



**PROYECTO PARA LA CREACION, ORGANIZACION Y PUESTA EN  
FUNCIONAMIENTO DE LA EMPRESA DE TRABAJO ASOCIADO  
HOSPITALIZACION EN CASA**

**JAVIER MAURICIO BAHAMON**

**OSCAR HERNAN FLORES ROCHA**

**JOSE RICARDO VIDAL OSSA**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA  
2003**

**PROYECTO PARA LA CREACION, ORGANIZACION Y PUESTA EN  
FUNCIONAMIENTO DE LA EMPRESA DE TRABAJO ASOCIADO  
HOSPITALIZACION EN CASA**

**JAVIER MAURICIO BAHAMON**

**OSCAR HERNAN FLORES ROCHA**

**JOSE RICARDO VIDAL OSSA**

**Tesis de Grado presentada como requisito para optar al título de  
Especialista en Gerencia en Servicios de Salud y Seguridad Social**

**Director**

**Dr. PEDRO REYES GASPAR**

**Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Admón. Hospitalaria**

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA  
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
NEIVA  
2003**

**Nota de Aceptación**

---

---

---

---

---

---

---

---

Firma del presidente del jurado

---

Firma del jurado

---

Firma del jurado

Neiva, Marzo de 2005

## **DEDICATORIA**

A nuestros padres y esposas, con todo el amor y admiración a quienes debemos y agradecemos cada uno de nuestros logros por su grandioso apoyo y amor incondicional.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores expresan sus agradecimientos a:

El Doctor Carlos Francisco Tovar Trujillo, Médico Especialista en Gerencia de Servicios de Salud y Administración Hospitalaria por su constante apoyo y sus excelentes orientaciones.

Al Doctor Pedro Rojas Gaspar, Director del Proyecto por impulsarnos a la realización del trabajo bajo sus incondicionales anhelos de capacitación para formar verdaderos Gerentes en Servicios de Salud.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
INTRODUCCIÓN	17
1. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO	19
1.1 METODOLOGÍA	19
1.1.1 Fuentes de información	19
1.1.2 Variables e instrumentos	20
1.1.3 Alcances del proyecto	20
2. CONSIDERACIONES BÁSICAS	21
2.1 OBJETIVO GENERAL	22
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
3. JUSTIFICACIÓN	23
4. ANTECEDENTES	25
5. MARCO TEORICO	42
6 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AREA DEL PROYECTO	47
6.1 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA CIUDAD DE NEIVA	47
6.1.1 Accesibilidad y comunicaciones	47
6.1.2 Aspectos político – administrativos	48
6.1.3 Aspectos geográficos	48
6.1.4 Aspectos demográficos	48
7. POLITICAS, NORMAS Y MARCO LEGAL	50
7.1 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD	50

	<b>Pág.</b>
7.2 MARCO LEGAL	51
8. MERCADEO Y COMERCIALIZACION	52
8.1 ANALISIS DE LA OFERTA Y LA DEMANDA	52
8.2 EFICIENCIA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD	55
9. ASPECTOS TECNICOS	57
9.1 TAMAÑO Y LOCALIZACION	57
9.2 ESPECIFICACIONES DEL TALENTO HUMANO	57
9.3 ESPECIFICACIONES DEL RECURSO FISICO	58
9.4 MATERIALES Y SUMINISTROS	58
10. ASPECTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS	62
10.1 TIPO DE EMPRESA	62
10.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	62
10.3 COSTOS DEL TALENTO HUMANO	63
10.4 COSTOS FIJOS Y COSTOS VARIABLES	64
11. INVERSIONES Y FINANCIAMIENTO	66
11.1 FINANCIAMIENTO	66
12. INGRESOS	68
13. PRESUPUESTOS	69
14. ASPECTOS TÉCNICOS DONDE SE DEMUESTRA IDONEIDAD DEL SERVICIO OFRECIDO	70
14.1 CRITERIOS GENERALES DE INGRESO AL PROGRAMA (HOSPITALIZACION EN CASA)	70

	<b>Pág.</b>
14.2 CRITERIOS GENERALES DE SALIDA DEL PROGRAMA	70
14.3 PROCESO DE ATENCION	71
15. CONCLUSIONES	74
BIBLIOGRAFIA	75
ANEXOS	79

## LISTA DE TABLAS

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Equipo necesarios	58
Tabla 2. Muebles y enseres	59
Tabla 3. Equipos de comunicación	60
Tabla 4. Equipos de computación	60
Tabla 5. Materiales y suministros	60

## LISTA DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro 1. Diez primeras causas de consulta programada año 2002	53
Cuadro 2. Diez primeras causas de mortalidad año 2002	53
Cuadro 3. Diez primeros diagnósticos quirúrgicos año 2002	54
Cuadro 4. Diez primeros diagnósticos de egreso hospitalario	54
Cuadro 5. Diez primeros diagnósticos de urgencias	55
Cuadro 6. Modelo de valoración de aportes	63
Cuadro 7. Valoración total de aportes	64
Cuadro 8. Costos fijos proyectados a 5 años	64
Cuadro 9. Costos variables proyectados a 5 años	65
Cuadro 10. Proyección de facturación correspondiente a los meses de julio a diciembre de 2001 y ahorro promedial a la E.P.S.	68
Cuadro 11. Presupuesto de ingresos y gastos	69

## LISTA DE GRAFICAS

	<b>Pág.</b>
Gráfica 1. Organigrama	62

## LISTA DE ANEXOS

	<b>Pág.</b>
Anexo A. Ley 10 de 1991	80
Anexo B. Posibles clientes	85
Anexo C. Mapa de Neiva	114



## **RESUMEN**

El propósito de este trabajo es encontrar nuevas estrategias que permitan obtener un balance económico de la gente involucrada en el sistema general de seguridad social que depende de la unida de pago por capitación establecida para tal propósito.

Con énfasis en el costo médico de cualquier institución de seguridad, es claro que el desperdicio de recursos económicos en hospitalizaciones médicas y quirúrgicas debido a largas instancias que podrían fácilmente hacerse en casa donde los parientes del paciente son de gran apoyo. Este hecho genera un considerable efecto de reducción de costos y una rápida recuperación del paciente.

Además de las ventajas antes mencionadas, la familia del paciente se involucra ya que juega un importante papel al brindar cuidados caseros y apoyo psicológico.

En resumen, son varios los beneficios generados: reducción de costos, resolución oportuna del paciente de acuerdo a su patología de base y el establecimiento de nuevas empresas que se traducen en empleo en el sector salud.

## INTRODUCCIÓN

Teniendo en cuenta la aclaración del porque se constituye una Empresa Asociativa de Trabajo se hace necesario hacer las siguientes aclaraciones en comparación con las cooperativas de trabajo asociado:

1. Las Cooperativas de trabajo asociado se deben conformar con mínimo 10 integrantes, las Empresas Asociativas de trabajo el numero no puede ser mayor a 5 personas. Los integrantes del proyecto somos tres personas únicamente que dimos cuerpo al proyecto de la creación de la Empresa.
2. Dentro de las Empresas asociativas de trabajo se aporta dinero, trabajo o bienes, dentro del marco de constitución de las cooperativas se basa únicamente en el aporte de dinero y trabajo no contempla el aporte de bienes.
3. En las cooperativas de trabajo se requiere que los mismos socios sean los administradores, dentro de las Empresas asociativas de trabajo podemos delegar en terceros la administración.
4. En las Empresas asociativas de trabajo los bienes que se aportan no hacen parte de la sociedad, por lo tanto en la terminación de la sociedad cada aporte realizado por los socios se podrá retirar, en las cooperativas de trabajo se deben de repartir por partes iguales los bienes adquiridos.

La reforma de los Servicios de Salud, implementada a través de la Ley 100 de 1993 exige un nuevo modelo de atención que de manera integral proporcione al individuo, a su familia y a la comunidad en general un pleno bienestar.

Es de anotar que este nuevo modelo de atención se da dentro de un contexto del régimen de libertad económica del neoliberalismo, donde las partes contratantes son el estado neoliberal, los Hospitales convertidos en Empresas, las Aseguradoras o intermediarios y los ciudadanos con derecho a la seguridad social.

Teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrolla el nuevo sistema de seguridad social en Colombia, los diferentes actores que intervienen en él deben crear e innovar estrategias con el fin de mantener el gasto médico adecuado, que conlleve a un equilibrio económico y social, pensando siempre en subsistir y ser competitivos en el medio teniendo en cuenta los parámetros de eficiencia y eficacia para la prestación de servicios de salud que se reflejen en una excelente calidad de vida con adecuada atención a los usuarios del sistema.

Haciendo un análisis del gasto médico en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud, se tiene en cuenta que la variable que incrementa el costo medio evento en la hospitalización médica y quirúrgica es la estancia hospitalaria, teniendo en cuenta los diferentes factores que en ella influyen como son la falta de suministros, las infecciones nosocomiales, estancias prolongadas, atención inadecuada e inoportuna por el personal médico y paramédico al usuario, y otro factor muy influyente en la parte científica y a la cual no se le ha dado el grado de importancia que merece; es lo relacionado con la lenta progresión en la recuperación del estado de salud del individuo o usuario al no tener cerca el estímulo del ámbito familiar, fuerza importante para el bienestar de toda persona.

Por las razones anteriormente mencionadas, se ha decidido llevar a cabo el proyecto de **“HOSPITALIZACION EN CASA (DOMICILIARIA)”**, que como su nombre lo indica, los usuarios serán internados en sus propios hogares, previa valoración médica especializada, asegurando la continuidad del tratamiento y la reducción de costos, todo esto unido a las ventajas psicológicas y emocionales que tiene para su recuperación el estar en su hogar.

## 1. LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO

La propuesta estaría localizada en la ciudad de Neiva, ubicada en el corazón del Departamento del Huila.

El proyecto se encuentra localizado en la carrera 7 entre la calle 16 y la 15 ya que en este sitio se encuentra el mayor número de E.P.S. e I.P.S. Potenciales clientes a este proyecto.

Anexo:

- Mapa de Neiva

### 1.1 METODOLOGÍA

Las oportunidades de generar bienestar social y obtener resultados económicos con mayor calidad, eficiencia y eficacia a menores costos nos lleva a desarrollar este proyecto empresarial, contando con procedimientos metodológicos absolutos y claros; utilizando información relevante y fidedigna, para entender, verificar, corregir y aplicar los resultados con exactitud para describir las condiciones y deseos de nuestro target.

Este trabajo es presentado como una investigación aplicada, bajo la forma de proyecto de inversión y por tanto incluye una propuesta de solución concreta a la necesidad detectada y atendida, la cual se encuentra desarrollada a través de los estudios técnicos – financieros y de marketing estratégico. Es un proyecto de salud de carácter económico, orientado a la prestación de servicios humanitarios.

1.1.1 Fuentes de información. Como fuente secundaria fueron empleadas diversas estadísticas y publicaciones bibliográficas pertenecientes a instituciones como el DANE, oficina de planeación del Municipio de Neiva, E.P.S., A.R.S., e IPS., Cámara de Comercio, Hospital Hernando Moncaleano Perdomo, la E.SE. Carmen Emilia Ospina, la Clínica Central de Especialista, Clínica Neiva, Medisalud, Clínica de Fracturas y Ortopedia, Clínica de la Madre y el Niño, Profamilia, Coomsusalud, Emcosalud, Clínica La Paz, La Secretaria de Salud Municipal y Departamental; siendo de gran utilidad y la que se tuvo que recopilar en fuentes primarias fueron mínimas, para la recuperación de la información proveniente de fuentes primarias se utilizaron entrevistas con algunos representantes del

Sector Salud.

1.1.2 Variables e instrumentos. Las variables investigadas fueron:

- Numero de E.P.S., A.R.S., e IPS. Prestadores del servicio en Neiva.
- Numero de Clínicas y Hospitales prestadores del servicio en Neiva.
- Costos de producción para la prestación de servicios hospitalarios.

1.1.3 Alcances del proyecto. El proyecto presentado como base o punto de partida para el inicio de una empresa prestadora de servicios de salud “Hospitalización en Casa” que servirá para el desarrollo personal y profesional de los integrantes del grupo. Su etapa de operación servirá a la comunidad como modelo en materia administrativa y tecnológica y de marketing estratégico para empresas prestadoras de servicios de salud.

También pretende suministrar elementos para el análisis de la situación actual y perspectiva a nivel departamental y nacional de utilidad para los organismos estatales y privados interesados en estas actividades empresariales.

## 2. CONSIDERACIONES BÁSICAS

Feinstein define la hospitalización como “aquella actitud que el Médico desarrolla en la cabecera del enfermo. El Médico que acepta la responsabilidad de la vida que se le confía, el que planifica la estrategia y ejecuta la táctica del cuidado terapéutico”. Por tanto consiste, no solamente en un saber sino en un saber hacer y en saber ser.

El paciente solo se constituye en sujeto cuando su sufrimiento lo lleva a buscar ayuda, y a aceptar que el Médico es la persona competente para dársela, es decir que el paciente es aquella persona que sufre.

A finales del siglo XVIII y como resultado del nacimiento del modelo médico de la clínica, los asilos se convierten en hospitales debido a que estas instituciones permiten separar a los enfermos de un medio ambiente malsano y a su vez separar a la población sana de los enfermos; es en primer lugar un sitio de aislamiento y el hospital se define como la cama, como la unidad administrativa.

El aislamiento en hospitales y el reposo en cama se convierten en el paradigma de la recuperación física y mental dando como resultado un incremento muy grande en las camas de los hospitales.

Con las modificaciones introducidas al sistema de salud en el mundo, cambia la concepción y estructura de los hospitales y teniendo en cuenta el inmenso desarrollo tecnológico necesariamente tienen que darse nuevas formas de producción para la prestación de servicios de salud. Es por esto que a mediados del siglo XX se inicia una decadencia fundamental del hospital como institución y un cambio radical en el significado de la hospitalización, se descubre que el paciente debe movilizarse rápidamente y el reposo en cama se convierte en un peligro para el paciente por lo de la infección cruzada como para la institución por los altos costos a los que incurre; por esta razón hace su aparición a finales del siglo XX el hospital de día - día, las casas de enfermería, la hospitalización en casa, el cuidado comunitario, la autoayuda y la atención primaria como estrategia orientada a reducir costos y a evitar que la gente enferme y si enferma no tenga que ir a una institución hospitalaria.

La reforma de los servicios de salud aparece dentro de un contexto problemático, el cual es necesario conocer para comprender los cambios impulsados por aquella y caracterizado por:

- La Globalización
- La relación capital – Trabajo
- El desarrollo Científico
- El predominio de la razón instrumental.
- La crisis por la que atraviesa el sector salud
- La crisis de la medicina flexneivana hecha realidad por su elitismo y sus altos costos.

## 2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la factibilidad técnico – económica y financiera para la creación, organización y puesta en funcionamiento de la Empresa Asociativa de trabajo “Hospitalización en Casa”, domiciliada en el Municipio de Neiva Huila, prestando servicios de salud a personas no afiliadas al sistema de salud y a las diferentes E.P.S., A.R.S., e IPS., dentro de los parámetros de calidad, eficacia, eficiencia y rentabilidad.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evitar el distanciamiento de todos los cuidados que demanda una persona en su proceso de convalecencia en asocio con el conjunto de personas que lo rodean entre los cuales se encuentran; el cuidador profesional en compañía de las personas allegadas (familiares, amigos etc.).
- Brindar a la comunidad del municipio de Neiva el servicio Medico Hospitalario domiciliario, facilitando así el acceso a este, dando mayor comodidad, bienestar y economía al usuario.
- Identificar canales de mercadeo y de comercialización de los servicios con base en un portafolio resultante de un análisis de oferta y demanda obteniendo el equilibrio financiero de la U.P.C. para beneficio de Administradores y Prestadores de Servicios de Salud.
- Incrementar la recuperación, la comodidad y el bienestar de los pacientes, contando para ello con el apoyo incondicional de la familia.
- Disminuir costos en la atención hospitalaria y mejorar la calidad de atención.
- Estructurar un instrumento soporte para ofrecer nuestros servicios a las E.P.S., A.R.S., e IPS, que garanticen la negociación de nuestros servicios a bajos costos y máxima rentabilidad.
- Dar a conocer nuestros servicios despertando el interés del target con una programación y coordinación de las acciones de marketing estratégico.

### 3. JUSTIFICACIÓN

El proceso de cambio que caracteriza el momento presente en el campo de la salud en Colombia, no supone una moda impuesta por iniciativa de alguna persona en particular, ni mucho menos un mecanismo para obtener primacía sobre los estamentos o puestos al cambio y a la reforma sectorial.

El cambio esta presentándose como una característica de los momentos que históricamente definen el mundo de hoy en el pensamiento de la salud. Se vive en forma generalizada un proceso de regeneración y el sector salud ha iniciado frente a todos los sectores un liderazgo oportuno, encaminado a fortalecer las formas de ofertar servicios, al igual que la manera de desempeñarse frente a los nuevos retos que se plantean, dada la situación de salud de las comunidades, la accesibilidad de los servicios, la eficiencia, equidad y calidad de los mismos.

Mejorar la prestación de los servicios de salud fortalece la competitividad de las instituciones porque permite que se le identifique como una institución preocupada por el bienestar de sus afiliados y no solamente por la atención de las enfermedades.

Con este proyecto se busca que las diferentes E.P.S y A.R.S. de la ciudad de Neiva con un número indeterminado de afiliados sientan el apoyo de una empresa que ofrezca los servicios del P.O.S. en casa en aras de la calidad, la rentabilidad y la competitividad de las mismas.

La Empresalización de las entidades de salud, es el resultado de una tendencia global que permite aprovechar nuestro conocimiento en un modelo de autogestión, que garantice la supervivencia de las organizaciones y la prestación de excelentes servicios a sus usuarios. Para lograr la supervivencia de las entidades de salud, se debe empezar por reducir los altos costos que se generan con la estancia hospitalaria debido a muchos factores, entre los cuales sería muy importante mencionar los siguientes:

- Sobrecostos en los insumos requeridos por el paciente en la estancia hospitalaria, teniendo en cuenta que gran número de las instituciones facturan siempre al precio máximo al público.
- Déficit de camas en las instituciones de salud, debido a la estancia de pacientes con patologías no complejas hospitalizadas en los diferentes niveles de atención en salud, al igual de patologías internadas en el nivel no correspondiente.

En fin, de continuar con el modelo de prestación de servicios que actualmente se tiene en Neiva, sería perjudicial para el sector salud, que se continuará con gastos innecesarios afectando gravemente la situación financiera tanto de las E.P.S. y A.R.S. como también la de las I.P.S. en el Municipio de Neiva.

Otro factor importante de analizar es el impacto económico que la implementación de este proyecto traería a los usuarios del sistema, ya que se podrían ahorrar recursos importantes para el bienestar de sus familias debido a que no tendrían que desplazarse a las diferentes instituciones sino que nosotros llegaríamos a ellos.

A continuación se mencionan experiencias en el contexto nacional e internacional que contribuyeron al soporte técnico científico de la implementación de la hospitalización en casa con resultados excelentes en el mejoramiento del estado de salud de los pacientes con un bajo costo beneficio, que se refleja en los estados financieros de los entes contratantes del programa Hospitalización en Casa.

#### 4. ANTECEDENTES

El concepto de Seguridad Social tiene un significado mas amplio en unos países que en otros, pero en general puede entenderse como “la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de medidas publicas, contra las privaciones sociales, y económicas que de otra manera derivarían en la desaparición o en una fuerte reducción de ingresos como consecuencia de la enfermedad”.

En Colombia con la Ley 29 de 1905 se obliga a las empresas a otorgar a sus empleados asistencia médica y farmacéutica y a pagar indemnizaciones en casos de incapacidad o muerte.

Así siguieron una serie de leyes hasta el año de 1945 donde se da inicio al sistema de Seguro Social.

En el año de 1991 con la nueva constitución política se ordeno una reforma integral de la Seguridad Social en el País.

En su artículo 48 de la constitución se define la seguridad social como “Un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, con subjeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley”.

El principio de **EFICIENCIA** busca que los servicios de salud sean prestados en forma adecuada, oportuna y eficiente.

El principio de la **UNIVERSALIDAD** da garantía de protección a todas las personas en sus diferentes etapas de vida.

El principio de **SOLIDARIDAD** busca que los grupos de mayor ingreso contribuyan, junto con los recursos que destine el Estado, a ampliar la cobertura de atención y la protección de los grupos de población más vulnerables del país.

Con la nueva constitución y la promulgación de la ley 100 de 1993 se dio inicio a un nuevo

modelo Gerencial en el sector salud, buscando contrarrestar problemas que tienen en crisis al sector como son:

- Mal manejo financiero
- Paquidermia, burocracia y corrupción
- Fallas notorias en la calidad y en la oportunidad de la prestación de los servicios.

Todo lo anterior traducido en una deshumanización de los servicios y en una pérdida de la mirada en el usuario, como razón de ser de todas las acciones del sistema.

Los objetivos del sistema General de Seguridad Social en Salud los define el Artículo 152 de la Ley 100 “Regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a toda la población al servicio en todos los niveles de atención “.

El nuevo modelo de Seguridad Social comprende la existencia de varias E.P.S y A.R.S. las cuales pueden ser públicas, privadas, solidarias o mixtas las cuales compiten por la afiliación de la población y cuya función principal es el manejo del riesgo, garantizándole a sus afiliados el plan obligatorio de salud a través de la red prestadora de los servicios de salud (I.P.S.), que son las clínicas, hospitales, centros médicos y centros de atención ambulatoria, los cuales también pueden ser públicos o privados o de economía mixta.

En medio de la pluralidad, la diversidad, la competencia y la libre escogencia por parte del afiliado, tres columnas normativas atraviesan la estructura y garantizan la unidad del sistema. Una misma tasa de cotización (12%), un mismo plan obligatorio de salud y una misma unidad de pago por capitación para cada grupo poblacional de acuerdo a las edades de cada uno.

En el mundo actual es indudable que el proceso de globalización de los mercados y del aceleramiento tecnológico, presionan a las diferentes empresas a buscar estrategias que las hagan competitivas, es por eso que este proyecto busca proporcionar a los diferentes actores del sistema en la Ciudad de Neiva, nuevas herramientas que les garanticen la supervivencia, crecimiento y rentabilidad y a los usuarios servicios de accesibilidad, eficacia y calidad.

Empresas de este tipo ya funcionan dentro de la estructura orgánica de algunas E.P.S. como SaludCoop y Comfamiliar. También este tipo de organización funciona con éxito en la ciudad de Cali y Medellín.

**PAPEL DE LA HOSPITALIZACION A DOMICILIO EN LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.** Calle P. Garibi; P. Rubio; JM. Oleagoitia; MD. Damborenea, A. Echeverría. (Jefe Unidad de CMA, Jefe de Servicio de Hospitalización a Domicilio, Jefe de Servicio Cirugía) **HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO. VIZCAYA.**  
**INTRODUCCIÓN:** Los servicios de Hospitalización a Domicilio y Cirugía General han cooperado estrechamente durante años en el tratamiento del paciente quirúrgico. En abril de 1999 se creó en nuestro servicio una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, con una estricta selección de los pacientes. Gracias al Servicio de Hospitalización se ha ampliado el espectro de pacientes a tratar y se ha mejorado el seguimiento precoz del postoperatorio.

**OBJETIVO:** Demostrar que hay un papel para la Hospitalización Domiciliaria dentro de una Cirugía que en principio no contempla el seguimiento domiciliario.

**MÉTODOS:** Revisión de los pacientes intervenidos dentro de la Unidad de CMA que atendió el S. De Hospitalización a Domicilio. Fueron 98 pacientes, de abril a diciembre de 1999, intervenidos por el mismo equipo de cirujanos. Las intervenciones incluyen: herniorrafias, hemorroidectomias, sinus pilonidales, lipomas, etc. Se analizan las características del grupo, estancias y complicaciones.

**CONCLUSIONES:** La posibilidad de trabajar con el S. De Hospitalización a Domicilio ha aumentado el número de patologías tratables en CMA, con pacientes mas complejos y situaciones sociales menos favorables. Interesar en esta modalidad quirúrgica a pacientes y/o familiares recientes. Mejora del seguimiento postoperatorio precoz.

**CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: ATENCIÓN POSTOPERATORIA DOMICILIARIA.** Luis Vázquez Márquez. **UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA CORDOBA.** La Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria del Hospital Universitario “Reina Sofía” de Córdoba, inicia, desde Enero de 1990, una etapa de 5 años en la que se realizaron 5553 intervenciones in control postoperatorio extrahospitalario, en base a un protocolo de **SELECCIÓN** preoperatoria y postoperatoria que supuestamente proporcionaba una ausencia de complicaciones. Los resultados ponen de manifiesto inseguridad clínica, rechazo de pacientes e ineficacia sanitaria. Esta circunstancia nos obligo a elaborar un procedimiento de control domiciliario que, con plena capacitación, atendiera el postoperatorio de nuestros operados de forma eficiente, permanente, en cualquier situación domiciliaria y aceptado por pacientes y familiares. Así desarrollamos un modelo original que incluye la Red de Atención Primaria en nuestro Programa de CMA. Desde 1997, con mas de 11.000 operaciones. Los resultados rebasan nuestras expectativas. Además de **SEGURIDAD, EFICIENCIA Y ACEPTACIÓN.** Hemos abierto una **NUEVA PERSPECTIVA DE COLABORACIÓN INTERNIVELES,** que creemos es enormemente satisfactoria para todos.

INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA: DIEZ AÑOS DE REALIDAD. Real, J. Beorlegui; A. Galindo, R. Fernández. HOSPITAL MARINA ALTA. DENIA. ALICANTE.

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de la profesión enfermera en los últimos años, el aumento de la demanda de información por parte de los usuarios y la necesidad de mejorar la conexión entre los distintos niveles asistenciales, han sido algunos de los motivos que han favorecido el desarrollo del informe de enfermería a los pacientes atendidos en la unidad de HAD del Hospital Marina Alta en Denia desde su creación en mayo del 90. El equipo de enfermería elabora registros propios para la recogida de datos que permitan adecuar los cuidados según necesidades básicas y dejen constancia en la historia clínica del trabajo enfermero.

OBJETIVO: Describir el IEA en una unidad de HAD.

DESCRIPCIÓN: El IEA es el documento que refleja el resumen de la atención de enfermería a cada paciente durante su estancia en HAD los objetivos del informe son:

- Cerrar el proceso del paciente.
- Informar al enfermo, familia y equipo de atención primaria de la actividad efectuada y los cuidados que se recomiendan. El formato comprende 5 apartados: Datos demográficos y de servicio del paciente. Resumen del proceso. Plan de cuidados aplicado. Plan de cuidados a seguir. Fecha de alta y firma. Protocolo de cumplimentación del registro.

CONCLUSIONES: El IEA se viene realizando en esta unidad desde su puesta en marcha hace 10 años. Para la realización del IEA es imprescindible contar con registros útiles que recojan el proceso de enfermería. El formato abierto resulta útil y versátil para hacer llegar la información del proceso y los cuidados que se recomiendan continuar al enfermo, familia y equipo de Atención Primaria.

DISCUSIÓN: El informe se ha revisado en dos ocasiones, lo que ha conducido a pequeñas variaciones en el formato inicial o en la forma de cumplimentación. El desarrollo de Atención Primaria en el área y de los medios de comunicación (fax) han facilitado la transmisión de estos informes. En 1999 se hace un trabajo para valorar la utilidad del IEA entre los profesionales de Atención Primaria.

DESCRIPCIÓN DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE VENTILACIÓN MECANICA

DOMICILIARIA. Peñas Maldonado; I. Broncano; J. Escobar Navas; J. García Monlleó; A. Curiel Sanz; J. Benito Gómez; F. Rodríguez Rodríguez. HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL. GRANADA .

INTRODUCCIÓN: Damos a conocer la Unidad Funcional de Ventilación Mecánica Domiciliaria en nuestro Centro, que presta esta medida de soporte vital imprescindible para el tratamiento actual a aquellos pacientes con insuficiencia respiratoria (IR) grave.

OBJETIVO: Proporcionar una mejora en la calidad de vida a estos pacientes mediante la asistencia ventilatoria a largo plazo, en el domicilio o lugar que lo sustituya en el contexto de una IR crónica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Son candidatos a VMD aquellos pacientes menores de 70 años que acepten de forma explícita todo lo que conlleva el formar parte de un programa de VMD. Así mismo el entorno donde se va a integrar el paciente ha de cumplir unos requisitos mínimos de nivel higiénico sanitario.

RESULTADOS: En nuestra experiencia de dos años en la VMD hemos aportado técnicas y atenciones que requiere el paciente con dependencia a largo plazo de VM, aplicadas en el domicilio o lugar que lo sustituya, proporcionándole el mayor bienestar desde el punto de vista personal, familiar, social y laboral a quince pacientes.

CONCLUSIONES: La VMD mejora la supervivencia y la calidad de vida en los pacientes atendidos y hemos detectado que la educación sanitaria es un pilar fundamental en la atención al paciente con VMD, ya que por definición es necesario adaptar a este y su familia a una situación personal y familiar nueva, en la que se requiere adquirir una serie de conocimientos teóricos y prácticos que ayuden a afrontar esta nueva forma de vida.

EDUCACIÓN SANITARIA PARA LA AUTOADMINISTRACION DE MEDICACIÓN I.V. CONTINUA EN DOMICILIO CON BOMBACAD- 1 M. T. Sopena; A. Garcia; M. C. Perez; C. Manzano; M. I. Torre. HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO. VIZCAYA .

INTRODUCCIÓN: Se plantea al Servicio de Hospitalización a domicilio, la necesidad, de realizar Educación Sanitaria en una paciente, con tratamiento I.V. de Epoprostenol durante tiempo indefinido, por medio de la Bomba CADD 1.

OBJETIVOS: Enseñar auto-cuidados, manejo del reservorio y de la bomba de infusión

ambulatoria a la paciente y a sus cuidadores informales, posibilitando el alta hospitalaria.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se elaboró un plan de cuidados basándose en sus necesidades y un procedimiento de preparación de la medicación, administración a través de reservorio, manejo y cuidados de la vía y manejo de la bomba de infusión. La realización de los procedimientos fue de forma gradual y progresiva, se suministro por escrito y hubo en todo momento una supervisión y una evaluación por parte del equipo de enfermería.

**RESULTADOS:** Preciso una visita diaria de enfermería durante nueve días. Durante una semana se alternaron visita diaria de enfermería y llamada telefónica y se continuo con visitas de enfermería cada 48 horas. El último mes se realizaba una visita semanal de enfermería, para evaluar el procedimiento que realizaban en su totalidad el paciente y la familia. Durante el primer mes se habían cumplido los objetivos de enseñanza de todos los procedimientos.

**CONCLUSIONES:** Al alta, el paciente y la familia aplicaban los procedimientos sin dificultad, siendo capaces de detectar las posibles complicaciones de la vía o de la bomba de infusión continua CADD 1., así como de preparar la medicación e infundirla. La Hospitalización a Domicilio por medio de la Educación Sanitaria, tutela la integración del paciente en su medio, fomentando el autocuidado, aumentando sus conocimientos, apoyándole y resolviendo los problemas que surgen para poder llevar una vida prácticamente normal fuera del ámbito hospitalario.

**PROGRAMA EDUCATIVO INTEGRAL PARA LA EPOC EN EL AMBITO DE LA HADD.** Sort; X Arroyo; S. Bechich; E. Fabrega; JMa. Palomer; E, Querol; R. De Castro; F. Rosell, UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. HOSPITAL SAGRAT COR BARCELONA.

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en nuestro país es elevada. El tratamiento de la misma precisa por parte del paciente de un conocimiento elevado de la enfermedad, del tratamiento farmacológico a realizar y de las técnicas de administración del mismo. En la literatura y en nuestra propia experiencia, la educación se ha demostrado fundamental para un tratamiento eficaz en la obtención de la mejoría clínica y de la calidad de vida de estos pacientes.

**OBJETIVO:** Dar a conocer un programa educativo integral para la instrucción de los pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio (HaD) afectados de EPOC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** A través de un protocolo se realiza una detección de necesidades basado en las directrices de Henderson. A partir de estas, se incide por medio

de una guía educativa para pacientes y cuidadores, haciendo especial énfasis en las necesidades detectadas, así como en la instrucción para la utilización correcta de dispositivos de terapia por vía inhalatoria, la complementación terapéutica, detección de síntomas de descompensación y medidas generales de estilo de vida y ejercicio.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La detección sistematizada de necesidades y la aplicación del protocolo presentado, son herramientas útiles para la educación de los pacientes afectados de EPOC ingresados en nuestra Unidad de HaD. En nuestra experiencia, la aplicación de este programa es de gran ayuda en la atención integral de estos pacientes.

**PROGRAMA EDUCATIVO INTEGRAL PARA INSUFICIENCIA CARDIACA EN EL AMBITO DE LA HADD.** Sort; X Arroyo; S. Bechich; E, Fabrega; JMa. Palomer; E. Querol; R. De Castro; F. Rosell. UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. HOSPITAL SAGRAT COR. BARCELONA.

**INTRODUCCIÓN:** La prevalencia de insuficiencia cardiaca (IC) en nuestro país es elevada. El tratamiento de la misma precisa de intervenciones de tipo interdisciplinario. El papel de la educación sobre aspectos clínicos, dietéticos y terapéuticos de la misma, se ha demostrado fundamental para obtener una mejoría clínica y de la calidad de vida de los pacientes. En nuestra propia experiencia, una intervención educativa contribuye decisivamente a la reducción de la frecuentación hospitalaria.

**OBJETIVO:** Dar a conocer un programa educativo integral para la instrucción de los pacientes ingresados en Hospitalización a Domicilio (HaD) afectados de IC.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** A través de un protocolo se realiza una detección de necesidades basado en las directrices de Henderson. A partir de estas, se incide por medio de una guía educativa sobre la IC para pacientes y cuidadores, haciendo especial énfasis en las necesidades detectadas, como la dieta, la complementación terapéutica, la detección de síntomas de descompensación y medidas generales de estilo de vida y ejercicio.

**RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** La detección sistematizada de necesidades y la aplicación del protocolo presentado, son herramientas útiles para la educación de los pacientes afectados de IC ingresados en nuestra Unidad de HaD. Hemos observado a través de este programa que la educación es un elemento esencial para la atención integral de pacientes con IC en HaD.

**PROTOCOLO DE EDUCACIÓN SANITARIA ANTE UN ENFERMO HIPERTENSO DE UNA UHD .** RUIZ GARCIA, v, Soriano Melchor, E, Valdivieso Martínez, B,

Tarazona Gines., E. UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. VALENCIA .

**INTRODUCCIÓN:** La hipertensión arterial ( a partir de ahora HTA), es una de las enfermedades mas prevalentes en nuestra Unidad. La educación sanitaria a la familia, el enfermo y al cuidador principal se limita en la mayoría de los casos a la restricción de sodio.

**OBJETIVOS:** Con la intención de minimizar la variabilidad en la educación sanitaria que ofrece enfermería a los enfermos hipertensos, a su familia y a su entorno mas próximo se repasan las fuentes de máxima evidencia disponible (Guía Clínica del manejo de la Hipertensión arterial editada cada dos años y que se considera referente, así como las opiniones del Comité de expertos de la OMS), asumiendo sus recomendaciones y ajustándolas al modo de funcionamiento interno de nuestra Unidad.

**DISEÑO: REVISIÓN:** Se elabora un protocolo con los resultados obtenidos.

**CONCLUSIONES:** Los resultados del cambio del estilo de vida se asocian según los diferentes estudios con disminución de la hipertensión que van desde un 20 hasta un 54% , siendo de un 51% en el caso concreto de la perdida de peso. La restricción de sodio se asocia a una disminución del 24%. Los cambios en el estilo de vida pueden obviar el tratamiento farmacológico en la mitad de los hipertensos y ayudan a controlar mejorar la hipertensión en los tratados con fármacos.

**PACIENTES VIH Y FACTORES QUE CONDICIONAN SU EVOLUCION EN HOSPITALIZACION A DOMICILIO.** Fernández Navarro, J.A., Gimeno Romero, V, Perez Cervellera, C., Rodríguez Castello, M.A., Lambas, N, Alba, M.C., Arias Suárez, A. UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO. VALENCIA.

**INTRODUCCIÓN:** Las manifestaciones clínicas y circunstancias sociales asociadas a la infección por el VIH son muy heterogéneas, y algunas de ellas podrían condicionar fuertemente la evolución del paciente seropositivo atendido en Hospitalización a Domicilio.

**OBJETIVOS:** Analizar la evolución clínica de un grupo de paciente VIH en hospitalización a Domicilio, así como los factores que pudieran haberla influenciado, especialmente patologías asociadas, situación funcional y social, para identificar subgrupos de pacientes mas vulnerables.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas y valoraciones sociales realizadas en 51 episodios ocurridos entre 1996-2000 correspondientes a 19 pacientes atendidos en la Unidad de Hospitalización a Domicilio del Hospital clínico de Valencia, pertenecientes al área de salud 04 de nuestra comunidad. Se analizaron las patologías que motivaron el episodio, el estadio de su infección VIH, su situación funcional, los condicionantes sociales, la evolución y situación al alta, así como en su caso, el motivo del reingreso en el Hospital.

**RESULTADOS:** De los 51 episodios realizados, 34 finalizaron con alta por curación o mejoría, 9 con reingreso en Hospital de Agudos, 4 en Hospital de Media Larga Estancia, 3 con éxitos, 1 en fuga. Un 79% de los pacientes poseían CD4 MENORES DE 200/mm<sup>3</sup>, y un 58% estadio C3 (SIDA). Los diagnósticos más frecuentemente asociados al VIH/SIDA fueron cirrosis hepática VHC+, toxoplasmosis cerebral, e infecciones de partes blandas, entre otros. La encefalopatía hepática en pacientes con cirrosis hepática fue la causa más frecuente de reingreso en hospital de Agudos (45% de los reingresos). Seguidas del síndrome febril. Para la encefalopatía hepática, la dificultad en el control de síntomas y la claudicación familiar fueron las causas más frecuentes de reingreso, mientras que para el síndrome febril lo fue la necesidad de pruebas diagnósticas complejas. La afectación neurológica severa secundaria a infecciones oportunistas fue la causa más frecuente (50%) de ingreso en Hospital de Media Larga Estancia. Los pacientes quirúrgicos con infecciones de partes blandas y sin manifestaciones de SIDA obtuvieron mejoría y continuaron sus cuidados por A. Primaria en su totalidad. La presencia de SIDA (estadio C3), no constituye por sí solos un factor que dificultara el control domiciliario (70% de las altas por curación o mejoría) pero hacían al paciente más dependiente y vulnerable. Los problemas sociales y la falta de apoyo en el domicilio se encontraron de una manera muy significativa en el 70% de los episodios que concluyeron con la Institucionalización del enfermo. Solo 3 episodios (6%) de los episodios concluyeron en éxito en el domicilio, todos ellos en situación terminal por afectación irreversible de SNC o cáncer.

**CONCLUSIONES.** La mayor parte de las patologías relacionadas con el VIH pueden ser atendidas con éxito en Hospitalización a Domicilio. Sin embargo, cirrosis hepática con episodios de encefalopatía, escaso apoyo social y en menor medida, afectación neurológica estructural severa son los factores que más predisponen a la Institucionalización del paciente.

**NUTRICION ARTIFICIAL DOMICILIARIA. EDUCACIÓN A PACIENTE Y CUIDADORES.** Carmen Cereceda Fernández HOSPITAL UNIVERSITARIO MARQUES DE VALDECILLA. SANTANDER.

**INTRODUCCIÓN:** En la Nutrición Artificial Domiciliaría, el paciente y sus cuidadores asumen buena parte de los cuidados necesarios, para lo cual deben recibir una educación y

entrenamiento previos.

**OBJETIVOS:** Llevar a cabo un programa de adiestramiento y educación nutricional que asegure la eficacia de la Nutrición Artificial y evite sus potenciales problemas.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Enfermeras expertas impartirán enseñanza teórica y práctica, en forma progresiva y reproduciendo las condiciones del domicilio del paciente. El contenido del programa incluirá conocimientos sobre la indicación de la Nutrición Artificial, sus objetivos, vías de acceso, material necesario, fórmulas, métodos de administración, así como controles, posibles complicaciones, seguimiento del enfermo y actuación en caso de duda o problema.

**CONCLUSIONES:** Para conseguir plenamente los objetivos de la Nutrición Artificial Domiciliaria, es fundamental la educación al paciente y familia o cuidadores, logrando al mismo tiempo un incremento de la autonomía y calidad de vida del paciente.

**PACIENTE / FAMILIA ONCOLÓGICO TERMINAL, DESDE UNA UNIDAD DE H. DOMICILIARIA.** Vicente Domínguez, María de los Ángeles García – Carpintero, Gabriel Domínguez, María Milagros Prieto, Pilar Gutiérrez, José Navarro. UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA HOSPITAL UNIVERSITARIO “VIRGEN MACARENA”. SEVILLA.

**INTRODUCCIÓN:** Ante un paciente con un deterioro funcional completo, y una perspectiva de vida muy corta, el papel fundamental de todo el equipo en cuanto al control de este, estará enfocado al soporte y respaldo de la atención integral. Por tanto, toda la actuación de enfermería y de los cuidadores informales o familia, debe centrarse en el cuidado y el confort del paciente, para hacerle más llevadero el curso de la enfermedad y la proximidad a la muerte. Esta asistencia son los cuidados paliativos del paciente terminal.

**OBJETIVO:** Elaborar una guía de Educación Sanitaria, por parte del equipo de enfermería, dirigida al paciente, familia y/o cuidador principal. Esta contiene información, respecto a los problemas mas que hemos detectado en el paciente oncológico terminal. Esta guía a la vez, puede servir como: Pauta de actuación para unificar criterios a todos los enfermeros que trabajan en este tipo de unidades. Sistematizar la información que se le debe dar a la familia. Secuenciar el contenido de la misma y facilitar la dinámica de trabajo, a personas recién incorporadas al equipo.

**MATERIAL Y METODO:** La enseñanza es individualizada, junto a la cama del paciente, por lo que se da un retroalimentación inmediata entre la enfermera y la persona que aprende. Esta se hace priorizando y secuenciando el contenido en el tiempo, según las

necesidades percibidas. La información se proporciona en cantidad manejable y dejando al paciente / familia, un soporte escrito con terminología fácil de entender. En la guía de E.S. incluimos la información necesaria relacionada con las actividades de suplencia / ayuda: alimentación, eliminación, movimiento, higiene dolor relacionado con la enfermedad o lesión subyacente, administración de medicamentos, duelo. Etc.

**RESULTADOS:** Los adultos aprenden mejor cuando la enseñanza se basa en experiencias previas y el aprendizaje es mas intenso cuando se da en respuesta a las necesidades percibidas.

**CUIDADOS ENFERMEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA A LOS ANCIANOS CON DEMENCIA: OPINIÓN DE SUS CUIDADORES PRINCIPALES.** Gil, E., Prieto, M.A.; Sandino L.; Vásquez, T; Calzada, M.L., Heirle, C. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA GRANADA.

**INTRODUCCIÓN:** Con esta investigación se pretende conocer las fortalezas y debilidades de las practicas enfermeras en la atención domiciliaria desde la perspectiva de los cuidadores informales. La oferta de cuidados domiciliarios a los ancianos con demencia y la propia practica enfermera se deben guiar por las necesidades y problemas que los usuarios identifican.

**OBJETIVOS:** Conocer la opinión, percepción y valoración de los cuidadores de ancianos con demencia que están siendo atendidos en su domicilio por enfermeras de Centro de Salud respecto a la calidad de los cuidados enfermeros. Identificar fortalezas y debilidades de la practica enfermera en atención domiciliaría .

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se utilizan técnicas cualitativas. Las estrategias empíricas adoptadas son: 2 grupos de Discusión y 2 Grupos Triangulares para los ámbitos urbanos y rurales respectivamente. Entrevistar en profundidad para los cuidadores hombre. Con estas técnicas se busca captar el sentido y la dimensión de las practicas y de los cuidados enfermeros, así como la percepción y valoración que de estos hacen los cuidadores informales. Las dimensiones de la calidad percibida por los usuarios son las del modelo SERVQUAL de parasuraman. El análisis de la información obtenida ha seguido el siguiente proceso: Análisis de contenido para lo que se ha utilizado el programa informático. NUDIST – 4. Análisis de discursos. Contraste y triangulación por diferentes analizadores.

**RESULTADOS:** Se analizan los resultados obtenidos para cada una de las variables del modelo SERVQUAL: ELEMENTOS TANGIBLES, Equipamiento, material, sanitario y

de medicamentos, información clínica y terapéutica en el domicilio.

**PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA CRISIS HIPERTENSIVA.** Ruiz García, V., Soriano Melchor, E; Valdivieso Martines, B; Tarazona Gines, E. UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE. VALENCIA.

**INTRODUCCIÓN.** El manejo de la emergencia hipertensiva esta sujeto a una fuerte variabilidad de tratamiento farmacológico y de manejo.

**OBJETIVOS:** Con la intención de disminuir la variabilidad en el tratamiento y el manejo en la practica medica revisamos las fuentes de máxima evidencia disponible. (Guía Clínica del manejo de la Hipertensión arterial editada cada dos años y que se considera referente, así como las opiniones del Comité de Expertos de la OMS), asumiendo sus recomendaciones y ajustándolas al modo de funcionamiento interno de nuestra Unidad.

**DISEÑO:** Revisión.

**CONCLUSIONES:** Se elabora un protocolo de manejo interno donde se definen urgencias y emergencias hipertensivas, su manejo y tratamiento farmacológico.

**FACTORES PREDICTORES DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR PRINCIPAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UHD.** Tarazona Ginés., E.; Ruiz Pérez, I; Montero Piñar, I; Bahamontes Mulio, A.; Valdivieso Martínez; B. Soriano Melchor, E; Ruiz García, V. UHD HOSPITAL LA FE. VALENCIA. ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PUBLICA GRANADA. UNIDAD DE PSIQUIATRIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA. VALENCIA.

**INTRODUCCIÓN:** Un tema importante de investigación en estudios de cuidados familiares consiste en detectar la población de cuidadores de riesgo sobre la que actuar preventivamente para evitar repercusiones negativas en su salud.

**OBJETIVO:** Determinar los factores que de forma independiente nos predicen la sobrecarga del cuidador principal.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio de seguimiento de cuidadores principales de pacientes atendidos en UHD con dos mediciones transversales: al alta de UHD y al mes.

El control conjunto de confusión entre variables se realiza mediante un análisis de regresión logística múltiple.

**RESULTADOS.** Son factores predictores de sobrecarga: que el paciente sea una mujer, que el cuidador se dedique a sus labores, qué necesite ayuda y que precise dejar su trabajo para atender al paciente, que tenga morbilidad psíquica, que se encuentre insatisfecha con su preparación para atender al paciente y que refieran unos niveles bajos de apoyo social al alta de la UHD.

**CONCLUSIONES:** La valoración integral del paciente de UHD debería incluir el perfil socio- sanitario del cuidador, con el objetivo de detectar precozmente aquellos con mayor riesgo de sobrecarga y actuar de forma preventiva para evitar su claudicación.

**COMO VALORAN LOS RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA SU ROTACIÓN OR HOSPITALIZACION A DOMICILIO.** Carrera Macazaga, JA; Millet Sanpedro, M; Goenaga Sánchez, MA; Garde Orbaiz. C. UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO. COMPLEJO HOSPITALARIO DONOSITA. SAN SEBASTIÁN.

**INTRODUCCIÓN.** Desde 1994, MIR de MFYC incluyen HAD en su rotación. En 1997 se establece un protocolo de actividades durante el mes de rotación en HAD en base a la planificación por objetivos y los MIR del 2 año nos evalúan.

**OBJETIVO:** Conocer la opinión y valoración de los MIR. Evaluar el cumplimiento de los objetivos prefijados. Valoración del cuestionario como herramienta de retroalimentación de nuestra actividad docente.

**MATERIAL Y METODO:** Cuestionario con puntuación según escala de Likert,. Es rellenado la semana siguiente a la rotación por la unidad. Constaba de 7 preguntas y en 1998 se añade la 8 pregunta y observaciones. Es anónimo y no se relaciona con la evaluación que se hace por parte del tutor. Se muestran las respuestas de los 22 médicos consecutivos que han rellenado el cuestionario en los últimos años.

**RESULTADOS:** Objetivos / Escala Muy poco suficiente. Bastante Mucho 1. Diferenciar atención domiciliaria. / HAD 01 3 1352. Conocer perfil paciente de HAD 0 1 4 1073. Criterios de ingreso en HAD 1 O 4 1254. Protocolo funcionamiento y admisión 11 3 1345. Atención a pacientes posquirúrgicos 01 3 1086. Principios en cuidados paliativos 00 2 8127. Control síntomas en paciente terminal 10 2 8128. Satisfacción por

la rotación 0 0 0 66.

CONCLUSIONES 1- Mayormente se cumplen los objetivos y los MIR de MFYC valoran positivamente la rotación por HAD y muestran gran satisfacción.

2. Las actuaciones mas especificas en cuidados paliativos son las mejor valoradas probablemente por ser un campo formativo no reglado. 3.- Las observaciones de los MIR nos estimulan en nuestra actividad y sirve de retroalimentación en los temas donde se nota mas demanda.

PROGRAMA DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA “P.H.D. CLINICA COLSANITAS S.A. Gabriel Riveros Dueñas MD., Alfredo Lievano Sánchez M.D., Adriana Garavito Fernández MD. CLINICA COLSANITAS S.A. BOGOTA (COLOMBIA).

El Programa de Hospitalización Domiciliaria PHD, nace en el año de 1995 con el objetivo de ampliar el portafolio de servicios de salud de nuestros afiliados; proporcionando al paciente todo lo que requiera para su recuperación en su domicilio trasladando a su hogar personal medico y equipo especializado que garantiza una adecuada atención medica, aprovechando los beneficios que para el paciente le produce el cuidado en su propia casa. En 1997 una vez aprendimos sobre la prestación del servicio y de las necesidades del usuario, iniciamos un crecimiento progresivo respondiendo a estas expectativas; actualmente cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por una Gerencia de Clinicentros reportando a la presidencia de Clínica Colsanitas S.A., Dirección Medica PHD, 5 Médicos Familiares, 5 Enfermeras Profesionales, Terapeutas, Respiratorias, Físicas, Lenguaje y Ocupacionales, 35 auxiliares de Enfermería y Especialistas adscritos en todas las disciplinas. A la fecha se han manejado 2958 pacientes con diversas patologías, con un promedio de estancia de 6 días, un Índice de satisfacción del 97%, un porcentaje de complicaciones del 3% que han ocasionado traslado a nuestra Institución de referencia, el índice de mortalidad del 5% que corresponde exclusivamente a pacientes terminales, el 60% de los pacientes atendidos han sido adultos y el 40% pediátricos de los cuales el 24% corresponden a fototerapia. El PHD es a la fecha el programa de mayor cubrimiento y éxito en Colombia con presencia en las principales ciudades del País.

INFORME DEL COMITÉ CIENTÍFICO 5 Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio Santander, 31 de Mayo / 1 y 2 de Junio de 2000 Vamos a celebrar el que será ya el 5 Congreso Nacional de Hospitalización a Domicilio. La HAD en España ha ido madurando y es de suponer que cada vez podamos compartir mas y mejores experiencias en nuestras reuniones. En esta ocasión se ha intentado centrar la discusión científica en no mas de una treintena de aspectos diferentes de la HAD. Serán desarrollados a través de las

Ponencias de las trece mesas, los cinco Talleres y las Conferencias y Simposium paralelos. Es deseo del Comité Científico potenciar al máximo la actividad investigadora de las Unidades, por ello todos los trabajos admitidos permanecen expuestos los tres días como Póster y además deben ser defendidos por sus autores, bien en las “Comunicaciones a las mesas” o en las “Sesiones de defensa de los Posters”. También ha parecido interesante poder informar sobre las comunicaciones presentadas a este Congreso, el sistema de evaluación seguido y las calificaciones globales obtenidas por los trabajos, para que todos nos hagamos idea de cómo se ha valorado nuestra actividad científica. Los miembros del Comité Científico son médicos y enfermeras representativos de las diversas especialidades hospitalarias y también de atención primaria, todos ellos buenos conocedores de las Unidades de HAD.

Los trabajos recibidos fueron asignados según su contenido a una Mesa o al apartado de Comunicaciones Libres. Cada miembro del Comité científico ha valorado los resúmenes mas relacionados con su actividad asistencial habitual. Se describen las puntuaciones globales diferenciadas por grupos temáticos. Si algún autor desea conocer la puntuación de su trabajo puede solicitarlo. A estas valoraciones se añadirán las que los moderadores de las mesas y de las defensas de Póster realicen durante la celebración del Congreso.

INFECCION RESPIRATORIA Y NEUMONÍAS, TAMBIEN DESDE URGENCIAS. Dr. Manuel Hernández Peris UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO HOSPITAL LUIS ALCANYIS – XATIVA (VALENCIA) . La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una infección muy frecuente en todo el mundo, siendo una de las enfermedades infecciosas mas importantes por su elevada morbilidad (5-10 casos por 1.000 habitantes / año), gran numero de ingresos hospitalarios (70-80 por cada 100.000 habitantes) (1) y gran mortalidad (2% de todas las causas de muerte) (2). Los criterios de ingreso hospitalario existentes en la actualidad son muy variados, poco homogéneos y con grandes diferencias de unos a otros dependiendo de: los distintos estudios epidemiológicos (5), los recursos sanitarios disponibles (6), la impresión subjetiva del profesional médico (7) y, en algunas ocasiones, 0 de las preferencias del paciente y/o familia.

Desde la hospitalización a domicilio vemos como pacientes con neumonía (NAC) son ingresados en el hospital solo por el hecho de ser diagnosticados de esta infección y acompañarse de alguno de estos factores. Criterios de hospitalización de una NAC (3, 4) - Demográficos Edad > 60 años Clínicos Deterioro del grado de conciencia y/o confusión . Taquipnea > 30 respiraciones / minuto. Presión arterial sistólica < 90 mm Hg o diastólica < 60 mm Hg. Temperatura axilar > 38,3 grados C.

Sospecha de aspiración. Bacteriemia o metástasis sépticas a distancia – Analíticos Leucocitosis > 20 x 10<sup>9</sup> \*/L. O leucopenia < 4 x 10<sup>9</sup> \*/ L.Pa O<sub>2</sub> < 60 mmHg o PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg respirando aire ambiente. Hemoglobina < 9 gr/dl o hematocrito <

30% Nitrógeno ureico (BUN) > 40 mg/dl o creatinina > 1.2 mg/dl.

Radiológicos Derrame Pleural o extensión radiológica multilobar. Enfermedad crónica de base EPOC. Insuficiencia cardíaca congestiva. Alcoholismo o malnutrición. Diabetes Mellitus. Inmunodepresión. Enfermedad neoplásica.

Enfermedad Neurológica. Insuficiencia renal crónica. Hepatopatía crónica.- Sospecha de incumplimiento en el tratamiento. Siguiendo estos criterios, aproximadamente más de un 50% de las neumonías diagnosticadas en nuestro medio precisan ingreso hospitalario. (8). Si reflexionamos sobre estos criterios y vemos como se utilizan en nuestros hospitales observaremos que se indica indistintamente ingreso hospitalario o tratamiento domiciliario a pacientes diagnosticados de neumonía con los mismo factores de riesgo y similar gravedad. (6). Pese a ello, sabemos que el pronóstico de estas neumonías es muy variable y oscila desde casos muy leves hasta muy graves, pasando por una gran variedad de situaciones que, valoradas adecuadamente, podrían ser tratadas en su domicilio (a pesar de ser mayores de 60 años tener una PO<sub>2</sub> menor de 60 mmHg, EPOC, etc), si fuéramos capaces de administrar un tratamiento adecuado y las medidas de soporte suficientes. Teniendo en cuenta lo anteriormente citado y observando la realidad actual, podemos plantearnos la duda de si estos criterios clásicos de hospitalización de la NAC son los más adecuados o bien deberíamos consensuar el diseño de nuevos modelos que identifiquen que factores (Basados en criterios clínicos) se asocian a una mayor mortalidad y nos permiten el mismo tiempo para determinar los casos y poblaciones de mayor y menor riesgo. Si esto fuera posible lograríamos definir, con aceptable margen de seguridad, que pacientes pueden ser tratados ambulatoriamente, en hospitalización a domicilio o cuales deben ser hospitalizados. Desde hace años buscamos, entre el gran número de estudios publicados sobre el pronóstico de la NAC, una serie de criterios que identifiquen con mayor fiabilidad los factores que se asocian a una mayor mortalidad, lo que nos facilitaría una clasificación de pacientes según el riesgo. De este modo, se podría decidir, de una forma racional, que pacientes pueden ingresar en una unidad de hospitalización a domicilio para ser tratados en sus casas con las mismas garantías de curación que en el hospital.

Basándonos en estos estudios y en nuestra experiencia, proponemos la escala pronóstica PSI (PNEUMONIA Severity iNDEx) de Fine y cols. (9) que, pese a los inconvenientes que pueda presentar (6), es, según nuestro criterio, la más adecuada en estos momentos. Es una escala diseñada para personas adultas, en la que se estratifica el riesgo de muerte por neumonía en 5 grupos (I, II, III, IV, y V).

Las variables utilizadas para predecir el riesgo son sencillas de obtener de la anamnesis, examen físico, análisis y radiografía. Según estas variables se le adjudican unos puntos cuya suma le sitúa en uno de los grupos. Propone el autor que, según los datos obtenidos y

su experiencia, los pacientes incluidos en el grupo I y II puedan realizar tratamiento antibiótico ambulatorio desde el primer momento y que los pacientes del grupo IV y V sean ingresados en el hospital con tratamiento tradicional. Los del grupo III, según este autor, deberían tratarse con ingreso hospitalario al menos durante un periodo inicial. Desde la hospitalización a domicilio y basándonos en todos estos estudios, hemos recogido el trabajo realizado durante cuatro años con 88 episodios de NAC que desde el servicio de Urgencias fueron enviadas a su domicilio para control por nuestra U.H.D. Las medidas de soporte utilizadas en los 88 pacientes han sido las siguientes:

Oxigenoterapia domiciliaria en 48 de los pacientes (54.5%) .- Corticoterapia intravenosa en 4 de los pacientes (2.5%) – Aersolterapia en 21 pacientes (23.8%)- Antibiótico terapia intravenosa en 43 pacientes (48.8%).

**CONCLUSIONES:** Probablemente, necesitemos nuevas clasificaciones pronosticas para el manejo de las NAC tanto para los hospitales como la hospitalización a domicilio y por supuesto la atención primaria, las cuales deberían nacer de un consenso de expertos en donde estuvieran presente los estamentos implicados. Las unidades de hospitalización a domicilio podrían ser una alternativa valida para la ubicación y tratamiento de ciertos grupos de riesgo de las NAC, obteniendo similares resultados de curación – mejoría o mortalidad que los mencionados en los últimos estudios realizados. Cada unidad de hospitalización a domicilio, según las característica e infraestructura que posea, deberá decidir que grupos de pacientes es capaz de atender con las mismas garantías de curación que en régimen hospitalario.

## 5. MARCO TEORICO

El sector salud en Colombia a partir de 1993 con la reforma al sistema de seguridad social en salud a través de la Ley 100/93, atraviesa por una profunda transformación en sus principios, organización y financiamiento, transformación denominada Reforma del Sector Salud. Este proceso ha incidido no solo en la actividad laboral, sino también en la educación y en las formas de regulación de los profesionales de la salud, los efectos producidos sobre los técnicos y profesionales que laboran en el sector, especialmente Médicos y enfermeras. Por otra parte, la reorganización del sistema de salud y la redistribución de responsabilidad y funciones entre profesionales y auxiliares, ha generado controversia en torno a la definición de la práctica del manejo del paciente en forma integral, para tener un efecto de aceleramiento en el proceso de mejoría del estado de su salud, a través de todos los factores que lo rodean en su ambiente, incluyendo la participación de la familia y seres que lo rodean, con diversas finalidades entre las cuales es ayudar a mantener un equilibrio financiero en el S.G.S.S.S.

La falta de información sistematizada limita la identificación de los efectos que se ejercen sobre el tratamiento integral del manejo del paciente en casa interviniendo el personal Médico Paramédico y familia, por lo que se busca dar respuestas apropiadas que permitan reorientar las acciones para alcanzar la eficiencia y la equidad en salud.

El proyecto de creación, organización y puesta en funcionamiento de la Empresa Asociativa de Trabajo Hospitalización en Casa, unifica los integrantes que participan en el ambiente externo e interno de los pacientes que requieren el apoyo profesional y familiar, a través de los esfuerzos de un grupo de personas que han aportado su grano de arena para darle cuerpo a la conformación de la Empresa y así brindar un servicio con calidad, eficiencia, eficacia y sobretodo calor humano, manteniendo el equilibrio financiero e todos los entes que hacen parte del sistema de salud actual en Colombia.

- **EFICIENCIA:** Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente.
- **UNIVERSALIDAD:** Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de su vida.
- **SOLIDARIDAD:** es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades, bajo el principio del más fuerte

hacia el mas débil.

- **INTEGRIDAD:** Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparadas por esta Ley.
- **UNIDAD:** Es la articulación de políticas, Instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social.
- **PARTICIPACIÓN:** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.
- **SERVICIO PÚBLICO DENTRO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:** La seguridad social es un servicio público obligatorio, cuya dirección coordinación y control esta a cargo del estado y que será prestado por las entidades publicas o privadas en los términos y condiciones establecidos en la presente Ley.
- **RECURSOS REGIMEN CONTRIBUTIVO:** Los recursos del régimen contributivo se originan en las cotizaciones de los empleadores y los empleados y en los aportes individuales de aquellos trabajadores independientes que pueden asumir el valor total de la cuota de afiliación al sistema. La cotización se establece en un 12% de los ingresos de cada afiliado.
- **RECURSOS REGIMEN SUBSIDIADO:** La estructura de financiación del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud esta compuesta por recursos del orden fiscal y parafiscal. Estos últimos corresponden al aporte de solidaridad de los afiliados al régimen contributivo. Por su parte los fiscales provienen de múltiples fuentes en un esfuerzo compartido entre nación y entes territoriales.
- **ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN VINCULADA:** Son los recursos que se destinan a financiar directamente la oferta disponible de las instituciones publicas de prestación de servicios las cuales deben atender a la población pobre que aun no tienen afiliación a alguna de las entidades administradoras del régimen subsidiado.
- **U.P.C.S. :** Es el valor definido por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud que anualmente se reconoce a la A.R.S. por cada uno de los beneficiarios del régimen subsidiado.
- **U.P.C.C. :** Es el valor definido por el Consejo Nacional de Seguridad social en Salud que se reconoce mensualmente a la E.P.S. por cada afiliado o beneficiario del régimen contributivo.

- **LEY 100:** Del 23 de Diciembre de 193 mediante el cual se crea el sistema de seguridad social integral se dictan disposiciones que constituye la reforma e iniciativa social mas importante del país en los últimos 50 años.
- **S.G.S.S.S.:** Sistema General de seguridad Social en Salud es el conjunto de entidades publicas y privadas, normas y procedimientos destinados a garantizar a toda la población el servicio en salud en todos los niveles de atención.
- **PARTICIPACIÓN SOCIAL:** Es la intervención de la comunidad a través de los beneficios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del Sistema en Conjunto.
- **E.P.S. ;** Las Entidades Promotoras de Salud son los núcleos organizativos básicos del sistema de Seguridad Social en salud, así mismo son las entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados del régimen contributivo y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del fondo de Solidaridad y Garantía. Su función básica es la de organizar y garantizar directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados y girar dentro de los términos previstos por la Ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación.
- **I.P.S. :** Las Instituciones prestadoras de Salud son los hospitales, consultorios, laboratorios, centros de atención básica y demás centros de servicios de salud y todos los profesionales que agrupados o individualmente ofrecen sus servicios a través de las E.P.S.
- **MINISTERIO DE SALUD O PROTECCIÓN SOCIAL:** Ente Nacional que formula y adopta en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, las políticas estrategias, programas y proyectos para el S.G.S.S.S.
- **C.N.S.S.S.:** El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud liderado por el Ministerio de Salud o Protección Social, es el director general del sistema y organismo de concertación entre los diferentes integrantes del mismo, sus decisiones serán obligatorias y podrán ser revisadas periódicamente por el mismo Consejo.
- **FOSYGA:** El Fondo de Solidaridad y Garantía, es una cuenta adscrita al Ministerio de Protección Social que tiene por objeto de acuerdo con las disposiciones de la Ley 100/93 garantizar la compensación de personas de distintos ingresos y riesgos y la solidaridad del S.G.S.S.S., cubrir los riesgos catastróficos y accidentes de transito y demás funciones complementarias señaladas en dicha Ley.
- **SUPERSALUD:** La Superintendencia Nacional de Salud es un organismo adscrito al Ministerio de Protección Social, que tiene facultades para aplicar sanciones y cumple funciones de inspección, vigilancia y control, implementación de mecanismos de

evaluación de calidad científica de prestación de los servicios de salud y control presupuestal de las entidades participantes.

- **REGIMEN SUBSIDIADO:** Es el conjunto de normas que rigen el ingreso de las personas sin capacidad de pago y su núcleo familiar al S.G.S.S.S.
- **REGIMEN CONTRIBUTIVO:** Es el conjunto de normas que rigen la vinculación de las personas que tiene capacidad de pago y sus familias al S.G.S.S.S.
- **SISBEN:** Es una herramienta básica para lograr equidad, conformada por un conjunto de reglas, normas y procedimientos que permiten obtener información socioeconómica confiable y actualizada de grupos específicos en todos los departamentos, distritos y municipios del país.
- **COTIZANTES:** Son todas aquellas personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia, vinculadas mediante contrato de trabajo que se rija por las normas colombianas, incluidas aquellas personas que presten sus servicios en las sedes diplomáticas y organismos internacionales acreditados en el País.
- **BENEFICIARIOS:** Son todas aquellas personas que se encuentren dentro del grupo familiar del cotizante.
- **REGIMEN EXCEPCIONAL:** Son las personas que se encuentran excepcionadas por la Ley para pertenecer al S.G.S.S.S. por encontrarse cubiertos por un sistema de salud diferente.
- **P.O.S.:** Es el Plan Obligatorio de Salud al cual tienen derechos los cotizantes y beneficiarios afiliados al S.G.S.S.S.
- **COTIZACION:** Es el aporte que hace el trabajador o el independiente con capacidad de pago para pertenecer al S.G.S.S.S.
- **I.B.C.;** El ingreso base de cotización es la parte del salario del trabajador dependiente o independiente, que se tomara como base para aplicar el aporte respectivo con el fin de realizar la cotización.
- **P.A.B.:** Esta constituido por las charlas de promoción y prevención y educación que se dirigen directamente a la colectividad o a los individuos con el objeto de mantener la salud, promover estilos de vida saludable, fomentar el autocuidado y la solidaridad y diagnosticar en forma precoz personas con patologías y riesgos con altas externalidades o comunidades en caso de enfermedades endémicas o epidémicas.
- **A.R.P.:** (Aseguradora de Riesgos Profesionales) Esta atención se brinda a través de las administradoras de riesgos profesionales. La atención en salud derivada de

enfermedades relacionadas con el trabajo de una persona o como consecuencia de un accidente de trabajo.

- **CUOTA MODERADORA:** Es un aporte en dinero que tiene por objeto regular la utilización del servicio de salud y estimular su buen uso.
- **COPAGO:** Es el aporte en dinero que hace el beneficiario al utilizar un servicio, equivalente a una parte de su valor total. Su finalidad es la de contribuir a financiar el S.G.S.S.S.
- **E.S.E. :** Empresa Social del Estado entre los cuales se encuentran los hospitales y centros de salud del estado que se transforman en empresas con autonomía administrativa.
- **MAPIPOS:** Manual de Actividades, procedimientos e intervenciones del P.O.S. definido en las Resoluciones 5261/1994.
- **P.A.C.:** Plan de Atención Complementario, contiene servicios, actividades, procedimientos e intervenciones adicionales a los que componen el P.O.S y que se prestan bajo la modalidad de prepago.
- **REGÍMENES:** Son los principios que rigen las condiciones de tiempo y modo por medio de los cuales se reconoce un derecho.
- **RIESGO:** Es el suceso incierto, futuro y susceptible de ser valorado.
- **40. S.O.A.T.:** Seguro obligatorio de accidentes de tránsito.

## 6 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL AREA DEL PROYECTO

### 6.1 CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DE LA CIUDAD DE NEIVA

En 1539 Don Juan de Cabrera fundó en el sitio llamado “**LAS TAPIAS**” a unos 30 kms al sur de su actual localización un poblado que llamo “**VILLA DE CONCEPCIÓN DE NEIVA**” pero cuando el pueblo empezaba a desarrollarse fue destruido por los indios del resguardo de **OTAS**.

En 1551 obedeciendo ordenes de Don **SEBASTIÁN DE BELALCAZAR** trasladaron la población cerca del río Fortalecillas en el sito llamado la **MATA**, siendo en el año de 1559 destruido por los indios **PIJAOS**, este sitio posteriormente se llamo “**LOS APOSENTOS DE VILLAVIEJA**”, Luego el 24 de mayo de 1612 Don **DIEGO DE OSPINA Y MEDINILLA** fundo a Neiva en el sitio que hoy ocupa.

Neiva fue capital del Departamento del Sur, que hacia parte del Estado soberano del Tolima.

En 1905 al ser creado el Departamento del Huila, designada como su capital. Neiva, es una ciudad pujante, de notable crecimiento, gran centro turístico que durante las fiestas del San Pedro recibe gran cantidad de turistas.

El paisaje que proyecta la ciudad a propios y a extraños, dista mucho de aquella imagen colonial que quedo en el pasado, para mostrarse hoy como la urbe sur colombiana con gran proyección hacia el futuro.

6.1.1 Accesibilidad y comunicaciones. Los diferentes barrios se encuentran con todos los servicios domiciliarios y vías de acceso, un 90% de las vías se encuentran pavimentadas y cuenta con un 100% del servicio de red telefónica.

Neiva es el centro vial donde confluyen todas las vías que se extienden por todo el Departamento y de donde parten las que van al oriente a través de la Cordillera Oriental y el occidente hacia Popayán; una carretera troncal atraviesa el Departamento de sur a norte pasando por Neiva; carreteras secundarias la unen con los municipios de Palermo, Teruel, Tello y Villavieja. Neiva es puerto fluvial sobre el río Magdalena y por la vía aérea

cuenta con el aeropuerto Benito Salas.

Cuenta con la E.S.E. **HERNANDO MONCALEANO PERDOMO** que ofrece los servicios de salud de segundo y tercer nivel de complejidad, el primer nivel es ofrecido por la E.S.E. **CARMEN EMILIA OSPINA**. También cuenta con las Instituciones privadas que ofrecen servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención entre ellas encontramos **CLINICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS, CLINICA NEIVA, CLINICA MEDILASER, CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEdia, CLINICA DE LA MADRE Y EL NIÑO, CLINA DE EMCOSALUD, CLINICA COOMSUSALUD, CLINICA DE PROFAMILIA, CLINICA LA PAZ Y CLINICA SALUDCOOP.**

6.1.2 Aspectos político – administrativos. El municipio de Neiva esta conformado por un gran numero de Barrios divididos en diez (10) comunas y cuatro (4) corregimientos cada uno de los cuales cuenta con una Junta Administradora Local JAL, conformada por EDILES, elegidos democráticamente, los que coadyuvan con el progreso de los diferentes sectores de la capital huilense.

Su primera autoridad es el señor Alcalde elegido mediante el voto popular, además por ser la capital del Departamento también tiene la sede de la Gobernación del Departamento del Huila.

6.1.3 Aspectos geográficos. Neiva cuenta con una Extensión de 1468 Km<sup>2</sup> con una altura sobre el nivel del mar de 442 m. Y una temperatura media de 27.6 grados centígrados y sus limites son :

Al Norte con Aipe y Tello, al Sur con Rivera, Palermo y Santa Maria, al este el Departamento del Meta y al Oeste el Departamento del Tolima.

El Relieve esta marcado entre picos de la Cordillera Central y Oriental, el eje hidrográfico del Municipio lo forma el río Magdalena que atraviesa de Sur a Norte la ciudad.

6.1.4 Aspectos demográficos. Neiva tiene aproximadamente 348.920 habitantes de los cuales el 79% se encuentran ubicados en el área urbana y el 21% en el área Rural.

De esta población 97.944 están identificados por el Sistema de selección de beneficiarios del SISBEN, en los estratos I y II; 55.407 personas están afiliadas al régimen subsidiado, 42.537 se atienden como vinculados al sistema de salud.

Actualmente presenta un desempleo del 21%, siendo Neiva una de las ciudades que puntúan la tasa más alta de desempleo en Colombia como fuente de información utilizamos los registros de planeación municipal, el DANE y la secretaria de Salud Municipal y la Departamental.

## **7. POLITICAS, NORMAS Y MARCO LEGAL**

### **7.1 LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DEL SECTOR SALUD**

Los marcos normativos y desarrollos legislativos recientes frente a la salud en el País, enmarcan su gestión en un nuevo escenario.

La Salud entra a ser un componente de la seguridad social, como un derecho que se caracteriza por ser una protección frente a unos riesgos y contingencias, que funcionan bajo la modalidad del prepago y postpago, bien sea por el trabajador y su empleador, el individuo independiente o a través de la modalidad de subsidios del Estado y que da derecho a unos planes de beneficios.

1. Fuente Secretaria de Salud tomado de la proyección al año 2001.
2. Fuente Secretaria de Salud.
3. Fuente DANE. Febrero 2002.

El sistema General de Seguridad social en Salud organiza la administración, financiación y prestación de los servicios, unificando los tres subsistemas de salud: el privado, el Seguro Social y la asistencia pública, permitiendo la concurrencia de entidades del Estado y del sector privado en la prestación de servicios de Salud.

Se identifica el momento histórico presente como un momento de cambio en lo social, lo político y lo estructural. Esta situación de cambio no ha sido el producto de una circunstancia, sino que se encuentra a la base de los elementos coyunturales de la sociedad contemporánea.

Son facilitadores de los procesos de cambio, varios elementos que accionan sobre las instituciones de salud para precipitar la transformación, señalándose entre otros aspectos como el acelerado adelanto tecnológico en la atención a la demanda, la intensificación de las comunicaciones, el desarrollo permanente del conocimiento de las ciencias médicas, la internacionalización del comercio, la variación en la función del Estado, la competencia entre instituciones, la disminución progresiva de recursos frente a una creciente demanda en servicios de salud, el aumento de la democratización y la participación social en la marcha de las instituciones de salud.

En el nuevo escenario se plantea el objetivo del ejercicio de la participación social en salud y para su desarrollo, se proponen cuatro políticas a saber:

- Fortalecer el desarrollo de la cultura de la participación social y seguridad social.
- Ampliar la concepción institucionalizada y sectorializada de la participación social, conjugando lo sectorial con lo territorial.
- Fomentar la democratización en la elección de delegados comunitarios.
- Fortalecer el control social en la gestión del servicio público de la salud y la operación del sistema.

## 7.2 MARCO LEGAL

Para la creación de la Empresa se tomó el concepto del sistema General de Seguridad Social en Salud dentro del cual se está inmerso y se define como el conjunto de normas, instituciones y procedimientos creados por la ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios, para mejorar la calidad de vida de toda la población, protegiéndola contra los riesgos que afecten su salud y la de su comunidad.

Para la creación se toman los conceptos de la Ley 10 de 1991 por la cual se regulan las Empresas Asociativas de trabajo que dentro de sus disposiciones se encontró y la ley 715 de 201 con sus respectivos decretos Reglamentarios.

## **8. MERCADEO Y COMERCIALIZACION**

### **8.1 ANALISIS DE LA OFERTA Y LA DEMANDA**

Es posible que en el nivel territorial municipal, sea donde se logra una mejor congruencia entre la demanda y oferta de servicios de salud. Por un lado desde la perspectiva económica, por la mayor proximidad entre la prestación del servicio de salud y el paciente, y por el otro desde el punto de vista político e institucional por la mayor eficiencia institucional inducida por la competencia local.

Las estrategias de libre competencia en los mercados de financiación y provisión de los servicios de salud incluyen: La selección del riesgo, la segmentación del mercado, la diferenciación de los productos que eleva el costo de los productos comparables, la discontinuidad en la cobertura, el rechazo de aseguramiento de ciertos individuos, la exclusión de cobertura para condiciones preexistentes, la información sesgada en relación con la cobertura y la calidad, y la elección de barreras de entrada al mercado.

Se supone la existencia de agentes inteligentes y activos compradores de servicios que contratan los planes de salud, el nombre de un grupo de afiliados consumidores y que en forma continuada, monitorean, estructuran y ajustan el mercado para ofrecer servicios de calidad.

En este caso es muy importante tener en cuenta que la ciudad de Neiva cuenta aproximadamente con 348.920 habitantes de los cuales el 79% se encuentran ubicados en el área urbana y el 21% en el área rural; la población masculina es del 45.25% y la femenina del 54.75%, del total de la población 97.944 personas identificados por el sistema de selección de beneficiarios, 55.407 personas pertenecen al régimen subsidiado, 42.537 son vinculados y 113.324 no cuentan con afiliación al sistema de seguridad social.

También es de suma importancia tener en cuenta el perfil epidemiológico de Neiva del cual se puede decir que de acuerdo a la morbilidad en las diferentes áreas del sistema de salud las causas más representativas son: (Ver cuadros 1, 2, 3, 4 y 5)

Cuadro1. Diez primeras causas de consulta programada año 2002.

<b>ORDEN</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>CODIGO</b>	<b># CASOS</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	RINOFARINGITIS AGUDA: RESFRÍO COMÚN	4600	1714	7.09
<b>2</b>	PARASITOSIS INTESTINAL SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	1290	1391	5.76
<b>3</b>	GASTRITIS AGUDA	5350	902	3.73
<b>4</b>	VAGINITIS Y VULVOVAGINITIS	6161	850	3.52
<b>5</b>	CONTROL DE OTRO EMBARAZO NORMAL	6772	732	3.03
<b>6</b>	INFECCIÓN URINARIA SIN INDICACIÓN DEL SITIO	5990	714	2.95
<b>7</b>	INFECCIÓN INTESTINAL MAL DEFINIDA: DIARREA INFECCIOSA	0092	587	2.43
<b>8</b>	HIPERTENSIÓN ESENCIAL NO ESPECIFICADA COMO BENIGNA NI COMO MALIGNA	4019	426	1.76
<b>9</b>	AMIGDALITIS AGUDA	4630	390	1.61
<b>10</b>	OTROS VERTIGOS DE ORIGEN PERIFÉRICO Y LOS NO ESPECIFICADOS	3861	339	1.40
<b>Otros</b>	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD: DEBILIDAD SIN ESPECIFICACIÓN	7993	16123	66.71
<b>TOTAL</b>			<b>24168</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE:** Estadística Epidemiológica Hospital Departamental Hernando Moncaleano Perdomo.

Cuadro 2. Diez primeras causas de mortalidad año 2002.

<b>ORDEN</b>	<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>CODIGO</b>	<b># CASOS</b>	<b>%</b>
<b>1</b>	SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL APARATO CARDIOVASCULAR: CHOQUE SIN MENCIÓN DE TRAUMA	7855	1	16.67
<b>2</b>	TUMOR MALIGNO DE LA PRÓSTATA	1850	1	16.67
<b>3</b>	ENFERMEDAD POR VIH RESULTANTE EN INFECCIONES MÚLTIPLES	0425	1	16.67
<b>4</b>	LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO	7100	1	16.67
<b>5</b>	TUMOR MALIGNO MENINGES ESPINALES	1923	1	16.67
<b>6</b>	SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA	7690	1	16.67
<b>TOTAL</b>			<b>6</b>	<b>100.00</b>

**FUENTE:** Estadística Epidemiológica Hospital Departamental Hernando Moncaleano Perdomo.

Cuadro 3. Diez primeros diagnósticos quirúrgicos año 2002.

ORDEN	DIAGNOSTICO	CODIGO	# CASOS	%
1	PARTO EN CONDICIONES COMPLETAMENTE NORMALES	6500	25	22.94
2	PARTO CON CESÁREA	7634	16	14.68
3	CÁLCULO DE LA VESÍCULA CON COLECISTITIS AGUDA	5740	15	13.76
4	APENDICITIS AGUDA SIN MENCIÓN DE PERITONITIS	5409	11	10.09
5	LEIOMIOMA UTERINO	2180	3	2.75
6	PROLAPSO UTEROVAGINAL INCOMPLETO	6182	3	2.75
7	SUFRIMIENTO FETAL SIN ESPECIFICACIÓN, EN NACIDO VIVO	7684	3	2.75
8	POSICIÓN Y PRESENTACIÓN ANORMALES DEL FETO: PRESENTACIÓN INESTABLE	6520	3	2.75
9	DEFORMIDADES ADQUIRIDAS DE LOS DEDOS DEL PIE: HALLUX VALGUS (ADQUIRIDO)	7350	2	1.83
10	ANOMALÍAS DE LA PARED ABDOMINAL	7567	2	1.83
Otros	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD: DEBILIDAD SIN ESPECIFICACIÓN	7993	26	23.85
<b>TOTAL</b>			<b>109</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Hospital Departamental Hernando Moncaleano Perdomo.

Cuadro 4. Diez primeros diagnósticos de egreso hospitalario.

ORDEN	DIAGNOSTICO	CODIGO	# CASOS	%
1	INFECCIÓN INTESTINAL MAL DEFINIDA: DIARREA INFECCIOSA	0092	18	18.37
2	OTRAS CELULITIS Y ABSCESOS DE OTRO SITIO ESPECIFICADO	6828	9	9.18
3	ASMA NO ESPECIFICADA	4939	8	8.16
4	BRONCONEUMONÍA, ORGANISMO CAUSAL NO ESPECIFICADO	4850	8	8.16
5	DIABETES MELLITUS SIN MENCIÓN DE COMPLICACIÓN	2500	5	5.10
6	CÁLCULO URINARIO SIN ESPECIFICACIÓN	5929	4	4.08
7	HEMORRAGIA NO ESPECIFICADA DEL TRACTO GASTROINTESTINAL	5789	4	4.08
8	INTOXICACIÓN ALIMENTARIA SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	0059	4	4.08
9	BRONQUITIS AGUDA	4660	3	3.06
10	ANGINA DE PECHO	4130	3	3.06
Otros	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD: DEBILIDAD SIN ESPECIFICACIÓN	7993	32	32.65
<b>TOTAL</b>			<b>98</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Estadística Epidemiológica Hospital Dptal. Hernando Moncaleano Perdomo.

Cuadro 5. Diez primeros diagnósticos de urgencias.

ORDEN	DIAGNOSTICO	CODIGO	# CASOS	%
1	SINTOMAS GENERALES: PIREXIA DE ORIGEN DESCONOCIDO	7806	221T	11.52
2	INFECCIÓN INTESTINAL MAL DEFINIDA: DIARREA INFECCIOSA	0092	147	7.66
3	OTITIS MEDIA AGUDA NO SUPURATIVA	3810	86	4.48
4	AMIGDALITIS AGUDA	4630	80	4.17
5	ASMA NO ESPECIFICADA	4939	71	3.70
6	SINUSITIS AGUDA SIN ESPECIFICACIÓN	4619	67	3.49
7	OTROS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ABDOMEN Y LA PELVIS: DOLOR ABDOMINAL	7890	66	3.44
8	GASTRITIS AGUDA	5350	66	3.44
9	CÁLCULO URINARIO SIN ESPECIFICACIÓN	5929	49	2.55
10	DENGUE CLÁSICO	0610	36	1.88
Otros	OTRAS CAUSAS MAL DEFINIDAS Y DESCONOCIDAS DE MORBILIDAD Y DE MORTALIDAD: ASFIXIA	7990	1030	53.67
<b>TOTAL</b>			<b>1919</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Estadística Epidemiológica Hospital Departamental Hernando Moncaleano Perdomo.

El Municipio de Neiva cuenta con el **Hospital Departamental HERNANDO MONCALEANO PERDOMO** que presta los servicios de II, III y IV nivel de atención y con la **E.S.E. CARMEN EMILIA OSPINA**, dividido en tres centros importantes encargados de prestar los servicios de primer nivel de atención, existen además algunas clínicas privadas como son: **CLINICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS, CLINICA NEIVA, CLINICA MEDILASER, CLINICA DE FRACTURAS Y ORTOPEDIA, CLINICA DE LA MADRE Y EL NIÑO, CLINA DE EMCOSALUD, CLINICA COOMSUSALUD, CLINICA DE PROFAMILIA, CLINICA LA PAZ Y CLINICA SALUDCOOP**, que se constituyen de cierta manera en nuestros competidores y es por esta razón que consideramos importante conocer el portafolio de servicios de algunas de estas Instituciones. (Ver Anexo B).

## 8.2 EFICIENCIA Y CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD

La Empresa de Trabajo Asociado “**HOSPITALIZACION EN CASA**” ofrecerá variados servicios de salud domiciliaria de niveles I, II y III nivel con notables ventajas para cada uno de los agentes involucrados en el Sistema de Seguridad Social en Colombia. Dentro de estas ventajas tenemos:

**Para la E.P.S.:**

- Ahorro mediante la generación de altas tempranas en pacientes de elevado costo hospitalario.
- Ahorro mediante la reducción de hospitalizaciones innecesarias en pacientes crónicos.
- Ahorro al evitar la rehospitalización mediante una precisa administración de los medicamentos y un correcto seguimiento de los tratamientos.
- Ampliación del portafolio de servicios de su empresa.

**Para la I.P.S.:**

- Disminución de estancias hospitalarias con el consiguiente aumento en la Rotación de camas.
- Optimización del uso del recurso humano, liberando tiempo para la atención de otros pacientes.
- Descongestión de sus áreas críticas.
- Aumento en sus márgenes de rentabilidad.
- Mejoramiento en los indicadores de eficiencia.

**PARA EL PACIENTE:**

- Reintegro a la vida familiar y social evitándole “El Síndrome de Hospitalismo”.
- Mayor comodidad y bienestar en su propio hogar.
- Programas de capacitación en actividades terapéuticas complementarias para el paciente, su familia y sus acompañantes.
- Obtención de un nuevo servicio en sus planes de salud.
- Teniendo en cuenta el alto número de personas que no pertenecen a ningún régimen, ofrecemos nuestros servicios a costos bajos, ofreciéndole al usuario economía a sus presupuesto.

## 9. ASPECTOS TECNICOS

### 9.1 TAMAÑO Y LOCALIZACION

Inicialmente sería una empresa con una planta de personal pequeña con proyección de ampliación de acuerdo a la evolución de la oferta y la demanda de los servicios con personal profesional vinculado según las especificaciones dadas por la ley para este tipo de Empresas.

La empresa tendrá su sede en la Zona Centro de Neiva de donde se distribuiría el personal según la demanda de los servicios, específicamente estará ubicado el proyecto en la carrera 7 entre la calle 15 y 16 ya que en el futuro se visualiza esta zona como el epicentro de las Instituciones prestadoras de servicios de salud en la ciudad de Neiva.

### 9.2 ESPECIFICACIONES DEL TALENTO HUMANO

Tratándose de una Empresa de Trabajo Asociado, su finalidad es que se conforme con profesionales en las diferentes disciplinas del sector de la salud como Médicos, Enfermeras, Terapeutas y Auxiliares de Enfermería, al igual de personal de las diferentes ramas empresariales con alta experiencia en el tema; personal que estará en permanente actualización y entrenamiento.

El Personal necesario sería el siguiente:

DIRECTOR.....	1
SECRETARIA.....	1
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS.....	2
MENSAJERO CONDUCTOR.....	1
MEDICOS.....	3
ENFERMERAS.....	1
TERAPEUTAS.....	2
AUXILIARES DE ENFERMERIA.....	5

### 9.3 ESPECIFICACIONES DEL RECURSO FISICO

Teniendo en cuenta los servicios que se prestarán en cada uno de los hogares de los pacientes, se tratará de orientar a la familia en el cumplimiento de los requisitos mínimos de Higiene dentro de la vivienda, compromiso de recibir la capacitación de los pequeños procedimientos que pueden ser realizados por personal ajeno a la salud, compromiso de seguir las indicaciones impartidas por el personal Médico y Paramédico y compromiso de la administración a horarios determinados a dosis establecidas, de sustancias a recibir por parte del paciente.

Con relación a la parte administrativas será necesario contar con:

- Oficina de Coordinación y Gerencia.
- Oficina para la secretaria y atención al público
- Sala para los profesionales
- Almacén

Los diferentes equipos necesarios para la prestación de los servicios se relacionan en la Tabla. 1.

### 9.4 MATERIALES Y SUMINISTROS

Los materiales y suministros requeridos para la implementación y funcionamiento de la Empresa aparecen listados en el anexo correspondiente debidamente categorizados y proyectados con precios reales a Junio 30 de 2002. (ver Tablas 1, 2, 3, 4 y 5).

Tabla 1. Equipos médicos

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>
LAMPARA CUELLO DE CISNE.....	2
PESA BEBE.....	4
PESA ADULTOS.....	4
CUBETA CON TAPA DE ACERO 13.2 x 23.4.....	4
MALETIN MEDICO.....	2
TENSIOMETROS.....	3
FONENDOSCOPIOS.....	3
MARTILLO DE REFLEJOS.....	3

Continuación Tabla 1. Equipos médicos.

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>
BOMBAS DE INFUSIÓN.....	3
GLUCÓMETROS.....	2
LAMPARAS DE FOTOTERAPIA.....	1
COMPRESORES DE MICRONEBULIZADORES.....	2
SILLAS DE RUEDAS.....	2
LINTERNAS.....	3
CAMAS ESPECIALES.....	3
BALAS DE OXIGENO COMPLETAS.....	5
EQUIPOS DE PEQUEÑA Y GRANDE CIRUGIA.....	3
ATRILES.....	8
EQUIPO DE ESTERILIZACION.....	1
PATOS HOMBRES.....	8
PATOS MUJERES.....	15
RIÑONERAS.....	10
BANDEJAS.....	4
TERMOMETROS.....	5
DOOPLER.....	1
EQUIPO DE ORGANOS.....	2
EQUIPO DE REANIMACION ADULTO PEDIATRICO NEONTAL.....	1
ELECTROCARDIOGRAMA.....	1

Tabla 2. Muebles y enseres.

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>
ESCRITORIO TIPO SECRETARIA.....	2
SILLA ERGONOMICA.....	3
ESCRITORIO GERENTE.....	1
SILLA TIPO GERENTE.....	1
MESA AUXILIAR.....	2
MESA PARA COMPUTADOR.....	3
SALA DE ESPERA.....	2
AIRES ACONDICIONADOS.....	2
ARCHIVADORES.....	3
MESA DE JUNTAS.....	1

Tabla 3. Equipo de comunicaciones.

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>
TELEFONO.....	2
TELEVISOR A COLOR.....	1
BEEPER.....	1
CELULAR.....	1
FAX.....	1
V.H.S.....	1
GRABADORA.....	1
INTERNET.....	1

Tabla 4. Equipo de computación.

<b>DESCRIPCIÓN</b>	<b>CANTIDAD</b>
COMPUTADORES.....	2
COMPUTADORES PORTATILES.....	1
IMPRESORA 1100 LASER.....	2
SCANNER.....	1

Tabla 5. Materiales y suministros

<b>DESCRIPCIÓN</b>
GASAS
ALGODON
GUANTES
VENDAS ELSATICAS
VENDASDE ALGODON
VENDAS DE YESO
BURETROLES

Continuación Tabla 5. Materiales y suministros.

---

**DESCRIPCIÓN**

---

YELCOS  
EQUIPOS DE MACROGOTEO  
EQUIPOS DE MICROGOTEO  
EQUIPOS DE BOMBAS DE INFUSION  
JERINGAS  
AGUJAS  
SONDAS  
NELATON DE DIFERENTES CALIBRES  
SONDAS FOLEY DE DIFERENTES CALIBRES  
LIQUIDOS DESINFECTANTES (ISODINE ESPUMA, SOLUCION, CIDEX ETC.)  
COMPRESAS  
RECIPIENTES RECOLECTORES DE MUESTRAS DE LABORATORIO  
ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD  
HOJAS DE BISTURI  
TUBOS ENDOTRAQUEALES  
TUBOS DE TORAX  
ESPARADRAPO  
BAJALENGUAS  
APOSITOS  
COPITOS  
ACEITE MINERAL  
GEL  
ESPECULOS  
METROS  
PILAS  
TAPABOCAS

---

## 10. ASPECTOS LEGALES Y ADMINISTRATIVOS

### 10.1 TIPO DE EMPRESA

Teniendo en cuenta los diferentes tipos de sociedades, se considera que la más viable desde el punto de vista jurídico financiero, crediticio y fiscal es una “Empresa Asociativa de Trabajo” alternativa empresarial consagrada en la ley 10 de 1991.

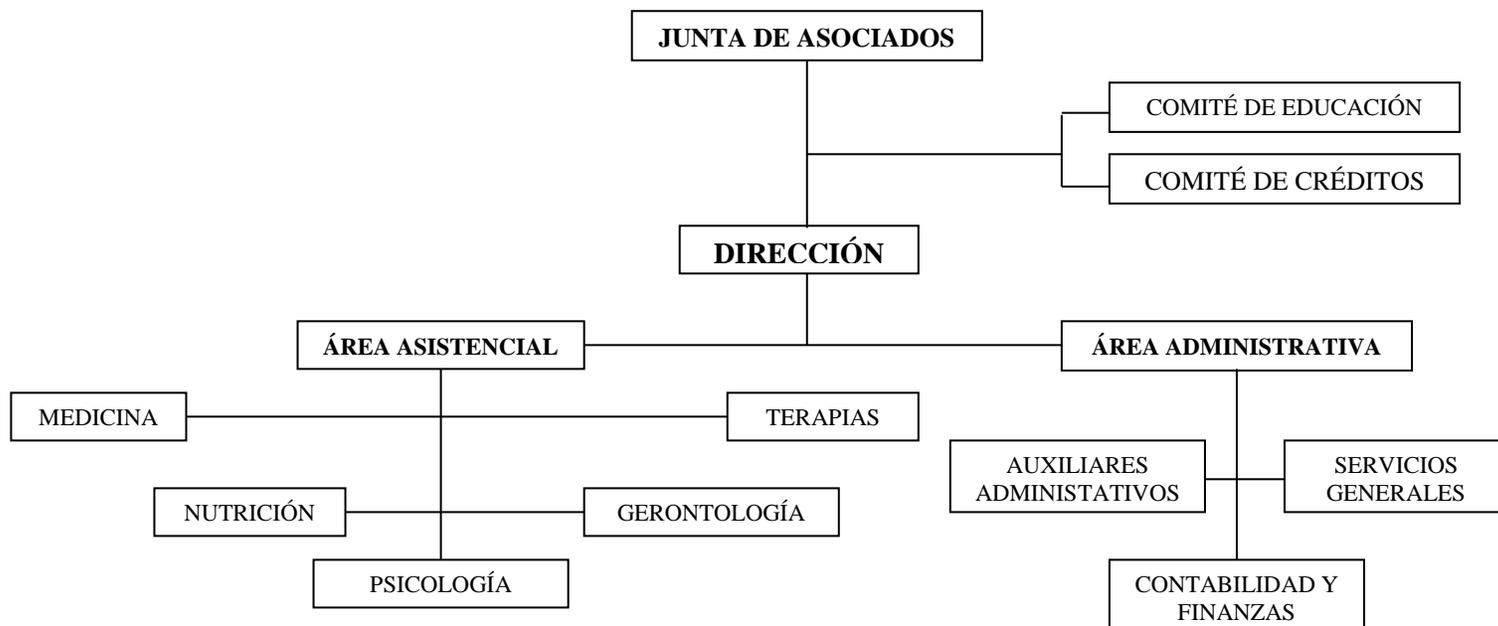
Como Empresa Asociativa de Trabajo dedicada a la prestación de servicios de Salud en forma individual o conjunta contara con un máximo de asociados de 20 y como mínimo 3 los cuales harán los aportes necesarios para poner en funcionamiento a la empresa.

La duración de la empresa será limitada en el tiempo y determinada por la junta de asociados.

### 10.2 ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

Con base en los Estatutos de la Empresa la Junta de Asociados será la suprema autoridad, órgano encargado de nombrar al director.

Se maneja según las últimas tendencias administrativas de dirección horizontal o lineal. Ver Gráfica 1. (Organigrama)



### 10.3 COSTOS DEL TALENTO HUMANO

Es de indicar que por tratarse de una Empresa Asociativa de Trabajo, los integrantes deberán realizar aportes descritos en el Artículo 6 del Decreto 1100 de 1992 por el cual se reglamenta la Ley 10 de 1991 los cuales pueden ser: los aportes de trabajo, que comprenden los laborales y laborales adicionales y los aportes económicos, compuestos, por los activos y el dinero.

Para efectos del reparto de utilidades y conformación del Quórum decisorio, debe observarse las siguientes premisas:

- Los aportes de trabajo aplicados al proceso productivo se reflejarán en el resultado económico generado por la EAT.
- Los aportes de trabajo deberán expresarse en un patrón que permita su cálculo y convertibilidad. Para estos efectos el patrón dinero resulta el más apropiado.
- los aportes de trabajo deben proyectarse a la fecha de cierre del ejercicio, que siempre será la fecha en la cual se hará el reparto de utilidades en proporción a los aportes de cada asociado.
- La sumatoria de todos los aportes (de trabajo y económicos) de cada asociado, deberá expresarse en términos de porcentaje % de la totalidad de los aportes hechos a la EAT, los cuales serán el 100% para efectos del reparto de las utilidades de cada ejercicio.
- Hechas las deducciones que indica la Ley, se hallará la utilidad líquida de cada ejercicio, la cual sería del 100%, repartible entre los asociados a manera de participaciones o utilidades, obviamente en proporción a sus aportes.

Cuadro 6. Modelo de valoración de aportes.

<b>Nombre del Socio</b>	<b>Aportes Laborales</b>	<b>Aportes Adicionales</b>	<b>Total Aportes Laborales</b>	<b>% De Participación por Asociado</b>	<b>No. de Cuotas por Asociado</b>
BAHAMON JAVIER MAURICIO	600.000	200.000	800.000	33.3	40
FLORES ROCHA OSCAR HERNAN	600.000	200.000	800.000	33.3	40
VIDAL OSSA JOSE RICARDO	600.000	200.000	800.000	33.3	40
<b>TOTAL</b>	1.800.000	600.000	2.400.000	100	120

El valor estimado para cada cuota es de \$20.000 cada una.

Cuadro 7. Valoración total de aportes.

Nombre del Socio	Total Aportes Laborales	Activos	Dinero	Total	% de Participación
BAHAMON JAVIER MAURICIO	800.000	1.000.000	1.300.000	3.100.000	33.3
FLORES ROCHA OSCAR HERNAN	800.000	1.200.000	1.100.000	3.100.000	33.3
VIDAL OSSA JOSE RICARDO	800.000	1.300.000	1.000.000	3.100.000	33.3
<b>TOTAL</b>	2.400.000	3.500.000	3.400.000	9.300.000	100

Los cuadros anteriores representan un caso hipotético de valoración de aportes en el cual cada asociado a ponderado su participación en las actividades económicas de la empresa.

En este caso el valor estimado de cada cuota es de \$5.000.

#### 10.4 COSTOS FIJOS Y COSTOS VARIABLES

Los asociados podrán dar a la EAT, a título de arrendamiento, bienes muebles o inmuebles, en las condiciones establecidas en contrato comercial escrito, donde se especificará la forma de uso, término, valor y condiciones de pago de dichos bienes.

Cuadro 8. Costos fijos proyectados a 5 años.

	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
◆ Arrendamiento	\$ 4'200.000	4.620.000	5.082.000	5.590.000	6.149.220
◆ Servicios Públicos	\$ 2'400.000	2.640.000	2.904.000	3.194.400	3.513.840
◆ Mano de Obra Directa	\$ 8'400.000	9.240.000	10.164.000	11.180.400	12.298.440
◆ Otros	\$ 4'000.000	4.400.000	4.840.000	5.324.000	5.856.400
◆ Depreciación	\$4'105.000	4.515.500	4.967.050	5.463.760	6.010.130
◆ Gastos de Promoción	\$ 3'000.000	3.300.000	3.630.000	3.983.000	4.392.300
<b>Total</b>	<b>\$26.105.000</b>	<b>28.715.500</b>	<b>31.587.050</b>	<b>34.745.760</b>	<b>38.200.330</b>

Cuadro 9. Costos variables proyectados a 5 años.

	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
□ Materiales y suministros					
• Medicamentos	46'000.000	50.600.000	55.660.000	61.226.000	67.346.600
• Implementos de oficina	8'000.000	8.800.000	9.680.000	10.648.000	11.712.800
• Impresos y Publicaciones	15'000.000	16.500.000	18.150.000	19.965.000	21.961.500
• Gastos de Transporte	5'000.000	5.500.000	6.050.000	6.655.000	7.320.500
□ Gastos Imprevistos	2'400.000	2.640.000	2.904.000	3.194.400	3.513.840
□ Capacitación	1'000.000	1.100.000	1.210.000	1.331.000	1.464.100
□ Bienestar Social	500.000	550.000	605.000	665.500	732.050
□ Mano de Obra Indirecta	6'000.000	6.600.000	7.260.000	7.986.000	8.784.600
□ Mantenimiento	2'500.000	2.750.000	3.025.000	3.327.500	3.660.250
□ Equipos de oficina	10'500.000	11.550.000	12.705.000	13.975.000	15.373.050
□ Equipos Médicos	35'000.000	38.500.000	42.350.000	46.585.000	51.243.500
□ Equipos de Computación	10'000.000	11.000.000	12.100.000	13.310.000	14.641.000
□ Equipos de comunicación	8'000.000	8.800.000	9.680.000	10.648.000	11.712.800
<b>TOTAL</b>	149.900.000	164.890.000	181.379.000	199.516.400	219.468.590

## 11. INVERSIONES Y FINANCIAMIENTO

Es de mucha importancia para la Empresa la Inversión en cada uno de sus equipos necesarios para prestar servicios con eficiencia y calidad. (Ver Tablas 1, 3, 4).

Se harán inversiones en la sistematización de la Empresa, por considerarlo un aspecto fundamental en cualquier proceso administrativo.

### 11.1 FINANCIAMIENTO

Por tratarse de una Empresa de Trabajo Asociado su financiación dependerá en gran parte de los aportes realizados por parte de sus asociados, los cuales se llevarán en registro separados para cada asociado.

Los aportes pueden ser:

- **LABORALES:** Serán constituidos por la fuerza de trabajo personal, actitudes, experiencia, que pueden ser evaluadas semestralmente.
- **LABORALES ADICIONALES:** Están constituidos por la tecnología, propiedad intelectual o industrial registradas a nombre del aportante.
- **EN ACTIVOS:** Están constituidos por los bienes muebles e inmuebles que los miembros aporten a la empresa asociativa.
- **EN DINERO:** Los asociados pueden hacer aportes en dinero las cuales serán utilizados preferentemente como capital de trabajo de la empresa.

Es muy importante tener en cuenta que por tratarse de una empresa de trabajo asociado, se vincularán profesionales en las diferentes disciplinas necesarias para cada servicio las cuales al momento de asociarse aportarán los equipos con los que cuentan particularmente y los equipos que queden faltando para la prestación de servicios con eficiencia y calidad se conseguirán a través del crédito que coordina el Departamento Nacional de Planeación a través del Plan Nacional de Desarrollo de la Microempresa.

En el País existen entidades especializadas en ofrecer apoyo económico a este tipo de empresas entre dichas entidades tenemos:

- Fomentar – Fundescol
- Fondo Nacional de Garantías (Mindesarrollo)
- K.F.W. (Banco de la Republica).
- Convenio ALA / 91/15 (Consejería Presidencial para la Juventud, la Mujer y la Familia).
- Foses (Presidencia de la Republica).
- Fondo Rotatorio de Entidades de Apoyo a la Microempresa y Comercializadoras (Corporación Financiera de Desarrollo).

## 12. INGRESOS

Los ingresos concretos y reales son los dados a través de la venta de los servicios ofrecidos en el portafolio de la empresa a las diferentes instituciones llamense **E.P.S.** Empresas Solidarias, Empresas de Economía Mixta, **I.P.S.** y atención a particulares.

Para hacer una proyección del ingreso real, se toma como muestra la facturación presentada a **CAFESALUD E.P.S.** por parte de sus diferentes prestadores, en el periodo comprendido entre los meses de julio a diciembre de 2001, teniendo en cuenta la Hospitalización Médica, Hospitalización Quirúrgica, Atención Obstétrica y la Cirugía Ambulatoria, donde algunos procedimientos requieren de un pequeño seguimiento Médico Postoperatorio. (ver Cuadro 10)

Cuadro 10. Proyección de facturación correspondiente a los meses de julio a diciembre de 2001 y ahorro promedial a la E.P.S.

<b>SERVICIOS</b>	<b>FACT. I.P.S. "X"</b>	<b>FACT. "E.A.T."</b>	<b>VALOR AHORRADO PARA LA E.P.S.</b>
<b>HX. MEDICA</b>	89'738.195	71'790.156	17'947.639
<b>HX. QUIRURGICA</b>	17'599.497	14'079.524	3'519.973
<b>ATENCIÓN OBSTETRICA</b>	19'858.687	15'886.950	3'971.737
<b>CX. AMBULATORIA</b>	4'373.203	3'498.562	874.641
<b>TOTAL</b>	\$ 131'569.582	\$ 105'255.192	\$ 26'313.990
<b>TARIFA</b>	I.S.S.PLENA	I.S.S. MENOS 20%	

### 13. PRESUPUESTOS

Cuadro 11. Presupuesto de ingresos y gastos.

	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
INGRESOS	210.510.384	231.561.422	259.348.793	290.470.648	331.136.539
SUBTOTAL INGRESOS	210.510.384	231.561.422	259.348.793	290.470.648	331.136.539
COSTOS VARIABLES	149.900.000	164.890.000	181.379.000	199.516.900	219.468.590
COSTOS FIJOS	26.105.000	28.715.500	31.587.050	34.745.760	38.220.330
SUBTOTAL DE COSTOS	176.005.000	193.605.500	212.966.050	234.262.660	257.688.920
UTILIDAD	34.505.384	37.955.922	4.638.743	56.207.988	73.447.619

## 14. ASPECTOS TÉCNICOS DONDE SE DEMUESTRA IDONEIDAD DEL SERVICIO OFRECIDO

### 14.1 CRITERIOS GENERALES DE INGRESO AL PROGRAMA (HOSPITALIZACIÓN EN CASA)

1. Indicación clara de manejo hospitalario, bien sea para patología aguda en curso, patología crónica agudizada, recuperación nutricional preoperatoria o no, manejo del dolor, paciente terminal, paciente en postoperatorio etc.
2. Bajo nivel de interacción diaria (evolución médica, cuidados de enfermería, toma de exámenes, etc).
3. Baja probabilidad de presentar emergencias o complicaciones.
4. Aceptación del paciente y del núcleo de personas (familiares o allegados) que lo asistirán en el domicilio de las condiciones de seguimientos del programa y **firma del documento establecido para ello.**
5. Disponibilidad de un domicilio permanente en el área urbana de Neiva, con asistencia permanente de familiar o allegado, con identificación clara de la dirección, acceso vehicular y línea telefónica.
6. Entorno familiar y de allegados adecuado en el domicilio para ofrecer los cuidados necesarios de acuerdo a la patología.
7. Disponibilidad de los mecanismos administrativos y operativos adecuados para ubicar recursos adicionales que se requieran como parte de la atención.
8. Disponibilidad de la información y los registros clínicos necesarios para la atención médica de la IPS, de acuerdo con la patología y las pautas de manejo del programa.

### 14.2 CRITERIOS GENERALES DE SALIDA DEL PROGRAMA

1. **NEGATIVA DEL PACIENTE:** Sus familiares o allegados a continuar con el tratamiento bajo el grupo de atención domiciliaria.
2. **INCUMPLIMIENTO:** De las medidas, indicaciones y prescripciones establecidas por el equipo de atención para el adecuado manejo de la patología por el paciente, sus

familiares y/o allegados. En este caso, se indicara la rehospitalización sin otra alternativa de manejo.

3. **DECISIÓN DE ALTA MEDICA:** Por el equipo de atención, ante la evolución de la patología.

4. **EVIDENCIA DE FACTORES DEL ENTORNO FAMILIAR:** Que obstaculicen el adecuado manejo de la patología.

5. **IMPOSIBILIDAD O DIFICULTAD DE ACCESO:** Al lugar de permanencia del paciente (vías de acceso, nomenclatura, riesgos de seguridad).

### 14.3 PROCESO DE ATENCION

#### **MEDICO ENCARGADO DE LA CONTRATACIÓN**

- Revisa las historias clínicas de pacientes candidatos para el Programa de Atención Domiciliaria.
- Evalúa criterios de inclusión.
- Se comunica con el Medico Coordinador del Programa de Atención Domiciliaria.
- Solicita formalmente la inclusión del paciente en el Programa de Atención Domiciliaria.

#### **MEDICO COORDINADOR PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA**

- Revisa la historia clínica del paciente.
- Si el paciente cumple con los criterios para ser incluido en el programa, realiza la captura de la información clínica.
- Comunica a la IPS de la decisión de traslado.
- Explica al paciente y sus familiares o responsables las implicaciones y condiciones del programa.
- Hace firmar del paciente el formato de consentimiento informado para su inclusión en el programa.
- Da la orden de alta hospitalaria de la Institución en acuerdo con el medico tratante de la IPS.

#### **ENFERMERA JEFE**

- Realiza la valoración de riesgo domiciliario previa al traslado de los usuarios al domicilio.
- Elabora la programación de actividades de atención en domicilio para la auxiliar de

enfermería, la enfermera jefe, el medico general y terapias.

- Valora los pacientes que requieran de la participación de profesionales de enfermería.

### **AUXILIAR DE ENFERMERIA**

- Se desplaza hacia el domicilio del paciente con el fin de realizar la atención, de acuerdo a la programación de actividades.
- Realiza el diagnostico de riesgo individual y familiar en cada caso.
- Realiza las acciones de educación individual y familiar sobre el diagnostico de riesgo de cada caso.
- Realiza los procedimientos de enfermería indicados por el profesional que ordeno la remisión al domicilio.
- Realiza las anotaciones de enfermería correspondientes, en todos los casos, en el instrumento de historia clínica domiciliaria.
- Remite para archivo de la Empresa las historias clínicas domiciliares de los pacientes dado de alta.
- Realiza remisiones o ínter consultas, según corresponda a los diferentes actores del programa de atención domiciliaria y del modelo de atención institucional.
- Hace el pedido de materiales y suministros según la programación de actividades.

### **MEDICO GENERAL**

- Se desplaza hacia el domicilio del paciente con el fin de realizar la atención, de acuerdo a la programación de actividades.
- Realiza la valoración del paciente en el domicilio.
- Realiza las acciones de educación individual y familiar sobre el diagnostico de riesgo de cada caso.
- Remite al paciente a otros niveles dentro del equipo de atención domiciliaria o a centros de atención institucional, según la necesidad.
- Determina el alta del programa para todos los pacientes.
- Apoya y orienta al personal de enfermería del programa.
- Solicita los servicios necesarios para resolver los problemas médicos de los pacientes.
- Diligencia la historia clínica domiciliaria.
- Diligencia los registros propios del sistema de información del programa.

### **FAMILIAR O ALLEGADO**

- Diligencia el formato de consentimiento informado del programa de Atención

#### Domiciliaria

- Cumple y hace cumplir del grupo familiar las indicaciones y prescripciones para el tratamiento del paciente.
- Informa al equipo del Programa de Atención Domiciliaria sobre la evolución de la patología del paciente y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.
- Colabora con el equipo de atención en las solicitudes administrativas necesarias.

#### **PACIENTE**

- Diligencia el formato de consentimiento informado del Programa de Atención Domiciliaria.
- Cumple las indicaciones y prescripciones para su tratamiento.
- Informa al equipo de atención del Programa sobre la evolución de la patología y el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas.

## 15. CONCLUSIONES

- La empresa incursionara en un mercado, se puede decir que virgen y fértil con muchas oportunidades para la proyección y generación de bienes y servicios que contribuyen de gran manera al mejoramiento de los niveles de vida y logros económicos tanto para la población como para las Empresa Promotoras de Servicios de Salud **E.P.S.** como para las Instituciones prestadoras de servicios de Salud **I.P.S.** y las relacionadas con el campo de la salud que requieran de nuestros servicios.
- Es fundamental el manejo financiero que le den los asociados a los recursos de la empresa.
- Se considera que este proyecto puede ser elevado a otros niveles con el fin de crear conciencia empresarial hacia actividades no tradicionales en la práctica actual.
- A través de este trabajo se incentiva la Medicina tradicional y familiar, la cual se ha perdido al pasar de los años volviéndose mecánica, sin tener en cuenta el sentido humano, pilar importante en la recuperación del estado de salud de los usuarios.

## BIBLIOGRAFIA

- ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA. Informe a la XXXIII Asamblea General. Santafé de Bogota: ACOFAEN, 1996.
- ----- . La acreditación de programas de enfermería en Colombia. Santa fe de Bogota: ACOFAEN, 1995. 12 p.
- BELMARTINO S. El mercado de trabajo médico y la producción de servicios de salud en Argentina. En: Cuadernos médicos sociales. Vol. 20 No. 10, (jun. 1986).
- CAFESALUD. Programa Inicial de atención domiciliaria. Neiva: Cafesalud.
- CASTRILLON C. CORREA, A.E. La formación universitaria de enfermeras Colombia: En: Revista investigación y educación en enfermería. Vol. 4, No. 1, (1986).
- ----- . El trabajo en enfermería. En: MACHADO M, Profissoes em Sude: Uma abordagem Sociológica. Río de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- ----- . La dimensión social de la enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia, 1997.
- CHARPAKN. El método canguro. Bogota: Mc Graw Hill, 1997.
- CIFUENTES E. Derechos fundamentales e interpretación constitucional. En: Revista foro; Vol. 21, No. 15 (1993).
- COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La carga de la enfermedad en Colombia. Santa fe de Bogotá: s.n., 1994.
- COLOMBIA. SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. El talento humano de la salud en Colombia. Santa fe de Bogota: El Ministerio, 1997.
- COMPARACIÓN ENTRE la técnica canguro de Rey Martínez vs la técnica tradicional para el manejo de recién nacidos con bajo peso. En: Tribuna Medica, Vol.91, No. 4. (1995): p. 207-16.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA de Colombia. Santa Fe de Bogota: s.n. 1992.
- CORNARE – INER. Estudio de localidades. Medellín: INER, 1990. p. 83-90.

- DIRECCIÓN LOCAL DE SALUD DE RIONEGRO. La Salud como componente del plan integral del desarrollo de Rionegro. En: Cuadernos de planeación Rionegro. Dirección Local de Salud. Rionegro: 1994- 1995.
- EL PROGRAMA “MADRE CANGURO”. Una técnica Colombiana de cuidado de niño prematuro o de bajo peso al nacer. Tribuna Medica, 1996; 93 (4): 191-200.
- ESCUELA SUPERIRO DE ADINISTRACIÓN PÚBLICA. Elementos para la gestión local de seguridad social en salud. Santafé de Bogotá: s.n., 2000
- ESTUDIO DE las neumonías extrahospitalarias atendidas en un Hospital General. Error diagnóstico. Medellín: s.n., 1991. p. 97: 250-254.
- FREIDSON, Eliof. La profesión médica. Barcelona: Península, 1978.
- GALARZA, Marco Tulio. Calidad total aplicada al sector salud. Cali: s.n., 1993.
- LEY 100 DE 1993. s.p.i.
- LEY 10 DE 1991. Empresas Asociativas de Trabajo. s.p.i.
- LOPEZ, H. El mercado laboral de los profesionales en Colombia. En: Cuadernos del CIDE No. 2. (1995).
- MALVARES, Silvina. Tercer milenio y salud. En: V Conferencia Latinoamericana de facultades y escuelas de enfermería. (5ª: 1998: Perú) V Ponencia. Trujillo Perú: s.n., 1998.
- MÉNDEZ, Rafael. Formulación y evaluación de proyectos. Neiva: s.n., 2000.
- MENEGHELLO J. Diálogos en pediatría, publicaciones técnicas mediterráneo. s.l. s.n., 1994, p. 108-9.
- MORAN M. WOOD S. States, regulation and the medical profession. Buckingham: Open University Press, 1993.
- MUNICIPIO DE RIONEGRO. Anuario Estadístico 1993. Medellín: Colina, 1994.
- MUNICIPIO DE MEDELLÍN, Metrosalud. Cronología de la atención en salud 1986 – 1996. Medellín: s.n., 1998.
- NELSON WY et al. Tratado de pediatría. 14 ed. s.l.: Salvat Editores, 1992. p. 459-67.

- NIGENDA G. MACHADO MH. Modelos de regulación profesional de los médicos en América Latina: Elementos teóricos para su análisis. En: Cuadernos de salud pública. Vol. 13, No. 14. (1997) . p. 685-692. .
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Análisis prospectivo de la Enfermería. Educación Medica y Salud. Vol. 23, No. 2, (1989); p. 127-128.
- ----- . Investigación sobre fuerza de trabajo en enfermería en seis países. En: Educación médica y salud. , Vol. 22, No. 1 (1988); p. 64-90.
- PERIODICOS ASOCIADOS LTDA. Nuevo Atlas de Colombia Cali: Prensa Moderna, 1997. p. 12-127.
- PLATA RUEDA, Ernesto . Preguntas de las madres. Bogotá: Mc Graw Hill, 1998, p. 39-40.
- QUEVEDO et al. La salud en Colombia. Análisis socio-histórico. En: Estudio sectorial de salud. Bogota: El Ministerio, 1990. p. 24-41.
- VASCO A. Estado y enfermedad en Colombia. Medellín: Universidad de Antioquia, 1988.
- VELANDIA AL. Historia de la enfermería en Colombia. Santafé de Bogotá: Ediciones de la Universidad Nacional de Colombia, 1995.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The World Health Report 1998. Life in the 21 Century: A Vision for all. Ginebra: O.M.S., 1998. p. 220-224.
- YÉPEZ A. La salud en la reforma de la seguridad social: En: Revista Universidad de Antioquia. Vol. 237 No. 61 (1994).
- UNICEF; Instituto materno infantil, Universidad Nacional, fundación Vivir. Primer Encuentro Internacional Programa Madre Canguro. Bogota: s.n., 1992. p. 29.
- SALUDCOOP. Módulos de seguridad social en salud de Colombia. Neiva: Saludcoop
- SERRANO ACOSTA. Temas sobre alimentación del niño. 2 ed. Medellín: Universidad de Antioquia, 1993. p. 128-35.
- [www.Minsalud.gov.co](http://www.Minsalud.gov.co). Fundación Canguro, Red Internacional de Cuidados Madre Canguro, ISS – Word Laboratory – Secretaria de Salud No. 171 de Febrero 1996.
- [www.Minsalud.gov.co](http://www.Minsalud.gov.co). Crecimiento y Desarrollo del niño de bajo peso al nacer. CORREA, José A. Fundamentos de pediatría. 2 ed. s.l.: s.n., 1991. t. 1. p. 408-18.

# ANEXOS

## **RÉGIMEN ASOCIATIVO**

**ARTICULO 1º.** Las Empresas Asociativas de Trabajo serán organizaciones económicas productivas, cuyos asociados aportan su capacidad laboral, por tiempo indefinido y algunos además entregan al servicio de la organización una tecnología o destreza, u otros activos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la empresa.

**ARTICULO 2º.** Las empresas reguladas por esta ley, y que se constituyan con arreglo a sus disposiciones, serán las únicas autorizadas para usar la denominación de Empresas Asociativas de Trabajo y para acogerse a los beneficios otorgados por éstas.

**ARTICULO 3º.** Las Empresas Asociativas de Trabajo tendrán como objetivo la producción, comercialización y distribución de bienes básicos de consumo familiar o la prestación de servicios individuales o conjuntos de sus miembros.

**ARTICULO 4º.** Los aportes de carácter laboral que haga cada uno de los asociados serán evaluados por la Junta de Asociados por periodos semestrales, asignando una calificación al desempeño y a la dedicación.

En caso de que haya aportes adicionales en tecnología o destreza, la calificación se hará teniendo en cuenta su significado para la productividad de la empresa.

La redistribución de estos aportes adicionales, en ningún caso podrá ser superior a la cuarta parte de lo que se asigne a la totalidad de los aportes de carácter laboral.

Los asociados tienen una relación de carácter típicamente comercial con las Empresas Asociativas de Trabajo. Por tanto, los aportes de carácter laboral no se rigen por las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo, sino por las normas del Derecho Comercial.

**ARTICULO 5º.** La personería jurídica de las Empresas Asociativas será reconocida desde su inscripción en la Cámara de Comercio, siempre que se acredite el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- a) Presentación del acta de constitución;
- b) Adopción de los estatutos;
- c) Que la Empresa Asociativa sea integrada por un número no inferior a tres (3) miembros fundadores.

**PARAGRAFO.** El Provisional , designado por los miembros de la empresa, tendrá a su cargo la presentación de la solicitud de reconocimiento de la personería jurídica.

## **DE LA DIRECCION**

**ARTICULO 6°.** La Junta de Asociados será la suprema autoridad de la Empresa Asociativa de Trabajo. Sus resoluciones serán obligatorias para los miembros, siempre que se adopten de conformidad con los estatutos y normas reglamentarias.

La Junta de Asociados deberá reunirse por lo menos una vez cada sesenta (60) días en la fecha, hora y lugar que determine el Director de la empresa con el fin de revisar las actividades desarrolladas y diseñar los objetivos a alcanzar durante el siguiente periodo.

**ARTICULO 7°.** Serán miembros de la Junta de Asociados los fundadores y los que ingresen posteriormente debidamente registrados en el registro de miembros.

En caso de existir las dos clases de asociados , de aportes laborales y laborales adicionales, ambas estarán representadas proporcionalmente a sus aportes, en los órganos administradores de la Empresa Asociativa de Trabajo.

**ARTICULO 8°.** La Junta de Asociados tendrá las siguientes funciones:

- a) Elegir el Director de la empresa de acuerdo con lo señalado en los estatutos;
- b) Determinar los planes y operaciones de la empresa asociativa;
- c) Estudiar, modificar, aprobar o improbar los estados económicos y financieros de la empresa;
- d) Determinar la constitución de reservas para preservar la estabilidad económica de la empresa;
- e) Reformar los estatutos cuando sea necesario;
- f) Elegir el tesorero de la empresa;
- g) Vigilar el cumplimiento de las funciones del Director de la empresa;
- h) Evaluar los aportes de los miembros y determinar su remuneración al momento de ingreso, retiro y al efectuarse las revisiones previstas en el artículo cuarto de la presente ley;
- i) Decidir la aceptación o retiro de sus miembros.

**ARTICULO 9°.** Por regla general el quórum deliberatorio se integrará con la presencia de la mayoría de los asociados, pero las decisiones sólo se tomarán por la mayoría de los votos de la empresa.

**ARTICULO 10°.** El Director Ejecutivo será el representante legal de la empresa y tendrá a su cargo las funciones que en los estatutos determine la Junta de Asociados.

## **DEL PATRIMONIO Y DE LAS UTILIDADES**

**ARTICULO 11.** El patrimonio de las empresas asociativas estará compuesto de la siguiente forma:

- a) Las reservas que se constituyan a fin de preservar la estabilidad económica de la

- empresa;  
b) Los auxilios y donaciones recibidas.

**PARAGRAFO.** En los casos de liquidación de las empresas asociativas, la parte del patrimonio que este constituido por auxilios y donaciones, deberá revertir al Estado a través del Servicio Nacional de Aprendizaje, **SENA**.

**ARTICULO 12.** El producido neto, es decir, la diferencia entre el valor de venta de lo producido y el costo de los insumos materiales, deberá distribuirse entre todos los asociados en proporción a su aporte, previa deducción del pago de los impuestos, contribuciones de seguridad social, intereses, arrendamientos, reservas que ordenen los estatutos y contribuciones a las organizaciones de segundo grado o que se encuentre afiliada, en los periodos en que estatutariamente se determine.

**ARTICULO 13.** Cualquiera de los miembros de una Empresa Asociativa de trabajo podrá colocar activos, bienes o equipos en préstamo o arrendamiento a la misma, en las condiciones que determine el Gobierno Nacional.

### **REGIMEN TRIBUTARIO Y DE CREDITO**

**ARTICULO 14.** Las utilidades de los miembros de una Empresa Asociativa de Trabajo, provenientes de sus aportes laborales y laborales adicionales, estarán exentos del pago de l impuesto de renta y complementarios en una proporción igual al 50%, sin perjuicio de que apliquen normas generales de carácter tributario más favorables.

**ARTICULO 15.** Los rendimientos e ingresos de los miembros de una Empresa Asociativa de Trabajo por conceptos de que trata el artículo 13 de esta ley, estarán exentos del pago del impuesto a la renta y complementarios en una proporción del 35%, sin perjuicio de que se apliquen normas generales de carácter tributario más favorables.

**ARTICULO 16.** Las Empresas Asociativas de Trabajo estarán exentas de los impuestos de renta y complementarios y de patrimonio.

**ARTICULO 17.** Las Empresas Asociativas de Trabajo que desarrollan su actividad en sectores declarados de interés preferente por el Ministerio de Hacienda, podrán tener acceso a las líneas de crédito que determine ese mismo Ministerio.

### **DISPOSICIONES VARIAS**

**ARTICULO 18.** Las Empresas Asociativas de Trabajo se disolverán por sentencia judicial o por reducción del número mínimo de miembros.

**ARTICULO 19.** Las Empresas Asociativas de trabajo deberán organizarse en agrupaciones de segundo grado, con el objeto de asumir la defensa de sus intereses, representar a sus afiliados ante las autoridades y terceros y ejercer el control y vigilancia

sobre sus miembros.

**ARTICULO 20.** Las personas que se asocien de conformidad con la presente ley, tendrán derecho a afiliarse a cualquier E.P.S , en calidad de trabajador independiente.

**ARTICULO 21.** El Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, conforme a la reglamentación que expida el Gobierno Nacional , promoverá la organización de las Empresas Asociativas de Trabajo y dará el apoyo administrativo y técnico necesario a través de la capacitación y transferencia de tecnología, para el desarrollo de las actividades de dichas empresas.

**ARTICULO 22.** Las entidades oficiales facilitarán el acceso a los recursos para adquirir y mejorar maquinaria, herramientas y equipos para estimular la productividad de las Empresas Asociativas de Trabajo.

**ARTICULO 23.** El Ministerio de Trabajo y Seguridad Social creará un sistema de información sobre mercadeo de bienes y servicios y apoyará la gestión de empleo de las Empresas Asociativas de Trabajo.

**ARTICULO 24.** El Gobierno Nacional reglamentará los términos y condiciones de naturaleza financiera, operativa y de personal para la calificación y determinación de las empresas asociativas. Así mismo, los mecanismos para la vigilancia y control de las mismas.

**PARAGRAFO.** La reglamentación de que trata este artículo deberá tener en cuenta:

- a) El número máximo de socios;
- b) La naturaleza de la actividad productiva y comercial, y la modalidad y clase de servicios que presten;
- c) El límite de la reserva, del patrimonio y del aporte individual a la empresa, según la actividad económica que desarrollan;
- d) La determinación de las faltas que ocasionan sanciones;
- e) Las sanciones y las causas que originan la imposición de cada una de ellas;
- f) Los procedimientos para la aplicación del régimen de vigilancia y control.

**ARTICULO 25.** Corresponde al Ministerio de trabajo y Seguridad Social la vigilancia y control de las empresas de que trata la presente ley.

El Director Ejecutivo de las Empresas Asociativas deberá remitir al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, dentro de los quince (15) días siguientes, copia auténtica del Acta de Constitución, de los Estatutos y del Acto de Reconocimiento de la Personería Jurídica, con el fin de que se efectúe el registro correspondiente.

**ARTICULO 26.** Las Empresas Asociativas de Trabajo no podrán ejercer funciones de intermediación, ni ejercer como patrono.

La contravención a lo dispuesto en este artículo, a juicio del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, es causal de cancelación de la personería jurídica.

**ARTICULO 27.** Todo lo no previsto en la presente Ley se regirá por las normas del Código de Comercio y demás disposiciones complementarias.

**ARTICULO 28.** La presente Ley rige a partir de la fecha de su publicación.

## ANEXO B. Posibles clientes

### **ANÁLISIS DE LA DEMANDA EN SERVICIOS.**

En el municipio de Neiva existe un número significativo de E.P.S. y A.R.S y empresas que están incluidas en el Régimen Excepcional situación apremiante la cual ofrece garantías suficientes para la implementación de este proyecto.

Tenemos:

CAFESALUD  
SALUDCOOP  
CAJANAL  
HUMANA VIVIR  
SOLSALUD  
CAPRECOM  
I.S.S.  
COLSANITAS  
CAJANAL  
EMCOSALUD  
CAJASALUD  
COOMEVA  
POLICIA  
FUERZAS MILITARES  
S.E.N.A.

**HOSPITAL UNIVERSITARIO HERNANDO MONCALEANO PERDOMO (E.S.E)**

**SU MEJOR ALTERNATIVA EN SALUD INTEGRAL!**

### **MISIÓN**

"Ofrecer servicios de salud de mediana y alta complejidad a la población de la región Sur colombiana apoyados con tecnología de punta, bajo parámetros de calidad, oportunidad y eficiencia, dentro de los principios de ética, humanidad, identidad y compromiso en la asistencia médica; satisfaciendo las necesidades de los usuarios y alcanzando una rentabilidad social y económica que garantice la supervivencia y el desarrollo institucional."

## **VISION**

"Ser líder en el escenario Departamental y Nacional optimizando la prestación de servicios de salud en la región sur colombiana, mediante la potenciación integral de los recursos y el fortalecimiento organizacional e institucional en la búsqueda permanente del mejoramiento, bajo parámetros de oportunidad, eficiencia, eficacia, calidad en la atención y servicio, cumpliendo con las necesidades y expectativas de nuestros usuarios."

## **OBJETIVO SOCIAL**

La E.S.E. Hospital Universitario “ Hernando Moncaleano Perdomo” es una entidad de tercer nivel de atención integral de los pacientes a través de diagnóstico precoz, tratamiento médico quirúrgico y rehabilitación física, mental y social, utilizando tecnología de última generación. Brindamos atención personalizada a la región Sur colombiana, afiliados a los regímenes Contributivo y Subsidiado y a los miembros del Sistema de Salud.

## **URGENCIAS**

Este servicio cuenta con un área de Admisiones sistematizada para la atención oportuna de nuestros pacientes, además de personal médico especializado en pediatría, cirugía general, ginecología, obstetricia, neurocirugía, cirugía plástica, ortopedia, oftalmología, otorrinolaringología, medicina interna y odontología. Entre otros, los cuales se encuentran disponibles las 24 horas del día. Así mismo contamos con las más modernas salas de resurrección C.C.P., observación y cuidados intermedios para pacientes críticos, niños y adultos.

## **SERVICIOS AMBULATORIOS**

Este servicio presta atención a los usuarios que no requieren de hospitalización, para tal efecto cuenta con:

### **CONSULTA EXTERNA ESPECIALIZADA EN:**

- ✓ anestesia
- ✓ cirugía general
- ✓ cirugía pediátrica
- ✓ cirugía plástica
- ✓ dermatología
- ✓ endocrinología
- ✓ electrocardiogramas
- ✓ gastroenterología
- ✓ genética
- ✓ gineco obstetricia
- ✓ medicina interna
- ✓ neurocirugía

- ✓ nutrición
- ✓ urología
- ✓ ortopedia y sala de yesos
- ✓ pediatría
- ✓ psiquiatría

## **SALUD ORAL**

- Servicio de atención las 24 horas del día
- Diagnóstico y tratamiento integral
- Atención de pacientes con compromiso sistemático y de difícil manejo
- Pacientes hospitalizados que requieran tratamiento odontológico
- Paciente con patología oral y compromiso neurológico
- Cirugía oral y maxilofacial
- Procedimientos bajo anestesia general

## **AYUDAS DIAGNOSTICAS Y TERAPEUTICAS**

### **LABORATORIO CLINICO**

#### **SERVICIOS**

- Electrolitos
- Gases Arteriales
- Hematología automatizada
- Inmunología
- Parasitología
- Química sanguínea automatizada

#### **BANCO DE SANGRE**

- ❖ Procedimiento de sangre y hemodiálisis
- ❖ Prueba Mayor de Histocompatibilidad

#### **CONTROL DE CALIDAD EN LAS PRUEBAS DE**

- ✓ Chagas
- ✓ Hematocrito

- ✓ Hemoclasificación
- ✓ Hepatitis B (Antígeno de superficie)
- ✓ Hepatitis C
- ✓ Rastreo de Anticuerpos
- ✓ Sífilis
- ✓ VIH

## **PRUEBAS ESPECIALIZADAS**

Congénitas: Toxoplasma IgG, IgM

Marcador tumoral: PSA

Metabólicas: Ferritina y Hemoglobina glicosilada

Reproductivas: Prolactina

Tiroides: T3,T4 y TSH

## **PATOLOGÍA**

- BACAF
- Citología de líquidos
- Estudios anatomopatológicos de biopsias
- Estudios anatomopatológicos de material quirúrgico
- Mielogramas

## **IMÁGENES DIAGNOSTICAS**

- Radiología convencional
- Procedimientos especializados con fluoroscopia y tomografía lineal (Planografía)
- Tracto gastrointestinal: vías digestivas, colón por enema, col angiografías trasparietohepática-endoscopia retrograda
- Sistema urinario: nefrotomografía, urografía excretora, cistografía miccional, uretrografía, nefrostomía percutánea
- Sistema vascular: arteriografía selectiva, flebografías
- Tomografía axial computarizada

## **UNIDAD DE ENDOSCOPIA**

### **ENDOSCOPIA DIGESTIVA DIAGNOSTICA**

- Endoscopia de vías digestivas: Altas, bajas, (colonos copia, Rectosigmoidoscopia, Anos copia) Col angiografía retrograda endoscopia, laparoscopia diagnostica

## **ENDOSCOPIA DIGESTIVA TERAPÉUTICA**

- Extracción de cuerpo extraño, esclerosis de várices esofágicas, hemostasia y esclerosis de lesiones sangrantes (úlceras, malformaciones vasculares, etc.)
- Polipectomía
- Gastronomía endoscopia percutánea
- Drenaje endoscopico transgástrico de pseudo quistes pancreáticos
- CPRE más papilotomía y extracción de cálculos de vía biliar

## **OTROS**

- Dacriocistografía o gamag. De vías lacrimales
- Estudio con galio (Inyección o tumores)
- Terapia de metástasis con estroncio
- Estudio de viabilidad Tumoral
- Estudio de anticuerpos monoclonales
- Salviograma (test de bronco aspiración)

## **MEDICINA NUCLEAR**

- ✓ Sistema Nervioso
- ✓ Sistema Respiratorio
- ✓ Sistema Cardiovascular
- ✓ Sistema Genitourinario (Nefrología)
- ✓ Sistema Endocrino
- ✓ Sistema gastrointestinal
- ✓ Sistema Hematopoyético Linfático
- ✓ Sistema Osteoarticular

## **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

### **SERVICIOS**

- Consulta médica especializada de fisioterapia
- Hospitalización
- Unidad de trauma raquímedular
- Terapia física
- Terapia ocupacional
- Terapia de lenguaje
- Terapia respiratoria
- Tratamiento para trastornos de aprendizaje
- Audiometrías

- Prótesis y ortesis
- Reacondicionamiento cardiovascular
- Tratamiento de rehabilitación cardiaca
- Tratamiento de rehabilitación integral
- Tratamiento de estimulación temprana
- Paquete de prevención de invalidez(nivel I)
- Calificación de invalidez para pacientes que ingresen al sistema

## **CIRUGÍA**

El servicio de salas de cirugía ofrece sus intervenciones en diferentes especialidades quirúrgicas a través de procedimientos de baja, mediana y alta complejidad, restituyendo los estados mórbidos que presentan los diferentes usuarios; en la actualidad se cuenta con tres modalidades de programas: cirugía ambulatoria, cirugía programada hospitalaria y cirugía de urgencias y traumatología.

## **ESPECIALIDADES**

- Cirugía general
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía toraco-abdominal
- Cirugía plástica y reconstructiva
- Cirugía maxilo facial
- Otorrinolaringología
- Cirugía oftalmológica
- Urología
- Anestesiología
- Ortopedia y traumatología
- Neurocirugía
- Cirugía oncológica

## **PEDIATRIA**

Cuenta en esta unidad con la prestación de servicios de salud de segundo, tercero y parte del cuarto nivel, dirigidos al niño desde su etapa prenatal hasta la adolescencia, brindándoles su atención integral interdisciplinaria, contando con médicos pediatras, pediatra neumólogo y pediatra neonatólogo. Áreas de consulta externa ambulatoria por médico especialista

## SERVICIOS PEDIÁTRICOS

### 1. ATENCIÓN AL CLIENTE:

prenatal	sépticos
recién nacido	oxigenoterapia
lactante	oximetría
preescolar	paracentesis toracentesis
escolar	paso de sonda naso gástrica
adolescente	punción lumbar
quemado	punción ósea
deshidratado	punción suprapubica
desnutrido	punción ventricular y subdural
quirúrgico	punción pleural
neurocirugía	reanimación cerebro cardio
(plástica y general)	respiratoria
otorrinolaringología	unidad de cuidados intensivos
ortopedia	pediátricos neonatal
oftalmología	

### UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS Y NEONATAL

#### SERVICIOS

- Cardioversión y desfibrilación
- Cauterización Yugular
- Cateterismo umbilical
- Cateterismo vesical
- Cateterización subclavia
- Curaciones drenajes
- Entubación orotraqueal
- Estimulación adecuada
- Exanguinotransfusión
- Hidratación oral inmovilizaciones: yesos tractores tutores
- Lavado gástrico
- medios de diagnostico: laboratorio clínico, inmagenologia gastroscopio
- mielograma
- monitoreo invasivo
- nebulizaciones
- oxigenoterapia

#### AREA DE CONSULTA EXTERNA

- Consulta ambulatoria por medico especialista
- Consulta especializada en Asma e Infecciones

- Consulta Especializada en Crecimiento y desarrollo
- Consulta especializada plan Madre canguro
- Consulta de programa HIV

## **CIRUGÍA PLÁSTICA**

El servicio de cirugía plástica se presenta de manera integral en la institución con el propósito de atender las necesidades de cirugía reconstructiva por trauma, quemaduras, cirugía de la mano, maxilofacial, y malformaciones congénitas en la población infantil y adulta. Este servicio se ha caracterizado por ser punto de referencia en la región sur colombiana en razón de la complejidad de la patología que se maneja y esta integrado a la academia de investigación de pre y post grado de la facultad de medicina de la universidad sur colombiana.

### **SERVICIOS**

- cirugía de la mano
- microcirugía de nervio periférico y reimplantes
- cirugía maxilofacial
- unidad de quemados
- cirugía reconstructiva
- cirugía plástica pediátrica
- cirugía de malformaciones
- atención de urgencias 24 horas
- consulta externa

## **MEDICINA INTERNA**

### **SERVICIOS**

- ✓ medicina interna integral
- ✓ neurología
- ✓ cardiología
- ✓ endocrinología
- ✓ nefrología
- ✓ gastroenterología
- ✓ dermatología
- ✓ reumatología
- ✓ neumología

## **OTORRINOLARINGOLOGÍA**

Es una unidad especializada encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento médico quirúrgico de la patología del oído, nariz y garganta. Cuenta con un equipo de profesionales de excelente preparación académica.

### **SERVICIOS**

- ❖ Consulta médica y especializada de otorrinolaringología Programadas
- ❖ Urgencias
- ❖ Hospitalización
- ❖ Cirugía de oído, nariz, amígdalas, laringe y senos paranasales Ambulatoria, Intra hospitalaria
- ❖ Procedimientos ambulatorios: Extracción de cuerpos extraños de oídos, nariz, faringe y laringe
- ❖ Lavado de oídos
- ❖ Laringoscopia directa e indirecta
- ❖ Cauterización de varices septales
- ❖ Taponamientos nasales

## **NEUMOLOGÍA**

### **CONSULTA MEDICA**

- Neumología adultos y pediátrica

### **PRUEBAS FUNCIONALES**

- Espirometrías
- Gasimetrías
- Electrolitos

### **FISIOTERAPIA DEL TORAX:**

- ✓ aceleración del flujo
- ✓ vibración
- ✓ percusión
- ✓ drenaje postural

- ✓ tos asistida
- ✓ reclutamiento alveolar

## **SERVICIOS**

- rinofaringoscopia
- laringoscopia indirecta
- nosofibro laringoscopia
- fibrobroncoscopia diagnóstica:
  - con lavado bronquial, cepillado y biopsia bronquial
  - con lavado, cepillado y biopsia pulmonar transbronquial
  - aspiración bronquial
  - intubación bajo visión broncoscópica
  - fibrobroncoscopia para bronco grafía
  - fibrobroncoscopia con aspiración transcarinal, transtraqueal
  - o transbronquial con aguja
  - toracosentesis diagnóstica y terapéutica
  - torocostomía cerrada
  - biopsia percutánea de masa, nódulos o infiltrados pulmonares con aguja fina y con aguja cortante tipo trucut
  - acceso venoso y arterial por vía central intubación orotraqueal

## **REHABILITACIÓN PULMONAR: PROGRAMA DE REHABILITACION**

### **TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN**

- terapia rehabilitación pulmonar
- rehabilitación cardiovascular

### **OFTALMOLOGÍA Y OPTOMETRÍA**

El servicio de oftalmología del Hospital Universitario cuenta con material humano especializado para atender las diferentes necesidades de la comunidad, tanto en la consulta externa como en las urgencias, teniendo cubrimiento las 24 horas del día, por los siete días de la semana.

## **SERVICIOS OFTALMOLÓGICOS**

- Atención médica tanto en consulta externa como en urgencias de todos los problemas oculares de niños y adultos
- Hospitalización para todos los pacientes que lo necesiten
- Cirugías en todas las subespecialidades con las más altas técnicas
- Pterigion
- Glaucoma
- Catarata
- Inserción de lentes intraoculares
- Todas las cirugías ocasionadas por traumas
- Cirugía de retina y vítreo
- Tratamiento médico de todas las patologías del ojo y sus anexos Inter. Consultas con todo los otros servicios del hospital

## **SERVICIOS DE OPTOMETRIA**

- ✓ Medición de la agudeza visual
- ✓ Tratamiento correctivo de los distintos problemas refractivos
- ✓ Prevención y tratamiento de la ambliopía
- ✓ Tratamiento médico de los estrabismos
- ✓ Medición de los diferentes grados de estrabismo para su posterior corrección quirúrgica
- ✓ Adaptación de lentes de contacto
- ✓ Adaptación de prótesis oculares
- ✓ Tratamiento de ortóptica

## **UNIDAD RENAL**

La unidad renal del centro de Nefrología y Diálisis ofrece sus cómodos tratamientos en hemodiálisis y diálisis peritoneal con tecnología de última generación, para todo el sur de Colombia. Este servicio cuenta con especialistas científicos de Nefrología de amplia trayectoria nacional, con enfermedades especializadas, bacteriólogas, trabajadoras sociales, nutricionistas y psicólogo.

## **SERVICIOS**

- ❖ Consulta médica especializada en Nefrología ambulatoria
- ❖ Consulta médica especializada en Nefrología hospitalaria
- ❖ Consulta médica especializada en Nefrología urgencias
- ❖ Hemodiálisis integral para IRA Eric
- ❖ Diálisis peritoneal continua ambulatoria (CAPD)
- ❖ Entrenimiento previo necesario del paciente que ingrese a (CAPD)

- ❖ Implantación de carácter Subclavio, Yugular o Femoral por punción
- ❖ Colocación de carácter peritoneal
- ❖ Construcción de Fístula Arterio-Venosa
- ❖ Consulta Nutrición, Psicología y Trabajo Social (Paquete integral)

## **LABORATORIO DE NEFROLOGÍA E INMUNOLOGIA**

- Biopsias renales
- Estudio funcional renal completo
- Osmometría
- Estudio de sedimento urinario
- Gases y Electrolitos
- Estudio de desequilibrios electrolíticos y ácidos básicos
- Programas de educación y apoyo al paciente y familia

## **UNIDAD MENTAL**

La unidad de salud mental brinda atención de alto nivel científico, en coordinación con médicos psiquiatras, terapeutas ocupacionales, trabajadoras sociales, psicólogos enfermeras y auxiliares de enfermería con amplia experiencia en el manejo de pacientes con problemas psíquicos y emocionales, para la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales

## **SERVICIOS AMBULATORIOS**

### **URGENCIAS**

- hospitalización de pacientes sicóticos y neuróticos
- fase aguda de la enfermedad
- hospitalización para pacientes neuropsiquiátricos
- hospitalización para pacientes de psiquiatría geriátrica
- hospitalización para psicosis inducidas por fármacos (intoxicados por sustancias psicoactivas o psicosis inducidas por las mismas)
- psiquiatría de enlace
- ínter consultas en integración con las diferentes especialidades médicas

## **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS UCI**

### **SERVICIOS**

- Maneja pacientes médico quirúrgicos en estado crítico que requieren cuidados

- especiales y / o terapéuticos supra especializados
- Soporte respiratorio
- Marcapaso transitorio venenoso
- Monitoreo hemodinámica invasivo (Carácter Swan Ganz)
- Monitoreo neumológico invasivo (PIC)
- Monitoreo electrocardiográfico continuo
- Soporte dialítico
- Suministro Medicamentos que requieren monitoria especial (Trombolíticos, Antiarrítmicos, Inotropicos)

### **SERVICIO HABITACIÓN UNIPERSONAL**

El hospital “Universitario Hernando Moncaleano Perdomo”, cuenta dentro de su estructura física, con el séptimo piso de donde se encuentran 17 habitaciones confortables, dotadas cada una de ellas con aire acondicionado, baño privado, amplios guardarropas, teléfono, televisión con canales internacionales, ascensor privado para este piso, parqueadero para sus visitantes, sofá cama para acompañante y para la reflexión y el recogimiento cuenta con una hermosa capilla en la que el capellán del centro hospitalario celebra la eucaristía periódicamente. Nuestros usuarios disfrutan de toda la tecnología de punto con que cuenta el hospital, de la disponibilidad periódicamente de los Médicos Especialistas y de Servicios Especiales tales como Medicina nuclear, Unidad renal, Cuidados Intensivos para adultos y Pediatría, Banco de Sangre entre otros.

En todos los servicios busca brindar el mayor bienestar a través de un trato personalizado, oportuno y diligente, las mejores relaciones interpersonales y el respeto a la dignidad humana.

### **COOPERATIVA DE CIRUGÍA AMBULATORIA ESPECIALIZADA LTDA.**

#### **PROPUESTA PORTAFOLIO DE SERVICIOS**

#### **1. MISIÓN**

"Somos una cooperativa de trabajo medico asociado, que profesa una filosofía de solidaridad, igualdad, equidad, competitividad y participación, con un irrevocable compromiso social, guardianes de la vida humana en procedimientos ambulatorios

especializados de corta pero muy grata estancia para nuestros usuarios en general colocando así todos nuestros recursos tecnológicos y humanos que garantizan la excelencia y calidad de nuestros servicios."

## **2. VISION**

"Ser la clínica en cirugía ambulatoria especializada y hospitalización de corta estancia líder en la prestación de servicios en el Huila y sur de Colombia, alcanzando el mas alto grado de desarrollo y calidad de acuerdo al avance científico y tecnológico en salud y bienestar para la vida humana."

## **3. CREENCIAS, PRINCIPIOS Y VALORES**

CREEMOS EN:

- "En el sentido hipocrático considerado que todo ser vivo palpita la plenitud del universo y que la misión de la vida es realizarse plenamente hasta agotar su ciclo. el que acorta dicho ciclo asesina la ilusión del mundo y mil historias que nadie nunca contara.
- El valor intrínseco y absoluto de la virtud; quien la practique honesta y constantemente posee la fuerza de los grandes hombres y sean genios, héroes o santos.
- En el amor como valor práctico que desarrolla al hombre en su camino de la madurez y lo conduce desde el egoísmo hasta el desprendimiento que caracteriza al hombre superior.
- La productividad definida como el máximo de calidad y eficiencia con el mínimo costo, y que sus factores mas importantes son la imaginación, creativa el método y fundamentalmente, el hombre comprometido con su obra.
- En la justicia como elemento armonizador en las relaciones de los seres humanos y como vital complemento del amor."

## **4. RESEÑA HISTORICA DE LA COOPERATIVA**

La cooperativa de cirugía ambulatoria especializada Ltda. sociedad cooperativa conformada por (16) dieciséis profesionales especializados en las diferentes ramas de la cirugía especializada que se creó mediante resolución número 3256 de septiembre 17 de 1992, creada con el fin de ofrecer a los habitantes del Huila y de el país una nueva

alternativa en la prestación de servicios de salud, contando con la mas avanzada tecnología en equipos médicos.

Cuenta con dos salas de cirugía debidamente dotadas para la atención del paciente ambulatorio y hospitalización de corta estancia, red de gases medicinales, amplias salas de recuperación y de atención al público, así como la mas adelantada infraestructura técnica locativa y un gran equipo humano para brindarles un excelente servicio.

## **5. UBICACION**

La sede se encuentra ubicada en la carrera 6 número 13-27 de la ciudad de Neiva, con las líneas telefónicas números: en el conmutador 8716462 y 8721330 cirugía 8718951 y fax 8718950.

## **6. SERVICIOS**

### **6.1 CIRUGIA AMBULATORIA**

Cirugía ambulatoria especializada de tercer y cuarto nivel de complejidad, en todas las especialidades, excepto cardiología y neurocirugía.

### **6.1 HOPITALIZACION**

Seis habitaciones individuales  
4- con ventilador y baño privado  
2- con aire acondicionado y baño privado

### **6.2 CONSULTA ESPECIALIZADA**

- medicina general
- obstetricia
- ginecología
- urología
- cirugía general otorrinolaringología
- oftalmología
- ortopedia y traumatología
- cirugía plástica
- cirugía de la mano
- cirugía pediátrica

- cirugía maxilofacial

### 6.3 FARMACIA

La rotación de productos de la farmacia esta calculada en 26días, lo que caracteriza la buena calidad de los productos existentes.

### 6.4 SALAS DE CIRUGÍA

Salas de cirugía con área de 18 m2 cada una, dotadas con los equipos médicos – científicos mas modernos del sector privado, a la par con el sector público.

### INSTRUMENTAL QUIRURGICO

- ✓ equipos de cesárea
- ✓ equipos de laparotomía
- ✓ equipos de plastia
- ✓ equipos de legrado
- ✓ equipos de parto
- ✓ equipos para los diferentes tipos de anestesia
- ✓ equipos para cirugía general
- ✓ equipos para amígdalas
- ✓ equipos para adenoides
- ✓ equipos para urología
- ✓ equipos para ginecoobstetricia
- ✓ equipos para ortopedia
- ✓ equipos para otorrinolaringología
- ✓ equipos para dermatología
- ✓ equipos para exodoncia etc.

### EQUIPOS MEDICOS EN SALAS:

lámparas cielíticas marca sturdy modelo slc 09  
máquinas de anestesia marca ohmeda excel 110, con sistema de evacuación de gases (ultimo modelo)  
electrobisturíforce 2 valleylab  
succionador gomco ref 3040  
3 oximedros de pulso ohmeda  
incubadora marca olidef

camilla de recuperación ref e – 32  
fotoforo welch allyn  
autoclave eastern ref. 620  
masas de cirugía

fuentes de luz acmi 95  
un desfibrilador  
equipos de reanimación pull arm  
carro de paro altamente dotado  
sillas de ruedas sport  
red de gases medicinales  
balanza pesa bebe  
lavamanos quirúrgico  
camillas de sala  
camillas de parto  
tensiometros  
fonendoscopios  
lámpara cuello de cisne  
un glucómetro

## **6.5 LABORATORIO CLINICO Y PATOLÓGICO**

Dirigido y orientado por médico patólogo y laboratista clínico

## **6.6 EN EXAMENES DE DIAGNOSTICO**

En urología: urodinamia  
En obstetricia: ecografía obstétrica, transvaginal y pélvica.  
Rayos x

## **7. RECURSO HUMANO**

Cuenta con recurso humano idóneo altamente calificado, todos especialistas tanto en la parte asistencial como administrativa así:

1-Gerente  
1-secretaria  
2- auxiliares de enfermería

- 1- enfermera jefe
- 1- instrumentadora
- 1- mensajero
- 2- celadores
- 10 auxiliares de enfermería (para turnos adicionales o extras)
- 5- instrumentadoras por llamado

La cooperativa de cirugía cuenta con quince (15) especialistas, además tiene sus puertas abiertas a todos los médicos cirujanos que acrediten su especialidad y deseen atender sus pacientes particulares.

### **CLINICA CENTRAL DE ESPECIALISTAS LTDA**

La Clínica Central de Especialistas Ltda., es una empresa privada, constituida mediante Escritura Pública número 1933 del 11 de agosto de 1983 de la Notaria Primera del Circuito de Neiva.

Esta ubicada en la carrera 7 número 11 – 31; inicio labores el 8 de febrero de 1988, en la actualidad esta conformada por 23 socios: 17 personas naturales y 6 jurídicas. todos profesionales de la salud.

Presta sus servicios de tipo ambulatorio en la carrera 7 número 11 – 24.

### **MISIÓN**

"Es una institución prestadora de servicios de salud de tercer nivel de complejidad fundamentados en la búsqueda permanente de satisfacción a necesidades y expectativas de nuestros clientes.

Contamos con un equipo multidisciplinario, especializado, capacitado y actualizado, comprometido con la vida, el respeto y la dignidad y la excelencia, apoyado con la tecnología acorde a la prestación de un servicio basado en la filosofía de calidad total, garantizada una rentabilidad social y económica en aras de mejorar el equilibrio hombre – naturaleza a toda la población del sur colombiano."

### **VISIÓN**

"La Clínica Central de Especialistas Ltda. de Neiva para el año 2006, será una empresa líder y competitiva en tecnología, calidad, eficiencia y humanismo, reconocida por clientes y comunidad en general, por su preeminencia en todo departamento del Huila y el sur colombiano.

Nuestro sello será la innovación y el trabajo en equipo, así como nuestra capacidad para

participar y responder debidamente a los cambios, buscando posicionar a la clínica como modelo de atención en el siglo XXI, con la filosofía de “alta tecnología médica al alcance de todos.”

## **QUIENES SON SUS CLIENTES**

"Las personas afiliadas al P.O.S del sistema general de seguridad social en salud, quienes hayan tomado o sean beneficiarios de las pólizas de seguros de salud de las diferentes aseguradoras del país. quienes hagan parte de las diferentes A.R.P, los afiliados a las E. P. S. s y A. R. S. s legalmente constituidas y que hayan suscrito contrato con nuestra institución. quienes pertenezcan a regímenes especiales como las fuerzas armadas, la Policía Nacional, los docentes y los clientes particulares que no hagan parte del actual sistema."

## **SERVICIOS**

### **HOSPITALIZACION**

Se realiza en el segundo y tercer piso de la institución, así:

- **SEGUNDO PISO**

habitación comunal de hombres, mujeres y niños  
habitaciones individuales con baño compartido  
habitaciones con ventilador y televisión

- **TERCER PISO**

Suite con sala de espera, aire acondicionado y televisión  
habitaciones individuales con aire acondicionado y televisión  
habitaciones con ventilador y televisión  
Total de camas para hospitalización 73

### **CIRUGÍA**

Cuenta con 3 salas de cirugía, para la atención de los niveles I, II y algunos del III nivel de complejidad, dotados de:

- ✓ monitor cardiaco
- ✓ oxímetro de pulso
- ✓ capnógrafo
- ✓ electro bisturí
- ✓ máquinas de anestesia con respirador para adultos y pediátrico
- ✓ lámpara cielítica
- ✓ succionador
- ✓ red central de gases medicinales
- ✓ equipo de reanimación
- ✓ video laparoscopia
- ✓ microscopio quirúrgico
- ✓ equipo de rayos x portátil
- ✓ fuente de luz por rtv

### **SALA DE PARTOS**

Una sala de partos debidamente dotada con:

- monitor fetal
- 2 camas
- una báscula de pesar bebés
- una mesa riñón
- un succionador
- una mesa pequeña

### **SALA DE TRABAJO DE PARTO**

- con dos camas
- un monitor

### **UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS PARA NEONATOS**

Esta dotada con:

- un pesa bebé
- dos incubadoras
- un monitor cardiaco pediátrico
- un oxímetro de pulso pediátrico
- un ventilador para neonatos con su compresor “infant star
- dos cunas
- tres lámparas de fototerapia
- cuatro bombas de infusión

## **SALA DE RECUPERACIÓN**

Consta de:

ocho camillas de recuperación  
unidad central de gases medicinales  
oxímetro de pulso

## **CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN**

Un autoclave eastern  
para toda clase de paquetes quirúrgicos utilizados en cirugía de I, II y III nivel de complejidad.

## **UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Exclusiva para el manejo del paciente crítico.

cuenta con:

3 camas eléctricas  
3 ventiladores, dos de los cuales se adaptan para pediatría  
2 oxímetros de pulso  
3 monitores cardíacos  
1 desfibrilador  
8 bombas de infusión  
2 bombas para alimentación enteral  
3 succionadores  
1 electrocardiógrafo  
1 máquina de gases arteriales – electrolitos

## **LABORATORIO CLINICO**

Servicio las 24 horas con el apoyo de cinco bacteriólogas y con licencia de funcionamiento expedida por la secretaria de salud departamental

cuenta con los siguientes equipos:

química sanguínea 410  
coulter hepatología con histograma  
minividas para hormonas  
electrolitos  
gases arteriales  
nevera de refrigeración y congelación para almacenar hemoderivados  
incubadora para bacteriología

centrifuga  
micro centrifuga  
serofuga  
baños serológicos  
dos microscopios  
lámpara de luz ultravioleta  
autoclave  
tres neveras de almacenamiento  
cabina de flujo laminar  
foto colorímetros

## **FARMACIA**

Cuenta con un stock suficiente de medicamentos genéricos y comerciales, materiales de sutura y curación, y elementos con atención las 24 horas del día.

## **IMAGENOLOGIA**

Con licencia de funcionamiento debidamente expedida por la secretaria de salud departamental

1 equipo de rayos x general electric  
1 equipo de rayos x american  
1 ecógrafo shimadzu cdl 300  
1 revelador

## **URGENCIAS**

servicio 24 horas  
2 consultorios, para consulta general de urgencias  
3 camillas  
2 sillas de ruedas  
1 equipo de reanimación  
1 electrocardiógrafo  
1 desfibrilador  
1 electro cardio – fax  
1 stock de medicamentos y elementos necesarios para brindar una atención oportuna

## **SERVICIOS DE TRANSPORTES DE PACIENTES 24 HORAS**

Con ambulancia medicalizada de acuerdo a necesidades

- servicio urbano
- servicio intermunicipal
- servicio interdepartamental

## **CONSULTA EXTERNA**

Atendida por

1 médico

1 enfermera jefe

1 secretaria

1 sala de recepción

2 consultorios para consulta medica general debidamente dotados

## **PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN**

Atendido por:

1 médico

1 enfermera jefe

1 secretaria

1 sala de recepción

1 salón de conferencias

2 consultorios debidamente dotados para la atención de los programas de:

- vacunación según esquema PAI (menor de 10 años y gestantes)
- control de crecimiento y desarrollo (menor de 10 años)
- control de joven (jóvenes de 10 – 24 años)
- control del adulto (mayores de 45 años)
- toma de citología vaginal
- planificación familiar: consejería y control
- control prenatal
- control de hipertensión y diabetes
- salud oral: niños (control de placa, fluor, sellantes)  
adultos ( control de placa, detal traje, profilaxis)
- charlas y talleres educativos en salud

## **PROCEDIMIENTO ESPECIAL**

- Arteriografía selectiva de ambas carótidas y vertebral “pan angiografía” por paquete.

## **ENDOSCOPIA**

### **ENDOSCOPIA TERAPEUTICA**

col angiografía retrograda endoscopia cpre

papilotomía – extracción de cálculos

prótesis endoscopias para ictericia obstructiva

## **EQUIPO**

cámara de video otv s 5, marca olympus

## **LITOTRIPSIA EXTRA – CORPÓREA- SERVICIOS INTEGRALES DE UROLOGÍA**

Sistema de litotricia marca elmed, modelo multimed 2001

### **CLINICA NEIVA**

#### **MISION**

"Ha sido y será una entidad creada para desarrollar y prestar servicios de salud de excelente calidad, buscando satisfacer oportunamente las necesidades y expectativas de la comunidad, a fin de lograr la solidez y liderazgo empresarial, el compromiso y bienestar de los miembros de la organización, como también adecuada compensación para los accionistas y la sociedad en general."

#### **VISION**

"Consolidar la Clínica como la empresa de salud más importante de la región, estable, eficiente, eficaz, dinámica, moderna, con servicios de excelente calidad; con todos los niveles de atención, con amplia cobertura territorial, a la vanguardia tecnológica y científica; con usuarios, empresas, proveedores de servicios, colaboradores y socios ampliamente satisfechos, soporte de desarrollo de la región, el país y sus gentes."

#### **PRINCIPIOS Y VALORES**

- Respeto por el paciente y su familia.
- Servicio amable.
- Oportunidad.
- Atención Humanizada.
- Responsabilidad social.
- Fe en Dios.

#### **OBJETIVOS CORPORATIVOS**

- Proteger, mantener, y mejorar la salud de los usuarios mediante la prestación de servicios integrales de salud.

- Lograr que en todos los niveles haya una identidad de acciones que sean imagen de la Cultura Corporativa y a través de ella y de un mejoramiento continuo se conduzca a la empresa hacia la Calidad Total.
- Tener una participación en la prestación de servicios que le permita utilizar eficientemente la infraestructura existente, su ampliación, mejoramiento, desarrollo y modernización tecnológica y su crecimiento institucional.
- Ser abanderada de un ejercicio profesional ético donde predomine el beneficio social.
- Crear un ambiente para que el usuario en cada servicio perciba su importancia como persona y calor humano en su trato. Con una administración dirigida a satisfacer sus necesidades y expectativas.
- La rentabilidad como la medida final necesaria para sobrevivir, crecer y cumplir la misión y alcanzar la visión.

## **SERVICIOS**

### **A) URGENCIAS**

El servicio de urgencias se constituye en la puerta de entrada a la institución y en una de las imágenes principales de los servicios que ofrece la Clínica Neiva, por tanto se realizan esfuerzos permanentes para hacerlo cada vez más ágil, eficiente y de fácil accesibilidad para los usuarios.

Cuenta con:

- Servicio las 24 horas los siete (7) días de la semana
- Dos consultorios con dotación completa, secretaría, sala de espera y facturación sistematizada.
- Sala de procedimientos y pequeña cirugía
- Camas de observación
- Electrocardiografía
- Laboratorio clínico las 24 horas
- Curaciones e inyectología
- Sala de micronebulizaciones
- Despacho de medicamentos las 24 horas
- Equipo de Reanimación Cardiopulmonar

### **B) CONSULTA MEDICA EXTERNA**

Este servicio se presta con un recurso humano altamente calificado.

Cuenta con:

- Siete (7) consultorios independientes con secretarías, dotación completa y sala de espera confortable y con aire acondicionado central.

- Siete (7) médicos familiares de libre escogencia
- Horarios amplios desde las 7 a.m. a las 7 p.m. de lunes a sábado
- Asignación de citas con acceso personal y telefónico sistematizado
- Oportunidad del servicio dentro de las 24 horas
- Atención integral a la familia
- Medicina alternativa
- Programas de Promoción y Prevención
- Enfermera Jefe en el servicio

#### **C) CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA**

- Servicio integral
- Red de especialistas completa ( más de 50 especialistas)
- Oportunidad de servicio dentro de los cinco días hábiles
- Acceso directo al pediatra en niños menores de siete años
- Acceso directo a Ginecobstetricia en mujeres hasta los 49 años

#### **D) ODONTOLOGIA**

- Examen clínico odontológico
- Operatoria dental
- Educación en salud oral
- Control de placa y detal traje
- Sellantes
- Obturaciones
- Extracciones sencillas y quirúrgicas
- Endodoncia
- Rayos X

#### **E) PSICOLOGIA**

- Evaluación psicológica
- Tratamiento Psicológico en su fase aguda
- Terapia de familia e individual
- Terapia de grupo

#### **F) SALUDVISUAL**

Este programa tiene como objetivo general, prestar servicios en el área de salud visual y ocular, abarcando la intervención correctiva de los diferentes problemas y enfermedades oftalmológicas y de optometría.

Se realizan exámenes de diagnósticos ( biometría, campimetría, angiogramas y múltiples procedimientos terapéuticos.

## **G) NUTRICION Y DIETETICA**

- Ínter consulta al paciente ambulatorio
- Asesoría en la determinación de los regímenes dietéticos de los pacientes ambulatorios y hospitalarios
- Acciones socio-educativas

## **H) VISITA DOMICILIARIA**

Se realiza a pacientes crónicos o con limitaciones físicas que les impiden asistir a la atención médica en el consultorio; para acceder al servicio debe inscribirse en el programa de visita domiciliaria y sólo requiere llamar para que su medico lo atienda en casa.

- Consulta
- Exámenes de laboratorio
- Medicamentos

## **I) APOYO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO**

- Laboratorio clínico básico y especializado
- Imagenología, Rayos X, Ecografía y Tomografía Computarizada
- Laboratorio anatomopatológico
- Endoscopias: Diagnósticas y terapéuticas
- Cardiología y estudios de Hemodinamia
- Medicina física y rehabilitación
- Sangre y hemoderivados
- Electroencefalogramas
- Medicina Nuclear

## **J) HOSPITALIZACION**

Cuenta con:

- 31 camas distribuidas en confortables y amplias habitaciones, algunas con aire acondicionado y cablevisión, tipo unipersonal, bipersonal y comunal.
- Personal calificado y atención humanizada
- Atención al cliente con valores agregados ( servicios especiales, periódico de cortesía, servicio de café, registro de nacimiento, entrega de diploma y regalo al recién nacido, kit de aseo personal.

## **K) SERVICIO DE CIRUGIA**

- Servicio las 24 horas
- Tres salas de cirugía amplias con equipamiento especializado
- Modernos equipos de anestesia

- Monitoreo cardiopulmonar
- Rayos X portátil
- Amplia sala de recuperación para ocho camas con oxígeno y monitoreo
- microscopio quirúrgico
- Equipo de endoscopia
- Central de esterilización

#### **L) ATENCION OBSTETRICA Y GENICOLOGICA**

- Sala de partos
- Servicio integral materno infantil
- Atención obstétrica de bajo y mediano riesgo
- Monitoría fetal
- Ecografía obstétrica, pélvica y transvaginal.
- Laparoscopia diagnóstica y terapéutica
- Medicina perinatal
- Curso psicoprofiláctico

#### **M) NEONATOLOGIA**

- Sala de recién nacidos con dos incubadoras y cuatro cunas
- Lámparas para fototerapia
- Exsanguino-transfusión
- Monitoría no invasiva
- Atención inicial del recién nacido ( profilaxis ocular, umbilical y vitamina K)

#### **N) CIRUGIA AMBULATORIA**

- Atención programada y de urgencias en forma permanente
- Orientación e información al paciente y su familia de la preparación prequirúrgica y manejo post-operatorio.
- Implementación de protocolos con tecnología moderna acorde a la comunidad
- Medicamentos ambulatorios
- Liquidación oportuna sistematizada

#### **O) PROGRAMA DE PROMOCION Y PREVENCION**

De acuerdo a las nuevas disposiciones emanadas por el Ministerio de Salud para la implementación de acciones de Protección Específica y Detección Temprana ( Resoluciones 412 y 3384 de 2000).

- Vacunación según el esquema PAI
- Atención preventiva en salud bucal

- Atención del parto
- Atención del recién nacido
- Atención en planificación familiar a hombres y mujeres
- Detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo ( menores de diez años )
- Detección temprana de las alteraciones de desarrollo del joven ( 10 a 29 años)
- Detección temprana de las alteraciones del embarazo
- Detección temprana de las alteraciones del adulto mayor de 45 años
- Detección temprana del cáncer de cuello uterino
- Detección temprana del cáncer de seno
- Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual

#### **P) UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

Se ha tomado la decisión de ampliar y adecuar la actual Unidad de Cuidados Intermedios hacia una Unidad de Cuidados Intensivos con los requisitos esenciales exigidos por las autoridades competentes e implementando recursos físicos con tecnología de punta.

ANEXO C. Mapa de Neiva

