

**Propuesta de viabilización para la ampliación de los servicios de Urgencias en las  
Unidades Médicas para Hospitalización Especializada (UMHES) de la Zona Sur Occidente  
de Bogotá.**

Julián David Córdoba Martínez y Omar Fabian García Gómez

Dirección de posgrados Universidad ECCI  
Especialización en Gerencia en Ingeniería Hospitalaria  
Bogotá-Colombia- 2020

Miguel Angel Urián Tinoco

## Contenido

1	Título de la Investigación .....	10
2	Problema de investigación.....	10
2.1	Descripción del problema.....	10
2.2	Planteamiento del problema .....	10
2.3	Sistematización del problema.....	11
3	Objetivos de la Investigación .....	11
3.1	Objetivo general .....	11
3.2	Objetivos específicos.....	11
4	Justificación y delimitación .....	11
4.1	Justificación.....	11
4.2	Delimitación .....	14
4.3	Limitaciones .....	14
5	Marco conceptual .....	15
5.1	Estado del arte .....	15
5.2	Estado del arte nacional / Internacional .....	15
5.3	Marco Teórico .....	26
5.3.1	Estructura Física de los Servicios de Urgencias .....	30
5.3.2	Zonas del servicio de urgencias .....	31
5.3.3	Marco legal .....	35

	3
5.4 Marco Histórico.....	36
6 Marco metodológico.....	38
6.1 Recolección de la información.....	38
6.1.1 Tipo de investigación.....	38
6.1.2 Fuentes de obtención de la información .....	38
6.1.3 Metodología .....	39
6.1.4 Información recopilada .....	39
6.1.5 Red Distrital de Urgencias .....	41
6.2 Análisis de la información.....	44
6.3 Propuesta(s) de solución.....	48
6.3.1 Alternativa de solución .....	48
6.3.2 Descripción de las alternativas de solución .....	48
6.3.3 Fases del Proyecto.....	51
7 Impactos esperados/generados .....	54
7.1 Causas Directas .....	54
7.2 Efectos Directos .....	54
8 Análisis financiero.....	55
8.1.1. Demanda Proyectada .....	58
8.1.2. Análisis oferta demanda – Déficit/superávit.....	63
9 Conclusiones y recomendaciones.....	69

	4
9.1 Conclusiones generales .....	69
9.2 Recomendaciones.....	71
10 Bibliografía .....	72

**Tabla de Ilustraciones**

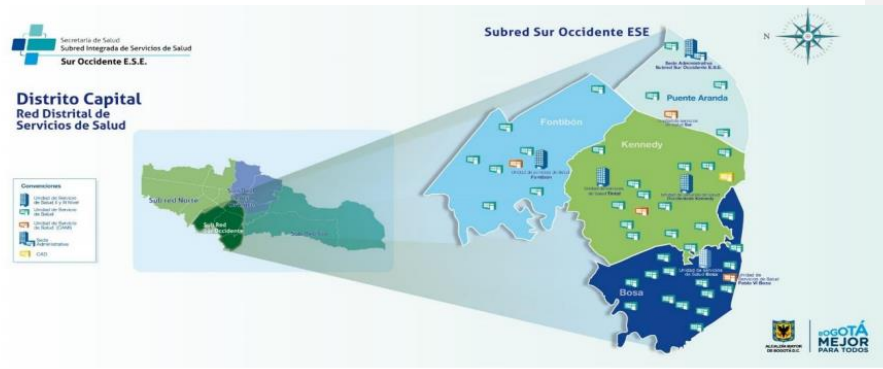
<b>Ilustración 1</b> Modelo de atención para el Distrito capital .....	12
Ilustración 3-1 Nuevo modelo de atención para el Distrito capital; fuente: Secretaría Distrital de Salud.....	41
Ilustración 4-2Ruta integral de salud; fuente: Mesa técnica dirección de urgencias y emergencias en salud .....	42

**Tabla de tablas**

<b>Tabla 1</b> .....	39
Tabla 2. Proyección poblacional por localidad. Bogotá D.C. 2018-2020 .....	44
Tabla 3 Proyección población Subred Sur – Occidente 2018.....	46
Tabla 4. Comportamiento de la afiliación al SGSSS. Sub Red Integral Sur Occidente ...	47

### **Introducción**

Los servicios hospitalarios, de urgencias y médicos en general de la zona Sur Occidente de Bogotá, están a cargo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, cuya población objetivo comprende más de 2'417.000 habitantes. Esta subred esta conformada por los anteriores hospitales de Sur, Bosa, Pablo VI, Bosa, Kennedy y Fontibón y ocupa las localidades de Puente Aranda, Bosa, Kennedy y Fontibón, así:



*Ilustración 1. Mapa Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE.*

*Fuente: Informe de Rendición de Cuentas, Periodo de reporte: enero a septiembre de 2018*

Lo anterior convierte a la Subred Suroccidente en la segunda subred en número de habitantes que pueden llegar a ser atendidos en Bogotá. Sin embargo, esta subred sólo cuenta con una Unidad Médica Hospitalaria Especializada (UMHE), Kennedy.

Actualmente la UMHE Kennedy, no cuenta con la capacidad instalada para realizar la prestación de los servicios requeridos por la población con oportunidad de calidad, lo cual vulnera aun más los derechos de la población y les impide el acceso a los servicios de salud.

Una posible solución es la ampliación de la infraestructura física de la UMHE Kennedy que, no solo garantice la prestación de los servicios de salud a toda la población que los requiera, en el menor tiempo posible y con calidad, sino que también cumpla la normatividad vigente en materia de infraestructura y habilitación. Acompañado a esto, se debe garantizar la adquisición de tecnología que facilite la realización de servicios complementarios con el fin de emitir diagnósticos acertados y oportunos, según el estado de cada usuario. Igualmente se hace indispensable contar con talento humano capacitado, con vocación de servicio y humanizado haciendo mas llevadera su estancia en la institución y brindando solución a su necesidad

Esta posible solución se llevaría a cabo en varias etapas o fases que van desde la evaluación del terreno y la infraestructura actual hasta la adquisición de equipos de dotación biomédica y las licencias necesarias para el total funcionamiento.

### **Resumen**

La Zona Sur Occidente de la ciudad de Bogotá es la segunda con mayor población objetivo. Conformada por cuatro localidades con mayor tasa de población vulnerable debido a su bajo nivel de ingresos, lo cual impacta negativamente en su calidad de vida, aumentando el riesgo de adquirir enfermedades infectocontagiosas y de alto costo. La necesidad de atención de

estas patologías satura la actual capacidad instalada en los servicios de urgencias de los hospitales responsables de su atención y tratamiento. Teniendo en cuenta lo anterior se ve la necesidad de aumentar la capacidad de instalada de los servicios de urgencias para esta población con el fin de brindar una atención oportuna. Se evidencia la necesidad de construir una edificación que permita atender la mayor cantidad de urgencias y servicios obstétricos en el menor tiempo posible evitando las aglomeraciones de usuarios en los servicios prestados para estas especialidades, la propuesta aquí presentada está conformada por tres (3) etapas que van desde la construcción de una nueva infraestructura hasta el reforzamiento de la ya existente, garantizando una atención con espacios adecuados y tecnología de punta, apoyados en el talento humano idóneo, promoviendo servicios humanizados y socialmente responsables.

**Palabras Clave**

Especialidad, Urgencias, Reforzamiento, Vulnerabilidad.

**Abstract**

The South West Zone of the city of Bogota is the second with the largest target population. It is made up of four localities with a higher rate of vulnerable population due to their low income level, which negatively impacts their quality of life, increasing the risk of acquiring high-cost and infectious diseases. The need to care for these pathologies saturates the current installed capacity in the emergency services of the hospitals responsible for their care and



treatment. Taking into account the above, the need to increase the installed capacity of emergency services for this population is seen in order to provide timely care. There is evidence of the need to build a building that allows to attend the greatest number of emergencies and obstetric services in the shortest possible time, avoiding the agglomerations of users in the services provided for these specialties, the proposal presented here is made up of three (3) stages that They range from the construction of a new infrastructure to the reinforcement of the existing one, guaranteeing care with adequate spaces and state-of-the-art technology, supported by suitable human talent, promoting humanized and socially responsible services.

**Keywords**

Specialty, Emergencies, Reinforcement, Vulnerability.

## **1 Título de la Investigación**

Propuesta de viabilización para la ampliación de los servicios de Urgencias en las Unidades Médicas para Hospitalización Especializada (UHMES) de la Zona Sur Occidente de Bogotá.

## **2 Problema de investigación**

### **2.1 Descripción del problema**

La Zona Suroccidente es la segunda en número de habitantes potenciales para ser atendidos en el Distrito Capital, motivo por el cual requiere de una alta capacidad tecnológica, física y humana in situ, de tal modo que se garantice un servicio oportuno y de alta calidad. Entre las unidades que hacen parte de esta zona se encuentra la unidad de tercer nivel UMHE (Unidad Medica Hospitaliria Especializada) Occidente de Kennedy, esta fue construida hace más de treinta años, tiempo durante el cual las condiciones de salud de la población han cambiado, haciéndose necesario adaptar la oferta tanto para las exigencias de norma como para la demanda derivada del incremento de población de usuarios de los servicios de salud. Dada la antigüedad de la actual infraestructura, se ha propuesto en el marco del cumplimiento de la Resolución 2003 de 2014 y su sucesora la Resolución 3100 de 2019 en proceso de implementación.

### **2.2 Planteamiento del problema**

¿Qué necesidades se presentan en los servicios de Urgencias en las Unidades Médicas para Hospitalización Especializada (UHMES) de la Zona Sur Occidente de Bogotá?

### **2.3 Sistematización del problema**

¿Se presenta algún tipo de impacto genera el ampliar el portafolio de servicios en la zona a analizar?

¿Cuenta con beneficios el generar la ampliación de servicios en una USS?

¿Qué capacidad poblacional se tiene en cuenta en la zona a analizar?

## **3 Objetivos de la Investigación**

### **3.1 Objetivo general**

Identificar las necesidades presentes en los servicios de urgencias, realizando la ampliación en la infraestructura, brindando servicios de salud de calidad con atención humanizada y segura en la zona Sur Occidente de Bogotá.

### **3.2 Objetivos específicos**

- Determinar los portafolios de servicios con mayor demanda en la zona a analizar
- Conocer los beneficios de las ampliaciones o creaciones de nuevas USS.
- Establecer beneficios poblacionales en una atención humanizada y segura.

## **4 Justificación y delimitación**

### **4.1 Justificación**

Desde el punto de vista del nuevo modelo de atención del distrito capital que se adopta en la ciudad, surge la necesidad de realizar la unificación de diferentes unidades prestadoras de servicios de salud, para abarcar la totalidad de la población, buscando mejorar y agilizar la atención, con la implementación de las UMHES y CAPS, el objetivo principal descrito es

realizar la viabilización de una unidad de servicios de salud en que se pueda atender la mayor cantidad de pacientes y de esta manera descongestionar las principales unidades de atención.

### Ilustración 1

*Modelo de atención para el Distrito capital*



Nota: La ilustración presenta la red integrada de servicios de salud de la ciudad de Bogotá el objeto de investigación hace parte de esta red; fuente: Secretaría Distrital de Salud

Para el desarrollo del proyecto es importante considerar lo definido y descrito en el Acuerdo 645 de 2016 en el Artículo 17. “Atención integral y eficiente en salud.

El objetivo de este programa es el desarrollo conceptual, técnico, legal operativo y financiero de un esquema de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, a partir de la clasificación e intervención del riesgo en salud, basándose en un modelo de salud positiva, corresponsabilidad y autocuidado, riesgo compartido, salud urbana y en una estrategia de Atención Primaria en Salud Resolutiva que se soporta en equipos especializados que ofrecen servicios de carácter esencial y complementario, que cubran a las personas desde el lugar de

residencia hasta la institución hospitalaria, pasando por los Centros de Atención Prioritaria en Salud y un esquema integrado de urgencias y emergencias”.

El Plan Territorial establece en el ítem Gobierno Legítimo Fortalecimiento Local y Eficiencia, dentro de este eje se desarrolla el programa de Modernización Institucional, el cual consta de dos planos, uno de ellos se encuentra relacionado con la construcción, dotación y mejoramiento de la infraestructura física de las entidades distritales, y el otro realizando el reforzamiento estructural de la edificación existente, siendo una prioridad para el Distrito el concluir la obra de ampliación y reforzamiento de la UHMES, así como el continuar con la apertura de servicios de atención pediátrica en la localidad colindante que a través del plan de contingencia podrá permitir la expansión de los servicios y la especialización del portafolio.

En coherencia con el Plan de Desarrollo y el nuevo Modelo de Salud, pretende mediante este proyecto continuar siendo generadora de soluciones a las necesidades apremiantes en materia de salud y de mejoramiento en las condiciones de prestación de servicios para apoyar a la población beneficiaria de tan vulnerables sectores de influencia de la ciudad de Bogotá. Se gestiona con la Secretaría Distrital de Salud la definición y estrategias para realizar la reorganización y ajuste de los estudios y diseños del proyecto con el fin de que cumplan con el propósito del Modelo y con la oferta de servicios que aplica a la Unidad Médica Hospitalaria Especializada y a las necesidades para la prestación de servicios vitales en una central de urgencias.

Teniendo en cuenta las políticas de la entidad, se busca direccionar la gestión, la acción Institucional, y su compromiso social, hacia la satisfacción de las necesidades, expectativas del usuario y su familia, cumpliendo con su responsabilidad social en Salud. Para ello cuenta con un equipo médico asistencial altamente calificado, suministros e insumos hospitalarios que han

permitido dar cumplimiento a los objetivos trazados mejorando la cobertura y la asistencia en lo ofertado.

#### **4.2 Delimitación**

Este informe de viabilización se validó en las instalaciones de la UMHES Occidente de Kennedy ubicada en la Transversal 74F # 40B-54 Sur Barrio: Timiza, en esta se proyecta realizar entrega por parte de la entidad, la primera etapa del proyecto para el segundo semestre del año 2022, el objetivo es analizar la factibilidad de cumplimiento en las necesidades presentes en la zona, teniendo en cuenta la problemática actual, partiendo de los avances que se presentan en el desarrollo este proyecto, se cuenta con una información que puede llevar a cabo el análisis de los factores que hacen parte fundamental del proyecto, generando un bosquejo inicial a las instalaciones que se construirían y una posible distribución de los servicios ofrecidos en el portafolio del nuevo modelo en salud.

#### **4.3 Limitaciones**

Con el inicio de actividades en la unidad se puede partir de antecedentes y documentación que soporta la ejecución de los estudios para realizar el desarrollo del proyecto a presentar, en este se cuenta con unos recursos originados del Fondo Financiero Distrital (Secretaría de Salud del Distrito Capital), por condiciones que presentan los procesos públicos se puede presentar incumplimiento en los tiempos de ejecución a las entregas.

## 5 Marco conceptual

### 5.1 Estado del arte

### 5.2 Estado del arte nacional / Internacional

#### 5.2.1.1 “Evaluación económica de tecnología sanitaria y toma de decisiones en salud”

##### **Bogotá, Fedesarrollo.”**

Para el año 2013, este artículo presenta los fundamentos de la evaluación económica que se hallan en la Teoría Económica del Bienestar, presenta las características y los tipos de evaluación económica de tecnología sanitaria, analiza las evaluaciones económicas según categorías de tecnologías, y presenta un balance respecto a la experiencia colombiana en el reporte de éstas en revistas académicas arbitradas. (Parada-Vargas, 2013)

#### 5.2.1.2 Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias

##### **hospitalarios**

En el estudio transversal descriptivo con componentes analíticos realizado en el 2004. Se seleccionó una muestra de 499 informes de alta, a los que se aplicó el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y un análisis de relación, y por último se ajustó un modelo de regresión logística multivariante. La inadecuación fue del 30,7%. La probabilidad de que la demanda no estuviera justificada fue mayor en los menores de 40 años (44%), en los sujetos sin enfermedad crónica asociada (53,3%) y en los que acudieron espontáneamente (88,4%). La mitad de las visitas.

Jesús M. Aranaz Andrés Rafael Martínez Nogueras, Vicenta Rodrigo Bartual, Fernando Gómez Pajares y Pedro Antón García Departamento de Salud Pública. Universidad Miguel Hernández. Servicio de Medicina Preventiva. Hospital Universitari Sant Joan d’Alacant. Alicante. España. publicación el 26-5-2004-pg 29-32. (Andrésa, 2004)

### **5.2.1.3 Análisis del proceso de urgencias y hospitalización del CAMI Diana Tubay a través de un modelo de simulación con Arena 10.0 para la distribución óptima del recurso humano (PANTOJA ROJAS, 2008)**

Este documento presenta un modelo de simulación que describe el procedimiento actual de Atención del Área de Urgencias y Hospitalización del Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI) Diana Tubay según estudio realizado en 2008. En el proceso se elaboró una síntesis de estudio y registro global de las actividades en las condiciones actuales de atención en el área de Urgencias y Hospitalización, así como propuestas que permitieran mejorar las condiciones de atención a los pacientes y que ayudaran a optimizar los recursos con los que dispone la institución en el área mencionada. Lo anterior se obtuvo contrastando los tiempos de espera, personas en cola y utilización del personal. Los modelos de simulación puede ser usados para ayudar a identificar los procesos ineficientes y para evaluar los efectos de programar el personal, los recursos, los cambios de los flujos de pacientes en el desempeño de los sistemas, entre otros, demostrando ser una herramienta eficiente, poderosa, y con un gran potencial en las unidades hospitalarias colombianas.

Liliana María Pantoja Rojas y Luís Antonio Garavito Herrera Revista Ingeniería e Investigación vol. 28 no. 1, abril de 2008 (146-153)

### **5.2.1.4 Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias (Restrepo-Zea, 2017)**

Para el año 2018, las urgencias médicas pueden saturarse debido a factores externos e internos al servicio. Esto se refleja en congestión, tiempos de espera elevados e insatisfacción de



los usuarios. Identificar y simular estrategias para gestionar las urgencias médicas, procurando atenuar la saturación. Investigación exploratoria y analítica, con trabajo de campo en cuatro unidades de urgencias de Medellín y simulación de estrategias contra la saturación mediante dinámica de sistemas. Las estrategias utilizadas son: reorganizar el registro, remitir los pacientes que no requieren atención urgente, implementar consultorio fast-track e incrementar el traslado a pisos.

Restrepo-Zea, Jairo Humberto; Jaén-Posada, Juan Sebastián; Espinal Piedrahita, Juan José; Zapata Flórez, Paula Andrea Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 17, núm. 34, 2018

#### **5.2.1.5 Estándares de Habilitación de acuerdo a la resolución 2003 de 2014 servicio de urgencias en la unidad de servicios de Salud la Victoria E.S.E (ARTURO, 2018)**

En la unidad de servicios de salud la victoria E.S.E se realizó la verificación del cumplimiento de los siete estándares de habilitación en salud de acuerdo a la resolución 2003/2014; a través de la revisión de los servicios con las listas de chequeo previamente definidas por el grupo de verificadores. Al finalizar la visita de verificación a la unidad de servicios de salud la victoria se hizo entrega del informe donde se especificó el cumplimiento de los estándares de habilitación.

-Se realizó la verificación oportuna de los estándares de Habilitación según la norma 2003 de 2014 a unidad de servicios de salud la victoria E.S.E

-Se entrega informe a la unidad de servicios de salud la victoria E.S.E donde se describe el cumplimiento de los estándares de habilitación para la prestación de los servicios ofertados

Fortalezas:

- Se aplicaron los conocimientos adquiridos.

- Se realizó en su totalidad la verificación de todos los servicios teniendo en cuenta la lista de chequeo que se implementó.
- Disponibilidad de la institución durante la visita.

Jenny Lizzeth granados Arturo, Maira Lizeth Vidoz pulido Tesis de grado universidad cooperativa de Colombia 28 de mayo 2018

#### **5.2.1.6 Construcción y Simulación de un modelo del flujo de pacientes en un servicio de Urgencias de un hospital colombiano (Navas Mantilla, 2004)**

Presenta un Modelo en Redes de Petri Coloreadas, Temporales y Jerárquicas del flujo de pacientes en el Servicio de Urgencias de la Fundación Cardio Infantil, el cual tiene características que fácilmente puede ser modificado para representar Servicios de Urgencias de otras instituciones hospitalarias. Las Redes de Petri fueron escogidas como herramienta de modelaje debido a su habilidad de descripción de procesos asincrónicos, concurrentes y secuenciales, por el hecho de poseer un lenguaje formal y al -mismo tiempo gráfico, por estar basadas en eventos más que en estados y por la abundancia de técnicas de análisis existentes para ellas. Adicionalmente el hecho de que la Red de Petri sea coloreada, temporal (no determinística) y jerárquica le permite al modelo acercarse aún más a la realidad y aumentar el grado de validez.

El modelaje de un sistema real como el que se presenta en un Servicio de Urgencias es una labor dispendiosa y compleja, debido a la gran cantidad de retos que se presentan: la necesidad de generar un modelo comprensible dado el número de componentes que interactúan en el sistema, el número y las clases de entidades con las que se trabajan (en este caso, los pacientes y los recursos), las cuales poseen atributos particulares que deben ser descritos por el

modelo; la cantidad de decisiones que son tomadas tomando en cuenta estos mismos atributos, la necesidad de modelar los tiempos de servicio y los retrasos en el flujo de los pacientes, así como de generar un lenguaje gráfico que sea comprendido por personal Médico.

Juan Fernando Navas Mantilla Proyecto de grado, Universidad de los Andes ,2004.

#### **5.2.1.7 Propuesta para reestructurar el servicio de Urgencias de la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas (Guevara, 2008)**

Este trabajo de Investigación se hará en la Clínica Dr. Ricardo Moreno Cañas específicamente en el servicio de urgencias; tiene como objetivo plantear una propuesta para la readecuación de la infraestructura existente en el servicio de urgencias para tratar de garantizar una atención oportuna, eficiente y con calidad de la población que solicite este servicio. Esta Área de Salud abarca los distritos de Mata Redonda y Hospital del Cantón Central de San José, la población que atiende en el primer nivel de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ministerio de Economía Industria y Comercio para junio del 2000 es de 33689 habitantes, el distrito de Mata Redonda con 9296 habitantes y el distrito Hospital con 24393 habitantes. Para el año 2007 se proyectó una población de 30853 habitantes. La Clínica sede del Área a la fecha debe además dar cobertura en el segundo nivel a los cantones de Escazú, Puriscal, Turrubares , Santa Ana, Mora, y el distrito de Palmichal de Acosta, que totalizan para el año 2007 una población de 196609 habitantes.

Priscilla Garita Guevara, programa de postgrado en gerencia de la salud, Junio 2008.

#### **5.2.1.8 Proyecto Reforzamiento Estructural, Remodelacion Y Ampliacion Del Area De Hospitalizacion Del Hospital Civil De Ipiales E.S.E (CUJAR, 2011)**

El presente proyecto se enfatiza en lograr cabalmente los objetivos propuestos por la Gerencia del Hospital Civil de Ipiales E.S.E., en procura de establecer nuevas políticas de fortalecimiento a la actual estructura, sin escatimar esfuerzos tanto humanos como administrativos, teniendo siempre presente el alto sentido humano que se debe tener para alcanzar los ideales propuestos.

Dentro del Plan de Desarrollo se enfatiza en que el Hospital Civil de Ipiales E.S.E., es HUMANO ya que esa es su razón de ser; existimos por y para la gente, es la población más pobre y vulnerable de la ciudad de Ipiales y su zona de cobertura, la que ha dado razón de ser a la empresa que abanderamos y la que sigue justificando nuestros esfuerzos cotidianos por garantizar acceso, calidez, eficiencia y eficacia en la atención de sus necesidades de salud.

Eduardo Efraín Narváez Cujar Gerente

#### **5.2.1.9 OCAD Cesar aprueba proyecto de construcción y ampliación del área de urgencias Del Rosario Pumarejo de López (Hernán Baquero Rodríguez, 2020)**

Valledupar, 29 de julio de 2020.- Tras haber logrado la viabilidad y cofinanciación del Ministerio de Salud y Protección Social, fue aprobado ante el OCAD Departamental, el proyecto de modernización del área de Urgencias del Hospital Rosario Pumarejo de López, una iniciativa impulsada por la administración departamental que viene trabajando en el fortalecimiento del centro asistencial más importante del departamento.

El proyecto, que contó con la votación positiva del municipio de Valledupar, el Departamento del Cesar, y la Nación, tiene un valor de \$11.436 millones de pesos de los cuales el gobierno nacional ya destinó \$5.718.000.000 que representan el 50 por ciento y el Departamento del Cesar asumirá la otra mitad correspondiente a \$5.718.000.000.

Hernán Baquero Rodríguez, Secretario de Salud, Alba Quintero Almenárez, periodista.

#### **5.2.1.10 Oportunidad de la atención de enfermería en el servicio de urgencias de la clínica**

##### **Los Rosales durante los meses de abril y mayo del 2018 (Cifuentes Morales, 2018)**

La clínica los rosales es una institución habilitada , de carácter privado de mediana y alta complejidad prestadora de servicios integrales de salud orientada a la atención del usuario y su familia .Fue un sueño que nació de un grupo de amigos en el año 1980, cuando abrieron la primera sede ubicada en la carrera octava entre calle 15 y 16,posteriormente se trasladaron a la avenida 30 de agosto donde permanecieron por 7 años (1989 a 1996) durante este lapso se realizó el concurso arquitectónico para generar el proyecto de la clínica los rosales y en 1994 se dio inicio a la construcción de la actual sede .En agosto de 1996 se trasladaron a la sede actual ubicada en el centro de la ciudad de Pereira en la carrera novena # 25-25, aún en proceso de ampliación, atendiendo a gran parte de la población pereirana de los régimen contributivo (S. Total, Coomeva, sura, sanitas ) prepagadas o planes complementarios, pólizas y ARL .Cuenta con los siguientes servicios: urgencias con atención especializada de tercer nivel las 24 horas , laboratorio clínico , cirugía en donde se dispone de 5 modernas salas equipadas para realizar procedimientos quirúrgicos de mediana y alta complejidad en la mayoría de especialidades médicas ,unidad de cuidado crítico con 18 camas, unidad de cuidado intermedio con 15 camas, ginecoobstetricia con 7 cubículos , unidad de cuidado neonatal intermedio e intensivo, hospitalización que cuenta con 198 camas, de las cuales 12 camas son de aislamiento y 13 camas unipersonales para planes complementarios. Unidad de hemodinámia del café, radiólogos asociados. Ubicados dentro de las instalaciones de la institución. Cuenta con Talento humano

idóneo y capacitado para el desempeño de las funciones asignadas distribuido así: 210 funcionarios del área administrativa y 430 funcionarios del área asistencial. Dispone de especialidades médicas con contratación en la modalidad de prestación de servicios y outsourcing con planta de alimentación y audifarma. Es una institución de salud que cumple con la normatividad vigente, garantizando su viabilidad financiera y el logro de sus metas organizacionales

Cifuentes Morales, Jenny Leandra, López Holguin, Luz Adriana, Ortíz Marín, Eliana  
Marcela

#### **5.2.1.11 Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias del hospital general universitario de Guadalajara. (Marrero Koteva, 2009)**

Tras el estudio realizado por diversos autores en el que se pone de manifiesto la tendencia actual de sobreutilización de los servicios de urgencias pediátrico, a pesar de la ampliación de los recursos ofertados en atención primaria, se realiza un análisis de la demanda asistencial del servicio de urgencias de pediatría del hospital de Guadalajara a fin de conocer el perfil de la población demandante para así articular medidas encaminadas en la prevención de la demanda adecuada. Se realiza un estudio descriptivo transversal de todos los pacientes que acudieron desde el 1 de enero al 31 de diciembre con edades comprendidas entre 0 y 10 años. Tras la realización del análisis estadístico se comprueba una demanda inadecuada de este servicio a espaldas de patologías banales con asistencia en turno de tarde de forma mayoritaria. No se pueden utilizar los datos aportados por la regresión logística en este estudio en la consulta de urgencia diaria.

Autores: Jose Jimenez Martinez, Directores de la Tesis: José María Jiménez Bustos (dir. tes.)

Lectura: En la Universidad de Alcalá ( España ) en 2000

#### **5.2.1.12 Mejoramiento en la calidad de prestación del servicio de urgencias en el Hospital Eduardo Santos del Municipio de la Unión –Nariño (Lagos, 2016)**

A continuación se presenta el proyecto denominado “mejoramiento en la calidad de prestación del servicio de urgencias en el Hospital Eduardo Santos del Municipio de la Unión – Nariño” hace referencia al mejoramiento de la calidad de servicio del área de urgencias mediante la adopción de las alternativas presentadas, basadas en la demanda creciente ya que el Municipio por el crecimiento poblacional se ve en la necesidad de remodelar el área de urgencias del hospital por ser nodo de atención del norte de Nariño y algunos Municipios de Departamento del Cauca. De igual manera, se presenta el estudio técnico para colocar en marcha la alternativa de solución seleccionada en la metodología general ajustada (MGA). A continuación se indica el estudio financiero que sustenta la sostenibilidad del proyecto en el tiempo con los indicadores financieros que indican su viabilidad que fortalecen la toma de decisión y la ejecución del proyecto.

Lagos, Edwin Y Mera, Yanneth Y Portilla, Ana Y Rivera, Leidy y Rosero, Claudia (2015)

#### **5.2.1.13 Calidad Y Satisfacción En El Servicio De Urgencias Hospitalarias: Análisis De Un Hospital De La Zona Centro De Portugal. (Loureiroa, 2009)**

La calidad en los servicios de salud ha sido discutida en varias organizaciones que se comprometen a desarrollar programas y acciones capaces de atender las expectativas de sus

pacientes. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre las variables calidad, satisfacción, imagen, confianza y lealtad en el contexto de un servicio de urgencias hospitalarias de la Zona Centro de Portugal. Para ello, se aplicó la metodología de mínimos cuadrados parciales (PLS) a un modelo estructural construido con las variables indicadas. Los resultados permiten constatar que la imagen y reputación del servicio de urgencias no contribuye de forma significativa a incrementar la confianza en el servicio, ni para su recomendación a otras personas. Esta confianza se alcanza sobre todo por medio de la calidad percibida. La satisfacción del paciente sí que contribuye a incrementar la lealtad al centro. Además, la alta dirección del hospital debe concienciarse de la importancia de reducir los tiempos de espera, mejorar la organización del diagnóstico inicial de los pacientes y de mostrar una preocupación real con el bienestar de sus pacientes como única forma de lograr incrementar su nivel de satisfacción y la confianza en el servicio de urgencias.

Correia Loureiro, S. M. Universidade de Aveiro Miranda González, F. J. Universidad de Extremadura.

#### **5.2.1.14 Estrategias para la dotación de infraestructura hospitalaria para la cobertura**

##### **Geriátrica en el ISSSEMYN con vigencia al año 2025. (Mendieta Caballero, 2018)**

Tras el estudio realizado por diversos autores en el que se pone de manifiesto la tendencia actual de sobreutilización de los servicios de urgencias pediátrico, a pesar de la ampliación de los recursos ofertados en atención primaria, se realiza un análisis de la demanda asistencial del servicio de urgencias de pediatría del hospital de Guadalajara a fin de conocer el perfil de la población demandante para así articular medidas encaminadas en la prevención de la demanda adecuada. Se realiza un estudio descriptivo transversal de todos los pacientes que acudieron



desde el 1 de enero al 31 de diciembre con edades comprendidas entre 0 y 10 años. Tras la realización del análisis estadístico se comprueba una demanda inadecuada de este servicio a espensas de patologías banal con asistencia en turno de tarde de forma mayoritaria. No se pueden utilizar los datos aportados por la regresión logística en este estudio en la consulta de urgencia diaria.

#### **5.2.1.15 Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. (Raso, 2003)**

Entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2002, se registraron 337.842 episodios en la Unidad de Urgencias, precisando ingreso en planta o Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) 11.767 (3,48 %). El número de episodios/año registrados pasó de 38.659 en 1995 a 51.933 en 2002 ( $\delta = 34,3$  %). La edad media de la muestra estudiada ( $n = 540$ ) fue  $3,5 \pm 3,2$  años (54,6% menores de 3 años), que se distribuyeron en 306 (56 %) varones. Cerca de un tercio consultó por cuadros de menos de 6 h de evolución. Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre en 160 (29,6 %), dificultad respiratoria en 78 (14,4 %) y vómitos-diarrea en 65 (12 %). Se practicaron pruebas a 176 (32,6 %), fundamentalmente radiológicas (115; 21,2 %). Recibieron tratamiento en urgencias 153 casos (28,3 %), sobre todo antitérmicos y broncodilatadores. El 65 % permaneció menos de 1 h en Urgencias. Los diagnósticos principales fueron síndrome febril en 66 (12,2 %), diarrea/gastroenteritis aguda en 40 (7,4 %), asma en 35 (6,5 %), laringitis en 27 (5 %). Ingresaron en planta 16 niños (3 %) y 3 (0,6 %) en la UCIP. Se recomendó tratamiento farmacológico domiciliario a 359 (71,8 %). Reconsultaron 59 pacientes (10,9 %), e ingresaron 5 casos.

El número de pacientes atendidos entre 1995 y 2002 en la Unidad de Urgencias de Pediatría ha crecido de manera paulatina por lo general por niños pequeños con cuadros febriles

recortados o dificultad respiratoria. En la mitad de los casos una correcta anamnesis y exploración física fueron suficientes para manejar a estos niños. La corta evolución de muchos procesos hacen de la observación continuada, ya domiciliaria o intrahospitalaria, una herramienta importante en el correcto seguimiento de nuestros pacientes.

S.Mintegi Raso J. Benito Fernández S. García González A. Corrales

Fernández M. a. J. Bartolomé Albistegui N. Trebolazabala Quirante

### 5.3 Marco Teórico

Los servicios hospitalarios, de urgencias y médicos en general de la zona Sur Occidente de Bogotá, están a cargo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente, cuya población objetivo comprende más de 2'417.000 habitantes. Esta subred esta conformada por los anteriores hospitales de Sur, Bosa, Pablo VI, Bosa, Kennedy y Fontibón y ocupa las localidades de Puente Aranda, Bosa, Kennedy y Fontibón, así:

Generalidades Servicios de Urgencias

En la actualidad vivimos la sobresaturación de los Servicios de Urgencias, muchas veces por diferentes patologías, ya que el usuario exige una atención urgente e inmediata a situaciones que podrían haberse solucionado en los niveles asistenciales previos, lo que hace necesario la selección de los pacientes según su patología y gravedad. Es preciso por tanto unificar los procesos diagnósticos y terapéuticos con el fin de solventar las patologías por las que acude el paciente, tomando decisiones rápidas y resolutivas coordinando los recursos existentes y necesarios.

En la Medicina de Urgencias y Emergencias existe un criterio fundamental: "el factor tiempo". Según este criterio podemos definir como:

- **Emergencia:** situación de inicio o aparición brusca que presenta un riesgo vital o de función básica que necesita asistencia inmediata (minutos) y que esta en juego la vida del paciente. Esta situación obliga a poner en marcha recursos y medios especiales para prevenir un desenlace fatal. Ejemplos de estas situaciones son: paro cardiorrespiratorio, neumotórax a tensión y otros.
- **Urgencia:** situación de inicio rápido pero que no conlleva un riesgo vital para el paciente, se requiere de su resolución en un corto espacio de tiempo. Ejemplos de estas situaciones son:
  - Situaciones sin un riesgo vital inmediato pero que pueden llegar a presentarlo en un periodo de tiempo breve si no se diagnostican y tratan de forma precoz, (p. ejm: una obstrucción intestinal, neumonía, etc).
  - Situaciones sin riesgo vital donde es importante un diagnóstico precoz desde el punto de vista epidemiológico (p. ejm: una tuberculosis).
  - Otras situaciones se convierten en "una urgencia social" que no necesariamente dependen de un problema médico o en "una urgencia a resolver" desde el punto de vista del paciente y/o médico cuando el sistema sanitario no responde a las expectativas del paciente y/o sus familiares.
- **Organización Del Servicio De Urgencias**

Como llegan los pacientes a urgencias. Las vías de acceso por parte de los usuarios al Servicio de Urgencias son tres:

  - La primera, con mucho la más frecuente, es por "iniciativa propia" (petición propia) cuando el paciente percibe una aparente o real pérdida de salud y opta por acudir al nivel

asistencial donde prevé que le van a dar una respuesta más rápida, definitiva y eficaz a su problema.

- La segunda, por "orden facultativa", derivados por el médico de atención primaria u otros niveles asistenciales.

- Finalmente, a través de los Servicios de Emergencias

Quién recibe a los enfermos

La entrada al Servicio de Urgencias debe ser amplia, cubierta y estar dividida para atender a vehículos y pacientes a pie, de fácil acceso y con la necesaria seguridad para ambos.

Una vez que han entrado en el Servicio son recibidos por personal no sanitario (personal de seguridad) que se encargan de asegurarse que se trata de una demanda de atención sanitaria indicándoles la zona de Triage al paciente y de admisión a los familiares, para facilitar su registro.

En la zona de Triage o Clasificación es donde, previo breve interrogatorio al paciente o a sus acompañantes se decide el destino y orden de asistencia en función del origen y gravedad del problema.

De quién dependen los enfermos en el servicio de urgencias

Posteriormente, el paciente pasa a depender de un médico, que será responsable de él durante su estancia en el servicio, así como de la atención del mismo y el encargado de su evaluación, diagnóstico y tratamiento según los siguientes pasos (cuando lo permita la situación del paciente):

- 1.- Valoración inicial general del paciente e Historia Clínica: interrogar al paciente por el motivo de su consulta, o en su defecto a sus acompañantes, requiriendo si los hubiera informes

previos que nos comuniquen sobre patologías anteriores y su situación basal. Valoración y anotación de las constantes vitales (T.A, F.C, F.R, Tª, Saturación O2, Glicemia).

2.- Exploración física: lo más completa posible, en paciente estable o tras estabilización, anotando la situación a la llegada.

3.- Tratamiento: si se precisa de forma inmediata, inicialmente suele ser sintomático hasta poder pautar uno específico y causal si se requiriera.

4.- Pruebas complementarias: una vez realizada una evaluación inicial completa, con un posible diagnóstico se solicitarán las pruebas complementarias mínimas esenciales que nos confirmarán o descartarán el diagnóstico de presunción y nos ayudarán a establecer un tratamiento correcto. Hay que estar seguro de haber solicitado las pruebas complementarias de forma adecuada e identificado todas las muestras correctamente. Para algunas de estas pruebas es necesario el consentimiento del paciente, o si este no pudiera, de sus familiares o tutores, tras haber sido informado de la necesidad de las mismas y de sus posibles complicaciones. Es preciso estar pendiente del resultado para agilizar en lo posible la toma de decisiones.

5.- Información al enfermo y acompañantes: paso fundamental en la actuación del médico en Urgencias, ya que con frecuencia se producen quejas por no informar o hacerlo con retraso sobre el posible diagnóstico, pruebas solicitadas, actitud a tomar con el paciente y su destino final. Es importante anotar en el informe la hora de alta en Urgencias.

6.- Actitud a seguir: tras la valoración de las pruebas solicitadas, tratamiento y evolución del paciente en Urgencias es necesario tomar la actitud a seguir con el paciente (ingreso en observación, ingreso en uno de los diferentes servicios hospitalarios, alta o traslado a otro centro sanitario).

### 5.3.1 Estructura Física de los Servicios de Urgencias

Denominamos estructura física a lugar donde vamos a prestar la asistencia. En algunos sistemas de emergencias extra hospitalarios, la estructura física la constituye el lugar del suceso (lugar donde se produce la demanda asistencial) sea vía pública, domicilio o lugar público y los recursos materiales que aporta el equipo de emergencias. En la mayoría de los servicios de urgencias, la estructura física es el área de urgencias, la cual estará integrada por todo aquello necesario para una demanda asistencial urgente. Son dependencias del área de urgencias (se citan la mayoría de áreas que existen actualmente en los servicios de urgencias, independientemente de que sean hospitalarios o extra hospitalarios):

1. Área de Admisión.
2. Sala de Espera.
3. Área de Clasificación.
4. Área de Críticos (cuarto o sala de reanimación).
5. Consultas (Policlínica).
6. Área de Observación.
7. Área de Tratamientos Cortos y Unidades de Corta Estancia
8. Área de Semi críticos (opción existente en algunos hospitales).
9. Área de pruebas Complementarias: englobaría tanto a Laboratorio de Urgencias como la Sala de Radiodiagnóstico.
10. Quirófanos de Urgencias.
11. Áreas no asistenciales: aseos de pacientes y personal sanitario, sala de estar/descanso del personal sanitario, almacén de medicación y fungibles, Office, etc.

Todas estas áreas deben tener un flujo o circuito asistencial debidamente preestablecido, de forma que la atención urgente se preste de la forma adecuada y en el lugar más idóneo. En el sistema de gestión habrá que incluir pues, circuitos o flujogramas que especifiquen qué actividades se realizan en cada una de estas áreas, dónde empiezan y dónde acaban y con qué otras actividades se relacionan.

### **5.3.2 Zonas del servicio de urgencias**

#### **5.3.2.1 Zona de TRIAGE**

debe estar situada frente a la entrada es la estancia donde se toma contacto con el paciente por parte del personal sanitario, ya sea por médicos o enfermeros que van a establecer su destino dentro del Servicio de Urgencias y el orden de prioridad asistencial en función de una serie de criterios sencillos y rápidos (motivo de consulta, nivel de conciencia, disnea de reposo...) y por niveles de riesgo. El personal médico que los recibe ha de estar entrenados, capacitados y supervisados en dicha clasificación, mediante la cual los pacientes son clasificados en función del grado de urgencia por el que deben ser atendidos, con el fin de proteger a los más graves, optimizar recursos, descongestionar las Urgencias y mejorar la atención a los pacientes en estos Servicios.

#### **5.3.2.2 Zona de Críticos-Reanimación**

Es la dedicada a las emergencias, reales o presumibles (pacientes críticos), situada en el centro aproximado del Servicio de Urgencias, con un acceso fácil y directo desde la entrada de pacientes. Contará al menos con dos puestos de cuidados, dotados cada uno de ellos de camilla regulable, móvil, monitorización, respirador, desfibrilador y todo material que se necesita para el tratamiento y cuidado de estos pacientes.

### 5.3.2.3 Zona de Consulta Rápida

Es el espacio donde se atiende a los pacientes estables y que no precisan estar encamados. Suelen presentar problemas se deberían solucionar de forma inmediata y eficiente. En esta zona se pretende atender más pacientes, con mayor rapidez y en el menor tiempo de espera posible.

### 5.3.2.4 Zona de Observación:

Tras su estabilización, los pacientes ingresan en Observación hasta la mejoría o resolución del problema agudo. Es atendida por personal específico del Servicio de Urgencias. El paciente puede permanecer hasta 24-48 horas, decidiéndose su alta o ingreso definitivo. En algunos servicios se denominan "Unidades de corta estancia". Otros espacios: corresponden a salas de espera separadas para pacientes y familiares, despacho de información y altas, habitación de aislados, estancia para cuidados mínimos (sillones), sala de colocación de yesos, cirugía séptica, cirugía aséptica, farmacia, servicios para pacientes y personal.

Por lo tanto, la secuencia lógica que debería seguir un paciente en el Servicio de Urgencias para demorar lo menos posible su tratamiento y destino, es ésta: Paciente admitido-recibido - clasificado - ubicado - asistido – observación - resuelto u orientado.

### Recursos Materiales y Humanos

La planificación y gestión de los recursos materiales implica la participación de todos los profesionales del área de urgencias. Es obvio que sin unos recursos materiales adecuados sería muy difícil lograr el resultado previsto en el servicio de urgencias, esto es, la recuperación de la salud al igual que se necesitan unos recursos humanos específicos y competentes para la atención a la demanda asistencial urgente.



La existencia de recursos materiales no significa solo el disponer de más o menos medios diagnósticos y terapéuticos, sino también el mantenerlos y usarlos con eficiencia, esto es, para lo que deben usarse obteniendo la máxima rentabilidad. Un sistema de gestión de urgencias debe contemplar pues, el mantenimiento de los recursos materiales existentes, así como la baja de recursos innecesarios y adquisición de nuevos recursos con evidencia científica demostrada.

#### **5.3.2.5 Triage**

El triage es un componente crítico en un Departamento de Urgencias. A pesar de su importancia, el modelo ideal y el método para su evaluación no han sido bien descritos en la literatura médica. Se han descrito los siguientes beneficios: desde el punto de vista de la seguridad del paciente, ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica, valora al paciente desde su llegada al servicio para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; los sistemas de triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento el cual ocurre por muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente todos sus problemas de salud por la disponibilidad inmediata de las ayudas diagnósticas e implementos médicos.

##### Tipos de Triage

##### A. Triage en Desastres

Esta clasificación, que se ha ido empleando en la guerra, se ha extendido para las catástrofes. En estas se clasifica a los pacientes por colores:

- Negro: cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas.
- Rojo: cuando el paciente tiene posibilidad de sobrevivir y la actuación médica debe ser inmediata.
- Amarillo: Es un paciente diferible, para ser vigilado mientras se le puede atender.
- Verde: Paciente levemente lesionado, que puede caminar y su traslado no precisa medio especial.

En algunos triages diferencian el negro que es el paciente agonizante del blanco en que ya ha fallecido.

#### **5.3.2.6 Triage De Urgencias Y Emergencias**

El triage es un componente crítico en un Departamento de Urgencias. A pesar de su importancia, el modelo ideal y el método para su evaluación no han sido bien descritos en la literatura médica. Se han descrito los siguientes beneficios: desde el punto de vista de la seguridad del paciente, ofrece una valoración a su llegada a urgencias para determinar, en forma objetiva, el manejo inmediato o la espera de un turno para la consulta médica; la tranquilidad que ofrece al paciente y la familia entrar en contacto con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica, valora al paciente desde su llegada al servicio para determinar la urgencia del problema y asignar el recurso de salud apropiado para el cuidado del problema identificado; los sistemas de triage en urgencias se han implementado debido al congestionamiento el cual ocurre por muchas causas, entre ellas, la facilidad del acceso para el paciente y la expectativa del paciente de resolver rápidamente.

### 5.3.3 Marco legal

*Tabla 1 Normatividad.*

<b>Ley/ Norma</b>	<b>Artículo/ Numeral</b>
<b>Ley 46 de 1988</b>	Por la cual se crea y organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres, se otorga facultades extraordinarias al Presidente de la República y se dictan otras disposiciones.
<b>Decreto 919 de 1989</b>	Por el cual se organiza el Sistema Nacional para la Prevención y Atención de Desastres y se dictan otras disposiciones.
<b>Ley 10 de 1990</b>	Reorganiza el Sistema Nacional de Salud
<b>Resolución 1802 de 1989</b>	Por la cual se crean Los Comités Hospitalarios de Emergencia y se asigna la responsabilidad de la elaboración y puesta a prueba de los Planes Hospitalarios de Emergencia.
<b>Manual de Planeamiento Hospitalario para Emergencias</b>	Grupo Atención de Emergencias y Desastres del Ministerio de la Protección Social, 2007.
<b>Decreto 4747 de 7 de Diciembre de 2007, que deroga el Decreto 2759 de 1991.</b>	Regulación de algunos aspectos de las relaciones entre los Prestadores de Servicios de Salud y los responsables del pago de tales servicios (Referencia y Contrarreferencia).
<b>Resolución 425 de 2008</b>	Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales.
<b>Resolución 4445 de 1996</b>	Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las instituciones prestadoras de servicios de salud
<b>Resolución 3100 de 2019</b>	Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud.
<b>Decreto 1011 del 2006</b>	En este documento se define como Sistema Único de Habilitación el conjunto de normas, requisitos y procedimientos, mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y deben contar con un equipo humano de carácter interdisciplinario para la inspección, la vigilancia y el control del Sistema Único de Habilitación.

---

<b>Resolución No. 1043 de 2006</b>	Establece las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud para habilitar sus servicios y su capacidad tecnológica y científica. En el caso específico del campo de la atención prehospitalaria, la resolución en su anexo técnico 1menciona como servicio no solo las ambulancias de traslado asistencial básico y avanzado, sino que incluye la atención prehospitalaria de urgencias, emergencias y desastres, así como la atención domiciliaria.
------------------------------------	---

---

#### 5.4 Marco Histórico

En el marco de los servicios de salud, el servicio de urgencias constituye una de las áreas esenciales para el cumplimiento de la función misional de una institución de atención médica. “Las urgencias requieren una enorme labor logística por parte de toda la organización, ya que impactan de manera inmediata las condiciones de vida e incapacidad de los pacientes” (Velazquez, Rodríguez, & Jaén, 2011). Se afirma que “la saturación de los servicios de urgencias, es un problema mundial que tiene impacto en millones de pacientes; por lo tanto, debe considerarse como una barrera que afecta la calidad y seguridad de la atención, y no sólo como un problema de la organización” (Flores, 2011).

El incremento en la consulta de los servicios de urgencias, puede explicarse por múltiples razones: “los pacientes utilizan las salas de urgencias en respuesta a múltiples factores como la necesidad de atención percibida, la dificultad de acceso a otros recursos del sistema, la falta de aseguramiento público y el nivel socioeconómico y cultural” (Moreno,2008), cuando los pacientes se enfrentan diariamente a estas barreras optan por acudir con mayor frecuencia a los servicios de urgencias, como medida temporal de solución a sus problemas de salud.

La situación de congestión que se vive en estos servicios, diseñados para la atención a situaciones que afectan la salud de manera aguda, inesperada y repentina, es un problema común a nivel nacional. Se han detectado diferentes factores que influyen, incrementando este problema, así como posibles alternativas de análisis y de planes de abordaje del fenómeno, como lo abordan algunos estudios (Velazquez, Rodríguez, & Jaén, 2011). En Bogotá la situación no es diferente, debido a que la ciudad recibe la mayor cantidad de pacientes provenientes no sólo de sus alrededores sino del resto del país (Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral, 2013).

Se describe entonces, “la avalancha de pacientes en urgencias se refleja con claridad en las estadísticas nacionales. En Colombia se están presentando cada año entre 12 y 14 millones de consultas por urgencias, que equivalen al 65 por ciento del total de las consultas. Es decir, por cada 100 consultas hospitalarias, 65 son por urgencias, según la Asociación Colombiana de Hospitales y Clínicas (ACHC). Es un porcentaje demasiado alto, cuando la literatura médica internacional indica que deberían ser 30 consultas de urgencias por cada 100 externas, asegura el director de la ACHC, Juan C. Giraldo” (Gómez L. , 2007).

Ante este panorama y con los cambios actuales del sistema de salud en Colombia, es necesario que las organizaciones de servicios en salud, estén preparadas para atender a la población que acude en busca de servicios de urgencias, optimizando sus tiempos de respuesta, identificando necesidades prioritarias y facilitando el primer contacto que el usuario tiene con el sistema, todo bajo una política de calidad de la atención, mejora continua, seguridad clínica y optimización de los recursos técnicos, económicos, físicos y humanos de las organizaciones

## **6 Marco metodológico**

### **6.1 Recolección de la información**

#### **6.1.1 Tipo de investigación**

La investigación será desarrollada desde un paradigma de tipo Mixto teniendo en cuenta que serán usados datos cualitativos y cuantitativos para el análisis de la situación, la problemática latente en la población habitada en esta localidad que es una de las más grandes de la ciudad de Bogotá, el tipo de investigación será histórica aplicando una serie de situaciones las cuales pueden generar un desarrollo positivo o negativo en el problema planteado inicialmente.

Segmentando los datos poblacionales se quiere mostrar que impacto genera la ampliación de servicios de urgencias en la población objeto la cual se vería beneficiada con la avanzada que se quiere realizar.

#### **6.1.2 Fuentes de obtención de la información**

##### **6.1.2.1 Fuentes primarias**

- DANE
- Secretaría de Salud del Distrito
- Entidades de Servicios de Salud Zona Sur Occidente

##### **6.1.2.2 Fuentes secundarias**

- Las fuentes secundarias tenidas en cuenta son libros de texto, libros electrónicos, páinas WEB de entidades relacionadas con el tema de estudio.

### **6.1.3 Metodología**

Para el desarrollo del objetivo No 1 “Determinar los portafolios de servicios con mayor demanda en la zona a analizar”. Se evaluará los portafolios de servicios ofertados en la población objeto, con el fin de mitigar las necesidades en la prestación de servicios de salud. Se plantea una Matriz DOFA en la cual se delimitan los Pro y contras posibles del desarrollo de la investigación.

Para el desarrollo del objetivo No 2 “Conocer los beneficios de las ampliaciones o creaciones de nuevas USS”. Se establece el nivel de crecimiento nominal de la población, en el cual se tenga en cuenta la oferta- demanda de los servicios prestados en la zona sur occidente.

Para el desarrollo del objetivo No 3 “Establecer beneficios poblacionales en una atención humanizada y segura”. Se tendrá en cuenta los planes de acción y portafolios de servicios que solvente las necesidades de la población de la Zona.

### **6.1.4 Información recopilada**

#### **6.1.5.1. Distribución Poblacional**

Se reconoce en la distribución poblacional que comprende la Zona Sur occidente como la segunda en número de habitantes, en las cuales de lleva ofertando en el portafolio los servicios brindados por la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Occidente de Kennedy a esta población. La composición por edades de la Subred Suroccidente se presenta a continuación:

#### **Tabla 1**

*Proyección población Subred Sur*

<b>Población</b>	<b>Bosa</b>	<b>Fontibón</b>	<b>Kennedy</b>	<b>Puente Aranda</b>	<b>Total</b>
					40
<b>Menores de 1 año</b>	12.265	5.637	18.605	3.384	39.891
<b>Entre 1 y 17 años</b>	208.834	96.644	298.066	59.047	662.591
<b>Menores de 18 años</b>	221.099	102.282	316.670	62.430	702.482
<b>Mayores de 5 años</b>	610.624	367.750	1.021.649	252.110	225.213
<b>Mujeres de 14 años</b>	5.862	2.901	8.465	1.761	18.989
<b>Entre 18 y 19 años</b>	23.407	12.278	36.416	8.520	80.620
<b>Mayores de 18 años</b>	451.688	293.437	795.711	206.352	1.747.188
<b>Mayores de 45 años</b>	158.530	116.796	310.712	89.976	676.014
<b>Mujeres de 14 a 45 años</b>	172.686	103.783	280.554	65.444	622.466
<b>Mujeres de 14 a 59 años</b>	228.748	143.422	386.561	91.228	849.960
<b>Población total</b>	672.787	395.719	1.112.381	268.783	2.449.670

**Occidente 2018.**

Se tiene como población objetivo para la prestación de los servicios, esta abarca a la Subred Sur-occidente, teniendo en cuenta que no existe ninguna limitación de edad o género para el desarrollo de estos servicios, el total de la población de las localidades de influencia de la zona a evaluar es de **2.449.670**



### 6.1.5 Red Distrital de Urgencias

En el desarrollo del Modelo atención en servicios de salud que se encuentra implementado actualmente constituye como principal puerta de entrada los CAPS para atender la consulta prioritaria tanto general y especializada para la atención frente a las necesidades de la población. Con estas unidades se atenderán las acciones incluidas en el componente primario, al requerirse atención de baja, mediana o alta complejidad, el equipo gestionará la atención ambulatoria especializada y supra especializada en los CAPS, o referirá a los pacientes a las centrales de urgencias y Unidades Médicas Hospitalarias Especializadas, según necesidad.



Ilustración 3-1 Nuevo modelo de atención para el Distrito capital; fuente: Secretaría Distrital de Salud

Se determina en el nuevo modelo de salud la articulación de la red que permita dar resolutivez a cualquier situación requerida por la población, por lo que se hace necesario

implementar redes prioritarias y especiales que obedezcan a la necesidad de garantizar en la población de un territorio dado, los servicios considerados vitales o que requieren el apoyo directo de las instituciones del Estado, por su trascendencia en la recuperación de la salud y que independientemente de su rentabilidad, deben prestarse para obtener una mejor calidad de vida de la población y mitigar el impacto negativo en la situación de salud de su población a cargo. Dentro de estas redes tenemos la Red Distrital de Urgencias.

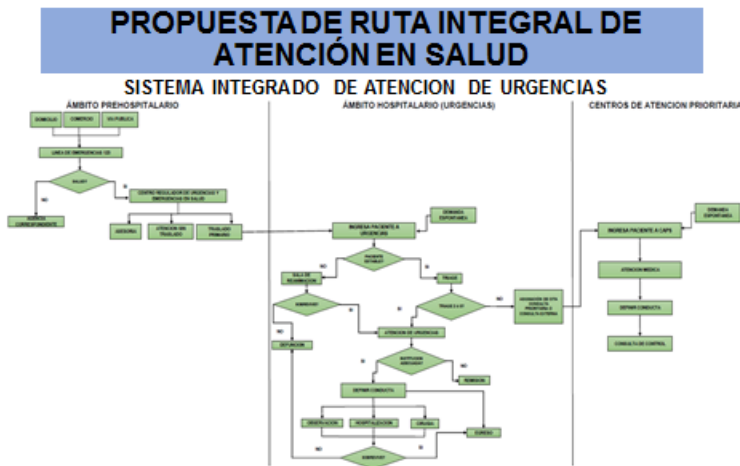


Ilustración 4-2 Ruta integral de salud; fuente: Mesa técnica dirección de urgencias y emergencias en salud

La propuesta de ruta integrada de atención en salud de urgencias permite articular tres ámbitos, el pre-hospitalario (con acciones de asesoría, atención sin traslado y traslado primario), el hospitalario (urgencias vitales o triage 2 o 3) y los Centros de Atención Prioritaria con enfoque en atención que brinde mayor agilidad y oportunidad. (triage 4 o 5).

Este se establece según la necesidad presente en el Distrito la organización de las Unidades y sus servicios para la operación de la Ruta integrada de atención en salud de urgencias, se hace necesario que cada Subred realice la reorganización de su Red, de las Unidades de servicios de salud que la conforman y el portafolio de servicios a ofertar así como la gestión para el desarrollo de estrategias para la modernización de la infraestructura física y tecnológica que permita organizar la red de servicios en coherencia con el Modelo de Salud y las Rutas Integradas de Servicios de Salud.

En la Subred Sur occidente la cual es la que hace parte del tema en la cual se evaluará la propuesta de proyecto de inversión se encuentra para el despliegue en el ámbito hospitalario la reorganización de sistema integrado de atención de urgencias en una Central de Urgencias-Unidad de Trauma tipo 1 en la Unidad Médica hospitalaria Especializada Occidente de Kennedy, que fortalecerá la atención de urgencias 24/7 en medicina de alta complejidad con servicios de apoyo complementarios con tecnología de punta.

A través de este proyecto se fortalecerá la prestación de los servicios en el Hospital Occidente de Kennedy, por medio de los programas “Atención Integral y Eficiente en Salud” y “Modernización de la Infraestructura Física y Tecnológica en Salud” definidos en el Plan Territorial Distrital, donde se realizará acciones para la construcción, reordenamiento, reforzamiento y ampliación de la infraestructura hospitalaria, así como adquisición de dotación de alta tecnología, que permita brindar atención en salud con accesibilidad, oportunidad y seguridad, en servicios ambulatorios, urgencias, trauma y de alto costo, que faciliten el despliegue del Modelo de Salud,

gestionado bajo un nuevo modelo de prestación de servicios, teniendo en cuenta la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud en el cual se ofrecen y garantizan integralmente y articulado los servicios del POS y del PIC, activando las rutas integrales de atención de alta complejidad.

## 6.2 Análisis de la información

Comentado [MAUT1]: El numeral 6.2 aparece dos veces

### Población Afectada

La población que demanda los servicios de la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, está enmarcada dentro de la población total del Distrito Capital, la cual según la proyección poblacional para el año 2017-2020 realizada por el DANE, se estima en el año 2017 una población total para Bogotá de 8.088.154 habitantes y se proyecta hasta 2020 con una tasa de crecimiento del 1.32% anual, la cual está basada en el censo realizado para la vigencia 2005.

*Tabla 2. Proyección poblacional por localidad. Bogotá D.C. 2018-2020*

	2018	2019	2020
<b>Total</b>	8.194.919	8.303.094	8.412.692
<b>0-4</b>	627.435	635.717	644.108
<b>5-9</b>	622.184	630.397	638.718
<b>10-14</b>	629.346	637.654	646.071
<b>15-19</b>	668.255	677.076	686.014
<b>20-24</b>	696.842	706.040	715.360
<b>25-29</b>	661.138	669.865	678.707

<b>30-34</b>	684.271	693.304	702.455
<b>35-39</b>	639.447	647.888	656.440
<b>40-44</b>	557.864	565.228	572.689
<b>45-49</b>	537.575	544.671	551.861
<b>50-54</b>	509.352	516.076	522.888
<b>55-59</b>	422.378	427.954	433.603
<b>60-64</b>	322.361	326.616	330.927
<b>65-69</b>	239.434	242.594	245.796
<b>70-74</b>	165.037	167.215	169.422
<b>75-79</b>	107.555	108.975	110.413
<b>80 Y MÁS</b>	104.445	105.824	107.220

Fuente: Proyecciones SDS - DANE 2005 – 2017

El Distrito Capital cuenta con aproximadamente unas doce mil trescientas (12.300) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud entre públicas y privadas, según la base de datos de la Secretaría Distrital de Salud (SDS), siendo la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Occidente de Kennedy, una de las instituciones que presta servicios de alta complejidad con que cuenta la Subred Suroccidente; su población objetivo la constituye las habitantes tanto de la localidad como de otras redes de salud del Distrito.

De acuerdo a lo anterior, la Unidad Prestadora de Servicios de Salud debe canalizar todos sus esfuerzos en la prestación de servicios especializados de alta complejidad, tanto a nivel Distrital, como también a nivel departamental Cundinamarca,

Boyacá, territorios especiales y en ocasiones en servicios como radiología intervencionista, terapia endovascular, cirugía de epilepsia a población del resto del país.

Se reconoce en la distribución poblacional a la Subred Suroccidente como la segunda en número de habitantes, ofertando en el portafolio los servicios brindados por la Unidad Prestadora de Servicios de Salud Occidente de Kennedy a esta población. La composición por edades de la Subred Suroccidente se presenta a continuación:

**Tabla 3 Proyección población Subred Sur – Occidente 2018.**

<b>Población</b>	<b>Bosa</b>	<b>Fontibón</b>	<b>Kennedy</b>	<b>Puente Aranda</b>	<b>Total</b>
<b>Menores de 1 año</b>	12.265	5.637	18.605	3.384	39.891
<b>Entre 1 y 17 años</b>	208.834	96.644	298.066	59.047	662.591
<b>Menores de 18 años</b>	221.099	102.282	316.670	62.430	702.482
<b>Mayores de 5 años</b>	610.624	367.750	1.021.649	252.110	225.213
<b>Mujeres de 14 años</b>	5.862	2.901	8.465	1.761	18.989
<b>Entre 18 y 19 años</b>	23.407	12.278	36.416	8.520	80.620
<b>Mayores de 18 años</b>	451.688	293.437	795.711	206.352	1.747.188
<b>Mayores de 45 años</b>	158.530	116.796	310.712	89.976	676.014
<b>Mujeres de 14 a 45 años</b>	172.686	103.783	280.554	65.444	622.466
<b>Mueres de 14 a 59 años</b>	228.748	143.422	386.561	91.228	849.960
<b>Población total</b>	672.787	395.719	1.112.381	268.783	2.449.670

**Fuente: Proyecciones SDS - DANE 2005 – 2018**

Se tiene como población objetivo para la prestación de los servicios, la población que cubre la Subred Sur-occidente, teniendo en cuenta que no existe ninguna limitación

de edad o género para el desarrollo de estos servicios, el total de la población de las localidades de influencia de la Subred es de 2.449.670

#### Potencial

Para el cálculo de esta población se tuvo en cuenta la distribución por régimen de afiliación, suministrada por la Dirección de Análisis de Entidades Públicas Distritales del Sector Salud, con los siguientes porcentajes:

Tabla 4. Comportamiento de la afiliación al SGSSS. Sub Red Integral Sur Occidente

RÉGIMEN	SGSSS X				PUENTE
	BOSA	FONTIBÓN	KENNEDY	ARANDA	
<b>Contributivo</b>	75,0%	89,4%	83,4%	88,0%	
<b>Excepción</b>	1,8%	3,6%	3,3%	2,6%	
<b>Subsidiado</b>	22,4%	6,6%	12,6%	8,7%	
<b>No Afiliado</b>	0,8%	0,4%	0,8%	0,7%	
<b>TOTAL</b>	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Mercadeo Sub Red Integral Sur Occidente

Teniendo en cuenta los indicadores poblacionales con los que se cuenta actualmente en la zona a analizar, se ve la necesidad de evitar la congestión y mitigar los factores de riesgos presentes en la situación actual en la atención en servicios de salud, por la cual se ve la necesidad por el estudio de morbilidad presente en la zona y la complejidad que se mantiene en las unidades de atención por parte de la entidad se propone una ampliación y un reforzamiento en la infraestructura actual, con el fin de

abarcando la mayor cantidad de pacientes con servicios, humanizados, seguros y socialmente responsables para de esta manera poder brindar un servicio de salud de con estándares calidad y seguridad, partiendo de esta necesidad se idealiza la central de urgencias más grande del distrito la cual puede abarcar la población con vulnerabilidad de la zona sur occidente.

### **6.3 Propuesta(s) de solución**

#### **6.3.1 Alternativa de solución**

Para el desarrollo del trabajo la entidad presenta unas alternativas para poder abarcar la solución al problema en la cual se tienen en cuenta unas series de etapas en las que se realizara el desarrollo de completar con el fin de cumplir las necesidades establecidas en la formulación del proyecto inicial.

#### **6.3.2 Descripción de las alternativas de solución**

Según los PMA (Programa Médico Arquitectónico), se ve la necesidad de realizar ampliación en los servicios de urgencias en los que se desea abarcar una población alta de adulto y pediátrico, según diagnóstico se remite a la especialidad requerida por el paciente que lo requiera.

Adicional a esto y teniendo en cuenta el modelo de atención distrital en salud una población materno perinatal, para esta se realizara la ampliación en los servicios de Gineco Obstetricia y maternidad junto con un piso exclusivo para la atención de Recien Nacidos, en los que se contempla tener los espacios para pacientes básicos y críticos para dicha población neonatal.



Para el desarrollo se tiene en cuenta el realizar una edificación nueva de cuatro niveles en los que se crearan los servicios y áreas descritas anteriormente y las siguientes actividades a ejecutar:

1. Mejoramiento de las condiciones de prestación de servicios del Hospital Occidente de Kennedy por medio de la inversión en infraestructura y dotación de las diferentes áreas.
2. Mejoramiento de las condiciones del servicio con la adquisición de un predio alterno para la construcción de una edificación, realizar el reforzamiento estructural y reordenamiento físico arquitectónico de la edificación existente

La alternativa seleccionada como la más favorable es la 1: Realizar el reforzamiento, reordenamiento y ampliación de las instalaciones físico-arquitectónico, de la Unidad Prestadora de Salud Occidente de Kennedy, para la reducción de la vulnerabilidad sísmica y mejoramiento de las condiciones de calidad de las instalaciones para la prestación de servicios de salud.

Esta alternativa presenta los siguientes beneficios:

- Garantizar la continuidad en la prestación de los servicios de salud en condiciones de calidad, seguridad, oportunidad, integralidad y accesibilidad, en la prestación de servicios de salud, en las localidades de Bosa, Puente Aranda, Kennedy y Fontibón.
- Ampliar la oferta de servicios hospitalarios y la atención de urgencias en la Subred Sur Occidente.
- La totalidad de los servicios ofertados en la USS cumplirá con la normatividad vigente en salud.

- Se amplía la oferta de la Subred con infraestructura dotada y dispuesta para la prestación de servicios.
- Se descongestionan los diferentes servicios de las demás USS de la Subred.

Considerando las deficiencias en los espacios y condiciones físicas, bajo las que el Hospital Occidente de Kennedy presta sus servicios a los usuarios de la red suroccidente, en el año 2011 inició el proyecto de reforzamiento y ampliación de sus instalaciones, de tal modo que se mejoren las condiciones arquitectónicas y estructurales de las edificaciones en las que se brindan los servicios a los usuarios, para garantizar mayores y mejores espacios para los servicios que sean requeridos.

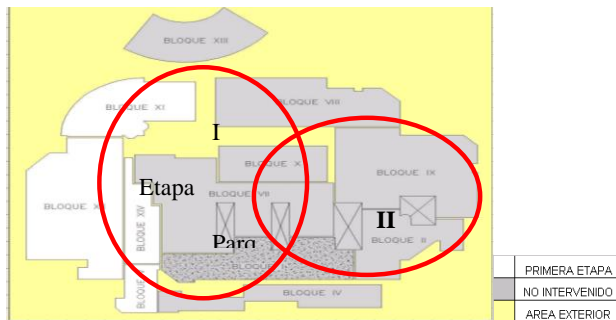
Por lo anterior, la solución que se plantea para mejorar las condiciones a nivel de infraestructura se llevará a cabo en tres etapas:

### 6.3.3 Fases del Proyecto

Este proyecto se programó en tres (3) etapas de desarrollo teniendo en cuenta la asignación de recursos para la financiación del proyecto:

*Ilustración 1. Mapa de etapas.*

*Fuente: Arquitectura Entidad a analizar*



Etapa I. A la fecha se trabaja en el desarrollo de la primera etapa de ejecución del proyecto, la cual consiste en la ampliación de la edificación a través de la construcción de los edificios XI y XII y el reforzamiento del bloque V y la reposición del bloque XIV

Nota: Construcción nueva dos (2) sótanos y cuatro (4) pisos. (Bloques XI y XII.  
Reforzamiento Bloque V y reposición Bloque XIV.

Etapa II. Comprende el reordenamiento y reforzamiento de la totalidad de la infraestructura construida actualmente. (Bloques I, II, IV, VII, VIII, IX y X).

Etapa III. Comprende la construcción del edificio denominado Bloque XIII. Es importante tener en cuenta que en este bloque se encuentra proyectada una torre administrativa que no estaría en línea con el nuevo Modelo de Salud por presentar integración de áreas administrativas con asistenciales. Por lo anterior esta etapa debe ser evaluada frente a la pertinencia en el marco del Modelo y la necesidad de ampliación de servicios de la Subred.

En cada una de las etapas se encuentra proyectado y se adelantará la adquisición de dotación biomédica de control.

#### Proyección de ejecución de las etapas

La ejecución de la Etapa I de construcción a partir de Nivel 0.0 se estima tiene un tiempo de duración de un año y medio contado a partir de la reactivación del proceso constructivo y terminación de actividades para la estabilidad de la estructura.

#### Descripción Proyecto Uss Kennedy – Torre De Urgencias- Etapa 1

El proyecto en contempla la elaboración de los diseños de la Etapa I, conforme a lo citado en la Resolución 2053 del 31 de julio de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Conforme al presupuesto aprobado y viabilizado se realiza la etapa de construcción de la Torre de urgencias con actividades como:

Reforzamiento Sótano

Cimentaciones

Estructura Metálica (Pisos 1 A 4)

Mampostería

Tuberías Para Instalaciones

Asimismo, se proyecta la continuación de las obras contingenciales para el desarrollo del proyecto, lo cual incluye la intervención a la Unidad de Servicios de Salud 29 para el traslado de algunos servicios ambulatorios permitiendo su operación como Centro de Atención Prioritaria en Salud CAPS.

#### Dotación, Mobiliario Y Tics:

Para la operación de los servicios contemplados en la alternativa, se identifica la necesidad de 1.530 equipos, 470 correspondientes a mobiliario y 175 de TICS cuyas fichas técnicas se anexan al presente documento.

La Etapa II, se proyecta con una duración de tres años posterior al cierre de la Etapa I, incluyendo plan de contingencia y desarrollo del proyecto de reforzamiento del CAPS 29, en esta se tendrá en cuenta la prestación de un servicio ambulatorio en la misma zona la cual su ayuda descongestiona y brindar una atención segura, de la misma manera al ser colindante puede ser un punto de diagnóstico inicial para después generar algún tipo de traslado si este es requerido.

## **7 Impactos esperados/generados**

Teniendo en cuenta las posibles soluciones que se evidenciaron en las etapas del proyecto las causas y efectos del mismo que se pueden presentar pueden ser de dos tipos directa e indirectas, y se presentan de la siguiente manera:

### **7.1 Causas Directas**

- Vulnerabilidad Sísmica de la edificación
- Espacio físico insuficiente para la atención de diferentes patologías, generando barreras de acceso derivadas de la zonificación de servicios actual del hospital.
- Insuficientes programas de servicio de diagnóstico y tratamiento integral
- Deterioro en la dotación biomédica para la correcta atención de usuarios.

#### Causas Indirectas

- Deterioro en las redes sanitarias, eléctricas, gases medicinales, hídrica, red de incendios y ventilación.

### **7.2 Efectos Directos**

- Mayor vulnerabilidad ante posibles eventos adversos con la edificación del Hospital.
- Mayores tiempos para la asignación de citas y tratamientos de patologías especiales de los usuarios de la red.

#### Efectos Indirectos

- Incremento en el riesgo sísmico de la edificación
- Disminución de la confianza de los pacientes potenciales sobre la prestación de servicios de salud
- Mayores efectos adversos en la atención de pacientes al presentar inconvenientes con el equipo biomédico y tecnológico utilizado en los servicios.

## 8 Análisis financiero

*Tabla 1 Analisis financiero Subred Sur – Occidente proyección 2022.*

PROYECTO	Actividad	Año	Valor Actualizado proyecto 2022
EJECUTADO	ETAPA DE PREINVERSIÓN	Estudios y diseños iniciales	2022 \$1.117.842.237
EJECUTADO	ETAPA DE INVERSIÓN	TOTAL CONTRATO	2023-2024 \$4.609.163.353
		TOTAL CONTRATO (Interventoría)	2023-2024 \$2.137.447.650
		TOTAL CONTRATO	2022 \$2.239.739.392
		TOTAL CONTRATO Interventoría	2022 \$179.513.544
		TOTAL (Actualización a estudios y diseños)	2022 \$600.000.000
PLAN DE CONTINGENCIA	I	CONTINGENCIA	2020 \$885.000.000
		CONTINGENCIA ETAPA I-Ampliación de Urgencias	2022 \$600.000.000

		CONTINGENCIA	2022	\$3.037.859.409
		OBRA ETAPA I		
		TERMINACIÓN	2022	\$2.600.838.316
		CONTINGENCIA OBRA ETAPA I		
<b>POR</b>	ETAPA	TERMINACIÓN	2024	\$28.783.614
<b>EJECUTAR</b>	DE INVERSIÓN	CONTINGENCIA OBRA ETAPA I		
		(Ajuste de estudios y diseños a nuevo Modelo)	2223	\$1.700.000.000
		TERMINACIÓN	2023	\$30.033.285.39
		OBRA ETAPA I	9	
		INTERVENTORIA	2022	\$3.266.714.601
		DE TERMINACIÓN OBRA ETAPA I		
		Plan de Regulaización y Manejo	2021	\$400.000.000
		DOTACION	2022	\$1.452.612.406
		DOTACIÓN I-	2022	\$6.000.000.000
		RESONADOR		
		Obra Etapa II	2022	\$19.065.459.82
			4	
		Interventoría II	2022	\$1.067.665.750
		Obra Etapa III	2023	\$8.540.358.069
		Interventoría III	2024	\$740.672.113
		DOTACIÓN II	2025	\$3.000.000.000
		DOTACIÓN III	2022	\$1.132.050.041



	CONTINGENCIA	2022	\$1.000.000.000
II			
	CONTINGENCIA	2024	\$1.000.000.000
III			
<b>TOTAL</b>			\$96.435.005.71
		8	

Valor total del proyecto para sus tres etapas es de: noventa y seis mil cuatrocientos treinta y cinco millones, cinco mil setecientos dieciocho pesos (\$96.435.005.718) con fuente de financiación de recursos por el Ente Territorial

En la vigencia 2020 se contempla el pago del Plan de Regularización y manejo, así como de la licencia de construcción.

**Tabla 2 Analisis financiero valor final proyección**

<b>VALOR PROYECTO 2022</b>	
<b>Plan de regularización y manejo</b>	\$ 400.000.000
<b>Valor total proyecto</b>	\$ 96.435.005.718

## 8.1. Demanda Proyectada

### Proyección 2018-2038

La proyección 2018-2038 se realiza de manera independiente para el Centro de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) Kennedy y para la Unidad Médica Hospitalaria Especializada (UMHE) Occidente de Kennedy, teniendo en cuenta el portafolio tipología 3 para el CAPS y el portafolio 4 de la UMHE; la población potencial es semejante en las dos Unidades de Servicios.

- Consulta externa de la USS Occidente de Kennedy

Para la proyección de la oferta - demanda para los años 2018 – 2038 para la consulta externa de la USS Occidente de Kennedy, se mantuvo la oferta obtenida para el año 2016, como oferta teórica para el periodo analizado.

#### **8.1.1. Demanda Proyectada**

La demanda teórica proyectada corresponde a la población potencial multiplicada por la frecuencia de uso 2016. El cuadro a continuación, muestra la demanda proyectada desde el año 2018 hasta el año 2038 por quinquenios, en el archivo anexo se encuentra año a año.

➤ UMHE

Urgencias 2018 a 2038

SERVICIO	DEMANDA TEORICA 2018	DEMANDA TEORICA 2023	DEMANDA TEORICA 2028	DEMANDA TEORICA 2033	DEMANDA TEORICA 2038
Anestesia	2.699	2.882	3.077	3.286	3.508
Cardiología Adulto	495	529	565	603	644
Cirugía General	9.189	9.811	10.476	11.186	11.944
Cirugía Maxilofacial	416	444	474	506	541
Cirugía Plástica Y Estética	3.607	3.852	4.113	4.392	4.689
Cirugía Vasculat	439	469	500	534	570
Dermatología Adulto	284	303	324	346	369
Dolor Y Cuidados Paliativos					
Fisiatría	1.347	1.438	1.535	1.639	1.751
Gastroenterología Adulto	1.004	1.072	1.144	1.222	1.304
Ginecoobstetricia	34.653	37.002	39.509	42.186	45.045
Hematología Adulto	78	84	89	95	102
Infectología Adulto	804	859	917	979	1.046
Medicina General	182.484	194.850	208.055	222.154	237.208
Medicina Interna	16.257	17.359	18.535	19.791	21.132
Nefrología Adulto	560	598	638	682	728
Neumología Adulto	343	366	391	417	446
Neurocirugía	1.124	1.200	1.282	1.368	1.461
Neurología Adulto	3.294	3.517	3.756	4.010	4.282
Nutrición Y Dietética	3.104	3.314	3.539	3.778	4.034
Oftalmología	2.033	2.171	2.318	2.475	2.643
Oncología Clínica	1.769	1.889	2.017	2.154	2.300
Ortopedia Adulto	8.979	9.587	10.237	10.931	11.671
Otorrinolaringología	859	918	980	1.046	1.117
Psicología	6.285	6.711	7.166	7.651	8.170
Psiquiatría	11.240	12.002	12.815	13.684	14.611
Trabajo Social	4.937	5.271	5.628	6.010	6.417
Urología	1.937	2.068	2.208	2.358	2.517
VH					
URGENCIAS	300.221	320.566	342.289	365.484	390.252

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de

Desarrollo Institucional

La demanda proyectada a 2038 registra una variación frente al 2017 del 30%, siendo notable en la especialidad de ortopedia, cirugía general, Neurocirugía y en especialidades médicas como Medicina Interna, Neurología y Psiquiatría.

#### Observación de Urgencias 2018 a 2038

SERVICIO	DEMANDA TEORICA 2018	DEMANDA TEORICA 2023	DEMANDA TEORICA 2028	DEMANDA TEORICA 2033	DEMANDA TEORICA 2038
OBSERVACION URGNECIAS	37.317	39.846	42.547	45.430	48.508

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

La necesidad de camillas de observación para dar cobertura a la demanda proyectada es evidente siendo necesaria la estructuración de la central de urgencias en la UMHE con capacidad adecuada para dar cobertura a la necesidad de la población de la Subred en este servicio.

#### Hospitalización 2018 a 2038

SERVICIO	DEMANDA TEORICA 2018	DEMANDA TEORICA 2023	DEMANDA TEORICA 2028	DEMANDA TEORICA 2033	DEMANDA TEORICA 2038
Cuidado Intensivo Adulto	1.664	1.777	1.897	2.026	2.163
Cuidado Intensivo Neonatal	1.521	1.624	1.735	1.852	1.978
Cuidado Intermedio Adulto	2.387	2.549	2.722	2.906	3.103
Cuidado Intermedio Neonatal	3.454	3.688	3.938	4.205	4.489
Ginecología	2.684	2.865	3.060	3.267	3.488
Medicina Interna	15.248	16.281	17.385	18.563	19.821
Obstetricia	11.124	11.878	12.683	13.543	14.460
Quirurgico	11.054	11.804	12.603	13.457	14.369
Unidad de cuidado basico	5.548	5.924	6.326	6.755	7.212
<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>54685</b>	<b>58391</b>	<b>62348</b>	<b>66573</b>	<b>71084</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

En los servicios de Hospitalización presenta una mayor demanda para Medicina Interna, quirúrgicos y obstetricia, es de anotar que la necesidad de camas de UCI intensivo e intermedio son una necesidad evidente en la Subred.

#### PARTOS Y CESÁREAS 2018-2038

SERVICIO	DEMANDA TEORICA 2018	DEMANDA TEORICA 2023	DEMANDA TEORICA 2028	DEMANDA TEORICA 2033	DEMANDA TEORICA 2038
Cesareas (Ginecobstetra)	2.702	2.885	3.081	3.289	3.512
Legrados	6.289	6.715	7.170	7.656	8.174
Partos	12.069	12.887	13.761	14.693	15.689
<b>PARTOS CESAREAS</b>	<b>21.060</b>	<b>22.487</b>	<b>24.011</b>	<b>25.638</b>	<b>27.376</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

La demanda proyectada para el servicio de partos legrados y cesáreas se centra en la atención de parto con una relación frente a cesáreas de 60/40 dado por la atención de alto riesgo, convirtiéndose en una oportunidad de mejora en la Subred para el fortalecimiento de la alta dependencia obstétrica en la UMHE Occidente de Kennedy.

## CIRUGIA 2018-2038

SERVICIO	DEMANDA TEORICA 2018	DEMANDA TEORICA 2023	DEMANDA TEORICA 2028	DEMANDA TEORICA 2033	DEMANDA TEORICA 2038
Cirugia Cardiovascular	190	203	217	232	248
Cirugia De Cabeza Y Cuello	39	41	44	47	50
Cirugia De Columna	49	52	56	59	63
Cirugia De La Mano	160	171	182	194	208
Cirugia de Mama y Tumores Tejidos Blandos					
Cirugia De Torax	569	607	648	692	739
Cirugia Dermatologica	1.023	1.092	1.166	1.245	1.329
Cirugia Gastrointestinal	2.233	2.385	2.546	2.719	2.903
Cirugia General	9.662	10.317	11.016	11.762	12.559
Cirugia Ginecologica	6.709	7.163	7.649	8.167	8.721
Cirugia Maxilofacial	1.722	1.839	1.964	2.097	2.239
Cirugia Neurologica	840	896	957	1.022	1.091
Cirugia Oftalmologica	2.741	2.927	3.125	3.337	3.563
Cirugia Oncologica	494	527	563	601	642
Cirugia Oral	198	211	225	241	257
Cirugia Ortopedica	7.767	8.293	8.855	9.455	10.096
Cirugia Otorrinolaringologia	1.540	1.644	1.756	1.875	2.002
Cirugia Plastica Y Estetica	4.868	5.198	5.550	5.926	6.328
Cirugia Urologica	1.493	1.594	1.702	1.818	1.941
Cirugia Vasculuar Y Angiologica	1.267	1.353	1.445	1.542	1.647
<b>CIRUGIA</b>	<b>43365</b>	<b>46304</b>	<b>49442</b>	<b>52792</b>	<b>56370</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

Los servicios quirúrgicos con mayor demanda a 2038 son Cirugía General, Ortopédica, Cirugía plástica reconstructiva, oftalmológica es de anotar que la demanda de los servicios

quirúrgicos por eventos traumáticos en la Subred es alta situación que se concentra en cirugía general y ortopedia.

#### ***8.1.2. Análisis oferta demanda – Déficit/superávit***

En el cuadro a continuación se presenta el déficit y/o superávit por cada servicio

➤ UMHE

Urgencias 2018 a 2038

SERVICIO	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2018	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2023	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2028	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2033	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2038
Anestesia	(972)	(1.155)	(1.350)	(1.559)	(1.781)
Cardiología Adulto	(414)	(447)	(483)	(521)	(562)
Cirugía General	(3.527)	(4.150)	(4.814)	(5.524)	(6.282)
Cirugía Maxilofacial	(416)	(444)	(474)	(506)	(541)
Cirugía Plástica Y Estética	(3.312)	(3.557)	(3.818)	(4.096)	(4.394)
Cirugía Vasculár	(182)	(212)	(244)	(277)	(314)
Dermatología Adulto	(210)	(229)	(250)	(272)	(295)
Dolor Y Cuidados Paliativos					
Fisiatría	(1.347)	(1.438)	(1.535)	(1.639)	(1.751)
Gastroenterología Adulto	(713)	(781)	(854)	(931)	(1.014)
Ginecoobstetricia	6.219	3.870	1.363	(1.314)	(4.173)
Hematología Adulto	116	111	105	99	93
Infectología Adulto	(468)	(523)	(581)	(643)	(710)
Medicina General	119.416	107.050	93.846	79.747	64.693
Medicina Interna	(8.574)	(9.676)	(10.852)	(12.108)	(13.450)
Nefrología Adulto	(202)	(240)	(281)	(324)	(370)
Neumología Adulto	(240)	(263)	(288)	(314)	(342)
Neurocirugía	(270)	(346)	(427)	(514)	(607)
Neurología Adulto	(1.593)	(1.816)	(2.054)	(2.309)	(2.580)
Nutrición Y Dietética	(2.801)	(3.012)	(3.236)	(3.476)	(3.732)
Oftalmología	(1.510)	(1.648)	(1.795)	(1.952)	(2.120)
Oncología Clínica	(1.769)	(1.889)	(2.017)	(2.154)	(1.832)
Ortopedia Adulto	(3.929)	(4.538)	(5.187)	(5.881)	(6.622)
Otorrinolaringología	(699)	(757)	(819)	(885)	(956)
Psicología	(6.285)	(6.711)	(7.166)	(7.651)	(8.170)
Psiquiatría	(8.980)	(9.741)	(10.555)	(11.423)	(12.350)
Trabajo Social	(4.041)	(4.376)	(4.733)	(5.114)	(5.522)
Urología	(1.272)	(1.403)	(1.543)	(1.693)	(1.853)
VH					
URGENCIAS	72.025	51.680	29.957	6.762	(17.538)

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de

Desarrollo Institucional



## Observación de Urgencias 2018 a 2038

SERVICIO	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2018	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2023	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2028	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2033	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2038
OBSERVACION URGNECIAS	8.537	6.008	3.308	425	(2.654)

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

La necesidad de camillas de observación para dar cobertura a la demanda proyectada es evidente siendo necesaria la estructuración de la central de urgencias en la UMHE con capacidad adecuada para dar cobertura a la necesidad de la población de la Subred en este servicio.

## Hospitalización 2018 a 2038

SERVICIO	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2018	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2023	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2028	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2033	DEFICIT O SUPERÁVIT A 2038
Cuidado Intensivo Adulto	(753)	(866)	(986)	(1.115)	(1.252)
Cuidado Intensivo Neonatal	(1.111)	(1.214)	(1.324)	(1.442)	(1.567)
Cuidado Intermedio Adulto	(1.312)	(1.474)	(1.647)	(1.831)	(2.028)
Cuidado Intermedio Neonatal	(2.562)	(2.796)	(3.046)	(3.313)	(3.598)
Ginecología	(348)	(530)	(724)	(932)	(1.153)
Medicina Interna	(9.871)	(10.904)	(12.007)	(13.185)	(14.443)
Obstetricia	(2.164)	(2.918)	(3.723)	(4.582)	(5.500)
Quirurgico	(5.135)	(5.884)	(6.684)	(7.538)	(8.450)
Unidad de cuidado basico	(4.862)	(5.238)	(5.640)	(6.068)	(6.526)
<b>HOSPITALIZACION</b>	<b>-28118</b>	<b>-31824</b>	<b>-35781</b>	<b>-40006</b>	<b>-44517</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

## Partos y Cesáreas 2018 a 2038

SERVICIO	DEFICIT O SUPERÁVITA 2018	DEFICIT O SUPERÁVITA 2023	DEFICIT O SUPERÁVITA 2028	DEFICIT O SUPERÁVITA 2033	DEFICIT O SUPERÁVITA 2038
Cesareas (Ginecobstetra)	332	149	(47)	(255)	(478)
Legrados	(4.870)	(5.296)	(5.751)	(6.237)	(6.755)
Partos	(6.147)	(6.965)	(7.839)	(8.771)	(9.767)
<b>PARTOS CESAREAS</b>	<b>(10.685)</b>	<b>(12.112)</b>	<b>(13.636)</b>	<b>(15.263)</b>	<b>(17.001)</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de

Desarrollo Institucional

## Cirugías 2018 a 2038

SERVICIO	DEFICIT O SUPERÁVITA 2018	DEFICIT O SUPERÁVITA 2023	DEFICIT O SUPERÁVITA 2028	DEFICIT O SUPERÁVITA 2033	DEFICIT O SUPERÁVITA 2038
<b>Cirugia Cardiovascular</b>	(190)	(203)	(217)	(232)	(248)
Cirugia De Cabeza Y Cuello	144	141	138	135	132
Cirugia De Columna	(49)	(52)	(56)	(59)	(63)
Cirugia De La Mano	(145)	(156)	(168)	(180)	(193)
Cirugia de Mama y Tumores Tejidos Blandos					
Cirugia De Torax	289	251	210	166	119
Cirugia Dermatologica	1.998	1.929	1.855	1.776	1.691
Cirugia Gastrointestinal	(2.209)	(2.361)	(2.522)	(2.695)	(2.879)
Cirugia General	(3.993)	(4.648)	(5.347)	(6.093)	(6.891)
Cirugia Ginecologica	(1.567)	(2.021)	(2.507)	(3.025)	(3.579)
Cirugia Maxilofacial	(1.306)	(1.423)	(1.547)	(1.680)	(1.823)
Cirugia Neurologica	132	76	15	(50)	(119)
Cirugia Oftalmologica	(92)	(277)	(476)	(688)	(914)
Cirugia Oncologica	208	175	139	101	60
Cirugia Oral	(198)	(211)	(225)	(241)	(257)
Cirugia Ortopedica	37	(490)	(1.052)	(1.652)	(2.292)
Cirugia Otorrinolaringologia	(80)	(184)	(295)	(414)	(542)
Cirugia Plastica Y Estetica	(4.111)	(4.441)	(4.793)	(5.169)	(5.571)
<b>Cirugia Urologica</b>	504	402	294	179	56
Cirugia Vasculat Y Angiologica	3.142	3.056	2.964	2.866	2.762
<b>CIRUGIA</b>	<b>-7288</b>	<b>-10227</b>	<b>-13365</b>	<b>-16715</b>	<b>-20293</b>

Fuente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E- Oficina Asesora de

Desarrollo Institucional

El análisis de los quinquenios 2018, 2023, 2028, 2033 y 2038 presenta el siguiente comportamiento.

#### **8.1.1.1 Consulta de Urgencias:**

Presentan superávit durante los cinco quinquenios los servicios de cirugía vascular, hematología adulta y medicina general. El servicio de ginecobstetricia presenta déficit a partir del año 2038. Los demás servicios presentan déficit durante el periodo analizado.

#### **8.1.1.2 Hospitalización:**

Se presenta déficit en todos los servicios durante los quinquenios.

#### **8.1.1.3 Observación de Urgencias:**

Se presenta déficit a partir del año 2028.

#### **8.1.1.4 Cirugía:**

Presentan superávit durante los cinco quinquenios los servicios de cirugía de la mano, cirugía de tórax, cirugía dermatológica, cirugía oncológica y cirugía vascular y angiológica. El servicio de cirugía urológica reporta déficit a partir del año 2028 y el servicio de cirugía otorrinolaringología presenta déficit a partir del año 2033. Los demás servicios presentan déficit durante el periodo analizado.

#### **8.1.1.5 Partos y Cesáreas:**

El servicio de cesáreas presenta déficit a partir del año 2028 y el servicio de legrados a partir del año 2033. El servicio de partos presenta déficit durante los cinco quinquenios.

SERVICIO	DEMANDA TEORICA 2018	DEMANDA TEORICA 2023	DEMANDA TEORICA 2028	DEMANDA TEORICA 2033	DEMANDA TEORICA 2038
Anestesia	2.699	2.882	3.077	3.286	3.508
Cardiología Adulto	495	529	565	603	644
Cirugía General	9.189	9.811	10.476	11.186	11.944
Cirugía Maxilofacial	416	444	474	506	541
Cirugía Plástica Y Estética	3.607	3.852	4.113	4.392	4.689
Cirugía Vasculat	439	469	500	534	570
Dermatología Adulto	284	303	324	346	369
Dolor Y Cuidados Paliativos					
Fisiatría	1.347	1.438	1.535	1.639	1.751
Gastroenterología Adulto	1.004	1.072	1.144	1.222	1.304
Ginecoobstetricia	34.653	37.002	39.509	42.186	45.045
Hematología Adulto	78	84	89	95	102
Infectología Adulto	804	859	917	979	1.046
Medicina General	182.484	194.850	208.055	222.154	237.208
Medicina Interna	16.257	17.359	18.535	19.791	21.132
Nefrología Adulto	560	598	638	682	728
Neumología Adulto	343	366	391	417	446
Neurocirugía	1.124	1.200	1.282	1.368	1.461
Neurología Adulto	3.294	3.517	3.756	4.010	4.282
Nutrición Y Dietética	3.104	3.314	3.539	3.778	4.034
Oftalmología	2.033	2.171	2.318	2.475	2.643
Oncología Clínica	1.769	1.889	2.017	2.154	2.300
Ortopedia Adulto	8.979	9.587	10.237	10.931	11.671
Otorrinolaringología	859	918	980	1.046	1.117
Psicología	6.285	6.711	7.166	7.651	8.170
Psiquiatría	11.240	12.002	12.815	13.684	14.611
Trabajo Social	4.937	5.271	5.628	6.010	6.417
Urología	1.937	2.068	2.208	2.358	2.517
VH					
URGENCIAS	300.221	320.566	342.289	365.484	390.252

Fuente: Proyecciones poblacionales 2005-2015- CIP- sistemas de información Subred

Suroccidente

La demanda proyectada a 2038 registra una variación frente al 2017 del 30%, siendo notable en la especialidad de ortopedia, cirugía general, Neurocirugía y en especialidades médicas como Medicina Interna, Neurología y Psiquiatría.

## **9 Conclusiones y recomendaciones**

En conclusión el año 2031 el CAPS proyectado para la zona de Kennedy será de 26 Consultorios en el servicio de Consulta Externa especializada y sub-especializada dando continuidad al fortalecimiento de centros de excelencia y servicios que deben mantener una interrelación e interdependencia con la UMHE es por esto que con la ejecución del proyecto estos servicios requerirán un aumento de capacidad instalada o de ambientes que se requieren en la prestación del servicio, así como para el cumplimiento de estándares de calidad (Acreditación) y propendiendo por la seguridad del paciente, otro aspecto a fortalecer son los programas canguro, programas especiales y clínica de heridas que incluyen actividades y procedimientos de enfermería, por el contrario estos no se calculan con el estándar de actividades de enfermería ya que su complejidad y tiempo de atención es mayor, sin embargo se tiene en cuenta adicionalmente para el cálculo de consultorios y de ambientes en la prestación.

Para la clínica del Dolor se articulan actividades y procedimientos de equipo interdisciplinario compuesto por Anestesiología, Paliativa, medicina alternativa, enfermería y terapia física ambientes que deben ser considerados en la proyección de las necesidades

### **9.1 Conclusiones generales**

- Con el proyecto se reordena los servicios diagnóstico y terapéutico de cardiología, gastroenterología, neumología, terapia Endovascular, clínica del dolor, oftalmología, centro de excelencia en epilepsia (telemetría-procedimientos) adecuando los ambientes requeridos como salas de procedimientos y sala de recuperación rápida, con este reordenamiento se traslada a la nueva torre estos servicios lo que permite liberar habitaciones de los servicios de hospitalización que en la actualidad se encuentran adecuados para estos servicios.
- Con la ampliación de la unidad y su variedad en el portafolio de servicios a ofrecer, la entidad garantiza una atención oportuna y segura , en la que pretende que la atención con estándares de calidad en seguridad y eficiencia.
- Al dar cumplimiento al modelo de atención distrital con las ampliaciones y portafolios indicados por la entidad de servicios de la salud de la zona de analisis estaría dando una atención oportuna en su ruta materno perinatal, de esta manera mitigar las inatenciones a la población que lo comprende.
- Como entidad una vez entregada la infraestructura de la primera fase de este proyecto, consolidar la habilitación para los inicios de operación en la entidad, mostrar al distrito uno de los mayores avances en la atención de salud ofertando servicios seguros, de calidad y socialmente responsables.
- Dando alcance a las necesidades que la entidad presenta tanto en infraestructura como en tecnología el aval para la propuesta de solución dada por la entidad de estudio, presenta una oportunidad de mejora a los servicios de salud distritales y en el talento humano que lo comprenda ya que se presentara una oportunidad para los profesionales en salud con

instalaciones agradables que cumplan las necesidades que se presenten por sus diferentes grupos de interés ( Usuarios, Trabajadores, Proveedores, Comunidad).

## **9.2 Recomendaciones**

En la puesta en marcha del proyecto es importante revisar detenidamente los estudios, conclusiones y recomendaciones que arrojen los estudios previos en cuanto a vulnerabilidad de las Instalaciones y su entorno.

El conocer los efectos potenciales y/o pérdidas que puedan presentarse en el contexto social y material permite que dentro de la planeación y prevención se eviten o atenúen las consecuencias de los futuros desastres, para así poder mitigar los riesgos potenciales.

Una vez se cumplan con las condiciones de habilitación para la puesta en marcha de la central de urgencias de la Zona Sur Occidente, se ve la necesidad que como entidad la subred inicie los procesos pertinentes para dar cumplimiento a los estándares de acreditación en alta calidad, de esta manera poder contar con la mayor cantidad de unidades de servicios de salud acreditadas, como ya lo son actualmente las unidades de Fontibon y Pablo VI respectivamente.

## 10 Bibliografía

Andrésa, J. M. (16 de octubre de 2004). *Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios*. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775304746187>

ARTURO, J. L. (5 de Octubre de 2018). Obtenido de • Estándares de Habilitación de acuerdo a la resolución 2003 de 2014 servicio de urgencias en la unidad de servicios de Salud la Victoria E.S.E: [https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6885/2/2018\\_verificacion\\_estandares\\_habilitacion.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/6885/2/2018_verificacion_estandares_habilitacion.pdf)

Cifuentes Morales, J. L. (abril de 2018). Oportunidad de la atención de enfermería en el servicio de urgencias de la clínica Los Rosales durante los meses de abril y mayo del 2018. Obtenido de <https://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/10571>

CUJAR, E. E. (20 de diciembre de 2011). *hospital civil e.s.e*. Obtenido de PROYECTO REFORZAMIENTO ESTRUCTURAL,: <https://www.hospitalcivilese.gov.co/site/images/contratacion/convocatorias/2014/cp001/cp0012014ESTUDIOSPREVIOS.pdf>

Guevara, p. g. (junio de 2008). *Programa de postgrado en gerencia de salud*. Obtenido de [http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/9217/1/Cando\\_Pico\\_Patricia\\_del\\_Carmen.pdf](http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/9217/1/Cando_Pico_Patricia_del_Carmen.pdf)

Hernán Baquero Rodríguez. (29 de julio de 2020). *Gobernacion del cesar*. Obtenido de <http://cesar.gov.co/d/index.php/es/menpre/menprenoti/4130-artbp-000200-2020>



Jesús M. Aranaz Andrés Rafael Martínez Nogueras, V. R. (s.f.). Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *El incremento de la demanda de asistencia en los servicios de urgencias hospitalarios justifica la reflexión sobre si ésta se acomoda a las necesidades de salud* .

Lagos, E. Y. (noviembre de 19 de 2016). *universidad de nariño*. Obtenido de <http://sired.udenar.edu.co/1051/>

Loureiroa, S. (29 de febrero de 2009). *sciencedirect*. Obtenido de HOSPITAL DE LA ZONA CENTRO DE PORTUGAL:  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135252312601105>

Marrero Koteva, S. K. (30 de diciembre de 2009). *ebuah*. Obtenido de <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/8044>

Mendieta Caballero, D. (10 de noviembre de 2018). *UAEM*. Obtenido de <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/95185>

Navas Mantilla, J. F. (2 de noviembre de 2004). *Universidad de los andes*. Obtenido de Construcción y simulación de un modelo del flujo de pacientes en un servicio de urgencias de un hospital colombiano:  
<https://repositorio.uniandes.edu.co/bitstream/handle/1992/20983/u245853.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

PANTOJA ROJAS, L. M. (1 de Abril de 2008). *scielo*. Obtenido de Análisis del proceso de urgencias y hospitalización del CAMI Diana Tubay a través de un modelo de simulación con Arena 10.0 para la distribución óptima del recurso humano:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/iei/v28n1/v28n1a16.pdf>

Parada-Vargas, L. A. (15 de diciembre de 2013). *Evaluación económica de tecnología*.

Obtenido de

[https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/263/Co\\_Eco\\_Sem2\\_2013\\_Parada\\_Taborda\\_y\\_Chicaiza.pdf?isAllowed=y&sequence=2](https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/263/Co_Eco_Sem2_2013_Parada_Taborda_y_Chicaiza.pdf?isAllowed=y&sequence=2)

Raso, S. (1 de octubre de 2003). *sciencedirect*. Obtenido de

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403304783745>

Restrepo-Zea, J. H. (22 de Marzo de 2017). Obtenido de Saturación en los servicios de urgencias: Análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v17n34/1657-7027-rgps-17-34-00130.pdf>

Rojas, N. D. (2011). *Apuntes de clase de mantenimiento*. Bogotá: ECCL.