

**FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN
PREHOSPITALARIA EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE
SAN PEDRO DE LOS MILAGROS**

CHRISTIAN DAVID ÁLVAREZ RESTREPO

EMANUEL MONCADA JARAMILLO

ANA MARÍA ARROYAVE GARCÍA

LUIS FERNANDO TORO PALACIO

Docente

UNIVERSIDAD CES

FACULTAD DE MEDICINA

TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

MEDELLÍN

2018

TABLA DE CONTENIDO

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN.....	3
1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA.....	3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.....	6
2. SOPORTE TEÓRICO.....	7
2.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.....	7
2.2. HISTORIA GRUPOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SOCORRO..	8
3. LEGISLACIÓN.....	11
3.1. LEGISLACIÓN EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA.....	11
3.2. LEGISLACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL.....	13
4. OBJETIVOS.....	16
4.1. OBJETIVO GENERAL.....	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
5. METODOLOGÍA.....	17
5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO	17
5.2. TIPO DE ESTUDIO.....	17
5.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	17
5.4. POBLACIÓN Y DISEÑO MUESTRAL.....	17
5.5. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS.....	18
5.6. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	18
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	18
7. RESULTADOS.....	19
8. CONCLUSIONES.....	25
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	27
10. ANEXOS.....	29
10.1. ANEXO 1: ENCUESTA.....	29
10.2. ANEXO 2: CRONOGRAMA.....	31
10.3. ANEXO 3: PRESUPUESTO.....	32
10.4. ANEXO 4: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS.....	33

1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA PROBLEMÁTICA

El Municipio de San Pedro de los Milagros, en los últimos 5 años ha venido presentando un crecimiento en cuanto a su población, siendo un municipio receptor, lo que a su vez ha generado aumento de obras de infraestructura, mejoramiento de vías y opciones de trabajo, que traen consigo aportes al desarrollo del municipio, pero a su vez han generado el cambio en el comportamiento de morbilidad y mortalidad encontrándose un cambio en las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Se evidencia que dentro de las primeras causas de mortalidad para el año 2016 según el ASIS municipal las enfermedades respiratorias agudas con la tasa más alta en 2006 (68,2), lo cual cambia a partir del año 2010, para este año la tasa disminuye a cero (0); para el año 2014 nuevamente aparecen casos aportando una tasa de 16 muertes por 100.000 hombres, para el año 2015 se presenta una disminución en los casos, reflejado en una tasa más baja, 9,9 muertes por 100.000 hombres, neoplasias, Dentro del grupo de la neoplasias en hombres se encuentra que el tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón es la causa con más casos, los años con la tasa más alta son 2005 y 2011 con 89,4 y 80,0 muertes por 100.000 hombres respectivamente. Para el período 2005 – 2015 se presentaron un total de 447,5 muertes. La segunda causa dentro del grupo está representada por tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificadas, el año 2007 se presentaron 42,5 muertes por cada 100.000 hombres, cifra más alta en todo el período; para 2015 se presentaron 22,7 muertes por 100.000 hombres. (1)

La tercera causa dentro del grupo está representada por el tumor maligno de la próstata, en el año 2015 se presentó el mayor número de casos del período: 41,2 muertes por 100.000 hombres, y enfermedades cardiovasculares, al desagregar las enfermedades del sistema circulatorio por causas se encuentra que el evento con la tasa más alta fue la mortalidad por enfermedad isquémica del corazón, durante el periodo 2005 – 2015 se presentaron 1.324,5 muertes por 100.000 hombres.

En segundo lugar, encontramos las enfermedades cerebrovasculares, durante el mismo periodo se presentaron 389,7 muertes por 100.000 hombres, en 2012 se presenta la tasa más alta de todo el periodo: 69,9 muertes por 100.000 hombres.

Estas patologías continúan ocupando los primeros lugares, debido a la alta prevalencia de población adulta y adulta mayor con estilos de vida sedentaria y tratamientos inadecuados debido a comportamientos culturales y sociales. Sin

embargo, en los últimos años el incremento poblacional, el desplazamiento desde y hacia el municipio han incrementado el índice de morbimortalidad y discapacidad por accidentes de tránsito ocupan el segundo lugar con 438,7 muertes por 100.000 hombres entre 2005 y 2015; durante todo el periodo se evidencia un comportamiento variable para esta causa, la tasa más baja se presentó en 2007(9,8 muertes por 100.000 hombres), el año 2008 no aportó muertes por accidentes de transporte terrestre. (1)

En San Pedro de los Milagros, las muertes por accidentes de tránsito son una causa frecuente, pues cuenta con gran cantidad de vías que lo conectan con diferentes municipios, a esto se suma el aumento del número de carros y motos que se viene presentando y la imprudencia de algunos conductores; esto hace necesario el duplicar los esfuerzos para fomentar la educación vial y la prudencia a la hora de conducir., se hace necesario implementar un servicio de atención prehospitalaria de urgencias, emergencias y desastres en la población tanto urbana como rural que permita brindar una pronta, oportuna y adecuada atención ante situaciones de emergencia, beneficiando así a la comunidad, principalmente a aquella que presenta dificultades y barreras de accesibilidad al servicio de salud más cercano, por la carencia de un servicio adecuado de transporte las 24 horas del día o por los escasos recursos para cubrir estos costos. Por todo lo anterior, se ve la necesidad de brindar un adecuado servicio de atención prehospitalaria a la comunidad sampedreña, cuyos tiempos de respuesta sean ágiles y oportunos para una adecuada atención, ya que en casos de urgencias, emergencias y desastres el factor tiempo tiene una incidencia fundamental en la sobrevida de los pacientes.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta el aporte importante de las guías de urgencias del Ministerio de Salud y Protección Social, que han señalado el impacto positivo que tiene sobre el paciente una oportuna y adecuada intervención del personal de salud; esto nos permite deducir que la atención pertinente y apropiada disminuye significativamente la morbimortalidad y discapacidad asociada a los accidentes de tránsito en la comunidad sampedreña. (2)

Partiendo de lo anterior, podemos aclarar que en la actualidad en el Análisis Situacional de Salud (ASIS) del municipio de San Pedro de los Milagros, se encontró que: “los accidentes de transporte terrestre ocupan el segundo lugar con 438,7 muertes por 100.000 personas entre 2005 y 2015; Según lo anterior la mortalidad

por accidente de tránsito es muy alta en San Pedro de los Milagros, debido a las diferentes vías con las que cuenta el municipio de San Pedro de los Milagros, el cual se ubica a una distancia de 42 Kilómetros de la ciudad de Medellín, cuenta con una vía de acceso principal ubicada por la Troncal Occidental Medellín - San Cristóbal - San Pedro de los Milagros, la cual se encuentra en mal estado, hay espacios donde la banca está hundida y sin asfalto, falta señalización y un anillo vial en la entrada de la cabecera municipal. (1)

Cuenta además con 4 vías de la red secundaria que conectan a San Pedro de Los Milagros con otros municipios colindantes: San Félix – La Truchera – Embalse la García; La China – Bello, El Tambo – Poleal; San Pedro – Entrerriños; San Pedro – El Espinal y San Pedro – Belmira. Todas en estado regular, con necesidades de mantenimiento, en especial obras de contención y drenaje para un total de 57 kilómetros de vías secundarias y con respecto a las vías terciarias, se cuenta con 200 kilómetros de vías que se encuentran sin pavimentar que permiten conexión entre el área rural y urbana. Además de esta causa de mortalidad en San Pedro de los Milagros, se analizan otras causas que hacen parte de la convivencia social y salud mental; donde las lesiones personales, intentos de suicidio, suicidio que representa la tercera causa de muerte, aportando 160,1 muertes por 100.000 hombres durante el periodo 2005 – 2015, sólo en 2011 esta causa dejó una tasa de 143,9 muertes por 100.000 hombres, durante todo el periodo abusos sexuales e intoxicación por consumo de sustancias psicoactivas las cuales al momento del reporte ante los sistemas de notificación SIVIGILA no permiten hacer una valoración de la magnitud de la situación, ya que solo se pueden reportar como una intoxicación y por lo tanto no se cuenta con datos estadísticos que aporten para lograr una intervención de esta situación; elevan las tasas de factores de riesgo que ocasionan situaciones de urgencias, emergencias y desastres, constituyendo todas estas causas, los principales problemas de salud pública que presenta el Municipio. A lo anterior le sumamos que el municipio en la actualidad, solo cuenta con un servicio de urgencias de primer nivel, ubicado en la zona urbana, el cual tiene dos ambulancias para las diferentes remisiones de los paciente a segundo y tercer nivel, este servicio es tanto para la población urbana como rural del municipio, por lo tanto, estamos hablando de más de 27.000 habitantes, servicio de transporte que en la actualidad tiene un elevado costo para la comunidad rural, por la distancia que tienen las diferentes veredas a la cabecera municipal. (1)

Teniendo en cuenta las anteriores estadísticas municipales en relación al incremento de los eventos viales que causan enfermedad, discapacidad y muerte y los recursos existentes en el municipio (Unidad de gestión del riesgo, cuerpo de

bomberos voluntarios, ambulancia de la E.S.E Hospital Santa Isabel) para atender una situación de emergencia y valiéndonos de la premisa que la Atención Prehospitalaria está relacionada con el trato del paciente fuera del servicio hospitalario, incluyendo técnicas de salvamento y rescate, atención médica y transporte dependiendo de la patología; además, reconociendo la importancia que tiene la oportuna atención prehospitalaria, se hace necesario pensar en un sistema de Atención Prehospitalaria en el Municipio de San Pedro de los Milagros que pueda beneficiar directamente a la comunidad urbana y rural fortaleciendo la atención que en el momento brinda el municipio en situaciones de urgencias, emergencias y desastres, con un servicio que permita mayor cobertura y que sea ofertado por tecnólogos en atención prehospitalaria.

1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

El incremento de los eventos asociados a movilidad terrestre en el municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia, ha generado preocupación frente al actuar y a la afectación en salud de la comunidad, la cual es la más afectada no solo como pasajero o conductor, sino como peatón. Sumado a lo anterior en el Municipio se cuenta con una precaria atención prehospitalaria, ya que solo se tiene disponible una ambulancia de emergencias del cuerpo de bomberos y el equipo que lo integra está conformado por 4 personas que en ocasiones son insuficientes para la atención de los eventos presentados tanto en el área urbana como rural y en la mayoría de las ocasiones el tiempo transcurrido entre la ocurrencia del accidente, la notificación y llegada para la atención y traslado de estos pacientes no es oportuno, lo que puede tener implicaciones en la salud y la vida de un paciente, por lo tanto se hace necesario que la comunidad cuente con esquemas de atención en salud que considere la atención prehospitalaria dentro de sus componentes ya que se reconoce la alta efectividad de estos sistemas de respuesta en la disminución de la mortalidad, la morbilidad y las posibles secuelas, que estas urgencias generen. Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado este proyecto de intervención permitirá el fortalecimiento de la atención pre hospitalaria en situaciones de urgencias, emergencias y desastres, en el área urbana y rural del Municipio de San Pedro de los Milagros, brindando así a la población sanpedreña una atención médica inicial y de traslado oportuno, profesional y humanizado, donde se pueda minimizar los riesgos de mortalidad de personas en situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

2. SOPORTE TEÓRICO

2.1. DEFINICIÓN DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

- Historia de la Atención Prehospitalaria

La Atención Prehospitalaria tuvo sus inicios por la necesidad de trasladar heridos de guerra del lugar de combate a otro, en donde se le prestara una atención básica en salud y así evitar que, por llevar a costas a los compañeros heridos, se perdiera la línea de fuego, y en las tropas ya se contaba con médicos y ayudantes encargados de la salud de los combatientes, y se localizaban a la retaguardia. Estos médicos deambulaban en busca de heridos y por eso apareció el término de ambulancia en la época de la guerra de Napoleón en Francia, estas ambulancias eran carruajes con amortiguación a base de ballestas para retirar a los heridos y poder darles atención en su traslado. El concepto de atención prehospitalaria nació con los cuerpos de bomberos de los Estados Unidos, quienes tuvieron claro la importancia de brindar la atención médica a los pacientes mientras se trasladaban a un servicio de salud de esa época. (3, 4, 5)

Los servicios médicos de urgencia constituyen una extensión hacia la comunidad, de la atención médica hospitalaria. Es absolutamente indispensable una firme dirección médica para lograr un sistema seguro y eficaz. Por tanto, un sistema de servicios médicos de urgencias abarca el servicio completo que se ha establecido para proporcionar atención de urgencia a un paciente, desde la llamada inicial al servicio de asistencia hasta que reciba el tratamiento definitivo. (5, 6)

Para ser eficaces los sistemas de servicio médicos de urgencias se deben planificar, organizar y aplicar a nivel local. De ahí surge entonces el equipo para la atención temprana con servicios médicos de urgencias, donde empezó como equipo hospitalario extrapolado al campo. Pronto fue evidente que el equipo del hospital no siempre se desempeñaba bien bajo las rigurosas condiciones de la atención fuera del hospital. Durante los últimos 25 años el equipo ha evolucionado para adaptarse específicamente a las necesidades de los servicios médicos de urgencias en campo, en términos de volumen, peso y durabilidad. (5, 6)

La naturaleza del equipo de los servicios médicos de urgencias cambia debido a que se amplía el campo de práctica de los Tecnólogos en Atención Prehospitalaria (TAPH) y se desdibuja la línea entre los niveles de atención que presta el personal

de los niveles de apoyo vital básico y avanzado. El equipo (desfibriladores), que alguna vez fue considerado solo como de nivel de atención vital avanzada hoy se encuentra sistemáticamente en las ambulancias de atención vital básica. Aún existen diferencias entre el equipo que porta el personal que proporciona cada uno de los niveles de atención, debido sobre todo a las diferencias en la demografía de la atención prehospitalaria. (3, 5, 6)

Por otra parte, el equipo para proporcionar atención fuera del hospital incluye los vehículos con todos sus accesorios. Los dos vehículos más empleados son las unidades de respuesta inmediata que no transportan pacientes y las ambulancias terrestres y aéreas que transportan enfermos. Estos cuentan con dispositivos de advertencia como parte de su equipo. La mayor parte de los traslados urbanos y suburbanos en ambulancia con luces y sirenas realmente no ahorran gran tiempo. Todo sistema de servicios médicos de urgencias debe tener protocolos o indicaciones escritas por el director médico para emplear el equipo solo cuando este indicado, es decir, cuando la tripulación atienda al paciente en el lugar de los hechos, llevándolo al hospital o trasladándolo de un hospital a otro. Es por esta razón que el entrenamiento, la capacitación y el nivel de exigencia del personal dedicado a la atención prehospitalaria se hacen cada vez más exigentes en el mundo entero. (5)

En el país, la atención prehospitalaria ha tenido un desarrollo limitado, ha estado orientado más al sector privado que al sector público. Los primeros organismos que se encargaron de la atención prehospitalaria fueron los diferentes grupos de socorro, con tripulantes voluntarios dentro de sus ambulancias y con niveles de entrenamiento no formal impartidos por las mismas instituciones de socorro. En la actualidad, el sector privado ha desarrollado sistemas de atención para emergencias médicas o consulta médica urgente domiciliaria bajo sistemas prepago, no haciendo esto parte de una política estatal de atención de urgencias en salud. (6)

2.2. HISTORIA GRUPOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y SOCORRO

En la ciudad de Medellín existen varios grupos que laboran en la atención prehospitalaria, algunos de estos son la Cruz Roja Colombiana, la Defensa Civil, Corporación Rescate Antioquia y Bomberos Medellín.

- **CRUZ ROJA COLOMBIANA** El Socorro Nacional de la Cruz Roja Colombiana nació a raíz del famoso Bogotazo del 9 de abril de 1948, cuando fue asesinado el Doctor Jorge Eliécer Gaitán. En ese entonces el servicio de sanidad del ejército era insuficiente, y la Cruz Roja acudió en su ayuda, conformó un grupo integrado por enfermeras y estudiantes de la Escuela de Enfermería, médicos voluntarios y de planta quienes apoyaron las labores de socorro en coordinación con la Infantería de Marina, acantonada en Bogotá. (7)

Después de esta importante labor de asistencia, el Presidente de la República junto con sus Ministros crean el Socorro Nacional, mediante la Ley 49 del 22 de noviembre de 1948, reglamentado en el Decreto No. 4231 del 23 de Diciembre de 1948 y lo otorgan a la Cruz Roja Colombiana por ser la única entidad imparcial y neutral. (7)

- **DEFENSA CIVIL COLOMBIANA**

La Defensa Civil tiene antecedentes muy antiguos gracias a los acontecimientos de la Primera Guerra Mundial y fue entonces al finalizar la guerra cuando surgieron las primeras organizaciones de Defensa Civil o Protección Civil, las cuales afanosamente intentaban organizar a la población y tomar las previsiones necesarias para afrontar exitosamente en el futuro posibles circunstancias de guerra o de catástrofe ocasionadas por fuerzas incontroladas. 6 En 1967 se creó en nuestro país la Dirección Nacional de la Defensa Civil conformada por dos niveles: el oficial, constituido por los empleados públicos adscritos a la actual Dirección General y sus dependencias, y el privado constituido por los voluntarios que se organizan en Juntas de Defensa Civil. (8)

Desde entonces ha estado comprometida en la prevención y atención de múltiples amenazas y emergencias, así como de los diferentes desastres ocurridos en el país y a partir de 1989, lideró estos desastres como organismo operativo del Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres (SNPAD). (8)

La Escuela de Capacitación "Carlos Lleras Restrepo", dirige y desarrolla los planes de instrucción y capacitación para funcionarios, voluntarios e integrantes de entidades afines, mediante programas presenciales y de capacitación a distancia. A nivel regional es el único instituto de su género. (8)

La Defensa Civil Colombiana cumple la misión de prevenir y atender emergencias y desastres con la participación de 18.500 voluntarios organizados en 690 Juntas

de Defensa Civil en todo el país; quienes con su servicio abnegado y altruista generan valor a los programas dirigidos a la protección de la población. La Entidad cuenta con 25 direcciones seccionales, 6 oficinas operativas y 176 funcionarios preparados. (8)

- **CORPORACIÓN RESCATE ANTIOQUIA**

La Corporación Rescate Antioquia es una organización no gubernamental integrada por un grupo de socorristas voluntarios que posee 12 años de experiencia y entre las diversas actividades que realiza están la administración, atención y recuperación de todo tipo de emergencias en la ciudad de Medellín haciendo parte del Sistema Municipal para la Atención y Prevención de Desastres (SIMPAD), el Departamento de Antioquia y Colombia. (9)

Cuentan con servicio de ambulancia y traslados particulares en la ciudad de Medellín y el Valle de Aburrá, con equipamiento básico para la atención y traslado de pacientes, además de la atención de accidentes de tránsito y emergencias en el área de cobertura y un centro de operaciones ubicado en la Estación de Bomberos Libertadores Medellín, Colombia. (9)

- **CUERPO DE BOMBEROS MEDELLÍN**

A raíz del primer gran incendio ocurrido en el Parque de Berrio en el año de 1917, se hizo la primera organización del Cuerpo de Bomberos mediante el Acuerdo 113 del 4 de agosto del mismo año y desde el 5 de marzo anterior se había constituido una Junta Especial para organizarlo y proponer su reglamentación. (10)

Dentro de las reformas que ha tenido la institución a través de su historia podemos citar entre otros el Decreto número 71 del 7 de mayo de 1929, mediante el cual se reglamenta el Cuerpo de Bomberos de Medellín. Igualmente se dictó el Decreto 345 del 23 de noviembre de 1937, en el cual se aprueba el Reglamento Interno del Cuerpo de Bomberos; La Ordenanza 78 de 1938, define algunos conceptos sobre Bomberos; por medio de la Resolución número 14, de octubre 2 de 1950, la Dirección Departamental de Tránsito definió el cumplimiento de la ordenanza 78 de 1938, sobre el color de los vehículos con relación al rojo -que solo corresponde- de acuerdo a la legislación internacional sobre bomberos, a los cuerpos destinados a tal fin.

Por medio del decreto número 665, de octubre 27 de 1950 se modificó el Decreto 194 de 1940 sobre las falsas llamadas al cuerpo de bomberos; el Decreto 269 de abril 21 de 1951, determinó la obligación de dotar de aparatos extintores a algunos establecimientos públicos. Así mismo los Decretos 100 y 101 del 25 de marzo de 1965, por el cual se dicta el Reglamento Orgánico y de Régimen Interno para el Benemérito Cuerpo de Bomberos de Medellín. El 10 de diciembre de 1965, se expidió el Acuerdo 72, por medio del cual se crea el Departamento de Prevención Contra Incendios, Calamidades, Siniestros y Pánico Común, en el Cuerpo de Bomberos. El Acuerdo 70 de 1975, por medio del cual se modifica el Cuerpo de Bomberos que en lo sucesivo se denominará Departamento de Bomberos Medellín. (10)

La última reforma efectuada al Departamento de Bomberos, fue en el año de 1991 mediante el Acuerdo 045 de 1990 y el Decreto 001 de 1991 con los cuales se reestructura la Secretaría de Gobierno Municipal y se hacen algunas reformas en el Cuerpo de Bomberos, quedando constituido por el siguiente personal: un coordinador administrativo, dos subcomandantes, una secretaria, un auxiliar proveedor, un técnico radioteléfono, un auxiliar técnico radioteléfono, un proveedor equipo y herramienta, once capitanes, seis tenientes, cuatro subtenientes, más de ochenta bomberos, más de veinte aspirante a bombero, veintisiete bomberos conductor mecánico. Las unidades laboran en tres compañías o turnos de 12 horas de trabajo por 24 horas de descanso y distribuidas en siete estaciones; a saber: Estación Central Escuela, Estación Los Libertadores, Estación Oriente, Estación Nororiental, Estación Norte, Estación Doce de Octubre, y Estación de la Floresta. (10)

3. LEGISLACIÓN

3.1. LEGISLACIÓN EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

El personal que trabaja en el área prehospitalaria (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, tecnólogos y técnicos) en realidad no cuenta con una legislación que los regule en su ejercicio profesional, simplemente la responsabilidad no se diferencia mucho en la que puede tener otro profesional de otro campo diferente.(11)

Las labores realizadas por el personal de atención prehospitalaria están cobijadas por las mismas normas que cualquier profesional con características iguales, pero existen unas normas que son de aplicación directa al área prehospitalaria. (11, 12)

El Decreto 2759 de diciembre 11 de 1991, establece el régimen de referencia y contrarreferencia y entre sus artículos están el artículo 5° que se trata de la remisión en los casos de urgencias a las entidades públicas o privadas del sector de la salud con diferentes grados de complejidad y la garantía de la remisión a dichas instituciones y de la atención adecuada. El artículo 6° trata de la responsabilidad de la institución referente y su responsabilidad de atención al usuario. El Decreto 412 de 1992 reglamenta los servicios de urgencias y otras disposiciones y por último la Resolución 9279 de 1993 por la cual se adopta el manual de normatización del competente traslado para la red nacional de urgencias y se dictan otras disposiciones. El artículo 2° de esta resolución trata del recurso humano. El personal que forme parte del equipo médico asistencial, así como el auxiliar de enfermería, radio comunicador y conductor deben tener la capacidad necesaria para que el servicio que se preste sea oportuno e idóneo y cumplir con los requisitos y funciones mínimas establecidas en el decreto 1335 de 1990. (11, 12)

El personal de salud que labore en las entidades privadas, deberá acreditar los títulos correspondientes exigidos para el desempeño de los respectivos cargos, y dar cumplimiento al manual de funciones adoptado por la institución prestadora del servicio de ambulancias. (11)

En el recurso humano de las ambulancias de traslado el conductor debe tener capacitación en primeros auxilios en entidades de socorro públicas o privadas, las cuales debes estar aprobadas por el gobierno y además deberán aprobar un curso de soporte básico de vida con una intensidad mínima de 40 horas. Recurso humano de las ambulancias asistenciales básicas: conductor y auxiliar de enfermería o de ambulancias o licenciada en enfermería. (11)

En el recurso humano de las ambulancias asistenciales medicalizadas. Conductor, enfermera jefe o auxiliar de enfermería y medico los cuales deberán acreditar entrenamiento mínimo de 200 horas teórico prácticas para el manejo de paciente crítico en ambulancia, en institución pública o privada aprobada por el gobierno. Así mismo a nivel internacional, existen una serie de declaraciones, relacionadas con la Atención Prehospitalaria. (11, 12)

Para el caso de los bomberos, el Congreso de Colombia decretó que Los Cuerpos de Bomberos Voluntarios se rigen por la Ley 322 de 1996, por el presente Reglamento Técnico, Administrativo y Operativo, por los estatutos de cada institución y en asuntos disciplinarios por el Decreto 953 de 1997. (13)

Los Cuerpos de Bomberos Oficiales se rigen por la Ley 443 de 1998 sobre carrera administrativa, el Decreto Ley 1569 de 1998 y demás normas concordantes y la Ley 200 de 1995, en cuanto a aspectos disciplinarios se refiere. También se les aplica la Ley 322 de 1996 y el presente reglamento en tanto y cuanto no se opongan a las normas citadas. En sus estatutos, los Cuerpos de Bomberos podrán establecer o contemplar requisitos adicionales a los mínimos exigidos en el presente reglamento. (13)

3.2. LEGISLACIÓN EN SEGURIDAD SOCIAL

- Ley 100 de 1993 En el transcurso del siglo XX, se construyó en Colombia un sistema institucional de prestación de servicios sociales que mezclaba el sector salud con la seguridad al trabajador enfocado solamente a la población asalariada con una cobertura pobre y restricciones al grupo familiar en la atención. 14 Se comenzó a crear por tramos legales una Seguridad Social sin filosofía definida, con leyes desarticuladas, con recursos que no presentaban un plan básico, con calidad baja, ineficiencia y corrupción, todo gracias a una imposición improvisada del Estado y así nacieron el Seguro Social y las Cajas de Previsión social y del sector privado surgieron las Cajas de Compensación Familiar acogidas después por la ley. (14)

En la década de los años 90 hay una gran transformación política, económica y social, y por ende en la política de la salud, que se manifiesta por la nueva Constitución Política de 1991 que se presenta en Colombia, como un Estado social de derecho, descentralizado y con autonomía en sus entes territoriales. Con la ley 10 de 1990 se descentraliza el sector salud y se declara como un servicio público a cargo del Estado. La ley 10 de 1990 define las competencias, conservando a nivel nacional la orientación política y la direccionalidad del sector, aun no siendo efectivo el mecanismo de descentralización del presupuesto restringiendo la autonomía de decisión de cada localidad. (14)

El Sistema General de Seguridad Social se crea a partir de la ley 100 de 1993, integrando el sector salud con los subsectores y el representante de la seguridad social anterior es el Seguro Social garantizando los beneficios de la seguridad social

considerando el subsistema de pensiones, riesgos profesionales y salud, bajo los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. Gracias a la reforma en el sistema general, se supera las restricciones de cobertura limitada, modifica substancialmente la organización de las instituciones y define la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección y control del Estado sujeto a los principios establecidos por la ley. (14)

La pretensión del nuevo sistema de seguridad social en salud es progresar paulatinamente hacia una cobertura total, superando problemas fundamentales de atención, deficiencias administrativas y de financiación logrando metas de cobertura con las características de equidad, solidaridad y eficiencia. Toda la población colombiana deberá estar bajo un sistema de salud dentro de la seguridad social y la ampliación de cobertura se da por varias maneras, por el régimen contributivo y el régimen subsidiado. (14)

- Régimen Contributivo

Este régimen es un conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas y de su grupo familiar al sistema de seguridad social en salud, y tal vinculación se realiza a través del pago de una cotización, o un aporte económico financiado por el afiliado. (14)

- Régimen Subsidiado

El Régimen Subsidiado es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado. (14)

Las Administradoras de Régimen Subsidiado ARS, debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud, están obligadas a garantizar la prestación de los servicios de salud a que tiene derecho todo afiliado. (14)

- Administradoras de la Seguridad Social

EPS (Entidad Promotora de Salud): Son las entidades responsables de la afiliación, registro y carnetización de sus afiliados, así como del recaudo de sus cotizaciones (por delegación del FOSYGA). Las EPS tienen como función básica organizar y garantizar a sus afiliados, la prestación de los servicios contemplados en el Plan

Obligatorio de Salud (POS) y girar al FOSYGA los dineros de los aportes recaudados, previa deducción de los valores correspondientes a las Unidades de Pago por Capitación (UPC) de sus afiliados. (14)

Las EPS administran el régimen contributivo, aunque algunas también están encargadas de administrar el régimen subsidiado. Las EPS responden por el POS-C. Las EPS están registradas ante la Supersalud, y existen tanto privadas como públicas. ARS (Administradora de Régimen Subsidiado): Las ARS exclusivamente administran el régimen subsidiado, excepto las que son de EPS. Estas pueden trabajar por las diferentes regiones del país, son habilitadas por las Supersalud, y actualmente existen 51 incluyendo las cajas de compensación familiar. (14)

ARP (Administradora de Riesgos Profesionales): Las ARP son compañías de seguros de vida, encargadas de proteger, prevenir y atender los riesgos profesionales y accidentes de trabajo. No tienen plan de beneficios como el POS-C. Es un plan abierto siempre y cuando esté relacionado con accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, las empresas les cotizan según grado de riesgo y clase de la empresa. (14)

AFP (Administradora de Fondos de Pensiones): Dentro de las normas aplicables a los bonos pensionales, es aquella que tiene como afiliado al solicitante del bono, es decir, una AFP, el ISS y las compañías de seguros, en el caso de los planes alternativos de pensión. (14)

Las administradoras de fondos de pensiones, administran las pensiones en fondos privados como cuentas individuales, (el seguro social es una cuanta colectiva), estas administradoras pueden recibir dinero adicional al obligatorio por la ley. Son muy importantes para la economía del país por las inversiones que realiza. (14)

IPS (Institución Prestadora de Servicios de Salud): Las IPS son todas las clínicas, hospitales, centros de salud, unidades ambulatorias privadas, clínicas especializadas, laboratorios clínicos, servicios especializados en ayudas diagnósticas (centros radiológicos), consultorios médicos, odontológicos o de otras profesiones, los servicios propios de las EPS y de las ARS (si tienen clínicas o centros de salud), los grupos de práctica profesional como cooperativas, con infraestructura propia. (14)

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Implementar estrategias para el mejoramiento en la atención prehospitalaria frente a las urgencias, emergencias y desastres que se presentan en el área urbana y rural del municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar si la población urbana y rural del Municipio de San Pedro de los Milagros considera importante el servicio de ambulancia en casa en situaciones de urgencias, emergencias y desastres.

Conocer la percepción que la comunidad tiene sobre el grado de protección que sienten frente al nivel de salud en situaciones de emergencias, urgencias y desastres.

Estimar el nivel de importancia que la comunidad le da en el sistema de salud a la prevención de situaciones de emergencias, urgencias y desastres.

Conocer la opinión que la comunidad tiene sobre la calidad del servicio de ambulancia con el que cuenta el Municipio frente a las situaciones de emergencias, urgencias y desastres.

Identificar la percepción que la comunidad tiene sobre la capacidad para asumir una situación de emergencia a nivel Municipal.

Conocer el interés que la población tiene sobre la importancia de realizar a nivel Municipal diferentes estrategias y actividades de promoción de la salud y prevención de situaciones de emergencias, urgencias y desastres.

5. METODOLOGÍA

5.1. ENFOQUE METODOLÓGICO

El enfoque del estudio será cualitativo, el cual nos permitirá comprender desde el punto de vista de la comunidad sampedreña que vive día a día esta situación de accidentalidad vial y que ha generado morbilidades, discapacidades y muerte. Generando a su vez una serie de eventos sociales, culturales y familiares que traen consigo implicaciones para el municipio, convirtiendo esta problemática en un problema de salud pública.

5.2. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio será retrospectivo y prospectivo ya que entraremos a intervenir en aspectos relevantes de la atención que no han sido tenido en cuenta en los procesos anteriores desarrollados en el municipio, para de esta manera abordar aspectos nuevos, los cuales nos van a permitir hacer una correcta intervención.

5.3. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información y los datos del presente estudio serán obtenidos mediante una entrevista inicial con el Alcalde y/o con el profesional de gestión del riesgo, a nivel Municipal, luego se realizarán las encuestas directas a la comunidad adulta tanto del área urbana como rural del municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia. (Ver anexo 1). Se realizará la respectiva tabulación y análisis de la información, cruzando variables como sexo (masculino-femenino), tipo de población (rural-urbana) y tipo de EPS o seguridad social, escolaridad.

5.4. POBLACIÓN Y DISEÑO MUESTRAL

Este proyecto de intervención va dirigido a la población rural y urbana del municipio de San Pedro de los Milagros, Se obtendrán datos de aproximadamente 10 personas (5 mujeres, 5 hombres) por 12 barrios y 10 personas (5 mujeres, 5

hombres) por 9 veredas (las más alejadas del casco urbano) y 1 corregimiento, siendo una población total de 220 personas encuestadas, para realizar una adecuada obtención e interpretación de los datos.

5.5. CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Brindar educación y previa explicación sobre el diligenciamiento de la encuesta a las personas que participen en ella de manera que estas tengan total claridad de lo que están haciendo y así lograr una encuesta que nos permita como investigadores realizar un análisis correcto.

5.6. TECNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

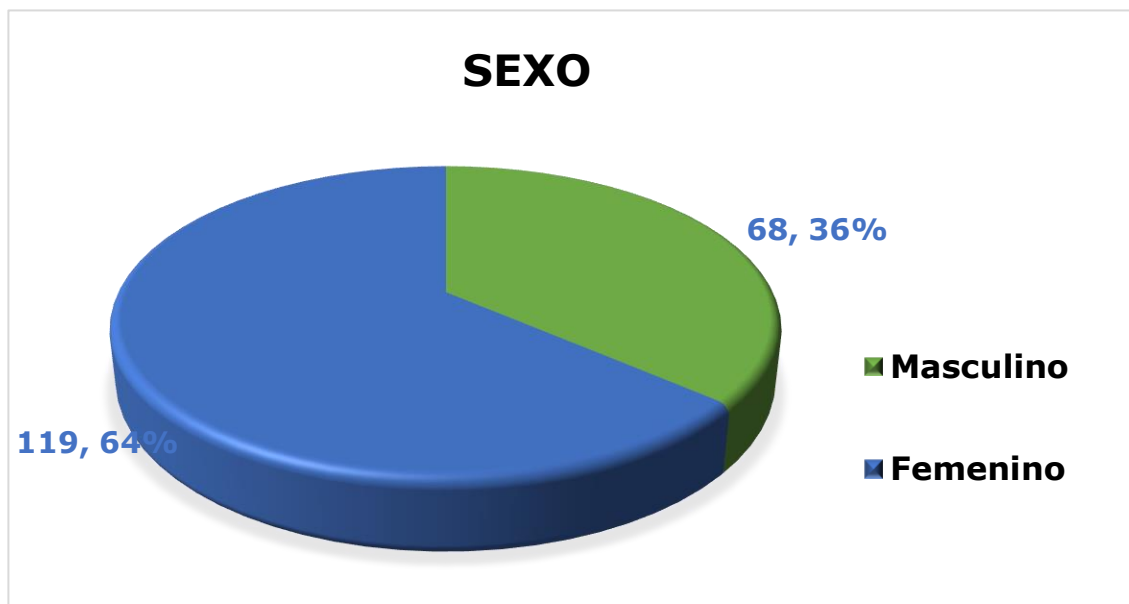
Los datos o respuestas que se obtengan serán sometidos a la identificación de riesgos y amenazas en las veredas y en los barrios, se realizará una clasificación, registro, tabulación y codificación si fuere el caso. En cuanto al análisis de la información se definirán según las técnicas de descripción lógica para descifrar lo que revelan los datos recolectados. Para luego realizar la exposición de estos resultados al profesional de la Dirección Local de Salud a nivel Municipal y al docente de la asignatura. Según los resultados obtenidos se dejan finalmente unas conclusiones y recomendaciones que permitirán al profesional de la Dirección Local de Salud de la Administración Municipal, conocer si la comunidad considera importante que se implemente un sistema prehospitalario con cobertura urbana y rural que incluya de forma oportuna la atención médica inicial y el traslado a la red de servicios más cercana del Municipio.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al tratarse de un proyecto de intervención para la comunidad, se considera de bajo riesgo. A pesar de esto, se pretende manejar una base de datos con la información personal de cada persona encuestada, por lo tanto, se preguntará previamente a la persona su voluntad para diligenciar la encuesta, y se le explicará su objetivo, se aclarará la confidencialidad de sus datos personales y la exclusividad de éstos solo para este proyecto de intervención que busca mejorar un servicio en la comunidad.

7. RESULTADOS

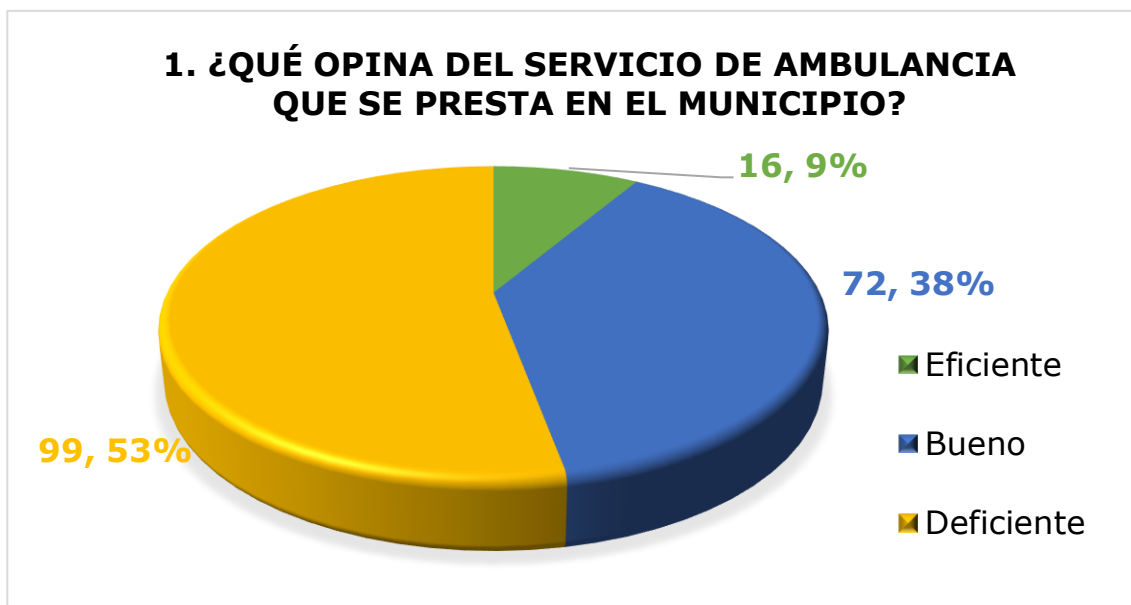
Las encuestas se lograron aplicar a 187 personas del Municipio de San Pedro de los Milagros, Antioquia. A continuación se describe el resultado obtenido en cada una de las preguntas:



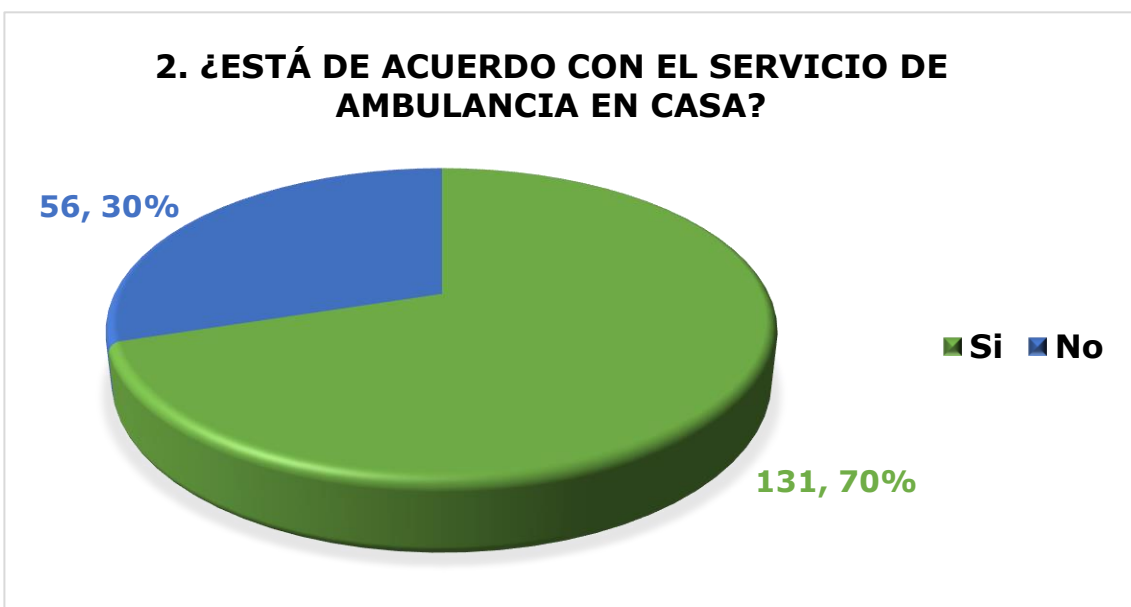
El 64% de las encuestadas, son mujeres y el 36% son hombres, lo que equivale a 119 mujeres y 68 hombres.



La distribución por *Zona de Vivienda* corresponde a 76 encuestados que viven en la zona rural y 111 personas que viven en la zona urbana.

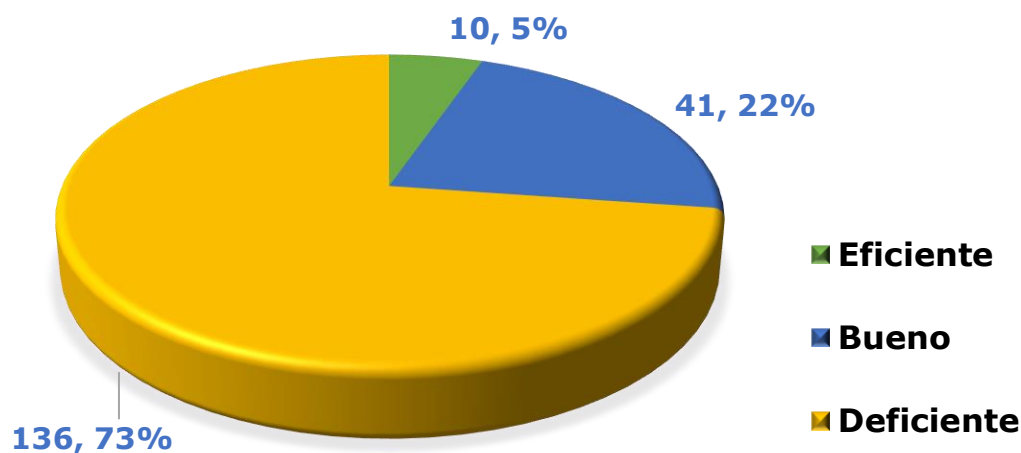


El 53 % de los encuestados opinan que el servicio de ambulancia que se presta en el municipio es deficiente, el 38% opinan que es bueno y el 9% opinan que el servicio es eficiente



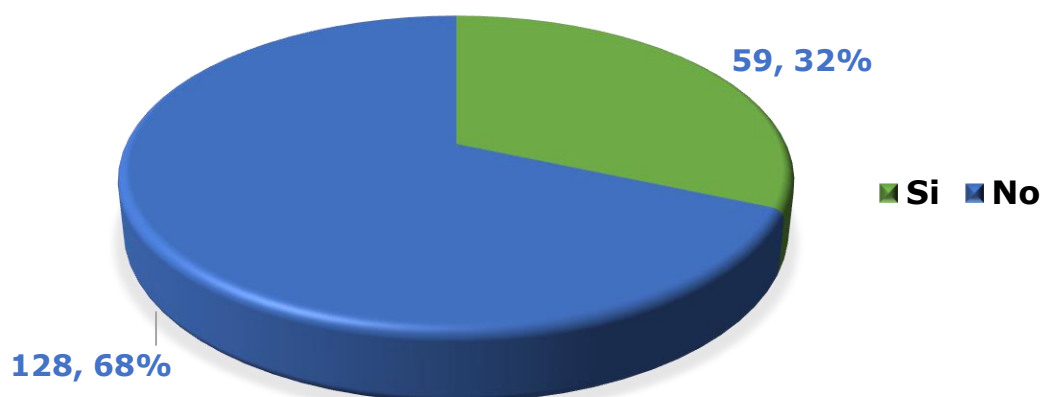
El 70% de los encuestados manifiestan estar de acuerdo con el servicio de ambulancia en casa, mientras el 30% no están de acuerdo con este servicio.

3. ¿QUÉ OPINA DEL SISTEMA DE SALUD DEL MUNICIPIO EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES?



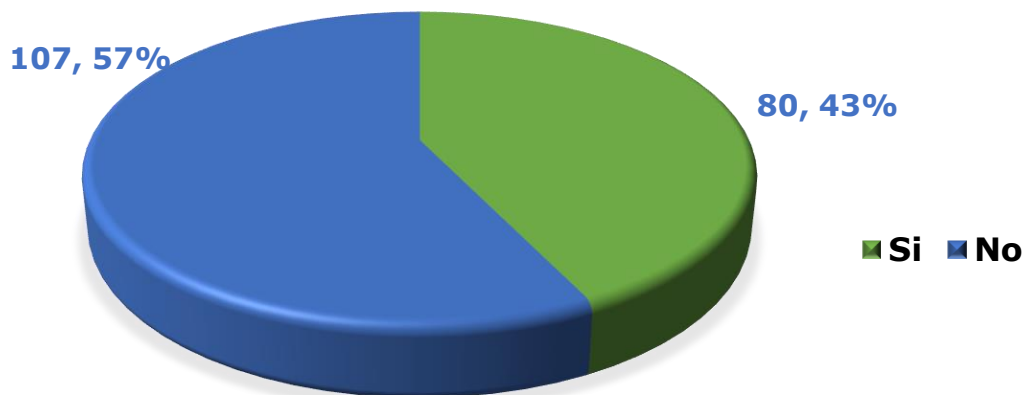
El 73% de las personas encuestadas opinan que el sistema de salud del Municipio en situaciones de emergencias, urgencias y desastres es deficiente. El 22% lo consideran bueno y el 5% creen que el sistema es eficiente.

4. ¿CONSIDERA USTED QUE LA PRIORIDAD QUE SE LE DA AL SISTEMA DE SALUD EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES DEL MUNICIPIO ES BUENA?



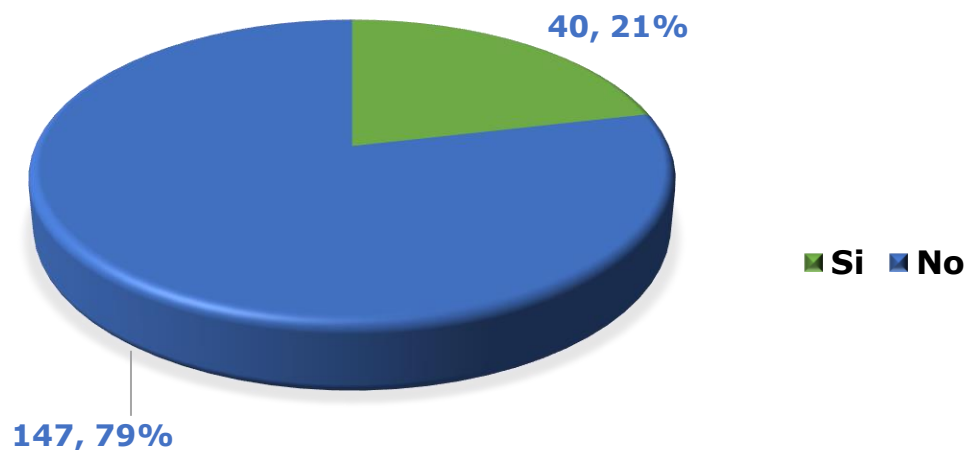
El 68% de los encuestados consideran que la prioridad que se le da al sistema de salud en situaciones de emergencias, urgencias y desastres del municipio NO es buena, mientras el 32% consideran que SI es buena.

5. ¿SE SIENTE USTED SEGURO CON LA ATENCIÓN DE SALUD EN EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES QUE LE BRINDAN EN EL MUNICIPIO?



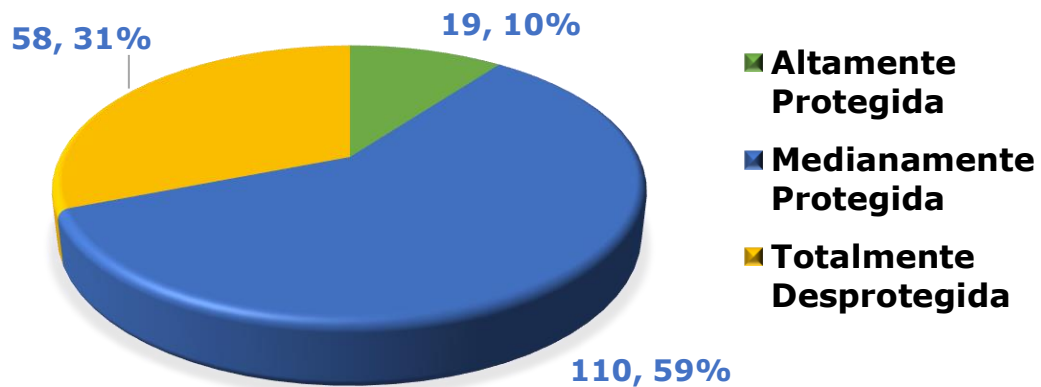
El 57% considera que *No* se sienten seguros con la atención de salud en emergencias, urgencias y desastres que le brindan en el Municipio, el 43 % *Si* consideran sentirse seguros

6. SI SE PRESENTA UNA EMERGENCIA EN EL MUNICIPIO ¿CREE USTED QUE EL SISTEMA DE SALUD ESTÁ PREPARADO PARA ASUMIRLO SATISFACTORIAMENTE?



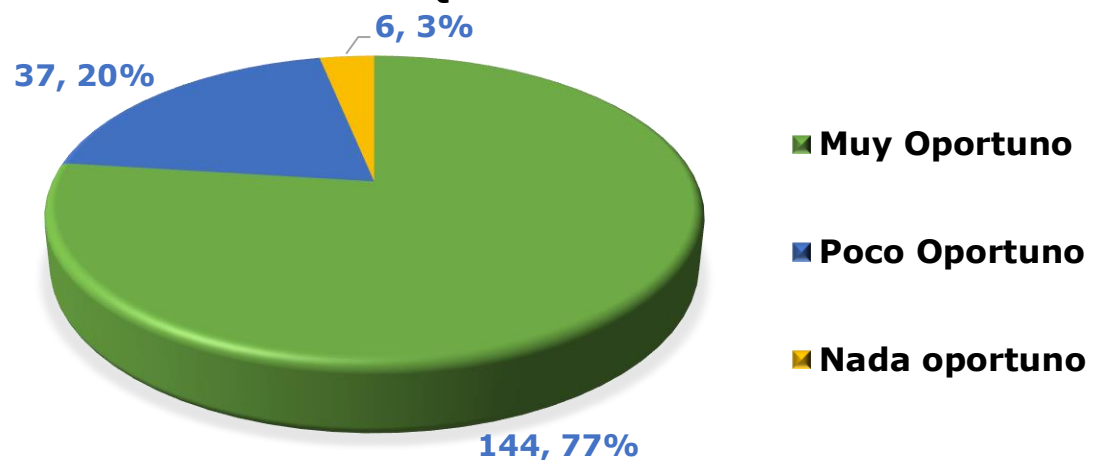
EL 79% de los encuestados creen que el sistema de salud *No* está preparado para asumir satisfactoriamente una situación de emergencia en el Municipio. Mientras que el 21% de ellos(as) consideran que *Si* están preparados para asumir esta situación de emergencias.

7. ¿QUÉ TAN PROTEGIDA A NIVEL SALUD ESTÁ EL ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO?



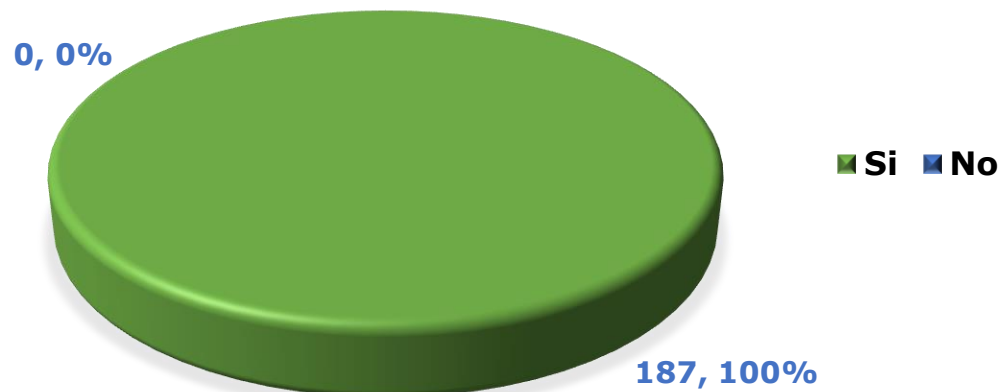
El 59% de los encuestados consideran que el área rural del Municipio, está *Medianamente protegida* a nivel salud. El 31% consideran que está *Totalmente desprotegida* y solo el 10% consideran que está *Altamente protegida*.

8. ¿QUÉ TAN OPORTUNO CREE USTED QUE SEA LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA PREHOSPITALARIO EN EL MUNICIPIO DEBIDO A LA ALTA MORTALIDAD QUE SE PRESENTA POR ACCIDENTES DE TRÁNSITO Y DEMÁS EVENTUALIDADES DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES QUE SE PUEDAN PRESE



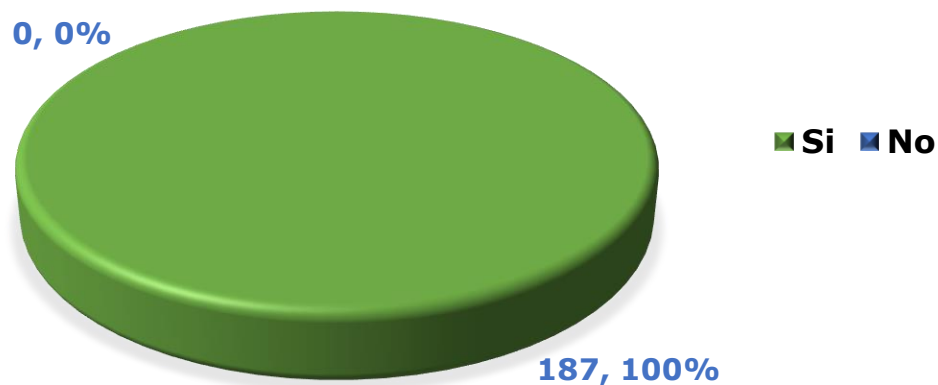
El 77% de los encuestados consideran *Muy Oportuno* la implementación de un sistema prehospitalario en el Municipio debido a la alta mortalidad que se presenta por accidentes de tránsito y demás eventualidades de emergencias, urgencias y desastres que se puedan presentar. El 20% lo consideran *Poco Oportuno* y solo el 3% *Nada Oportuno*.

9. SI SE FORTALECIERAN LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA A NIVEL URBANO Y RURAL ¿SE SENTIRÍA USTED MÁS SEGURO?



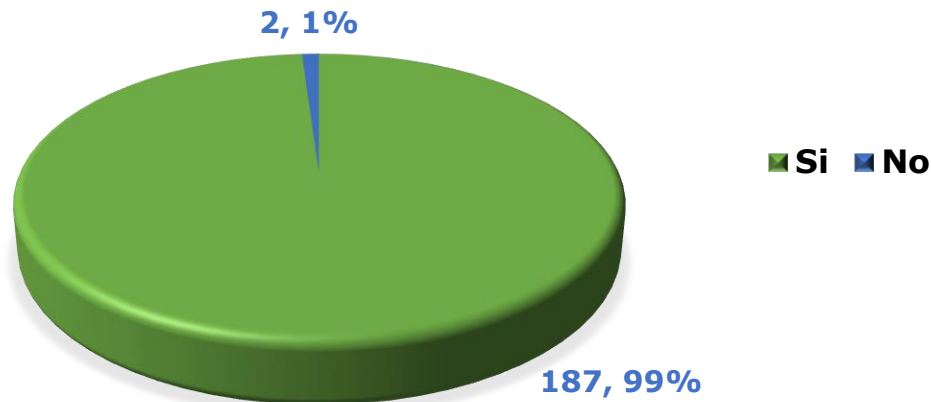
El 100% de los encuestados se sentirían más seguros si se fortalecieran los servicios de atención prehospitalaria a nivel urbano y rural.

10. ¿LE GUSTARÍA QUE EN EL MUNICIPIO SE CREARA UNA EMPRESA DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA OPORTUNA CON COBERTURA URBANA Y RURAL QUE INCLUYA LA ATENCIÓN MÉDICA INICIAL Y EL TRASLADO A LA RED DE SERVICIOS MÁS CERCANA DEL MUNICIPIO?



Al 100% de los encuestados les gustaría que en el Municipio se creara una empresa de atención prehospitalaria oportuna con cobertura urbana y rural que incluya la atención médica inicial y el traslado a la red de servicios más cercana del Municipio.

11. ¿LE GUSTARÍA QUE EN EL MUNICIPIO SE REALIZARAN DIFERENTES ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE SITUACIONES DE EMERGENCIAS, URGENCIAS Y DESASTRES?



Al 99% de los encuestados les gustaría que en el Municipio se realizaran diferentes estrategias y actividades de promoción de la salud y prevención de situaciones de emergencias, urgencias y desastres y solo al 1% no les gustaría este tipo de estrategias y actividades.

8. CONCLUSIONES

Con relación al sexo: las mujeres se mostraron más dispuestas a contestar la encuesta que los hombres.

Con relación a la Zona de Vivienda, fue más fácil entrevistar en la zona urbana que rural, pues en esta última, las personas estaban más prevenidas a recibir el grupo de estudiantes para la realización de la encuesta; esto dificultó lograr la meta de personas encuestadas que inicialmente se habían considerado 100 en el área rural y se logró encuestar 76, y en el área urbana se lograron 111; para un total de 187 bajando un poco las encuestas que inicialmente se habían pensado (220).

Con relación al servicio de ambulancia que se presta en el municipio, fue considerado por la comunidad como deficiente, y en algunos casos bueno, la comunidad explicaba que el motivo es la dificultad de cubrir todos los barrios y veredas, pues solo cuentan con dos ambulancias destinadas al traslado primario, una de ellas en regular estado.

Además de lo anterior el servicio de ambulancia, según la población entrevistada carece de profesionales en atención prehospitalario.

Con relación al servicio de ambulancia en casa en el Municipio, una mayoría considerable de los entrevistados están de acuerdo con este servicio.

Frente al sistema de salud del Municipio en situaciones de emergencias, urgencias y desastres un porcentaje alto de las personas encuestadas opinan que es deficiente.

Con relación a la prioridad que se le da al sistema de salud en situaciones de emergencias, urgencias y desastres del Municipio un porcentaje considerable de los encuestados consideran que no es buena.

Un poco más de la mitad de los encuestados No se sienten seguros con la atención de salud en emergencias, urgencias y desastres que le brindan en el Municipio.

Un porcentaje alto de los encuestados creen que el sistema de salud del Municipio, no está preparado para asumir satisfactoriamente una situación de emergencia.

Un poco más de la mitad de los encuestados consideran que el área rural del Municipio, está medianamente protegida a nivel salud.

Un porcentaje alto de los encuestados consideran muy oportuno la implementación de un sistema prehospitalario en el Municipio debido a la alta mortalidad que se presenta por accidentes de tránsito y demás eventualidades de emergencias, urgencias y desastres que se puedan presentar.

La totalidad de los encuestados se sentirían más seguros si se fortalecieran los servicios de atención prehospitalaria a nivel urbano y rural del Municipio.

A la mayoría de los encuestados les gustaría que en el Municipio se realizaran diferentes estrategias y actividades de promoción de la salud y prevención de situaciones de emergencias, urgencias y desastres.

Finalmente a la totalidad de los encuestados les gustaría que en el Municipio se creara una empresa de atención prehospitalaria con cobertura urbana y rural que incluya la atención médica inicial oportuna y el traslado a la red de servicios más cercana del Municipio.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.** Alcaldía de San Pedro de los Milagros (Antioquia). Dirección Local de Salud. Documento Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2015-2016.
- 2.** Ministerio de Salud y Protección Social. Guías para Manejo de Urgencias. 3ª Edición. Tomo 1.
En:<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Gu%C3%ADa%20para%20manejo%20de%20urgencias%20-Tomo%20I.pdf>
- 3.** Mosby Inc. PHTLS Soporte Vital Básico y Avanzado en el Trauma Prehospitalario. 5ª ed. España: Elsevier; 2004. pp 2-7.
- 4.** Román F. Antecedentes. 2005. Disponible en: <http://www.ammp.org.mx/verseccion.asp?idseccion=20> [Consultado 28 Nov 2007].
- 5.** Tintinalli JE, Kelen GD, Stapczynski JS. Medicina de Urgencias. 6ª ed. Vol 1. México: Mc Graw Hill; 2004. pp 1– 6.
- 6.** Rubiano A, Paz A. Fundamentos de Atención Prehospitalaria. Bogotá: Distribuna.; 2004. pp 3- 7.
- 7.** Cruz Roja Colombiana. Historia de la Cruz Roja. Disponible en: <http://www.cruzrojacolombiana.org/dgtree/scripts/contenidos/cnt.php?i=3&page=76> [Consultado 28 Nov 2007].
- 8.** Defensa Civil Colombiana. Conozca la DCC, Origen. 2007. Disponible en: <http://www.defensacivil.gov.co/portal/apps/php/index.php> [Consultado 28 Nov 2007].
- 9.** Corporación Rescate Antioquia. Presentación. 2007. Disponible en: <http://rescateantioquia.es.tl/PRESENTACI%D3N.htm> [Consultado: 25 Nov 2007].
- 10.** Archivos Cuerpo Oficial de Bomberos Medellín, 2008
- 11.** López M, Manrique J. Responsabilidad del personal en atención prehospitalarias. 2006. Disponible en:

http://www.medicolegal.com.co/portal/pregun_urgencias.asp [Consultado 28 Nov 2007].

- 12.** Fernández D, Aparicio J, Pérez J, Serrano A. Manual de Enfermería en Emergencias Prehospitalarias y Rescate. España: Aran Editores; 2000. pp 49-55.
- 13.** Colombia, el Congreso de la República. Ley 322 de 1996, por la cual se crea el Sistema Nacional de Bomberos de Colombia y se dictan otras disposiciones. 1996. Disponible en:
http://www.bomberoscolombia.gov.co/Entidad/docs_bajar/normatividad/LEY%20322.pdf [Consultado 28 Nov 2007].
- 14.** Colombia, el Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de la República; 1993.

10. ANEXOS

10.1. ANEXO 1: ENCUESTA

La siguiente encuesta tiene como finalidad crear un acercamiento con la comunidad del municipio de San Pedro de los Milagros con el fin de conocer cuáles son las principales falencias que ellos consideran que deben ser mejoradas en el ámbito de la atención médica inicial y traslado durante las urgencias, emergencias y desastres que se presentan en este municipio.

Encuesta: la siguiente encuesta está diseñada para identificar las necesidades del municipio San Pedro de los Milagros en cuanto a los requerimientos en salud, en esta encuesta encontrara preguntas abiertas y cerradas. La cual es de vital importancia que sean contestadas.			
Nombre completo:		Vive en zona rural/urbana:	
Sexo:	Masculino	Femenino	
¿Qué opina del servicio de ambulancia que presta el Municipio?	Eficiente	Bueno	Deficiente
¿Está de acuerdo con el servicio de ambulancia en casa?	Si	No	
¿Qué opina del sistema de salud del municipio en situaciones de emergencias, urgencias y desastres?	Eficiente	Bueno	Deficiente
¿Considera usted que la prioridad que se le da al sistema de salud en situaciones de emergencias, urgencias y desastres del municipio es buena?	Si	No	
¿Se siente usted seguro con la atención de salud en emergencias, urgencias y desastres que le brindan en el Municipio?	Si	No	
Si se presenta una emergencia en el Municipio ¿cree usted que el sistema de salud está preparado para asumirlo satisfactoriamente?	Si	No	
¿Qué tan protegida a nivel salud está el área rural del Municipio?	Altamente protegida	Medianamente protegida	Totalmente desprotegida

¿Qué tan oportuno cree usted que sea la implementación de un sistema prehospitalario en el Municipio debido a la alta mortalidad que se presenta por accidentes de tránsito y demás eventualidades de emergencias, urgencias y desastres que se puedan presentar a diario?	Muy oportuno	Poco oportuno	Nada oportuno
Si se fortalecieran los servicios de atención prehospitalaria a nivel urbano y rural ¿Se sentiría usted más seguro?	Si	No	
¿Le gustaría que en el Municipio se creara una empresa de atención prehospitalaria oportuna con cobertura urbana y rural que incluya la atención médica inicial y el traslado a la red de servicios más cercana del Municipio?	Si	No	
¿Le gustaría que en el Municipio se realizaran diferentes estrategias y actividades de promoción de la salud y prevención de situaciones de emergencias, urgencias y desastres?	Si	No	

10.2. ANEXO 2: CRONOGRAMA

DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO

Cronograma



UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

Sistema de Gestión
de calidad CES



DURACIÓN DE LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO EN MESES	6 meses					
FORTALECIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA EN EL ÁREA URBANA Y RURAL DEL MUNICIPIO DE SAN PEDRO DE LOS MILAGROS	MESES					
	1	2	3	4	5	6
DESPLAZAMIENTO AL MUNICIPIO						
REUNIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL (ALCALDE)						
ENTREVISTA CON LOS ENTES DE GESTIÓN DEL RIESGO A NIVEL MUNICIPAL						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA URBANA 5 BARRIOS (50 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA URBANA 5 BARRIOS (50 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA URBANA 4 BARRIOS (40 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 3 VEREDAS (30 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 3 VEREDAS (30 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 3 VEREDAS (30 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 3 VEREDAS (30 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 3 VEREDAS (30 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 3 VEREDAS (30 ENCUESTAS)						
APLICACIÓN ENCUESTA ÁREA RURAL 1 VEREDA Y 1 CORREGIMIENTO (20 ENCUESTAS)						
TABULACIÓN Y CASIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN						
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (NECESIDADES RIESGOS Y AMENAZAS)						
SOCIALIZACIÓN DE LOS RESULTADOS A LA COMUNIDAD Y A LA ADMINISTRACIÓN						
CAPACITACIÓN EN PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DEL RIESGO Y RESOLUCIÓN DE DUDAS E INQUIETUDES						
REUNIÓN DE RETROALIMENTACIÓN CON LA ADMINISTRACIÓN MINICIPAL (ALCALDE Y ENTES ENCARGADOS DE GESTIÓN DEL RIESGO)						

UNIVERSIDAD CES
Un compromiso con la excelencia

[illegible][illegible]



