

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE SALUD

TECNOLOGIA EN ATENCION PREHOSPITALARIA DE URGENCIAS,
EMERGENCIAS Y DESASTRES



PROPUESTA DE UN SISTEMA DE ATENCION INMEDIATA EN SALUD PARA
LA CIUDAD DE MEDELLIN -S.A.I.E.S-

Preparada por

Nilson Cesar Castellar Valle

Nidia Rivera Porras

Mariney Ariza Barrera

Medellín, Colombia

2008

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos principalmente a Dios por permitirnos la oportunidad, de desarrollar este proyecto, además a nuestros asesores, familiares y amigos que de una o de otra manera han colaborado en el logro de este objetivo.

DEDICATORIA

Dedicamos este gran logro a nuestras familias las cuales han sido un apoyo fundamental, y a nuestros amigos que nos han acompañado en la trayectoria de hacer realidad esta etapa tan importante de nuestras vidas.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	9
1 DENOMINACION.....	10
2 NATURALEZA DEL PROYECTO.....	10
2.1 DESCRIPCION.....	10
2.2 FUNDAMENTACION TEORICA.....	10
2.3 JUSTIFICACION.....	20
2.4 MARCO LEGAL.....	22
2.5 MARCO SOCIAL.....	26
2.5.1 COMUNAS.....	30
2.5.1.1 Popular.....	30
2.5.1.2 Santa Cruz.....	30
2.5.1.3 Manrique.....	31
2.5.1.4 Aranjuez.....	31
2.5.1.5 Castilla.....	32
2.5.1.6 Doce de Octubre.....	32
2.5.1.7 Robledo.....	33

2.5.1.8 Villa hermosa.....	33
2.5.1.9 Buenos Aires.....	34
2.5.1.10 La Candelaria.....	34
2.5.1.11 Laureles.....	35
2.5.1.12 La América.....	36
2.5.1.13 San Javier.....	36
2.5.1.14 Poblado.....	36
2.5.1.15 Guayabal.....	37
2.5.1.16 Belén.....	38
2.6 FINALIDAD DEL PROYECTO.....	39
2.7 OBJETIVOS.....	39
2.7.1 General.....	39
2.7.2 Específicos.....	39
2.8 METAS.....	40
2.9 BENEFICIARIOS.....	40
2.10 PRODUCTO.....	41
2.11 LOCALIZACION FISICA Y COBERTURA.....	41
2.11.1 Macrolocalizacion.....	41

3 ESPECIFICACION OPERACIONAL DE LAS ACTIVIDADES.....	42
4 METODOS O TECNICAS A UTILIZAR.....	45
4.1 Departamento administrativo.....	45
4.2 Departamento logística.....	45
4.3 Departamento Comercial.....	45
4.4 Departamento Recurso Humano.....	45
5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	47
6 DETERMINACION DE LOS RECURSOS.....	50
7 GESTION DEL PROYECTO.....	52
7.1 Protocolo de actuación.....	52
7.1.1 Razón Social.....	52
7.1.2 Dirección de la oficina.....	52
7.1.3 Objetivo Social.....	52
7.1.4 Naturaleza y Régimen Jurídico.....	54
7.1.5 Duración.....	54
7.1.6 Misión.....	54
7.1.7 Visión.....	54
7.1.8 Valores y principios rectores.....	55

7.1.9 Políticas de Calidad.....	56
7.1.10 Objetivos de calidad.....	57
7.1.11 Esquema de servicios prestados por S.A.I.E.S.....	57
7.1.12 Características de Servicios.....	57
7.1.13 Recursos.....	58
7.1.14 Estructura organizacional.....	59
7.1.14.1 Composición Accionaria.....	59
7.1.14.2 Junta Directiva.....	59
7.1.14.3 Organigrama General.....	60
7.1.14.4 Perfiles y funciones del personal administrativo.....	61
7.1.15 Relaciones laborales.....	64
7.1.16 Situación general del mercado y posición.....	64
7.1.17 Regulación Aplicable.....	64
7.1.18 Riesgos de S.A.I.E.S.....	65
7.1.19 Políticas de Dividendos.....	65
7.1.20 Cronograma de actividades.....	67
7.1.21 Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar.....	69
8 INDICADORES DE EVALUACION.....	73

8.1 Diseño encuesta.....	73
9 CONDICIONANTES Y PREREQUISITOS.....	73
CONCLUSIONES.....	75
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
ÍNDICE DE ANEXOS.....	78
INDICE DE IMAGENES.....	80

INTRODUCCION

Medellín por ser una ciudad central, de paso obligatorio desde el sur occidente hacia la capital, se ha convertido en una ciudad de desarrollo que ofrece diversas oportunidades a propios y extranjeros que buscan tener un mejor bienestar para sus familias.

Debido a su desarrollo ofrece opción de mercados, los cuales son muy competitivos; dado es el caso de los servicios de salud que son prestados por empresas que ofrecen asistencias de buena calidad. Pero por ser ciudad emprendedora y por su alto índice poblacional, que día a día se incrementa, dichas empresas no abarcan la totalidad de la población y agregado a esto, por diferentes causas, la atención que se ofrece no se presta de forma integral y oportuna.

En este proyecto se contara acerca de cómo un Sistema de Atención Inmediata en Salud tiene la posibilidad de cubrir y satisfacer las necesidades de los usuarios, por medio de una atención domiciliaria, recopilando todos los conocimientos expuestos durante el desarrollo de la tecnología en atención prehospitalaria de urgencias, emergencias y desastres.

1 DENOMINACION

Propuesta de un sistema de atención inmediata en salud para la ciudad de Medellín.

2 NATURALEZA DEL PROYECTO

2.1 Descripción

Se creara un sistema, con el objeto de prestar servicios de salud, que facilitará una atención inmediata al usuario trabajando mancomunadamente con profesionales de la salud y otras empresas prestadoras de estos servicios, ubicados estratégicamente en todo el municipio de Medellín teniendo una cobertura total del mismo, satisfaciendo así las necesidades de los usuarios en lo que respecta a un servicio eficaz y oportuno.

2.2 Fundamentación teórica

Según la investigación hecha por Jaime Arias y Francisco Yépez sobre sistemas y servicios de salud en América Latina debe examinarse a la luz de las grandes macrotendencias que se observan en el entorno mediato e inmediato de éstos y que están condicionando y van a condicionar una serie de cambios en los mismos que

requerirán modificaciones en la formación de los recursos humanos y generarán necesidades de investigación, no sólo en lo que atañe con los cambiantes problemas de salud - enfermedad, sino en relación con la organización misma de los servicios de salud y las estrategias para llevarlos a la población que los requiere.

La transición demográfica (Sepúlveda, J. and Gómez Dantés, J., 1995) con el envejecimiento de la población y disminución de la población infantil implica cambios en el perfil de enfermedad y en la demanda de servicios de salud. Los procesos de urbanización creciente, a su vez generan nuevas necesidades y nuevos problemas que deben ser respondidos por los sistemas de salud.

La transición epidemiológica, en parte condicionada por la anterior, con las características que se le han anotado en Latino América de transición prolongada ó polarizada (Sepúlveda, J. y Gómez Dantés, J., 1995) con coexistencia de enfermedades transmisibles, con el creciente papel de las crónicas, el resurgimiento de problemas que habían desaparecido (cólera), ó que se habían controlado (malaria, TBC, dengue), la aparición de nuevos problemas (SIDA) y el creciente problema del trauma por violencia y accidentes.

Los cambios tecnológicos en las ciencias propias de la salud (genética, biología molecular, inmunología), así como en otros campos (telemática, cibernética, imaginología) generan nuevos servicios y nuevas necesidades de investigación.

Los cambios en el medio ambiente con la contaminación de aire, tierra y agua, la deforestación con el agotamiento en las fuentes de agua y los procesos de desertificación, la destrucción de la capa de ozono, traen consecuencias sobre los sistemas de salud y generan necesidades de investigación (Belmar, R., 1995).

La creciente vigencia del nuevo paradigma de salud enfermedad (Lalonde, M., 1974), a nivel de la formulación de políticas y desarrollo de programas con un progresivo énfasis en la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la formulación de políticas de salud multisectoriales (WHO, 1988). Este nuevo paradigma que parte del reconocimiento de la multicausalidad del fenómeno salud-enfermedad, que relativiza el papel hegemónico de las profesiones de la salud y el enfoque medicalizado y hospitalario del sector salud, conduce al reconocimiento explícito de la importancia de establecer objetivos de salud a los diferentes sectores y amplía por lo tanto el ámbito de las políticas de salud y de su investigación.

Nunca se había vivido antes en la historia contemporánea de los sistemas de salud una época de cambios tan múltiples y tan generalizados. Posiblemente el antecesor contemporáneo de los modernos sistemas de cobertura universal, data de la experiencia del ducado alemán de Nassau en 1818, que desarrolló un sistema completo de servicios médicos estatales (Sigerist, H., 1990). La propuesta de los seguros de enfermedad, accidentes de trabajo, vejez y muerte data de 1883 y es necesario esperar a la revolución bolchevique para el establecimiento de sistemas nacionales de cobertura universal en este siglo, cuya instauración ha sido lenta y progresiva. El sistema inglés data de 1948 y el canadiense, data de la década de los 70 (OECD, 1992).

Surgió entonces un rol más activo por parte del Estado, ya fuera mediante la constitución de Servicios Nacionales de Salud como en Chile (1952) (Marcel, M. y Arenas, A., 1991), o de Sistemas Nacionales de Salud como en Colombia (1975) (Orejuela, R., 1978), a través de la Seguridad Social más o menos universal como

en México y Costa Rica, o por medio de sistemas mixtos de prestación, relativamente controlados desde los Ministerios de Salud. En

A partir de la experiencia Chilena con las Isapre (1981) (Marcel, M y Arenas, A., 1991), de la reforma Brasileña con la creación del Sistema Único de Salud - SUS (1988) y de la creación de un Seguro Nacional de Salud en Colombia (1993), se inicia una etapa de reformas, que podría llegar a constituir una tercera ola en el lineamiento de los sistemas de salud.

Las reforma Colombiana y Chilena se caracterizan por establecer mecanismos de aseguramiento financiero de la población mediante prepagos y subsidios dirigidos a la demanda, participación más activa del sector privado, empresalización de la atención médica, descentralización, competencia abierta por los mercados, incorporación de gerencia avanzada y un papel de regulación por parte del Estado. La Brasileña sigue la línea de integrar los servicios de la seguridad social y los del Ministerio de Salud bajo un comando único en un esquema descentralizado y mixto con participación del sector privado.

En los próximos años la mayoría de los sistemas de nuestro continente, sufrirá reformas que corresponden a un cambio de modelo de la economía, caracterizado por apertura hacia el exterior y hacia adentro, como parte de una filosofía de competencia; por acceso a los mercados, con un proceso de globalización del comercio, de los viajes y la tecnología, con una participación privada más amplia (Banco Mundial, 1993).

En la actualidad se vive en el mundo un proceso que cobija todos los continentes en el cual se están dando una serie de cambios de una gran importancia en los

sistemas de salud. En nuestro continente este proceso se extiende con diversos grados de intensidad a prácticamente todos los países.

En esta década se han incrementado los procesos de reforma con el propósito de aumentar la equidad de beneficios, la eficiencia de la gestión y la efectividad de la prestación de los servicios de salud (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, USAID, 1995). Además de los anteriores, las reformas también están planteando objetivos que se centran en la calidad de los servicios, la sostenibilidad financiera y la satisfacción de los usuarios (González, Marino, op. cit).

Un trabajo elaborado recientemente para la OPS (González Marino, 1996) encuentra un total de 18 políticas de reforma, de las cuales siete relacionadas con financiamiento, cuatro con la organización del sistema de salud y siete con la provisión de servicios. En el área de financiamiento las políticas se refieren a seguros de salud, privatización de servicios, recuperación de costos, modalidades de pre-pago, extensión de cobertura, contención de costos, y creación de fondos de compensación. En el área de organización del sistema de salud las políticas son, descentralización, reestructuración de los Ministerios de Salud, sistemas nacionales de salud, y separación entre la financiación y la provisión de servicios. En la provisión de servicios se están planteando políticas de paquetes básicos de servicios, focalización, modalidades de pago a proveedores complementación público-privada, autonomía de servicios, contratación de servicios y programas específicos.

Los gobiernos deben garantizar un cubrimiento lo más amplio posible de la población, particularmente de los grupos considerados pobres en el campo rural y en

las ciudades y a la vez definir cual es el nivel de gasto público en salud y su distribución.

La reforma implica una descentralización de servicios tanto hacia los municipios y las zonas urbanas, como entre instituciones, lo que significa establecer formas de control y apoyo no necesarias en el modelo anterior. La mayor competencia entraña la necesidad de regular los servicios vigilando los costos, la efectividad y la calidad en la prestación de los mismos. Cuando el modelo mantiene una participación importante del Estado en sistemas de subsidios o de prestación directa de servicios es importante el conocimiento de costos de las actividades médicas que permitan calcular tarifas y valores del aseguramiento. Para tomar las decisiones anteriores es necesario poseer información sobre necesidades, costos, preferencias de los usuarios, patologías prevalentes, eficiencia de diferentes esquemas de prestación, etc. de muy escasa disponibilidad en la región de América latina.

Los directores o los propietarios de las redes de servicio deben estar seguros entre otras cosas de la necesidad y capacidad de la inversión, la rentabilidad de diferentes opciones de servicio, las posibilidades de capitación de franjas de mercado, los mecanismos de contención de costos, preferencias de los clientes, estrategias de financiación, ventajas de la competencia, técnicas de coordinación inter-institucional y sistemas integrales de información. Para la toma de este tipo de decisiones se requieren estudios económicos y administrativos realizables en casi todos los países de la región, pues no difieren de aquellos que contratan otras industrias.

Los directores de instituciones deben adecuarse a un mundo de competencia en el que cuenta la capacitación de los segmentos de mercado, la publicidad y las ventas, el servicio al cliente y la calidad en la prestación de atención médica que genere satisfacción del usuario y lealtad a la institución. La rentabilidad mediante control a los gastos, aumento en la productividad de los recursos y efectividad y formas modernas de contratación y sub-contratación son factores clave en las instituciones dispuestas a competir en mercados abiertos. Buenas decisiones en este nivel requieren de algunos estudios puntuales y de sistemas de información médica y gerencia de gran capacidad y confiabilidad.

Los prestadores individuales de servicios, a su vez deben aprender a funcionar en sistemas que demanden contención de costos, altos rendimientos del tiempo y de la inversión, efectividad en los diagnósticos y en las intervenciones y prácticas estandarizadas que garanticen la mejor calidad del servicio. Además, el proveedor individual debe conocer las modalidades de contratación que más se ajusten a sus aspiraciones y capacidad para la toma de buenas decisiones en la práctica cotidiana que requiere de una excelente formación académica y la actualización en la ciencia médica y en aspectos relacionados con las formas de prestación de servicios.

La reunión especial sobre reforma del sector salud (BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, UNFPA, UNICEF, USAID, 1995) plantea la utilidad de considerar tres fases de la reforma (desarrollo, aprobación, ejecución) durante las cuales es importante seguir algunos aspectos cruciales y específicamente hace énfasis en los siguientes: equidad financiera y de acceso, garantía de calidad, eficiencia, contención de costos, sostenibilidad financiera, colaboración pública y privada, ética biomédica, evaluación de la tecnología, disponibilidad de medicamentos esenciales,

regulación del sector de la salud, gestión de los servicios sanitarios, participación de la comunidad y descentralización.

El Comité ad hoc de la OMS para investigación en Salud, (Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention, 1996) identificó las siguientes áreas prioritarias para investigación en sistemas y políticas de salud.

- a) Financiamiento de servicios de salud.
- b) Traducción de políticas en planes y acción.
- c) Evaluación de necesidades de salud y sistemas de monitoreo.
- d) Descentralización.
- e) La mezcla público/privado en la provisión de servicios y financiamiento.
- f) Estándares y calidad de la atención.
- g) Compromiso con organizaciones comunitarias.
- h) Establecimiento de la agenda de políticas.

El Comité ad hoc de la OMS (Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention, 1996) para la investigación en salud dice que "deben concentrarse esfuerzos importantes en mejorar las bases de información para que los gobiernos incorporen la salud en sus planes de desarrollo y hagan seguimiento al desempeño de sus sistemas de salud. Para ello es necesario lograr acuerdos sobre indicadores de insumos y de productos y en la medida de lo posible medidas comunes de necesidades de salud tales como la carga de enfermedad". Y recomienda acciones prioritarias en los siguientes tres campos:

- a) Promoción de investigación en sistemas y políticas de salud, genérica y comparativa.

b) Desarrollo de indicadores de desempeño y herramientas para apoyar la aplicación de políticas.

c) Apoyar programas nacionales de investigación en sistemas y políticas de salud.

La Historia de las Urgencias en Bogotá tiene su origen en 1976 cuando se establece el servicio de urgencias de la Secretaria Distrital de Salud dependiendo de la Oficina de Programas Médicos Especiales dentro del programa de Atención Médica.

Por necesidades de la ciudad en 1980 se organizó el servicio de comunicaciones por teléfono (línea caliente) 125 y de transporte con 12 ambulancias, en 1981 se aumento el horario de atención de 8 a 12 horas y se inicia comunicación por radio con hospitales universitarios, locales y centro de transporte con 35 ambulancias equipadas con radio.

Teniendo en cuenta las experiencias de otros países, las necesidades y solicitudes crecientes de atención por la población, en 1986 se amplia el horario de atención a 24 horas en consola con servicio médico.

En 1991 a través de los acuerdos 16,19 y 20 del Consejo de Santa Fe de Bogotá, se crea el Sistema de la Red Distrital de Urgencias y se configura la división con las tres secciones: Prehospitalaria, Intra e Inter-hospitalaria y el Grupo de Comunicaciones, en 1993 se zonifica a Bogotá por subredes Norte-Sur Occidental y sur-oriental, en 1995 se aumenta el parque automotor con la compra de ambulancias de transporte avanzado (aun no Medicalizadas); se inicia el estudio del sistema de comunicaciones Trunking, localización electrónica de vehículos y

conformación del Centro Regulador de Urgencias (CRU.)

En diciembre de 1996, dos funcionarios de la Secretaría Distrital de Salud visitan el SAMU de París (Francia) y se capacitan en el modelo de atención médica y de emergencias francés para luego implementar esta experiencia en Santa fé de Bogotá, en 1997 entra en funcionamiento el Trunking y AVL y se estructura el primer equipo de APH.

El 1ro de agosto de 1997 nació el programa de Atención Pre Hospitalaria-APH, con una cobertura en la zona centro oriente comprendida entre la avenida circunvalar por el oriente, la calle primera por el sur, la caracas por el occidente y la calle 39 por el norte, se inicio con tres ambulancias TAB.

En el 2003 el programa de APH contaba con doce ambulancias medicalizadas, trece de asistencia básica, una neonatal y una de salud mental, distribuidas en lugares estratégicos de la ciudad.

En abril de 2007 la Secretaria Distrital de Salud a través del decreto 122 creo la Dirección Centro Regulador de Urgencias y Emergencias como una dirección misional de la SDS en la cual se integro las áreas de Regulación de las Urgencias con la de Emergencias y Desastres. A la fecha se ha fortalecido la Dir. CRUE tanto con recurso humano como con aumento del parque automotor, pues contamos con 74 vehículos para la prestación del servicio de APH.

2. 3 JUSTIFICACION

Medellín, por ser una ciudad de desarrollo, presenta en los últimos años un incremento en su número de habitantes, esto por motivos como el desplazamiento forzoso o simplemente algunas personas en su afán de superación y de búsqueda de un futuro mejor para sus familias migran hacia esta ciudad; sin duda alguna esto trae consigo consecuencias como incremento de los barrios en las zonas periféricas de la ciudad, violencia, mayor número de peatones y vehículos circulando en las calles lo cual eleva el número de accidentalidad, y un incremento de las clases sociales enmarcadas dentro de su capacidad económica, a la par con esto también se ha incrementado la cantidad de profesionales en el área de la salud, que por distintas razones, se encuentran desempleados.

Si bien es cierto que en la ciudad de Medellín existen muchas empresas prestadoras de servicios de salud y que día a día se incrementa este número, también es cierto que dichas empresas presentan una falencia principal: demora en la prestación del servicio, esto por razones como una gran demanda por parte de afiliados y particulares, no cuentan con la infraestructura necesaria para el cubrimiento y otras porque acuden a servicios en los cuales no hay una completa información o descripción del lugar o evento por parte del ciudadano o usuario. Otras causas suelen ser falta de información precisa, no se cuenta con disponibilidad del recurso, cuando se hace el proceso de verificación de los datos el teléfono se encuentra descolgado, el evento a atender se encuentra geográficamente retirado del punto de donde se despacha el servicio, vías congestionadas por la gran cantidad de vehículos existentes en la ciudad o por

eventos especiales y esto hace que se tomen rutas alternas que hacen mas largo el desplazamiento, la regulación de un paciente y las consultas medicas son muy largas, entre otras.

Por tal razón entidades gubernamentales y privadas han recurrido a diferentes soluciones tales como incrementar infraestructura al igual que han incorporado mas personal capacitado o en el caso del SIMPAD acudir a los diferentes organismos de socorro que no tiene obligatoriedad del servicio para mitigar o disminuir el impacto de la problemática; estas soluciones han ayudado ha que sea un poco mas optimo y oportuno el servicio pero no es suficiente pues hay un gran número de usuarios a los que no se puede atender en el tiempo requerido.

Sumado a esto, la ciudad de Medellín no cuenta con la cultura y el conocimiento suficiente acerca de a quien acudir en caso de emergencias o que derechos tienen en salud.

Teniendo en cuenta que la salud es un derecho y una necesidad vital que no da espera, que algunos pacientes por diferentes razones no se pueden trasladar hasta un centro de salud y que es importante el bienestar de la sociedad e incluyendo la petición de los usuarios por un servicio oportuno, integral y de buena calidad, hace que se quiera dar solución a esta necesidad existente en esta ciudad; por esta razón se implementará un Sistema de Atención Inmediata en salud, que pueda atender las necesidades en salud de los usuarios con una mejor respuesta en tiempo generando una disminución en la morbimortalidad de estos al igual que se aprovechara una gran parte del personal capacitado y empresas prestadoras de servicios en salud existentes en esta ciudad prolongando los servicios de salud hasta el sitio del evento, prestando así un

servicio integral y de alguna manera colaborar con un estilo de vida saludable y tranquilo en las personas para que hagan parte activa en la sociedad.

2. 4 MARCO LEGAL

Ahora bien, según el congreso de la república de Colombia, mediante la ley 100 (1993), en su preámbulo argumenta que La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad.

En el capítulo 1, artículo 1 de la ley 100, afirma que el objeto de esta es garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten; así también este sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios.

Libro 2, título 1, capítulo 1, artículo 152. De la ley 100 de 1993: Los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud son regular el servicio

público esencial de salud y crear condiciones de acceso en toda la población al servicio en todos los niveles de atención.

ARTICULO 153. Fundamentos del Servicio Público. Además de los principios generales consagrados en la Constitución Política, son reglas del servicio público de salud, rectoras del Sistema General de Seguridad Social en Salud las siguientes:

1. Equidad. El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad, a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable así como mecanismos para evitar la selección adversa.

2. Obligatoriedad. La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud es obligatoria para todos los habitantes en Colombia. En consecuencia, corresponde a todo empleador la afiliación de sus trabajadores a este Sistema y del Estado facilitar la afiliación a quienes carezcan de vínculo con algún empleador o de capacidad de pago.

3. Protección integral. El Sistema General de Seguridad Social en Salud brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.

Artículo 156. Características básicas del sistema general de seguridad social en salud: las entidades promotoras de salud podrán prestar servicios directos a sus afiliados por medio de sus propias instituciones prestadoras de salud, o contratar con instituciones prestadoras y profesionales independientes o con grupos de práctica profesional, debidamente constituidos.

ARTICULO 162. Plan de Salud Obligatorio. El Sistema General de Seguridad Social de Salud crea las condiciones de acceso a un Plan Obligatorio de Salud para todos los habitantes del territorio nacional antes del año 2001. Este Plan permitirá la protección integral de las familias a la maternidad y enfermedad general, en las fases de promoción y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las patologías, según la intensidad de uso y los niveles de atención y complejidad que se definan.

Para los afiliados cotizantes según las normas del régimen contributivo, el contenido del Plan Obligatorio de Salud que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud será el contemplado por el Decreto-Ley 1650 de 1977 y sus reglamentaciones, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica. Para los otros beneficiarios de la familia del cotizante el Plan Obligatorio de Salud será similar al anterior pero en su financiación concurrirán los pagos moderadores, especialmente en el primer nivel de atención, en los términos del artículo 188 de la presente Ley.

Para los afiliados según las normas del régimen subsidiado, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud diseñará un programa para que sus beneficiarios alcancen e 1 Plan Obligatorio del Sistema Contributivo. en forma

progresiva antes del año 2001. En su punto de partida, el plan incluirá servicios de salud del primer nivel por un valor equivalente al 50 % de la unidad de pago por capitación del sistema contributivo. Los servicios del segundo y tercer nivel se incorporarán progresivamente al plan de acuerdo con su aporte a los años de vida saludables.

PARAGRAFO 1. En el período de transición, la población del régimen subsidiado obtendrá los servicios hospitalarios de mayor complejidad en los hospitales públicos del subsector oficial de salud y en los de los hospitales privados con los cuales el Estado tenga contrato de prestación de servicios.

PARAGRAFO 2. Los servicios de salud incluidos en el Plan Obligatorio de Salud serán actualizados por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, de acuerdo con los cambios en la estructura demográfica de la población, el perfil epidemiológico nacional, la tecnología apropiada disponible en el país y las condiciones financieras del sistema.

PARAGRAFO 3. La Superintendencia Nacional de Salud verificará la conformidad de la prestación del Plan Obligatorio de Salud por cada Entidad Promotora de Salud en el territorio nacional con lo dispuesto por el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y el Gobierno Nacional.

PARAGRAFO 4. Toda Entidad Promotora de Salud reasegurará los riesgos derivados de la atención de enfermedades calificadas por el Consejo Nacional de Seguridad Social como de alto costo.

PARAGRAFO 5. Para la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud, todas las Entidades Promotoras de Salud establecerán un sistema de referencia, y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias. El Gobierno Nacional, sin perjuicio del sistema que corresponde a las entidades territoriales, establecerá las normas.

2.5 MARCO SOCIAL

Medellín es la capital del departamento de Antioquia, ubicada al noroccidente del país y en el centro del valle de aburra; esta ciudad está atravesada por el río Medellín. Para el año de 2003 contaba con una población de 2049131 habitantes y para el año de 2008, según el DANE, cuenta con 2290831 habitantes; esto la convierte en la segunda ciudad más poblada de Colombia. Medellín se revela como una de las ciudades más ricas en cuanto a organizaciones y movimientos sociales.

El [área metropolitana](#) de la ciudad, conformada por otros 9 municipios, tiene una población de 3.312.165 habitantes, siendo ésta la [segunda aglomeración](#) urbana de Colombia y la nonagésimoprimera (91ª) del mundo.

Como [capital](#) del [departamento](#), en Medellín se encuentran las sedes de la [Gobernación de Antioquia](#), la [Asamblea Departamental](#), el [Tribunal Departamental](#), la [Fiscalía General](#), entre otras Instituciones y Organismos del Estado; además, es la sede de empresas oficiales, como las departamentales

[EDATEL](#), [Teleantioquia](#); y las municipales [Empresas Públicas de Medellín](#) -EPM- y [Telemedellin](#).

En el plano económico, se destaca como uno de los principales centros financieros e industriales de Colombia, sede de numerosas empresas nacionales e internacionales; y en lo cultural, esta ciudad es uno de los principales centros culturales de Colombia. También, es sede de importantes [festivales](#) de amplia trayectoria y reconocimiento tanto local, nacional como internacional. También se destaca la actividad académica y científica, ya que algunas de las universidades colombianas más importantes tienen su sede en la ciudad.

El desarrollo industrial histórico de la ciudad se debe en buena parte a la producción textil. Medellín es la primera ciudad textil de [Colombia](#) y [Suramérica](#). Paralelo a ello, es la capital continental de la moda y del diseño textil. Comparables con las pasarelas de [Milán](#) , [Paris](#) o [Londres](#). Algunos de los eventos de modas son eventos comunes en la ciudad, a la altura relacionados con este renglón económico son Colombiatex o [Colombiamoda](#), en los cuales se dan cita los mejores diseñadores, modelos y comercializadores nacionales y extranjeros.

La ubicación de la ciudad en un punto intermedio entre el centro del país y las regiones del Pacífico y el Caribe, colocan a Medellín en una posición privilegiada para desarrollar programas de inversión económica con propósitos de exportación. Esta ventaja de competitividad la refuerza el hecho de ser la capital latinoamericana con la mejor infraestructura de servicios públicos.

La ciudad es espacio para la producción tecnológica en sectores como maquinaria y equipos electromecánicos y electrodomésticos, electrónica, repuestos, telecomunicaciones y software. También prosigue acá un excelente avance en la producción de equipos científicos de laboratorio y médicos, y la investigación y producción de tecnología biológica molecular y afines se destaca internacionalmente, tanto para aplicaciones humanas como agropecuarias.

El 15,7 por ciento de los establecimientos se dedican a la industria; el 48,7 por ciento a comercio; el 32,9 por ciento a servicios y el 2,6 por ciento a otra actividad.

La historia del gobierno político de la ciudad se asocia a la historia de la región de [Antioquia](#). Sin embargo, la ciudad en su paulatino crecimiento ha tenido su propia identidad política y sus propios procesos.

Medellín ha sido gobernada en esencia por la clase industria, cuya asociación ([industrialización](#) - [política](#)) ha abierto en cualquier forma las puertas ha un desarrollo de la ciudad basado fundamentalmente en la [industria](#) y el [comercio](#). Medellín fue pensada desde principios del siglo XX como una ciudad para ello. La planeación de vías, por ejemplo, respeta siempre un trazado abierto al intercambio sur y norte como la llamada Troncal Regional que recorre alterna al [Río Medellín](#). La ampliación de calles a partir de la década de los 50 (en “ensanche” como fue llamado popularmente) y otros actos urbanísticos, obedecieron y obedecen a una visión político-administrativa de [desarrollo económico](#). Ello ha hecho que en la ciudad se den cambios drásticos en su entorno urbano, grandes obras, grandes inversiones y otras cosas que obedecen

a una política del corte liberal, aunque Medellín haya sido siempre por tradición de alineación conservadora en otros terrenos.

Del total de la población de Medellín el 46,7 por ciento son hombres y el 53,3 por ciento mujeres, el 90,2 por ciento de la población de 5 años y más de Medellín sabe leer y escribir, El 46,5 por ciento de la población de 3 a 5 años asiste a un establecimiento educativo formal; el 91,5 por ciento de la población de 6 a 10 años y el 82,6 por ciento de la población de 11 a 17 años. El 31,3 por ciento de la población residente en Medellín, ha alcanzado el nivel básica primaria y el 37,3 por ciento secundaria; el 9,5 por ciento ha alcanzado el nivel profesional y el 1,9 por ciento ha realizado estudios de especialización, maestría o doctorado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 6,4 por ciento.

2. 5.1 COMUNAS

Los barrios de esta ciudad están agrupados en comunas dando un total de 16 comunas para este municipio, organizadas de la siguiente manera:

2.5.1.1 comuna N. 1 popular: se encuentra ubicada en la zona nororiental.

Limitada por el norte con el municipio de Bello; por el oriente con el corregimiento de Santa Elena.

La constituyen 12 barrios, los cuales son:

Santo domingo sabio 1, santo domingo sabio 2, el popular, granizal, Moscú 2, villa de Guadalupe, san pablo, el compromiso, aldea pablo VI, la avanzada, san pablo 2, carpinelo.

2. 5. 1. 2 Comuna N° 2 Santa Cruz Está localizada en la zona nororiental de la ciudad; limita por el norte con el Municipio de [Bello](#); por el oriente con la [Comuna N° 1 Popular](#), por el sur con la Comuna N° 4 Aranjuez y por el occidente con el [Río Medellín](#). Posee una densidad de 430 habitantes por hectárea constituyéndose así como la comuna más densa de la ciudad

La constituyen 11 barrios, los cuales son:

La isla, villa del socorro, el playón de los comneros, villa niza, pablo VI, Moscú 1, la frontera, santa cruz, la Francia, la rosa, santa lucia.

2. 5. 1. 3 Comuna N° 3 Manrique Esta localizada en la zona nororiental de la ciudad. Limita por el norte con la [Comuna N° 1 Popular](#); por el oriente con el corregimiento de [Santa Elena](#), por el occidente con la comuna N° 4 Aranjuez y por el sur con la comuna N° 8 Villa Hermosa. Alberga un total de 147,270 habitantes y tiene una extensión de 549.65 hectáreas que corresponde al 34.79% del total de la zona nororiental con una densidad de 267 habitantes por hectárea, siendo esta la menor en la zona nororiental.

La constituyen 15 barrios, los cuales son:

La salle, las granjas, campo Valdés 2, santa Inés, el raizal, el pomar, Manrique central 2, Manrique oriental, Versailles 1, Versailles 2, la cruz, oriente, maría cano-carambolas, san José de la cima 1, san José de cima 2.

2. 5. 1. 4 Comuna N° 4 Aranjuez. Está localizada en la zona nororiental de la ciudad, limita por el norte con las comunas N° 1 y 2 Popular y Santa Cruz; por el oriente con la comuna N° 3 Manrique; por el occidente con el Río Medellín y por el sur con la comuna N° 10 La Candelaria. Alberga un total de 135,167 habitantes y tiene una extensión de 487.72 hectáreas que corresponden al 30.9% de la zona nororiental.

Está conformada por 14 barrios y 3 áreas institucionales:

Berlín, San Isidro, Palermo, Los Álamos Moravia, Sevilla, San Pedro Manrique,

Central Nro. 1 Campo Valdés Nro. 1 Las Esmeraldas, La Piñuela, Aranjuez, Brasilia,

Miranda, Universidad de Antioquia (área Institucional) Jardín Botánico (área Institucional) Parque Norte (área Institucional)

2. 5. 1. 5 Comuna N° 5 Castilla. Se encuentra ubicada en la zona noroccidental. Limita por el norte con el municipio de Bello; por el oriente con el Río Medellín; por el sur con la comuna No. 7 Robledo, y al occidente con las comunas N° 6 Doce de Octubre y N° 7 Robledo. Su distribución urbana se caracteriza por ser una formación espontánea, no planificada.

Está conformada por 13 barrios y 4 áreas institucionales:

Castilla, toscana, las brisas, Florencia, tajelo, Boyacá, Girardot, francisco Antonio Zea, Alfonso López,, belalcazar, tricentenario, Héctor abad Gómez, Caribe, el progreso, plaza de ferias (área institucional), Oleoducto (área Institucional) Cementerio Universal (área Institucional) Terminal de Transporte (área Institucional)

2. 5. 1. 6 Comuna N° 6 Doce de Octubre. Se encuentra ubicada en la zona noroccidental. Limita por el norte con el municipio de Bello; por el oriente con la Comuna N° 5 Castilla; por el sur con la Comuna N° 7 Robledo, y al occidente con el Corregimiento de [San Cristóbal](#). Su distribución urbana se caracteriza por ser una formación espontánea, no planificada.

Está conformada por 12barrios:

Santander, doce de octubre 1, doce de octubre 2, progreso 2, el triunfo, mirador del doce, picachito, picacho, san Martín de Porres, pedregal, la esperanza, Kennedy.

2. 5. 1. 7 Comuna N° 7 Robledo. Se encuentra ubicada en la zona noroccidental de la ciudad. Limita por el norte con el Corregimiento de [San Cristóbal](#), la Comuna N° 6 [Doce de Octubre](#) y la [Comuna N° 5 Castilla](#); por el oriente con la Comuna N° 5 Castilla y el [Río Medellín](#); por el sur con la Comuna N° 11 Laureles-Estadio, la Comuna N° 12 La América y Comuna N° 13 San Javier; y al occidente con el Corregimiento de San Cristóbal.

La Comuna está conformada por 22 barrios y 3 áreas institucionales:

Barrio cerro el volador, san Germán, barrio facultad de minas, la Pilarica, bosques de san pablo, aures 1, aures 2, bello horizonte, villa flora, palenque, robledo, cucaracho, Olaya herrera, pajarito, monteclaro, nueva villa de la iguaná, ciudadela robledo, , Altamira, córdoba, López de mesa, el diamante, fuente clara, santa margarita, universidad de Antioquia (área institucional), universidad nacional (área institucional), ecoparque el cerro volador (área institucional).

2. 5. 1. 8 Comuna N° 08 Villa Hermosa. Se encuentra ubicada en la zona Centro Oriental de la ciudad. Limita por el norte con la comuna N° 3 [Manrique](#); por el oriente con el [corregimiento de Santa Elena](#); por el occidente con la comuna N° 10 La Candelaria; por el sur con la comuna N° 9 Buenos Aires.

Esta comuna está conformada por 18 barrios, los cuales son:

Villa hermosa, la mansión, san miguel, la ladera, batallón Girardot, llanaditas, los mangos, enciso, sucre, el pinal, trece de noviembre, la libertad, villa tinma, san Antonio, las estancias, villa Turbay, las cierras, villa lilliam.

2. 5. 1. 9 Comuna N° 9 Buenos Aires. Se encuentra ubicada en la zona centro-oriental de la ciudad. Limita por el norte con la [comuna N° 8 Villa Hermosa](#); por el oriente con el [Corregimiento de Santa Elena](#); por el sur con la [Comuna N° 14 El Poblado](#); y al occidente con la comuna N° 10 La Candelaria.

La comuna está conformada por 17 barrios, los cuales son:

Juan pablo II, barrios de Jesús, bombona 2, los cerros- el vergel, Alejandro Echavarría, Caicedo, buenos aires, Miraflores, Cataluña, la milagrosa, Gerona, el salvador, lotero, asomadera 1, asomadera 2, asomadera 3, ocho de marzo.

2.5.1.10 Comuna N 10 La Candelaria. Se encuentra ubicada en la zona centro-oriental de la ciudad. Limita por el norte con la comuna N 4 Aranjuez; por el oriente con las comunas n 8 Villa Hermosa N 9 Buenos aires; por el sur con la comuna N 14 El Poblado; y al occidente con las comunas N 7 Robledo, N 11 Laureles-estadio y N 16 Belén. La candelaria se caracteriza por ser el centro fundacional y cultural de la ciudad.

Conformada por 17 barrios y 3 áreas institucionales, los cuales son:

Prado, Jesús nazareno, el chagualo, estación villa, san Benito, Guayaquil, corazón de Jesús, calle nueva, perpetuo socorro, colon, las palmas, bombona 1, Boston, los ángeles, Villanueva, la candelaria, san diego, alpujarra (área institucional), centro administrativo (área institucional), hospital universitario san Vicente de paúl (área institucional)

2. 5. 1. 11 Comuna N° 11 Laureles - Estadio. Se encuentra ubicada en la zona centro-occidental. Limita por el norte con la [Comuna N° 7 Robledo](#), límite establecido por la quebrada La Iguaná. Por el oriente con la Comuna N° 10 La Candelaria, límite determinado por el [Río Medellín](#). Por el sur con la Comuna N° 16 Belén, a partir de las calles 32 EE y 33 y por el occidente con la Comuna N° 12 La América. Esta comuna se desarrolló de manera planeada, generando nuevos

conceptos urbanos muy innovadores para su época, llegándose a conformar como un importante patrimonio urbano de la ciudad, el cual es necesario valorar y proteger.

Está conformada por 15 barrios y 3 áreas institucionales, los cuales son:

Castellana, las acacias, laureles, los conquistadores, san joaquin, bolivariana, Lorena, el velódromo, florida nueva, naranjal, suramericana, estadio, los colores, la cuarta brigada, Carlos e. Restrepo, universidad pontificia bolivariana (área institucional), unidad deportiva Atanasio Girardot (área institucional), batallón cuarta brigada (área institucional),

2. 5. 1. 12 Comuna N° 12 La América. Está localizada en la Zona Centro Occidental de la ciudad, limita por el norte y por el occidente con la Comuna N° 13 San Javier; por el oriente y el sur con la Comuna N° 11 [Laureles - Estadio](#).

La comuna está conformada por 13 barrios, los cuales son:

Ferrini, Calasanz, los pinos, la América, la floresta, santa lucia, el Danubio, campo alegre, santa Mónica, barrio Cristóbal, simón bolívar, santa teresita, Calasanz parte alta.

2. 5. 1. 13 Comuna N° 13 San Javier. Está localizada al occidente de la Zona Centro Occidental de la ciudad, limita por el norte con la [Comuna N° 7 Robledo](#), por el oriente con la [Comuna N° 12 La América](#); por el sur con el [Corregimiento de Altavista](#), y al occidente con el [Corregimiento de San Cristóbal](#) y con el Corregimiento de Altavista.

Conformada por 19 barrios, los cuales son:

El pesebre, veinete de julio, blanquizal, santa rosa de lima, los alcázares, metropolitano, la pradera, Juan XXIII, Antonio Nariño, san Javier 1, san Javier 2, el salado, nuevos conquistadores, las independencias, el corazón, belencito, betania, Eduardo santos, el socorro.

2. 5. 1. 14 Comuna N° 14 El Poblado. Se encuentra ubicada en la zona Sur-oriental. Limita por el norte con el [corregimiento de Santa Elena](#) y con las comunas La Candelaria (N° 10), Buenos Aires (N° 9); por el oriente con el corregimiento de Santa Elena; por el sur con el municipio de [Envigado](#) y por el occidente con la Comuna N° 15 Guayabal. Es la comuna más grande de Medellín y también la menos poblada en términos relativos. Se caracteriza por ser el suburbio más caro y exclusivo de la ciudad.

La zona se compone de 22 Barrios:

Barrio Colombia, villa carlota, castropol, lalinde, las lomas 1, las lomas 2, altos del poblado, el tesoro, los naranjos, los balsos 1, san Lucas, el diamante 2, el castillo, los balsos 2, Alejandría, la florida, el poblado, manila, Astorga, patio bonito, la aguacatala, Santamaría de los ángeles.

2. 5. 1. 15 Comuna N° 15 Guayabal. Está localizada en la zona suroccidental de la ciudad, limita por el norte y por el occidente con la Comuna N° 16 Belén; por el oriente con la [Comuna N° 14 El Poblado](#); y por el sur con el [Corregimiento de AltaVista](#) y con el Municipio de [Itagüí](#).

Es de anotar que el límite al sur aun no esta muy claro ya que Medellín y el municipio de Itagüí mantienen un conflicto limítrofe desde hace más de un siglo.

La Comuna está conformada por 7 barrios y 2 Áreas Institucionales:

Tenche, Trinidad, Santa Fe, Campo Amor, Cristo Rey, Guayabal, La Colina

El Rodeo (área Institucional), Parque Juan Pablo II (área Institucional).

2.5.1.16 Comuna N° 16 Belén Esta localizada en la zona suroccidental de la ciudad. Limita por el norte con la Comuna N° 11 Laureles - Estadio; por el oriente con la Comuna N° 15 Guayabal; al Sur y al Occidente con el Corregimiento de Altavista. Es de anotar que el límite al sur aun no esta muy claro ya que Medellín y el municipio de Itagüí mantienen un conflicto limítrofe desde hace más de un siglo.

Está compuesta por 21 barrios:

Fátima, rosales, belén, granada, san Bernardo, las playas, diego Echavarría, la mota, la hondonada, el rincón, loma de los bernal, la gloria, altavista, la palma, los Alpes, las violetas, las mercedes, nueva villa del aburra, miravalle, nogal-los almendros, cerro nutibara

Cuenta con los corregimientos de Palmitas, San Cristóbal, Altavista, San Antonio de Prado y Santa Elena. Ver figura 1.

En las diferentes comunas, los habitantes difieren en su capacidad económica, pero todas estas personas tienen derechos y necesidades en salud. En cada comuna existen unidades de atención en salud de primero y segundo nivel que dependiendo de la gravedad del paciente son remitidos a centros de atención de cuarto nivel, también cuenta con clínicas especializadas y privadas con una infraestructura completa para una atención adecuada. Ver imagen 1.

2.6 finalidad del proyecto

Con el planteamiento de este proyecto se dará inicio a un proceso de emprendimiento que prestará los servicios domiciliarios de procedimientos de enfermería, emergencias médicas, rehabilitación fisioterapéutica, primeros auxilios psicológicos y traslado en ambulancia; se espera lograr un impacto positivo que se verá reflejado en la oportunidad de mejores servicios en salud, igualmente eficiente y eficaz para todo usuario; además se espera contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida de estos y de los profesionales vinculados con el sistema, prestando un servicio integral y oportuno. Este proyecto beneficiará a los usuarios de todos los estratos de la ciudad de Medellín que requieran un servicio inmediato en salud.

2.7. Objetivos

2.7.1 objetivo principal

Realizar un planteamiento escrito de un sistema de respuesta que brinde una atención inmediata en salud para las personas de la ciudad de Medellín

2.5.2 objetivos específicos

2.5.2.1 Establecer clara y oportunamente procesos de investigación para el diseño de una empresa prestadora de servicios de salud domiciliaria que permita suplir las necesidades de la población.

2.8 Metas

2.6.1 Proponer un sistema que permita mejorar el tiempo de respuesta en la atención, mitigando la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

2.6.2 Conocer el funcionamiento de contratos de las entidades prestadoras de servicios de salud y los profesionales en esta área para garantizar un servicio oportuno, integral y personalizado como esta establecido en la ley.

2.6.3 En base a este proyecto se implementara las técnicas para la fundamentación de una empresa prestadora de servicios de salud domiciliaria.

2.9 Beneficiarios

La ciudad de Medellín es una de las ciudades más pobladas de Colombia, y con el día a día esta ciudad sigue creciendo, muchos de sus habitantes con sacrificio, esfuerzo y dedicación se convierten en profesionales, algunos de ellos con especializaciones, que en un gran número han obtenido empleos en áreas diferentes a las que se han capacitado; otros profesionales obtienen empleos en los que no les ofrecen una estabilidad laboral, empleos informales y al tratar de cumplir con la responsabilidad que tienen consigo y con sus familias terminan por aceptarlos.

Las empresas prestadoras de servicios de salud domiciliarios existentes en la ciudad van en aumento; lo que se quiere es que mediante convenios, previamente estudiados y aceptados por las dos partes, trabajar mancomunadamente en la prestación de servicios de salud.

El aprovechamiento de este potencial humano, especialmente, el del campo de la salud, que desee obtener un ingreso adicional si cuenta con un empleo u ofrecerle uno acorde a su capacitación, según su interés, de igual forma se trabajará en equipo con las ya mencionadas empresas, lo cual se hará con el fin de prestar un servicio eficaz y oportuno a todos los usuarios que soliciten de la atención en salud domiciliaria.

Se vincularán alrededor de 2530 profesionales que estarán distribuidos en toda la ciudad y 15 empresas prestadoras de servicios domiciliarios de la salud, además, con aproximadamente 7 profesionales del área administrativa para el

funcionamiento de la empresa y 2 profesionales más, los cuales se contrataran por prestación de servicios.

2.10 Producto

El producto será un planteamiento escrito de un Sistema de atención en salud capaz de satisfacer las necesidades de los usuarios, en cuanto a tiempo de respuesta, al igual que será integral, eficiente y eficaz.

2.11 Localización física y cobertura

2.11.1 Macrolocalizacion

Este sistema de atención inmediata en salud pretende cubrir toda la ciudad de Medellín, que esta conformado por 16 comunas para un total de 253 barrios. Ver imagen 2.

3. ESPECIFICACION OPERACIONAL DE LAS TAREAS Y ACTIVIDADES A REALIZAR 2008

	META	PRODUCTO	ACTIVIDADES	TAREAS	TECNICAS	FECHAS
1	Conocer la necesidad para así mismo plantear, en una primera estancia, la solución.	Tener claridad del porque y para que se realizara la propuesta y el entorno social que abarcará.	Proceso de recolección de información de los sistemas de salud, y la normatividad que lo reglamenta.	Denominación y naturaleza	investigativa	Julio 7 – 17
2	Determinar los recursos que se	Establecer de forma escrita, el	Asesoría acerca de	Métodos o técnicas	investigativa	Julio 17- agosto 6

	necesitaran para el planteamiento de la propuesta	funcionamiento administrativo de la empresa.	planes de funcionamiento o empresarial.	a utilizar		
3	Determinar el recursos financieros necesarios para la elaboración de la parte investigativa del proyecto		Reunión del grupo de trabajo para concretar los recursos financieros del proyecto y asesor temático.	Determinación de recursos	investigativa	Agosto 1-6
4	Elaborar los parámetros bajo	Diseño de la	Asesoría con administrador	Protocolo de	investigativa	Septiembre 1-

	los cuales funcionará la empresa.	empresa	de empresas, contador público y asesor temático	actuación		octubre 1
--	---	---------	---	-----------	--	-----------

|

4. METODOS O TECNICAS A UTILIZAR

Este sistema funcionará desde una sede principal la cual contará con 4 departamentos que funcionará de la siguiente manera:

4.1 Departamento administrativo: será el encargado del funcionamiento de los demás departamentos para que el sistema, al ponerse en marcha, cumpla sus objetivos y metas propuestas; encargado de los movimientos financieros de la empresa. Responsable directo de la empresa, en cabeza de su gerente principal.

4.2 Departamento de logística: contará con 3 radioperadores, que por medio de un software diseñado para tal fin, serán los encargados de recepcionar la llamada, verificación de los datos aportados por el usuario, revisar la disponibilidad y ubicación del personal o empresa, al igual que tener una comunicación constante con ellos y así despachar el servicio. De igual modo estarán a cargo de la actualización de dicho software.

4.3 Departamento comercial: estará a cargo de ofrecer afiliaciones, revisar y modificar, de ser necesario, los servicios a prestar, establecer convenios con empresas privadas, del estado, gubernamentales o municipales. Serán encargados de promover y promocionar el sistema y sus servicios. Los servicios

4.4 Departamento de recurso Humano: estará a cargo de la selección del personal de la empresa al igual que realizarán tareas y proyectos que vayan en mejora del bienestar del empleado así como de su desempeño laboral.

También se contará con una secretaria que hará las veces de auxiliar contable, y se contratarán los servicios de un contador y una psicóloga cuyos servicios se pagarán por honorarios.

5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

MES ⇒	JULIO.	AGOSTO.	SEPTIEMBRE.	OCTUBRE.
ACTIVIDAD ⇩				
Proceso de recolección de información de los sistemas de salud, y la normatividad que lo	7-17			

reglamenta.				
Asesoría acerca de planes de funcionamiento empresarial.	17	6		
Reunión del grupo de trabajo para concretar los recursos financieros del proyecto y asesor temático.		1-6		

Elaborar la forma y los parámetros bajo los cuales funcionará la empresa.			1	1
---	--	--	---	---

6. DETERMINACION DE RECURSOS

ACTIVIDAD	RECURSOS HUMANOS	RECURSOS MATERIALES	RECURSOS TECNICOS	RECURSOS FINANCIEROS
Proceso de recolección de información de los sistemas de salud, y la normatividad que lo reglamenta.	Tres Estudiantes de Atención Prehospitalaria	Ley 100, constitución Política de Colombia.	Internet	\$10.000
Asesoría acerca de planes de funcionamiento empresarial.	Tres Estudiantes de Atención Prehospitalaria, Administrador de Empresas y asesor	Libro de plan de empresa, recurso humano, emprendimiento empresarial.	Internet	\$ 14.000

	temático			
Reunión del grupo de trabajo y asesor temático para concretar los recursos financieros del proyecto	Tres Estudiantes de Atención Prehospitalaria, Contador público y asesor temático		Excel	\$ 40.000
Elaborar la forma y los parámetros bajo los cuales funcionará la empresa.	Tres Estudiantes de Atención Prehospitalaria, Administrador de empresas, Contador Publico		Internet	\$ 35.000
TOTALES				\$ 99.000

7. GESTION DEL PROYECTO

7.1 Protocolo de actuación

El proceso de gestión se verá descrito en los siguientes puntos, que abarcara el interés del mismo.

7. 1.1 RAZON SOCIAL

Sistema de atención Inmediata en Salud para la ciudad de Medellín

-S.A.I.E.S-

7.1.2 Dirección de la oficina principal

Medellín, Antioquia

Carrera 91 # 34 D 08 APTO. 202

TELEFONO 2525293

E-mail: saiessalud@yahoo.es

NIT: 71.936.462 - 5

7. 1.3 OBJETO SOCIAL

La empresa tiene por objeto especial la prestación domiciliaria del servicio de salud requerido por el usuario, de forma oportuna lo cual permita la satisfacción del usuario en cuanto al tiempo de respuesta.

La sociedad podrá además podrá recibir préstamos para financiar el desarrollo de su objeto social

Para la realización del objeto, la compañía podrá:

1. Adquirir todos los activos fijos de carácter mueble o inmueble que sean necesarios para el desarrollo de los negocios sociales; gravar o limitar el dominio de sus activos fijos, sean muebles o inmuebles, y enajenarlos cuando por razones de necesidad o conveniencia fuere aconsejable su disposición.
2. Adquirir y usar nombres comerciales, logotipo, marcas y demás derechos de propiedad industrial relacionados con las actividades desarrolladas por la sociedad y por los servicios a los que se extiende su giro; si se trata de derechos de terceros, celebrar los respectivos contratos de uso o concesión de propiedad industrial.
3. Tomar dinero en mutuo y realizar toda clase de operaciones, que le permitan obtener los fondos necesarios para el desarrollo de sus negocios.
4. Ejecutar todos los actos y celebrar todos los contratos que guarden relación de medio a fin con el objeto social expresado en el presente artículo y todos aquellos que tengan como finalidad ejercer los derechos y cumplir las obligaciones legales o convencionales derivadas de su existencia y de las actividades desarrolladas por la compañía.

7. 1.4 Naturaleza y régimen jurídico

Sistema de Atención Inmediata en Salud para la ciudad de Medellín S.A.I.E.S es una sociedad comercial limitada, conformada por capital netamente privado, constituida como lo estipula la ley.

7. 1.5 Duración

El termino de la duración de la empresa es ha termino indefinido.

7. 1.6 Misión

El sistema de atención inmediata en salud S.A.I.E.S, garantizara a los usuarios una atención oportuna y el servicio requerido dentro del tiempo necesario al igual que un trato humano e integral buscando así la satisfacción del paciente ya que el cuidado para la gran mayoría de los factores que ponen en riesgo o alteran la salud del ser humano no se puede postergar.

7. 1.7 Visión

S.A.I.E.S será para el año 2013 un sistema que prestará una atención integral en salud, siendo este de carácter competitivo dentro del ámbito de la salud e innovador en la prestación del servicio, convirtiéndose así en la mejor opción para un paciente.

7. 1.8 Valores y principios rectores

Ser un sistema de atención inmediata en salud que satisfaga las necesidades de los usuarios, dando respuesta inmediata y teniendo una cobertura en la fase Prehospitalaria en las emergencias médicas, al igual que se atenderán procedimientos de enfermería y consulta medica; lo anterior de manera domiciliaria.

Los valores que rigen la empresa son:

a) Servicio

Servir con devoción y orientar todos los esfuerzos para asegurar la lealtad de los clientes.

b) Calidez

Trabajar con alegría y amor por lo que se hace, brindar un trato humano y amable a la gente que a diario rodea la empresa

c) Responsabilidad

Utilizar todo el talento humano y técnico para responder al compromiso adquirido y asumir las consecuencias de los resultados de los actos y decisiones.

d) Respeto

Las actividades diarias se inspiran en el respeto por las personas, por sus derechos creencias y principios.

e) Integridad

Actuar con honestidad y liderar con ejemplo.

f) Trabajo en equipo

Unir talento y esfuerzos para el logro de objetivos comunes, escuchar a todos con atención, valorar la diversidad de opiniones y mantener relaciones de confianza.

g) Calidad

Realizar el trabajo bien hecho desde el principio, dar lo mejor de si mismos buscando siempre soluciones simples y efectivas.

h) Innovación

Buscar siempre nuevas formas de hacer las cosas y aprender de los errores.

7. 1.9 Políticas de calidad

S.A.I.E.S Tiene como objetivo brindar a cada uno de sus clientes, un excelente servicio que será reconocido por una atención oportuna e integral, fomentando el desarrollo de las capacidades y talentos de su gente, mejorando continuamente los procesos, servicios y las relaciones interpersonales. Todo su personal será calificado y certificado según su ocupación o función que desempeñe dentro de la empresa.

7. 1.10 Objetivos de calidad

Lograr un nivel de satisfacción del cliente en la prestación del servicio en un 95%.

Cumplir con los niveles de idoneidad y competencia fomentando el crecimiento personal y profesional de todo el equipo de trabajo.

7. 1.11 Esquema de servicios a prestar por S.A.I.E.S

- a) Procedimientos de enfermería,
- b) Emergencias medicas,
- c) Rehabilitación fisioterapéutica,
- d) Primeros auxilios psicológicos
- e) Traslado en ambulancia.

7. 1.12 Características de servicio

Rápida, efectiva y constante comunicación, S.A.I.E.S contará con una línea telefónica, con un número único de emergencia asegurando una respuesta inmediata por medio de una llegada oportuna, una valoración y resolución del evento en el lugar.

Con la información suministrada y la valoración realizada en el lugar por el equipo medico, se inicia las acciones indicadas para estabilizar el paciente.

7. 1.13 Recursos

S.A.I.E.S contara con una central de operaciones, donde se encuentra un equipo de funcionarios altamente calificados, los cuales prestaran su servicio las 24 horas del día. De esta forma estarán atentos a recibir la llamada, toman sus datos, clasifican el servicio de acuerdo a los signos y síntomas del paciente, teniendo la ubicación de este, se despacha el equipo requerido de forma inmediata o a la hora que el paciente lo requiera.

Durante las 24 horas del día se registra cada conversación sostenida entre el usuario y el radioperador, igualmente queda registrada la información enviada vía radio a la unidad móvil.

Lo anterior ofrece seguridad al usuario y le permite a la empresa evaluar la acción de los funcionarios, para mejorar cada día la prestación del servicio.

Además se contara con un amplio recurso humano profesional, entrenado y especializado para resolver todo tipo de situaciones de emergencias y urgencias médicas.

El equipo esta integrado por médicos generales, especialistas en psicología y fisioterapia, auxiliares de enfermería y paramédicos, quienes atenderán de forma eficiente cualquier problema de salud que requiera atención oportuna.

7. 1.14 Estructura organizacional

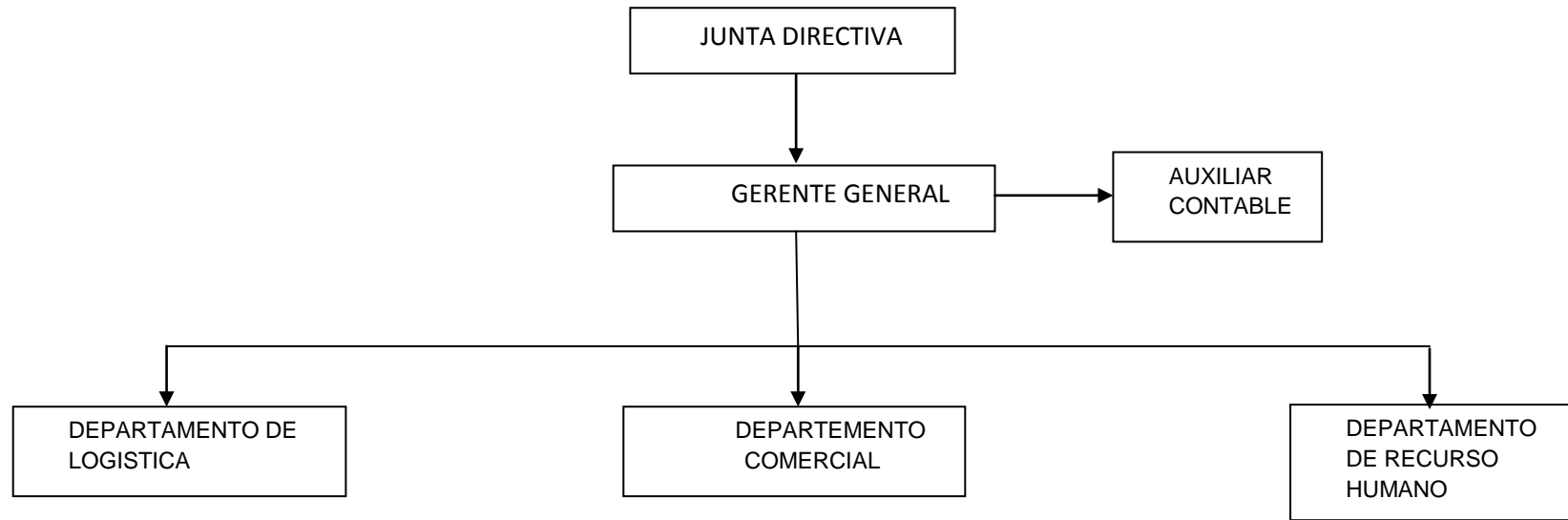
7.1.14.1 Composición accionaria

Se contara con uno o varios socios capitalistas, los cuales aportaran la totalidad del costo de la inversión, estos socios podrán ser personas naturales o jurídicas.

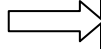
7.1.14.2 Junta directiva

La junta directiva de la empresa estará constituida por los socios capitalistas, esta será encargada de evaluar y tomar decisiones trascendentales en pro de la empresa y sus usuarios.

7.1.14.3 Organigrama general



7.1.14.4 Perfiles y funciones del personal administrativo

PERFIL  CARGO	PROFESION AL	OCUPACIONAL	ACADEMICO	PERSONAL	FUNCIONES
Gerente general	Profesional universitario en ciencias administrativas, económicas y contables	Experiencia laboral no menor de 5 años en funciones ejecutivas similares, ya sea en instituciones públicas o privadas	Especialización en liderazgo empresarial, Finanzas y administración en salud	Responsabili dad, compromiso, solidaridad, excelente presentación personal, liderazgo, excelente	Representante legal de la empresa, es el responsable del buen funcionamiento de la empresa

				relaciones interpersonales con actitud emprendedora	
Jefe de logística	Experiencia laboral de 1 año		Responsabilida d, lealtad, confiabilidad, sentido de pertenencia.	Encargado del manejo de los recursos tanto materiales como humanos para la prestación del servicio	
Jefe Comercial	Diseñador grafico o	Experiencia laboral de 1 año		Creatividad, responsabilidad, buenas	Encargado de dar a conocer la empresa de igual

	publicista			relaciones interpersonales, trabajo en equipo	modo promover sus servicios
Jefe de personal	Administrador de empresas	Experiencia laboral de 2 años	Énfasis en manejo de personal	Compromiso, sentido de pertenencia	Encargado del reclutamiento de personas y promover actividades en beneficio del empleado
El perfil del personal de salud, debe ser capacitado y certificado según sea su especialidad, según exige la seccional de salud					

7. 1.15 Relaciones laborales

Para la conformación de S.A.I.E.S, así como de la prestación de sus servicios al público, se harán contratos por prestación de servicios, contratos de tipo laboral, los anteriores a término fijo de 1 año con la posibilidad de evaluación para la renovación del contrato. De igual modo se realizaran contratos temporales y todos los demás que sean necesarios para la puesta en marcha y buen funcionamiento del sistema.

7. 1.16 Situación general del mercado y posición dentro del mismo

En la ciudad de Medellín el numero único de emergencias 123, es el encargado de recibir todas las llamadas de auxilio lo cual hace que este sistema se congestione provocando demora en la llegada del servicio al lugar requerido; S.A.I.E.S será un sistema innovador ya que se dedicara exclusivamente ofrecer servicios en salud de una manera integral, oportuna y domiciliaria.

7. 1.17 Regulación aplicable

Esta empresa está vigilada por la superintendencia Nacional de salud y por la dirección Seccional de salud, bajo los parámetros establecidos por la ley.

7. 1.18 Riesgos de S.A.I.E.S

Dado que la atención domiciliaria es un servicio opcional y adicional a la seguridad social en salud para la comunidad, puede verse afectado ya que los ingresos de la mayoría de la población están a la par con el gasto de la canasta familiar.

S.A.I.E.S por ser un sistema innovador el cual ofrece un servicio integral domiciliario y una atención oportuna en cuanto a tiempo de respuesta, tendrá una gran diferencias con respecto a las demás empresas prestadoras de servicios de salud. Por ser una empresa que inicia a darse a conocer en el mercado y que tiene muy buenas perspectivas de crecimiento se podrá ver afectada de alguna manera debido al posicionamiento de grandes empresas, las cuales prestan servicios de salud similares.

7. 1.19 Política de dividendos

La política de dividendos se determina cada año mediante decisión adoptada en la asamblea general ordinaria de accionistas con base en la propuesta presentada por la junta directiva y el gerente general. La decisión se toma por mayoría de votos.

NOMBRE DE LA EMPRESA
NIT 71.936.462 – 5
FLUJO DE CAJA PROYECTADO
DE ENERO DE 2009 A DICIEMBRE DE 2009

AÑO 2009 EN MILES DE PESOS

MESES CONCEPTO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
INGRESOS												
Ventas por servicios	6.000.000 0	6.500.000	6.500.000	6.500.000	7.000.000	7.000.000	7.000.000	8.500.000	8.500.000	8.500.000	9.000.000	9.000.000
TOTAL INGRESOS	6.000.000	6.500.000	6.500.000	6.500.000	7.000.000	7.000.000	7.000.000	8.500.000	8.500.000	8.500.000	9.000.000	9.000.000
EGRESOS:												
Gastos de Operación												
Gastos de Personal	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000	3.600.000
Gastos Honorarios de Admón.	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000
Gastos de Arrendamientos	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000	500.000
Gastos por Servicios	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000	250.000
Gastos Diversos	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
TOTAL EGRESOS	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000	5.950.000
Ingresos menos egresos	50.000	550.000	550.000	550.000	1.050.000	1.050.000	1.050.000	2.550.000	2.550.000	2.550.000	3.050.000	3.050.000
Saldo inicial de efectivo	0	50.000	600.000	1.150.000	1.700.000	2.750.000	3.800.000	4.850.000	7.400.000	9.950.000	12.500.000	15.550.000
Saldo final de efectivo	50.000	600.000	1.150.000	1.700.000	2.750.000	3.800.000	4.850.000	7.400.000	9.950.000	12.500.000	15.550.000	18.600.000
Exceso o (deficiencia)	50.000	600.000	1.150.000	1.700.000	2.750.000	3.800.000	4.850.000	7.400.000	9.950.000	12.500.000	15.550.000	18.600.000

Nota:

Los ingresos equivalen a comisiones liquidadas por los servicios prestados a terceros, los cuales se estimaron en un 10% del valor total del mismo.

7.1.20. Cronograma de actividades 2008-2009

MES ⇒	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.
ACTIVIDAD ⇩											
Parte investigativa y escrita de la empresa	7			10							
Contratación del personal				20	20						

contratos											
puesta en marcha del sistema											26

7.1.21 Especificación operacional de las actividades y tareas a realizar

	Metas	Producto	Actividades	Tareas	Técnicas	Fecha
1	Tener una	Saber cuándo y	Mantener un	cronograma	Investigativa	20-27 de

	secuencia lógica en la realización de las actividades que conlleven a la realización del proyecto.	que actividad es necesaria realizar	control de las actividades y procesos		y analítica	agosto
2	Tener un soporte escrito acerca de lo que se quiere hacer	Base para el avance en la construcción de la parte escrita del sistema	Planteamiento para la iniciación de S.A.I.E.S.	Denominación, naturaleza de la empresa	Investigativa	7 de julio-20 de agosto de 2008
3	Saber como y desde donde funcionará	Concretar la forma de funcionamiento de	Creación de la sede del S.A.I.E.S	Diseño de funcionamiento de la sede	Investigativa	27 de agosto-10 de septiembre

		la sede				
4	Dar a conocer los reglamentos de la empresa	Establecimiento de normas que amparan a la empresa	crear y aprobar las normas de funcionamiento	Estatutos y reglamento.	Investigativa	27 de agosto-26 de septiembre
5	Tener constancia física del proceso de la atención	Llevar un registro y control de costos y servicios	elaboración de historias Prehospitalaria y facturas de cobros	Historias Prehospitalaria y facturas de cobro	Investigativa y analítica	27 de agosto-10 de septiembre
6	Tener una certificación y reconocimiento ante las entidades	parte legal de la empresa	Establecer los pasos de ley para la inscripción ante	Registro de cámara y comercio, personería	Investigativa	27 de agosto-10 de septiembre

	competentes		las entidades requeridas	jurídica, inscripción industria y comercio, autorización de la seccional de salud		
7	Cumplimiento del profesional y las entidades prestadoras de servicios de salud para con el usuario y S.A.I.ES	Acuerdo de voluntades para el servicio	Elaboración de contratos	contratos	Investigativa	17-24 de septiembre

8. INDICADORES DE EVALUACIÓN

El indicador de evaluación que se tendrán en cuenta para verificar la calidad de nuestro servicio y el cumplimiento de nuestras metas y objetivos, será una encuesta que se practicará vía telefónica para saber la satisfacción del paciente o usuario en la prestación del servicio. La empresa tendrá implementada una base de datos lo cual le permite tener acceso a la información personal del usuario.

8.1 Diseño de encuesta. Ver anexo 1

9. CONDICIONANTES Y PRERREQUISITOS

Un factor muy determinante para que el sistema logre el impacto esperado es que todos los servicios que el gobierno avala dentro del Plan Obligatorio de Salud POS, se mantengan o en lo posible se extiendan aún más. Esto para el servicio a personas de estratos bajos.

Otro de estos, es que el número de habitantes de estratos altos (4, 5 y 6) se mantengan y vayan en aumento al igual que su decisión de invertir a la hora de un servicio domiciliario en salud independientemente de su costo pero que sea un servicio que cubra la necesidad del usuario.

Cabe tener en cuenta la posibilidad de que otras empresas representadas en la competencia, aprovechando su posicionamiento en el mercado deseen anexar dentro de sus servicios los que S.A.I.E.S ofrecerá.

Contar con el personal capacitado y certificado para el funcionamiento administrativo así también para la prestación del servicio.

Que no se consigan los recursos financieros, que pueden ser por medio de uno o varios socios capitalistas.

CONCLUSIONES

Mediante la realización de este proyecto, se puede concluir que siempre que exista una necesidad existirá también la solución, que debe ser viable en cuatro aspectos importantes: sociocultural, financiera, técnica y política.

Para que un sistema funcione acorde a lo estipulado y tenga un cumplimiento de sus objetivos y metas, deberá, indudablemente, contar con unos principios rectores que serán la base para la evaluación de su personal y sus servicios.

Un factor fundamental para la realización y posteriormente el desarrollo del proyecto, es saber la cantidad de recursos necesarios, lo cual nos dará la oportunidad de realizar las diferentes adquisiciones que se necesitan para colocar el proyecto en marcha.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Chiavenato Idalberto. (2000). Administración de recursos humanos. Santa Fe de Bogotá: McGraw-Hill Interamericana, S.A

Segurado Llorante Juan Luis. (1998). El plan de empresa. Santa Fe de Bogotá: Alfaomega grupo Editor, S.A de C.V.

Ley 100 (1993)

Constitución Política de Colombia (1991)

La investigación de Salud Pública y Sistemas de Salud en América Latina a la luz de las reformas, extraído el 26 de septiembre de 2008,

www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado_09biblio.asp

www.idrc.ca/es/ev-23078-201-1-DO_TOPIC.html

www.saludcolombia.com/actual/salud56/report56.htm

http://es.wikipedia.org/wiki/Econom%C3%ADa_y_negocios_en_Medell%C3%A9n,_Colombia

Ministerio de protección social, extraído el 31 de julio de 2008

<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/Library/documents/DocNewsNo17047DocumentNo6115.pdf>

Centro de atención empresarial, Extraído el 31 de julio de 2008

<http://www.camaramed.org.co/servicioinformacioncae.asp>

RECOMENDACIONES

Recomendamos a la universidad realizar los trabajos de proyecto de grado desde 5to semestre de Atención Prehospitalaria.

Además también se deberían tener en cuenta este tipo de proyectos que benefician la comunidad.

ANEXOS

Anexo 1

ENCUESTA

SISTEMA DE ATENCIÓN INMEDIATA EN SALUD S.A.I.E.S

PRESTACIÓN DE SERVICIOS

FECHA HORA TIPO DE EMERGENCIA ¿PORQUE SOLICITO EL SERVICIO? LA RESPUESTA FUE OPORTUNA SI NO

EXCELENTE BUENA DEFICIENTE

LA ATENCIÓN RECIBIDA FUE COMO FUE EL TRATO RECIBIDO POR UD. AMABLE VIOLENTO DESPUÉS DE LA ATENCIÓN LE DIERON RECOMENDACIONES SI NO CUALES

COMO OBTUVO LA INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS DE S.A.I.E.S

HA SOLICITADO ALGÚN SERVICIO OFRECIDO POR S.A.I.E.S

SI NO CUAL VOLVERÁ A UTILIZAR NUESTROS SERVICIOS SI NO

PORQUE

OBSERVACIONES

NOMBRE

TELÉFONO

IMAGENES

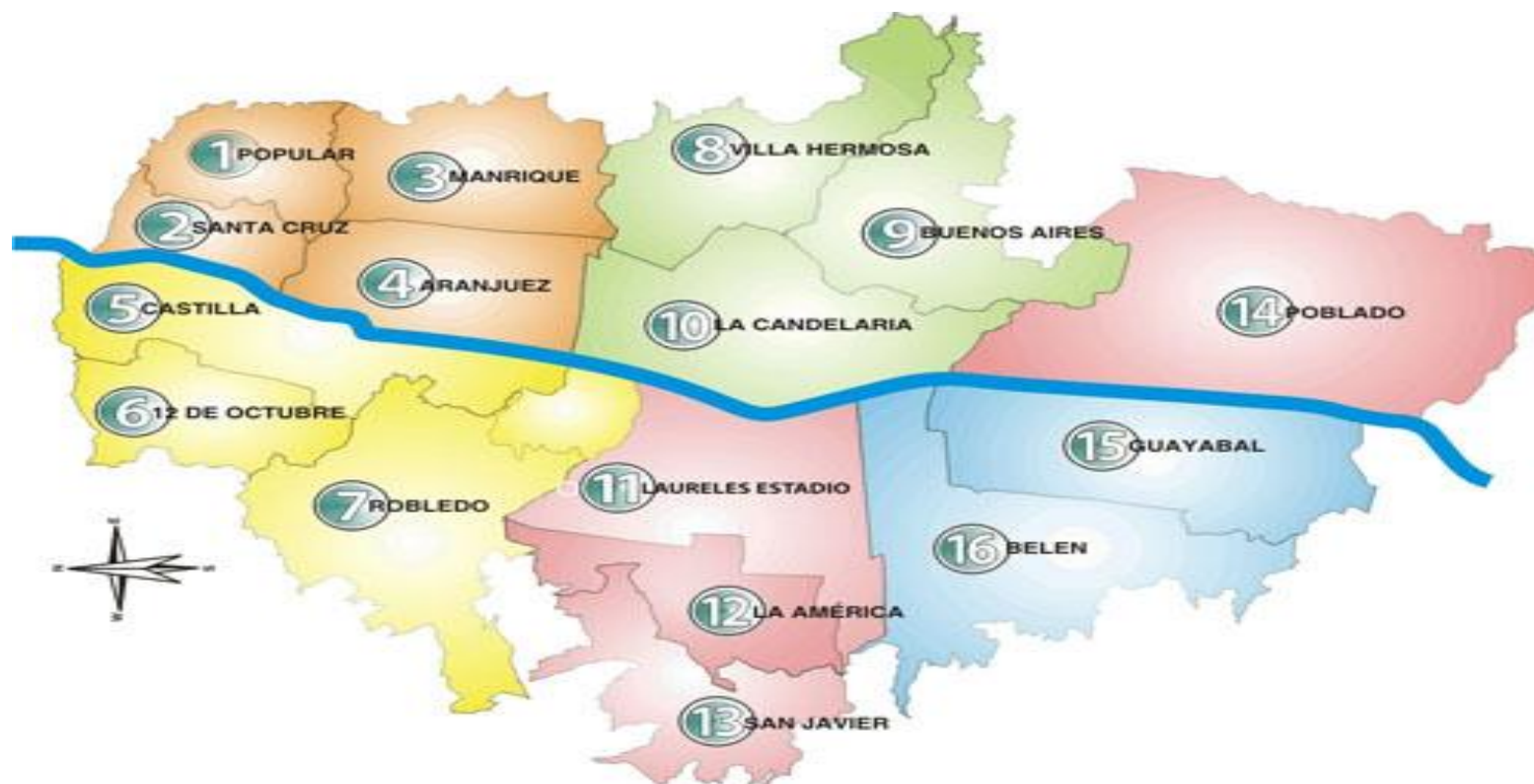


Imagen 1. Mapa de las comunas de Medellín

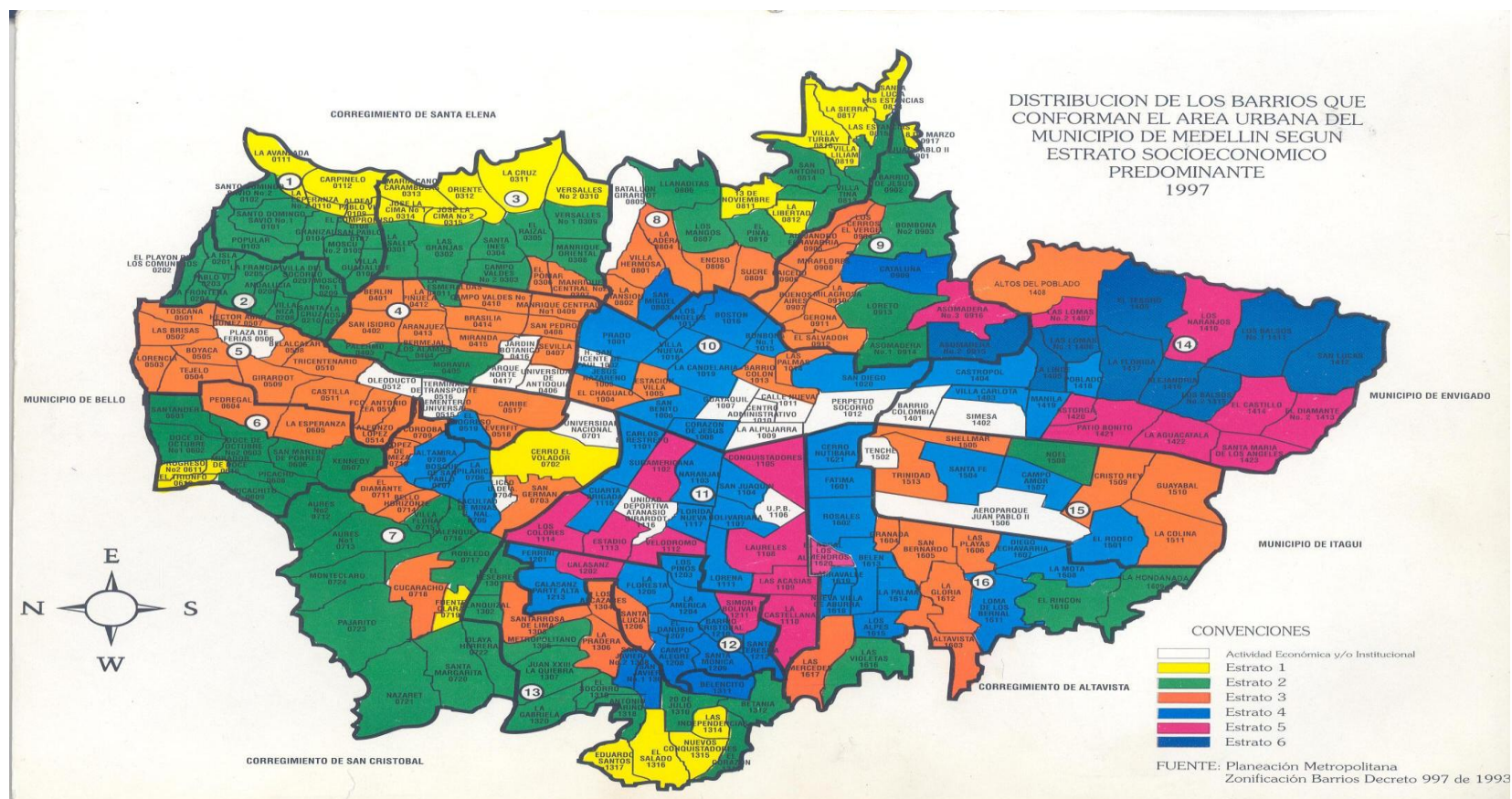


Imagen 2. Mapa de la distribución de los barrios que conforman el área urbana del municipio de Medellín.

SAIES



LA MEJOR OPCION EN TUS MANOS...

Imagen 3. Logotipo de la empresa S.A.I.E.S