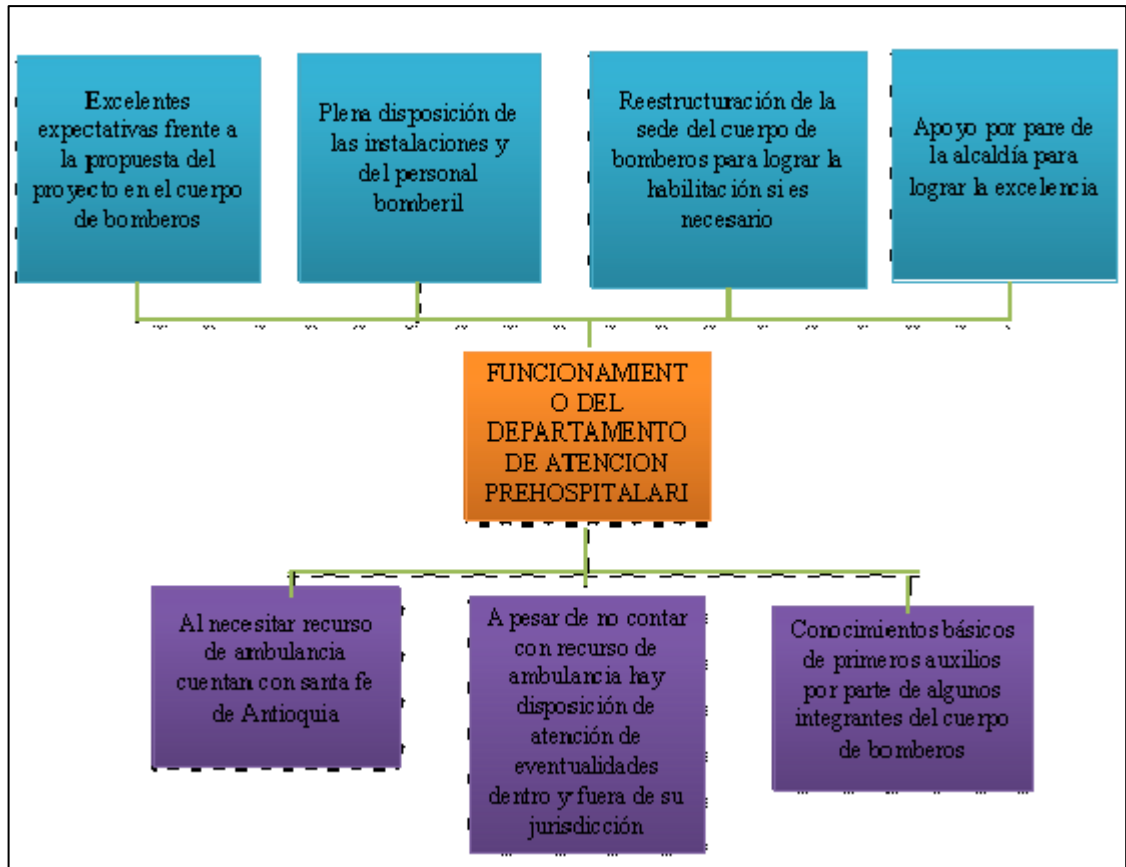
Elaborado por: integrantes del proyecto

Árbol de oportunidades: aquí se muestra la favorabilidad con las que cuenta el cuerpo de bomberos en cuestión y el municipio. En el recuadro de color naranjado, en la parte

superior de color azul se evidencia las expectativas y en la parte inferior de color morado los recursos.

Figura 5

Gráfico 2 Árbol de problemas.



Elaborado por: integrantes del proyecto

## **4 CAPITULO CUATRO; MARCO METODOLÓGICO**

### **4.1. ALCANCE DEL PROYECTO**

Con el diseño del departamento de atención prehospitalaria para el cuerpo de bomberos y el municipio de San Jerónimo *en el 2019*. Se pretende satisfacer la demandas de la población, alcanzar una mayor área de cobertura, mejorar la calidad de los servicios , luchar para la reducción o disminuir del índice de morbimortalidad que se ha presentado durante los años anteriores en el sitio del incidente, los traslados hacia la unidad de salud. Se pretende que la comunidad misma pueda ver la diferencia y cambios ocurridos en los tiempos de respuesta desde el inicio del incidente hasta la llegada al sitio, contar con el apoyo de la secretaria de salud y todos los entes de este mismo sector para trabajar en conjunto y lograr un mejor desempeño. Hacer de San Jerónimo un mejor municipio, tener todos los equipos y herramientas necesarias para hacer frente a todas las urgencias y emergencias que se presenten donde se vea afecta la integridad física. Que la población beneficiada pueda sentirse a gusto, cómoda y segura por la prestación de los servicios y al momento de presentarse una eventualidad ya sea incidente de tránsito o emergencia médica, se puedan comunicar a las líneas de emergencia: 123 que se espera pueda adquirir la comunidad, sensibilizar y educar a la población sobre la atención prehospitalaria, trabajar por optimizar y hacer un buen uso de los recursos que se tienen con el fin de que San Jerónimo sea un municipio a la par de muchos otros en el departamento de Antioquia en el tema de salud, encaminados hasta alcanzar un cubrimiento total en la zona urbana y rural del municipio.

## 4.2. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

El proyecto, diseño del departamento de atención prehospitalaria del Cuerpo de Bomberos San Jerónimo, 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 los departamentos de atención prehospitalaria de bomberos Envigado, Sabaneta e Itagüí, para que de esta manera se determine una viable solución al problema.

Se explica el porqué de la necesidad del departamento de atención prehospitalaria en este municipio en específico, los beneficios para la comunidad y la forma adecuada para implementarlo llegado el caso según la resolución vigente 2003 del 2012. También hacemos referencia al manual de habilitación del Ministerio de Salud y protección social.

Es espacio geográfico que se muestra del municipio es tanto la jurisdicción urbana y rural.

## 4.3. PLAN DE TRABAJO

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

Tabla 3 Plan de trabajo

<b>Objetivo Especifico O Meta</b>	<b>Actividades</b>	<b>Fecha De Inicio De La Actividad</b>	<b>Fecha De Finalización De La Actividad</b>	<b>Encargados</b>
Definir nombre del proyecto y asesores	Dar opciones de temas de investigación	01/02/2017	01/02/2017	Juan pablo Ruiz Allysson castillo María Isabel Gallo
Definir como se	Debatir ideas para	15/02/2017	22/02/2017	Juan pablo

desarrollará el proyecto y la realización del primer capítulo	desarrollar el capítulo uno			Ruiz Allysson castillo María Isabel Gallo
Revisión del primer capítulo	Hacer correcciones	22/02/2017	01/03/2017	Jorge Sánchez Lina Ortiz Jesús Espinosa
Realización del capítulo dos	Realizar el marco teórico	01/03/2017	08/03/2017	Juan pablo Ruiz Allysson castillo María Isabel Gallo
Revisión del segundo capítulo	Hacer correcciones	08/03/2017	15/03/2017	Jorge Sánchez Lina Ortiz Jesús Espinosa
Normas Vancouver		15/03/2017	15/03/2017	Juan pablo Ruiz Allysson castillo María Isabel Gallo Jorge Sánchez
Realización del capítulo tres	Realizar árbol de problema y de	22/03/2017	29/03/2017	Juan pablo Ruiz

	oportunidades			Allysson castillo María Isabel Gallo
--	---------------	--	--	---

Revisión del capítulo tres	Hacer correcciones	29/03/2017	05/04/2017	Jorge Sánchez Lina Ortiz Jesús Espinosa
Realización del capítulo cuatro	Diseño metodológico	05/04/2017	12/04/2017	Juan pablo Ruiz Allysson castillo María Isabel Gallo
Revisión del capítulo cuatro	Hacer correcciones	12/04/2017	19/04/2017	Jorge Sánchez Lina Ortiz Jesús Espinosa
Realización del capítulo quinto	Conclusiones y recomendaciones	19/04/2017	26/04/2017	Juan pablo Ruiz Allysson castillo María Isabel Gallo
Revisión del capítulo quinto	Hacer correcciones	26/04/2017	26/04/2017	Jorge Sánchez Lina Ortiz Jesús Espinosa
Visita a bomberos san Jerónimo	Reconocimiento del lugar y de insumos con los que cuentan	24/04/2017	24/04/2017	Juan pablo Ruiz María Isabel Gallo
Desarrollo del portafolio	Especificación de los pasos para la habilitación del servicio de	24/04/2017	10/05/2017	Juan pablo Ruiz Allysson castillo

	atención prehospitalario y el transporté asistencial básico			María Isabel Gallo
Revisión del portafolio		05/05/2017	10/05/2017	Jesús Espinosa

Elaborada por integrantes del proyecto

#### 4.4. COSTOS

Tabla 4, Costos del Proyecto

Total de Gastos	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Aporte Propio	200.000	200.000	200.000	200.000
Alimentación	100.000	100.000	100.000	100.000
Transporte	250.000	250.000	250.000	250.000
Recursos Materiales	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA	MOTOCICLETA
Computador De Mesa	2=1.500.000	0	0	0
Hojas	RESMA DE 500 HOJAS 25.000			
Lapiceros	20.000	0	0	0

Elaborada por: integrantes del proyecto.

#### 4.5. CONCLUSIÓN DEL CAPITULO

Con este cuarto capítulo queremos hacer entender cada una d las cosas en las cuales hemos invertido no solo tiempo si no dinero, a pesar de q solo somos estudiantes y que no contamos con un trabajo estable el cual nos genere ingresos. Pero a pesar de eso se ha venido realizando un buen plan de trabajo organizado bien orientado y asesorado por expertos en el tema. Y con la aceptación del comandante del cuerpo de bomberos en el cual estamos realizando nuestro proyecto final



## **5 CAPÍTULO CINCO; CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 CONCLUSIONES**

Con el fin de minimizar la accidentalidad en el municipio de san Jerónimo se logró redactar un portafolio claro y de fácil entendimiento, el cual explica como deber ser el diseño del departamento de APH en dicho municipio basado en hechos legales, pensando en la necesidad de que el municipio necesita con su propia ambulancia dentro de los estatutos que la norma exige, observando el progreso que se tuvo en la investigación a pesar del poco tiempo y la distancia del proyecto consideramos que se logró lo esperado. Los miembros activos del cuerpo de bomberos voluntarios de san Jerónimo quedaron totalmente agradecidos por tal favor y por la oportunidad de dar un paso más en busca de conseguir su propia móvil de salud.

### **5.2 RECOMENDACIONES**

Como recomendación se les informo la necesidad de que cada uno de ellos cumpliera a cabalidad con cada uno de los pasos estipulados en el portafolio, y así poder obtener sin ningún tipo de inconveniente la habilitación de su propio recurso de ambulancia, seguida de su propio departamento de APH

## 6 BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaldía mayor de Bogotá. [Online].; 2010 [cited 2017 03 02. Available from: [http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/Atencion\\_Prehospitalaria.aspx](http://www.saludcapital.gov.co/DCRUE/Paginas/Atencion_Prehospitalaria.aspx).
2. super intendencia de Salud. [Online].; 2016 [cited 2017 03 02. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-article-2981.html>.
3. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. [Online].; 2016 [cited 2017 03 01. Available from: <http://www.ifrc.org/es/introduccion/disaster-management/sobre-desastres/que-es-un-desastre/#>.
4. DECOMCEPTOS.COM. [Online].; 2017 [cited 2017 30 01. Available from: <http://deconceptos.com/general/emergencia>.
5. Universitat d'Alacant. [Online].; 2005 [cited 2017 03 09. Available from: <https://ssyf.ua.es/es/formacion/documentos/cursos-programados/2013/desfibriladores/rcp-basica.pdf>.
6. Leis C. Soporte vital avanzado en el adulto. Anestesiari. 2010 Jun; III(6).
7. Universidad Tecnológica de Pereira. [Online].; 2012 [cited 2017 03 08. Available from: <http://salud.utp.edu.co/tecnologia-en-atencion-prehospitalaria/programa/perfil-profesional.html>.
8. CRUZ ROJA COLOMBIANA. [Online].; 2016 [cited 2017 02 01. Available from: <http://www.cruzrojacolombiana.org/donde-estamos/servicio-de-ambulancia>.
9. Ministerio de La protección Social. GUIA PARA MANEJO DE URGENCIAS. Tercera ed. Colombia INd, editor. Bogotá: Luis Fernando Correa serna; 2009.
- 10 Ministerio de Salud y de Protección Social. [Online].; 2017 [cited 2017 01 03. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%20No.926%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20No.926%20de%202017.pdf).
- 11 Formación de Técnicos en Urgencias Médicas TUM. [Online].; 2010 [cited 2017 02 01. Available from: <http://tumbasico.activo.mx/t23-historia-aph>.

- 12 Arango A. aphadventista.blogspot.com. [Online].; 2013 [cited 2017 01 03. Available from: <http://aphadventista.blogspot.com.co/2013/09/la-atencion-prehospitalaria-en-colombia.html>.
- 13 Alcaldia San Jeronimo Antioquia. [Online].; 2017 [cited 2017 02 01. Available from: [http://sanjeronimo-antioquia.gov.co/informacion\\_general.shtml](http://sanjeronimo-antioquia.gov.co/informacion_general.shtml).
- 14 SEcretaria del Senado. [Online].; 2017 [cited 2017 01 02. Available from: [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0100\\_1993.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html).
- 15 Alcaldia Mayor de Bogota. [Online].; 2007 [cited 2017 03 02. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=27568>.
- 16 Ministerio de la Proteccion Social. [Online].; 2007 [cited 2017 03 01. Available from: <http://www.saludcapital.gov.co/Documents/Decreto-4747-de-2007.pdf>.
- 17 Ministerio de Proteccion Social. [Online].; 2008 [cited 2017 03 02. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201915%20DE%202008.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201915%20DE%202008.pdf).
- 18 Ministerio de Salud. [Online].; 1999 [cited 2017 03 02. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf).
- 19 Constitucion Politica de Colombia. [Online].; 2004 [cited 2017 03 02. Available from: [http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/4\\_Nacionales/1\\_Normas\\_basicas/1\\_carta\\_politica/CONSTITUCION%20POL%CDTICA%20ACTUALIZADA-1.pdf](http://www.hchr.org.co/documentoseinformes/documentos/carceles/4_Nacionales/1_Normas_basicas/1_carta_politica/CONSTITUCION%20POL%CDTICA%20ACTUALIZADA-1.pdf).
- 20 Congreso de Colombia. [Online].; 1979 [cited 2017 03 02. Available from: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=1177>.
- 21 Ministerio de Salud y de Proteccion Social. [Online].; 2017 [cited 2017 03 02. Available from: [http://legal.legis.com.co/document?obra=legcol&document=legcol\\_1a497f76f4bb47029790fd200fdcf68f](http://legal.legis.com.co/document?obra=legcol&document=legcol_1a497f76f4bb47029790fd200fdcf68f).
- 22 Ministerio de Proteccion Social. [Online].; 2014 [cited 2017 03 06. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20d](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20d)

[e%202014.pdf](#).

- 23 ministerio de Proteccion Social. [Online].; 2007 [cited 2017 03 12. Available from:  
. <http://www.fosyga.gov.co/Portals/0/MarcoNormativo/ECAT/Decreto%203990%20de%202007.pdf>.
- 24 ICONTEC , editor. Instituto Colombiano de Normas Tecnicas. cuarta ed. Bogota:  
. Normas Tecnicas; 2007.
- 25 Ministerio de la Proteccion Social. Decreto 4747. 2007. Decreto dictado por la  
. Presidencia de la Republica Colombiana.
- 26 Medicina Fd, editor. Ministerio de Salud. segunda ed. Bogota: Universidad de  
. Antioquia; 2012.
- 27 Secretaria General de Bogota. [Online].; 2007 [cited 2017 03 02. Available from:  
. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Normal.jsp?i=27568>}+.
- 28 Congreso de Colombia. [Online].; 2012 [cited 2017 03 02. Available from:  
. <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley156211072012.pdf>.

## 8 ANEXOS



### CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

**SR. ARLEY CARDONA**

El Programa de la Tecnología en Atención Prehospitalaria certifica que nuestros estudiantes de VI Semestre, Allysson Castillo, Juan Pablo Ruiz y María Isabel Gallo se encuentran realizando el proyecto de grado titulado: **"DISEÑO DEL DEPARTAMENTO DE APH DE BOMBEROS DE SAN JERÓNIMO"**, del cual el asesor es el Ct. Jesús Espinosa apoyo que brinda la Corporación Universitaria Adventista.

Cualquier información adicional con gusto la atenderemos en el teléfono 2508328 ext 154.

Esta constancia se expide por solicitud de los interesados el día 5 de abril de 2017.

Atentamente.



**DR. JAIRO CASTAÑEDA,**  
Decano Facultad Ciencia de la salud



REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DIRECCIÓN NACIONAL DE BOMBEROS  
CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DEL  
MUNICIPIO DE SAN JERÓNIMO



San Jerónimo, Abril 20 de 2017

Señores

**CORPORACION UNIVERSITARIA ADVENTISTA**  
Medellín

Cordial Saludo,

Para el Cuerpo de Bomberos Voluntarios de San Jerónimo en cabeza del comandante Arley Cardona Orozco; es grato recibir a los estudiantes de su institución y colaborar en lo que sea necesario para que el proyecto que están realizando sea de total éxito. Además de que cuentan con el apoyo y acompañamiento de las unidades bomberiles para cualquier inquietud e información que sirva para el desarrollo de dicho proyecto.

Cordialmente,

---

**STO. ARLEY CARDONA OROZCO**  
Comandante Cuerpo de Bomberos  
San Jerónimo Ant.