

DIRECTIVAS MINISTERIO DE SALUD

Dr. Rafael de Zubiría Gómez  
Ministro de Salud

Dra. Beatriz de la Vega  
Viceministro

Dr. Ricardo Galán Morera  
Secretario General

Dr. Fernando Reyes Romero  
Director de Atención Médica

Elaborado por:

MYRIAM DUEÑAS DE ROJAS	Sección Control de Accidentes Ministerio de Salud
DANIEL VERGARA GOMEZ	Sección Control de Accidentes Ministerio de Salud
LUIS JORGE PEREZ C.	Programa Nacional de Desastres Ministerio de Salud
BEATRIZ VELEZ ESTRADA	Programa Nacional de Desastres Ministerio de Salud
EDUARDO GUERRA ZARATE	Secretaría de Salud de Bogotá

Asesores:

FERNANDO BUENO P. LEITAO	OPS/OMS.
ROBERTO LOZANO OLIVEROS	Hospital Militar Central
HECTOR GOMEZ TRIVIÑO	Escuela Militar de Medicina

## C O N T E N I D O

### INTRODUCCION

### DISEÑO DEL SISTEMA

#### 1. OBJETIVOS

#### 2. PROPOSITOS

#### 3. METODOLOGIA

##### 3.1 PROGRAMA PREVENTIVO

##### 3.2 PROGRAMA CURATIVO

#### 4. DESARROLLO

##### 4.1 PREVENCIÓN DE CAUSAS DE DEMANDA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

##### 4.2 PROGRAMA CURATIVO

###### 4.2.1 Fase Pre-Hospitalaria

###### 4.2.2 Fase Intra-Hospitalaria

###### 4.2.3 Fase Inter-Hospitalaria y Rehabilitación

#### 5. PROPUESTA DE RECURSOS

##### 5.1 RECURSO HUMANO DE ACCION DIRECTA

##### 5.2 RECURSO HUMANO DE APOYO

##### 5.3 RECURSO FISICO

##### 5.4 DOTACION

##### 5.5 RECURSO FINANCIERO

#### 6. ORGANIZACION PARA EL DESARROLLO DE LAS ALTERNATIVAS

7. ESTRATEGIAS

8. MECANISMOS PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA

EVALUACION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

ANEXO 1

ANEXO 2

ANEXO 3

ANEXO 4

BIBLIOGRAFIA

## SISTEMA DE ATENCION DE URGENCIAS EN AREAS METROPOLITANAS

### INTRODUCCION

El Ministerio de Salud teniendo en cuenta que actualmente en las áreas metropolitanas se ha incrementado el trauma, los accidentes de tránsito, accidentes en el trabajo, en el hogar, la violencia etc., dentro del Programa Nacional de Accesibilidad a los Servicios de Salud, busca racionalizar el sistema de atención de urgencias, desde la prevención del riesgo hasta la organización de los recursos nacionales para obtener un manejo adecuado de las urgencias, pilar fundamental de la atención primaria en salud en las áreas metropolitanas.

Las víctimas en masa que demandan una gran cantidad de servicios de urgencia y que pueden surgir a consecuencia de accidentes de tránsito, turbación del orden público indican la necesidad imperiosa de mantener a los hospitales preparados para el manejo adecuado de las urgencias; inundaciones, incendios, deslizamientos, intoxicaciones masivas, explosiones, terremotos, accidentes aéreos, huracanes.

Todo hospital sea de los niveles local, regional o de las áreas metropolitanas de un país, debe contar con un Plan de Urgencias Interno y Externo escrito que pueda

poner en práctica dos veces al año, elaborado por el Comité de su respectivo Servicio de Urgencias, para hacer frente a toda clase de eventos producidos por fenómenos de la naturaleza o producidos por el hombre.

Un hospital, ante una emergencia de gran magnitud no puede actuar solo, en forma aislada, necesita y debe apoyarse de otros recursos de la comunidad, ya que los propios se vuelven insuficientes.

El personal de informática y transporte de enfermos, la Policía, la Defensa Civil, la Cruz Roja, el Cuerpo de Bomberos, el Departamento Administrativo de Tránsito y Transporte, las Fuerzas Militares y la ciudadanía en general, al conocer de antemano la capacidad de cada hospital para prestar servicios médicos de pronto socorro, podrán seleccionar adecuadamente la entidad a donde se deben conducir a los pacientes para una atención adecuada.

Como toda llamada de urgencia requiere de una respuesta inmediata, se debe contar con un sub-sistema de comunicaciones, y apoyado por un sub-sistema de transportes, con el fin de evaluar las urgencias médicas y coordinar el despacho de ambulancias u otros medios de rescate y transporte al sitio del accidente y entre éste y la institución hospitalaria correspondiente.

El propósito básico de la estratificación de los hospitales en la prestación de servicios médicos de urgencias, es el de poder identificar la prontitud y capacidad con que cuenta los hospitales de una región, el personal médico y el equipo médico disponible que pueden recibir,

diagnosticar, y tratar todos los pacientes de urgencias, en una forma adecuada y rápida.

Este esfuerzo redundará en beneficio de toda la comunidad en los Servicios de Urgencias que se prestan a sus ciudadanos.

Una categorización efectiva, requiere de la consideración de todas las posibilidades hospitalarias que existan en el área y establecer la diferencia entre un Hospital General y otro Especializado. Además se debe saber el número de entidades generales y especializadas con que se cuenta en la región o área donde se prestan los servicios de urgencia.

El concepto de priorización tendrá efectos significativos en los siguientes aspectos:

- Una mejor utilización de los recursos de Servicios Médicos de Urgencias.
- Eliminación de la duplicidad de servicios
- Proveer información para mejorar el desarrollo de los sistemas de urgencias y
- Racionalizar los gastos ascendentes, según la complejidad de la patología observada.

Ha llegado el momento de aplicar un sistema basado en una categorización regional, en la cual se puedan identificar las necesidades de un paciente y se le pueda proveer tratamiento en las diferentes etapas pre-hospitalaria; in-hospitalaria e inter-hospitalaria (rehabilitación), en una forma ordenada y eficiente.

Se ha querido diseñar un sistema ideal para la prestación de atención de urgencias en las áreas metropolitanas que sea de aplicación práctica, que permita como metodología su réplica en otras ciudades del país, y que se inicie en una regional de Bogotá.

Dentro de este gran marco de referencia, debemos partir desde la coordinación interinstitucional y multidisciplinaria para desarrollar gradualmente las etapas de promoción, prevención, tratamiento oportuno y rehabilitación de los casos de urgencias en las áreas metropolitanas.

Como sistema deberá absorber igualmente las limitantes que se presentan en el campo socio-económico, técnico y administrativo, como en el científico.

Proyecta el diseño las posibles soluciones para cada uno de los campos inherentes y su manera de interactuar dentro del sistema como tal.

## DISEÑO DEL SISTEMA

### 1. OBJETIVOS

- a) Asesorar al Ministerio de Salud en el diseño de Políticas de Atención de Urgencias en las áreas metropolitanas, a través de alternativas prioritarias.
- b) Diseñar un modelo organizacional de atención de urgencias, aplicable para las áreas metropolitanas de Colombia, y que a su vez, puede ser tenido en cuenta por otros países con problemas similares.
- c) Aplicar inicialmente el modelo en el área de Bogotá, para evaluarlo como un Plan Piloto, que a través de los ajustes pueda ser extensible a otras Metrópolis

### 2. PROPOSITOS

- a) Disminuir la demanda de casos de urgencias en el área de Salud
- b) Mejorar la asistencia médica en casos de urgencias.

- c) Racionalizar costos en Atención de Urgencias
- d) Mejorar la Atención Médica Programada

### 3. METODOLOGIA

#### 3.1 Programa Preventivo:

- Promoción del Sistema
  - . Divulgación del Sistema
  - . Educación
- Coordinación Interinstitucional e Intersectorial.
- Marco Legal
- Vigilancia Epidemiológica

#### 3.2 Programa Curativo:

- Etapa Pre-Hospitalaria
- Etapa Hospitalaria
- Etapa Inter-hospitalaria (incluyendo Rehabilitación).

I. FASE: Identificación y priorización del pro  
blema.

1. Determinar los pasos secuenciales de cada área de trabajo
2. Identificar las variables del pro  
blema en cada evento para desarro  
llar el programa completo

3. Definir y aplicar la matriz de análisis.

II. FASE Identificación y selección de alternativas de solución.

1. Definir las variables de alternativas de solución (analizar las alternativas en los aspectos asistenciales, docentes, administrativo e investigativo).
2. Definición y aplicación de la Matriz (desarrollar la matriz y establecer criterios específicos dentro de los aspectos: asistencial, docente, administrativo e investigativo, de clasificación de las alternativas de solución).

III. FASE Desarrollo de las alternativas de solución.

1. Organización de las alternativas
2. Análisis de los recursos requeridos (legales, tecnológicos, humanos, físicos, financieros).
3. Establecer estrategias

4. Mecanismos para la implantación del Sistema

5. Establecer parámetros de evaluación al Sistema

#### IV FASE: Entrega del Modelo

#### 4. DESARROLLO

El grupo considero de vital importancia hacer énfasis especial en el programa de Prevención de las Urgencias, ya que en la actualidad, los escasos recursos con que se cuenta se orientan primordialmente al Area Curativa.

Para las actividades de Prevención considero importante subdividirlas en Promoción del Sistema de Atención y Promoción para Preservar la Salud e igualmente un Programa de Prevención de Eventos en los que el individuo puede llegar a perder el estado de salud.

#### 4.1 Prevención de Causas de Demanda del Servicio de Urgencias:

##### 4.1.1 Promoción del Sistema para preservar la Salud

###### - Divulgación:

- . Comenzar con mensajes de tipo educativo con carácter de prevención.

- . Campañas de divulgación a todo nivel.
- . No hacer divulgación masiva de funcionamiento del Sistema hasta tanto no estar plenamente constituidos.

- Educación:

Identificar poblaciones objetivas por causas de urgencias para elaborar contenidos según niveles y evitar riesgos que atenten contra la salud.

- . Pre-escolar y escolar
- . Adulto
- . Anciano
- . Policía y Tránsito

Se hace indispensable contemplar una educación en salud dirigida, a aquellas personas que han tenido parte en un evento de Urgencias, para que conozcan medidas específicas tendientes a disminuir las complicaciones y secuelas del percance.

Traumáticos:

Accidentes:

Transporte: Factor Humano:

- . Peatón
- . Conductor
- . Pasajero

- . Agentes y Policía

Hogar:

- . Niños
- . Amas de casa
- . Ancianos

Trabajo:

- . Clasificar las empresas por activi  
dades económicas
- . Propender por la conformación de  
Comités de Seguridad Industrial.

Lugares Públicos:

- . Comunidad en general.

Violencia Física:

- . Incrementar medidas policivas y  
aumento de personal y apoyo logís-  
tico.
- . Comités de Seguridad por zonas.

No Traumáticos:

- . Abdomen Agudo
- . Gineco-obstétricos
- . Enfermedades Cardio-vasculares
- . Diabetes Mellitus
- . Intoxicaciones
- . Otros

#### 4.1.2 Coordinación Interinstitucional e Intersectorial.

Ministerios: . Salud  
                  . Obras Públicas  
                  . Comunicaciones  
                  . Justicia  
                  . Hacienda  
                  . Desarrollo  
                  . Educación  
                  . Trabajo

Institutos Descentralizados

#### 4.1.3 Marco Legal.

Lo elabora el grupo multidisciplinario propuesto en el análisis de recurso del presente documento.

Comprende tres aspectos:

- . Normas administrativas sobre el Sistema
- . Código de Manejo Médico de las Urgencias.
- . Normas de Control y Sanciones para el Sistema.

#### 4.1.4 Vigilancia Epidemiológica:

A cargo de la Sección de Control de Accidentes - División de Información - Dirección de Epidemiología.

- . Sistema de Información
- . Análisis Epidemiológico

## Evaluación

### 4.2 Programa Curativo:

Para poder entender lo que el grupo se propone al subdividir en Fases la atención de las urgencias, es indispensable recabar que el evento urgencias tiene 3 fases plenamente definidas, en cada una de las cuales las medidas de acción si bien son complementarias unas de otras, también pueden llevar a una pronta recuperación del paciente, sin recurrir a la subsiguiente Fase.

#### 4.2.1 Fase Pre-Hospitalaria:

##### Secuencia:

- . Sitio del accidente
- . Detección
- . Comunicación
- . Recibo de la llamada (1er triage)
- . Envío de la ambulancia u otro sistema de transporte.
- . Llegada del Primer Auxilio
- . Comunicación con la Ambulancia (2do. triage)
- . Traslado del herido y/o estabilización
- . Llegada al Servicio de Urgencias (3er. triage)

En esta fase es importante el montaje de varios subsistemas:

- Subsistema de Comunicaciones:

- . Comunicación telefónica: es importante la distribución de teléfonos en el casco urbano y carreteras principales.
- . Central de Radio-comunicaciones de Salud: Debe estar ubicado en un Hospital Universitario; operar 24 horas/día y en el futuro contar con médico para telecomando.
- . Inter-comunicación de Redes: La Central de Salud debe estar intercomunicada con las redes de otras instituciones como: Policía; Cruz Roja; Bomberos; Defensa Civil; etc. DATT, Fuerzas Militares y otros Servicios Seccionales y demás entidades que presten atención de Urgencias
- . Sistematización: En cada Central debe existir una pantalla de computador, con el inventario de camas disponibles en los Hospitales.

- Subsistema de Rescate y Transporte:

Este subsistema se puede utilizar en vehículos de transporte terrestre, aéreo y acuático. Por las condiciones del país, se contemplaron inicialmente

las ambulancias y en un futuro helicópteros y aviones.

. **Ambulancias:**

**Ubicación:** Se considera que normalmente sus sedes deben ser los hospitales regionales y locales; en épocas de alta incidencia de accidentes se deben ubicar en puntos críticos en coordinación con entidades del transporte y otras.

También es conveniente ubicarlas en sitios de alta concentración de personas por eventos especiales. Las ambulancias de otros sectores deben vincularse a Salud y ubicarse en los sitios que se le asigne.

**Cantidad de Ambulancias:** Ambulancias pesadas una (1) por cada 300.000 habitantes. (Unidades de Cuidado Intensivo Coronario, pediátrico y Quirúrgico).

Ambulancias livianas una (1) por cada 20.000 habitantes.

**Dotación de las Ambulancias:** (Ver Anexo).

Mantenimiento Preventivo de Ambulancias:

- . Mecánico: Se propone un taller de mantenimiento centralizado para todas las ambulancias del Sistema.
  - . Del Material y equipo médico: En los Hospitales donde estén ubicadas bajo coordinación de enfermeras.
  - . Mejorar y agilizar el sistema administrativo.
- Formación del Recurso Humano:
- . Es responsabilidad de la Universidad con participación de las Sociedades Científicas para determinar los Contenidos Académicos de los cursos y métodos didácticos modernos.
  - . Formación de personal calificado con educación continuada en urgencias.
  - . Educación en Primeros Auxilios para Bomberos, DATT., Defensa Civil, Policía Vial, Conductores, Comunidad en general.

- . Preparación para el personal de comunicaciones.

#### 4.2.2 Fase Intra-Hospitalaria:

##### Propuestas y Recomendaciones:

- Costo unificado por cama y acciones finales en salud.
- Areas adecuadas de Urgencias en los Hospitales.
- Zonas para tratamiento de Quemados
- Anexo a los Servicios de Urgencias, debe existir un Servicio de Información Toxicológica.
- Crear Centros Nacionales para Trauma y Quemados.

##### Planta Física de Servicios de Urgencias:

- Sala de espera amplia para utilizarla como triage en caso de desastres.
- Jefatura del Servicio
- Area de Recepción e Información (Sistema de Micro-computación).
- Puesto de Policía contiguo a la Sala de Espera (Area Administrativa).
- Area de Trabajo Social (Area Adminis-trativa).
- Area de tratamiento mayor (incluye To-xicología).
- Area de tratamiento menor (Yesos, sutu-ras, etc.).
- Area para Examen y Tratamiento.

- Area de Observación (incluye camas)
- Area para almacenamiento (materiales y equipos)
- Servicios Sanitarios accesibles a la Sala de Urgencias
- Area de Cirugía de Urgencias y Recuperación (bloque quirúrgico)
- Sala de Médicos
- Sala de Conferencias
- Sala de aislamiento para pacientes psiquiátricos
- Area de Rayos X
- Area de Laboratorio Clínico y Banco de Sangre.
- Depósito o área para cadáveres
- Area de Archivo Clínico
- Area de Camillas
- Centralizar Servicios de Oxígeno, Aire Comprimido y Succión con suministro a cada una de las camas de observación (Consultar los Servicios de Anestesia)

**Requisitos Básicos:**

Todas las áreas descritas deben ser adecuadas en tamaño al volumen de pacientes que utilizan los Servicios y proyectadas modularmente de forma tal que permitan su expansión, si el volumen de la demanda así lo exige, sin necesidad de interrumpir la función que presta en la actualidad; o bien, permitir se adecue el total del área deseada para atención de urgencias y emergencias en caso de desastres.

El personal médico y paramédico que labore en estas áreas deberá actuar indistintamente en los diferentes repartos, pero con el apoyo de especialistas durante las 24 horas del día. Además, las instalaciones deben cumplir con los siguientes requisitos básicos:

- Iluminación adecuada en el área de acceso a la Sala de Urgencias.
- Rotulación iluminada del Servicio de Urgencias.
- Acceso libre y cubierto para las ambulancias. No se permite el parqueo en las áreas de acceso al hospital.
- Puerta de entrada que permita acceso de una camilla, acompañado de personal médico o paramédico.
- Se aconseja que en el diseño se contemplen las salidas de evacuación en caso de emergencia.
- Estacionamiento exclusivo para ambulancias debidamente rotulado.
- Receptáculos eléctricos en todas las áreas, con polo a tierra, a una altura de 1.30 mts., diferenciar voltaje (120 220 v.)
- Planta eléctrica de Urgencias.
- Fuente de agua en el área de espera
- Caja de seguridad para drogas y narcóticos en el puesto de enfermería.

- Lavados en el área de cirugía menor y áreas de examen.
- Reserva de agua potable para por lo menos 72 horas.

#### 4.2.3 Fase Inter-Hospitalaria y Rehabilitación

El Servicio de Urgencias define la conducta a seguir con los pacientes en cuanto a salida, hospitalización o remisión, a más tardar en 24 horas.

- Se debe aplicar un sistema efectivo de remisión de doble vía.
- El paciente debe ser estudiado y dirigido hacia la institución que requiera para tratar su patología ya sea de máxima tecnología en cuanto a curación, o bien sea a una institución rehabilitadora.

Esto no descarta que la rehabilitación debe comenzar desde la misma Fase Hospitalaria de acuerdo a los recursos propios de la institución; para evitar secuelas mayores y disminuir las siguientes.

Se propone estructurar un Servicio de Rehabilitación tanto Hospitalario como Ambulatorio y Domiciliario.

## 5. PROPUESTA DE RECURSOS

- Recurso Humano de Acción Directa
- Recurso Humano de Apoyo
- Recurso Físico
- Dotación
- Recurso Financiero

### 5.1 Recurso Humano de Acción Directa:

- Un Director del Sistema de Atención de Urgencias (Médico Especialista con experiencia no menor de 2 años en Servicios de Urgencias)
- Consecución de recursos especializados en comunicación masiva.
- Educación en Salud
- Adiestramiento en Atención de Urgencias a personal médico, enfermeras y paramédicos.
- Abogados con experiencia administrativa en salud.
- Ingenieros de Sistemas.
- Analistas y programadores de sistemas
- Estadístico Matemático
- Ingeniero y Técnicos en Comunicaciones
- Conductores debidamente adiestrados.

### 5.2 Recursos Humano de Apoyo:

- Agentes de Policía debidamente motivados
- Bomberos
- Agentes de Tránsito
- Voluntarios (en actividades preventivas)

### 5.3 Recurso Físico:

Se deben adecuar los recursos hospitalarios con que se cuenta actualmente y las Instituciones Hospitalarias seleccionadas para operar de acuerdo al Sistema a según niveles de Complejidad.

### 5.4 Dotación:

Se deben establecer las dotaciones según parámetros definidos para la atención adecuada dentro de la regional (Ver anexos).

### 5.5 Recurso Financiero:

- Elaborar el Marco Legal Administrativo (elaborado por el grupo multidisciplinario del Programa de Prevención del Plan).
- Se sugiere captar recursos de Entidades Privadas tales como: Compañías de Seguros, Entidades Financieras. El Comercio en general e Industria y por venta de servicios.
- Donaciones y Legados.
- Finalmente aportes de índole Municipal, Departamental y Nacional.
- Estos recursos deben ser manejados por un Fondo Rotatorio específico.

## 6. ORGANIZACION PARA EL DESARROLLO DE LAS ALTERNATIVAS

Para abordar adecuadamente la atención de urgencias en las áreas metropolitanas de Colombia, se hace

indispensable estructurar jerárquicamente una dependencia del Ministerio de Salud a nivel de Atención Médica que programe, coordine, evalúe y ejecute las acciones de Atención de Urgencias, más las que en esta materia se le asignen por parte de los superiores inmediatos.

**Requisitos Mínimos:**

Médico especializado con experiencia en Servicios de Atención de Urgencias en un lapso no menor de 5 años. A nivel de áreas metropolitanas se nombrará un coordinador local por parte de la dependencia gubernamental correspondiente y quien dependerá del área de Atención Médica respectiva.

**Funciones:** Programar, coordinar, ejecutar y evaluar la Atención de Urgencias; a nivel metropolitano adecuando las normas que emanen de nivel nacional.

**Requisitos Mínimos:** Médico especializado con experiencia en Servicios de Atención de Urgencias no menor de 2 años.

Los recursos humanos deben prepararse de acuerdo a lo descrito en el ítem de "requerimiento de recursos".

**7. ESTRATEGIAS**

Preservar la continuidad de las actividades como un sistema técnico para lo cual se hace indispensable:

- Adopción oficial del sistema con sus sub-sistemas y programas. (Sub-sistemas, Formación, Recursos Humanos, transporte, información y programas, prevención y asistencia).
- Consecución de apoyo financiero de acuerdo a lo propuesto en fuentes de recursos.
- Vigilancia Técnica y Asesoría por parte de la OPS.
- Estudio y aprobación de una estructura jerárquica a Nivel Nacional, según lo propuesto bajo el título de organización.
- Cada regional deberá adoptar lo que en este documento ha sido dicho en propuesta de recursos, para proyectar así según las disponibilidades del Nivel Metropolitano y de acuerdo a las prioridades establecidas por la autoridad competente.
- Mientras se alcance el grado de desarrollo propuesto, se considera conveniente que el Comité Técnico del Ministerio de Salud y las comisiones técnicas respectivas, continuen la vigilancia en el desarrollo de las actividades proyectadas.

#### 8. MECANISMOS PARA LA IMPLANTACION DEL SISTEMA

El grupo se ocupa del diseño técnico del Sistema:

- Precisa las acciones preventivas y asistenciales aplicable a cualquier Unidad Regional en un plazo no mayor de 30 días.

- El ejercicio de implantación se trabajará sobre la Regional No. 2, por sugerencia del Comité Técnico del Ministerio realizado el 6 - 08 - 85, y se encontró que la regionalización de dicha área no está claramente definida.
  
- En el resto del mes de Septiembre se deberán calcular los costos para la consecución de los recursos indispensables en la regional piloto aplicando los conceptos en el documento establecidos para iniciar actividades de implantación el 1º de octubre de 1985.

## E V A L U A C I O N

Se contempla en dos sentidos: una auto-evaluación del Sistema en su aplicación y desarrollo y una evaluación de las causas de Urgencias en base a la incidencia de éstas.

Como parámetros para la autoevaluación del sistema se deberá tener en cuenta el Cronograma propuesto así como la conformación de los grupos de trabajo que habrán de vincularse al Sistema como tal.

Los parámetros para evaluar la incidencia de las causas de Urgencias; deberán ser colectados, sistematizados y analizados por el grupo multidisciplinario de prevención descrito en el documento, para ver los grados de cumplimiento en las actividades propuestas, así como para los ajustes pertinentes.

Como parámetros Macro de evaluación, el grupo deberá tener en cuenta la tendencia a la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad atendidas y eventualmente preveer la forma de abocar las causas nuevas que aparezcan ocupando un lugar prioritario dentro del perfil mencionado. (Vigilancia Epidemiológica)

## C O N C L U S I O N E S

1. Durante el desarrollo del estudio se pudo apreciar, que las áreas metropolitanas del país y en particular la de Bogotá, cuentan con gran parte de los recursos y estudios considerados como indispensables.
2. Siguiendo las Políticas del Ministerio sería fácil la articulación de los niveles para obtener un sistema eficaz de prestación de Servicios en Atención de Urgencias.
3. Aún cuando los costos de un sistema de Atención de Urgencias de la magnitud del diseño pudieran parecer altos, se justificaría la inversión debido a que ello implica disminución en la accidentalidad; egresos hospitalarios, días estancias en hospitales y Servicios de Rehabilitación.
4. La secuencia que presentan los eventos que ocasionan pérdida súbita de Salud, que llevan a demanda de los Servicios de Atención de Urgencias; podemos apreciar que éstos se presentan en formas aisladas o de pequeños grupos (urgencias) o en formas masivas (catástrofes), y que requieren de diversas estrategias complementarias para su atención.

5. Son insuficientes los recursos (infraestructura, humanos y económicos), tecnología (transportes y comunicaciones) adecuados que permita la atención eficaz y oportuna de urgencias.
6. Existe una gran cantidad de población urbana que presenta morbilidad y mortalidad por riesgos inherentes al desarrollo de los países en la parte industrial.
7. No existe una adecuada preparación en las áreas urbanas para avocar dichos problemas
8. La demanda en atención de urgencias diarias viene en crecimiento progresivo, constituyéndose en un problema de grave magnitud en las áreas metropolitanas.
9. El desarrollo industrial de las ciudades no contempla políticas de acción de salud ocupacional
10. Se ha venido registrando un considerable aumento de traumas, particularmente en las áreas metropolitanas y por diversas causas, como hechos de violencia, accidentes en general y de vehículos automotores, que significan siempre un elevado número de víctimas.
11. Las consecuencias de accidentes, intoxicaciones, y otras violencias causadas por el tránsito, el trabajo y el hogar significan daño a la salud con elevado número de víctimas al punto de ocupar la segunda causa de mortalidad en población joven y adulta y de presentar una de las más altas tasas de morbilidad del país.

12. Los accidentes, violencias, intoxicaciones y otras causas de urgencias son susceptibles de reducción y control mediante la ejecución de adecuados programas preventivos.
13. Es necesario racionalizar los sistemas de atención de pacientes que requieren cuidados de urgencias y revisar la organización de tales servicios en las áreas metropolitanas.
14. Los Puestos y Centros tanto del Servicio de Salud de Bogotá, como de las zonas urbanas en general, no están capacitados para atender las urgencias en sus diversos niveles de complejidad.

La planta física de la mayoría de ellos no cuenta con las áreas y requisitos básicos. No cuentan con un registro clasificado de las consultas de urgencias y tienen escasez de recursos de personal, material y equipo. Además no cuentan con normas sobre los casos específicos de urgencias que deban ser atendidos en los Centros de Salud y cuáles deben ser remitidos a niveles superiores.

15. No existe un programa de educación en salud que cree una disciplina en la prevención y durante las fases de suministro de tratamientos y de rehabilitación.
16. Es evidente la necesidad imperiosa de buscar una mejor coordinación entre el Sector Salud y otros Sectores en lo que respecta a Servicios de Urgencias en las áreas urbanas, mediante un plan adecuado que

exista con anterioridad a la aparición de una catástrofe, para que en esta forma se obtenga una respuesta colectiva más rápida y eficaz.

## R E C O M E N D A C I O N E S

Prioridades a partir del 01 - 10 - 85:

1. Mejorar las acciones policivas tanto en tránsito como en orden público en la regional modelo y sus carreteras de acceso.
2. Desarrollar las actividades educativas en prevención de accidentes de trabajo y hogar.
3. Impulsar la acción de las entidades involucradas a través de la coordinación inter-sectorial e inter-institucional.
4. Evaluar quincenalmente o mensualmente los resultados
5. Consultar las Sociedades Científicas que manejen la patología de urgencia.
6. Equipar las ambulancias existentes. Ver anexo No. 1
7. Equipar y acondicionar áreas de urgencias de Centros de Salud y Hospitales de acuerdo al Anexo No. 2
8. Impulsar la adquisición de ambulancias.

9. Impulsar la formación del recurso humano para el sistema y los subsistemas.
10. Instalar terminales de computador en las áreas de Urgencias.
11. Ubicar la Central de Radiocomunicaciones en un Hospital Universitario.
12. Instalación de teléfonos públicos gratuitos para llamar a la Central de Radiocomunicaciones de Salud.
13. Desarrollar código de manejos de urgencias para las ambulancias, áreas de Urgencias y Central de Comunación.
14. Consultar a la Aerocivil para estudio de instalación de helipuertos.
15. Evaluación mensual con consolidado cada cuatro meses.
16. Instalación en otra regional, progresivamente hasta cubrir toda Bogotá en 24 meses.
17. Informar a la población sobre el número único, solo después de instalado todo el sistema.
18. Adoptar oficialmente un tiempo mínimo de respuesta para los casos de urgencia y emergencia, que oscile en un periodo que será determinado posteriormente por un equipo multidisciplinario, en horas pico de tránsito. Igualmente, con este estudio se debe

buscar establecer las líneas de las Isocromas y sus respectivos sitios de parqueo para ambulancias de apoyo al servicio hospitalario.

19. Con respecto al grupo de rescate, se deberá realizar un inventario de las ambulancias de este tipo que existen en el Distrito Especial (Bomberos, Defensa Civil y Cruz Roja); para obtener una dotación uniforme de acuerdo a lo establecido en los Anexos para Dotación de este documento.
20. Adoptar oficialmente el término de urgencia para aquellos casos que requieren de una Atención Médica que se pueda promocionar en el término de una hora y el término de emergencia, es aquel que requiere atención inmediata bien sea médica o quirúrgica.
21. Dentro de la regional piloto seleccionada, estudiar los recursos disponibles para dotarlos siguiendo los parámetros sugeridos en los Anexos de este documento. Deberá tenerse en cuenta para ello el sistema de regionalización vigente en base a los niveles de complejidad.
22. Reglamentar el servicio de ambulancias y otros medios de rescate en las áreas urbanas a través del Ministerio de Salud.
23. Realizar cursos de adiestramiento intensivo en primeros auxilios al personal que opera las ambulancias y otros medios de rescate.

24. Procurar que las ambulancias reúnan las condiciones adecuadas para prestar un buen servicio a la comunidad, es decir, que cuenten con el equipo necesario y los requisitos básicos.
25. Hacer evaluaciones periódicas del personal a todo nivel que presta servicios de urgencias.
26. Procurar que el personal que trabaja en los servicios de urgencias sea altamente calificado.
27. Fortalecer los recursos para brindar una atención de las urgencias menores en el primer nivel de atención (Baja complejidad).
28. Intensificar las campañas educativas para obtener la cooperación del público en el sentido de utilizar en forma racional los servicios de urgencias.
29. Mejorar los servicios de informática.
30. Coordinar los esfuerzos de prevención de accidentes en las áreas urbanas
31. Reglamentar la educación de técnicos en la prestación de servicios de urgencias.
32. Realizar cursos de educación continuada a todo nivel para el personal que trabaja en los servicios de urgencias.
33. Procurar que anexo a los servicios de urgencias de

las áreas metropolitanas, exista un centro de intoxicados que preste información, asistencia y docencia 24 horas diarias 7 días a la semana, o en su defecto se cuente con el equipo mínimo disponible para el manejo en general de todo intoxicado.

34. Procurar que las instalaciones de los servicios de urgencias de las áreas urbanas cuenten con las áreas y requisitos básicos y con una lógica funcional.
35. Procurar que los servicios de urgencias de las áreas urbanas cuenten con una Trabajadora Social 24 horas diarias, 7 días a la semana.
36. Establecer en los servicios de urgencias que atienden gran volumen de pacientes el sistema de filtro (Triage) que permita una pronta y breve evaluación clínica del paciente; establezca el nivel de la urgencia y la canalice sea al área de urgencias menores, o mayores, sala de resucitación, sala de intoxicaciones, etc.
37. Mejorar la dotación de los servicios de urgencias de las áreas urbanas de todos los recursos: Personal, material y equipo para que pueda cumplir su misión a cabalidad, no sólo en situaciones normales sino en cualquier situación de desastre.
38. Establecer una verdadera categorización de los servicios de urgencias en las áreas urbanas y en base a esa categorización se logrará la regionalización.

39. En las áreas urbanas cada servicio de urgencias debe contar con un Comité de Urgencias y este Comité debe elaborar un Manual sobre Plan de Desastres.
40. Cada Servicio de Urgencias debe elaborar un Manual de Educación Continuada.
41. Cada Servicio de Urgencias debe contar con una pequeña biblioteca que disponga de textos y de Manuales de Consulta.
42. Todo Servicio de Urgencias en las áreas urbanas debe contar con un Plan para el Diagnóstico y Manejo de los Pacientes Alcohólicos y de aquellos que han abusado del uso de las drogas.
43. La Sala de Espera de todo Servicio de Urgencias debe ofrecer literatura que describa el propósito, funciones y reglas del Servicio de Urgencias.
44. Debe establecerse un buen sistema de comunicaciones entre el Servicio de Urgencias y las ambulancias, hospitales, Defensa Civil, Policía, Fuerza Aérea, Ejército, Bomberos, Cruz Roja y demás entidades que prestan servicios de urgencias.
45. El Servicio de Urgencias debe contar con Puesto de Policía.
46. El Servicio de Urgencias debe contar con un puesto de Información a la prensa y público en general.

47. Promover programas de educación, que orienten a la comunidad usuaria a dirigirse al nivel adecuado de urgencias de los hospitales.
48. Asignar un técnico de electrocardiogramas, Rayos X, y laboratorio al Servicio de Urgencias.
49. En los Puestos y Centros de Salud de las zonas urbanas dotar el primer nivel (Baja complejidad) en los aspectos de planta física, personal y suministros de instrumental, equipo, drogas y otros elementos requeridos en la atención de los casos de urgencias.

A N E X O 1

EQUIPO BASICO PARA LAS AMBULANCIAS LIVIANAS

1. Dòs Camillas
2. Equipo de Ventilación
3. Cánulas Endotraqueales
4. Equipo de Succión - Laringoscopio
5. Oxígeno
6. Tablillas y Vendajes
7. Equipos de Venoclisis
8. Líquidos Parenterales
9. Medicamentos básicos
10. Equipo de Comunicaciones: (Radioteléfono)
11. Ficha de Registro Clínico para uso en las Ambulancias
12. Electrocardiógrafo y Desfibrilador portátiles.
13. Equipo de Rescate

## A N E X O 2

### EQUIPO MINIMO ACONSEJABLE PARA UN SERVICIO DE URGENCIAS

Sea cual fuere la ubicación geográfica y condiciones de Servicio, el siguiente equipo mínimo es aconsejable para un Servicio de Urgencias y Unidades Móviles de Cuidados Intensivos.

1. Camillas
2. Luces móviles y fijas.
3. Unidades de aspiración (fijas y transportables)
4. Monitor o monitores cardíacos
5. Unidades de oxígeno (fijos y portátiles).
6. Desfibrilador cardíaco portátil
7. Unidades de intubación (laringoscopios, tubos endotraqueales de distintos tamaños, etc.).
8. Unidades de ventilación/respiración (máscaras, bolsas de oxígeno, respirador mecánico, etc.).
9. Tubos y equipos para traqueostomías.
10. Equipos de cirugía para punciones toracoabdominales y lumbares.
11. Instrumentos para examen de órganos de los sentidos
12. Instrumentos para exámenes de ginecología, etc.
13. Equipos de Rayos X portátiles.
14. Medicamentos esenciales para situaciones de emergencias y elementos de curación

15. Equipos de Venodisección.

16. Equipos de medición de presión venosa central.

NOTA: Los Servicios de Urgencias deben tener un Stock de elementos, drogas y equipos en baúles para trasladarlos a los sitios a consecuencia de un de sastre que afecte a la comunidad.

### Á N E X O 3

#### EQUIPO MINIMO ACONSEJABLE PARA CADA CONSULTORIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

Elementos	Cantidad
1. Mesa de Examen	1
2. Escalerillas	1
3. Papeleras metálicas	1
4. Escritorios	1
5. Silla para escritorio	1
6. Sillas auxiliares	2
7. Butacos giratorios	1
8. Mesa auxiliar para teléfono	1
9. Vitrina metálica	1
10. Estuche de Organos de los Sentidos	1
11. Tensiómetros	1
12. Fonendoscopios	1
13. Cintas métricas de hule	1
14. Teléfono e intercomunicadores	1 y 1 Unidad
15. Martillo de Reflejos	1
16. Roperos	1
17. Cubetas esmaltadas	1
18. Termómetros orales	2
19. Termómetros rectales	2
20. Tarros plásticos	3

<u>Elementos</u>	<u>Cantidad</u>
21. Linternas de Mano de 2 pilas	1
22. Equipo y maquinaria para Oficina:	
Máquina de Escribir	1
Cosedora metálica para papel	1
Sello fechador	1
Regla de 30 cmts.	1
Sello de Urgencias	1
23. Lámpara de Pie	1
24. Carro de Curaciones	1
25. Puntos de toma para Oxígeno, Aire a Presión y Succión <u>Centra</u> lizados.	1
26. Equipo para ventilación	1
27. Sillón odontológico para Urgen- cias Maxilofacial y odontológi- ca.	1

## A N E X O 4

### REQUISITOS ESPECIALES PARA LA SALA DE CIRUGIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS

#### Equipo de Instrumentación:

1. Bomba de Oxígeno Cardio-pulmonar
2. Fonendoscopio
3. Equipo de Control Térmico
4. Mesa para Fracturas
5. Amplificador de Imágenes
6. Endoscopios todas las variedades.
7. Craniotomos
8. Equipo Monitor
9. Electrocardiógrafo, Osciloscopio y desfibrilador.
10. Presión arterial directa y Presión venosa central.
11. Tensiómetro
12. Velocidad de Flujo de la Sangre
13. Ventilador mecánico
14. Respirador
15. Equipo de anestesia
16. Materiales quirúrgicos
17. Succión, Aire a Presión y Oxígeno Central
18. Paquetes quirúrgicos.

## B I B L I O G R A F I A

- LOZANO R. "Coordinación de Servicios de Urgencias de los Sectores Civil y Militar en Zona Urbana", 1983
- LOZANO R. Manual del Servicio de Urgencias Hospital Militar Central. 1976.
- GUERRA E. "Propuesta para un Sistema de Urgencias en Bogotá". 1983
- MINISTERIO DE SALUD. "Proyecto de realización y reorganización del Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, D.E.". 1984
- MINISTERIO DE SALUD. "Programa Médico Arquitectónico del Centro de Urgencias Pediátricas para Barranquilla". 1982
- MINISTERIO DE SALUD. "Programa Médico Arquitectónico del Centro de Urgencias Pediátricas para Bogotá. 1980
- MINISTERIO DE SALUD. "Estudio de demanda de Urgencias Pediátricas y Análisis de los Servicios de Salud de Barranquilla". 1982.
- SERVICIO DE SALUD DE BOGOTA. D.E. "Programa de Urgencias para Bogotá. 1977 - 1978.
- MINISTERIO DE SALUD. "Problemas en la Atención de Urgencias para la ciudad de Bogotá." 1980.

MINISTERIO DE SALUD. "Plan Nacional de Control de Accidentes". 1985.

LEITAO, F.B.P. "Seguridad Social con énfasis en: Urgencias Médicas, Observancia y Administración. OPS/OMS. 1983.

ROCCO A.; GOMEZ H. "Sistema Ideal para la Atención de Urgencias en la ciudad de Bogotá." 1981.

PEREZ, L.J.; GUERI M. "Plan Bogotá para Emergencias" 1984.