

**VIABILIDAD DEL PRIMER CENTRO DE EXCELENCIA EN
REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ORIENTE COLOMBIANO
MODALIDAD HOSPITAL DE DÍA Y MEDIO DÍA**

**CLAUDIA PATRÍCIA FERNANDEZ ACUÑA
GUSTAVO ADOLFO SANTOS ARDILA**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2006**

**VIABILIDAD DEL PRIMER CENTRO DE EXCELENCIA EN
REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ORIENTE COLOMBIANO
MODALIDAD HOSPITAL DE DÍA Y MEDIO DÍA**

**CLAUDIA PATRICIA FERNÁNDEZ ACUÑA
GUSTAVO ADOLFO SANTOS ARDILA**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de
Especialista en Administración de Servicios De Salud**

**Director:
LUÍS IGNACIO PLATA ORTÍZ
Ingeniero Industrial**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
BUCARAMANGA
2006**

*A quienes son la fuerza de mí existir:
mis hijos*

CLAUDIA

*A quienes son la motivación de mi vida y
a quienes siempre han perdonado mis
errores: Dios, mis padres y mis
hermanos.*

GUSTAVO

AGRADECIMIENTOS

A todos aquellos de corazón noble, que buscan día a día ser más de lo que el mundo espera.

CONTENIDO

	pág.
1. JUSTIFICACIÓN	1
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	2
2. OBJETIVOS	6
2.1. OBJETIVO GENERAL	6
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
3. METODOLOGÍA	7
3.1. TIPO DE ESTUDIO	7
3.2. MATERIALES Y MÉTODOS	8
3.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	8
3.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	8
3.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
4. MARCO REFERENCIAL	11
4.1. MARCO CONCEPTUAL	11
4.1.1. Discapacidad	11
4.1.2. Envejecimiento	14
4.1.3. Rehabilitación	19
4.1.4. Centros de excelencia	23
4.1.5. Hospital día y medio día	24
4.2. MARCO CONTEXTUAL: ESTADO ACTUAL DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER	31
4.2.1. Situación de salud en santander – indicadores básicos 2005	31
4.2.2. Indicadores demográficos departamento de Santander	32
4.2.3. indicadores socio-económicos departamento Santander	33
4.2.4. Indicadores de morbilidad de Santander	34

	pág.
4.2.5. indicadores de mortalidad de Santander	35
4.2.6. Situación de salud de enfermedad cardiorrespiratoria en Santander	39
4.2.7. Indicadores sobre discapacidad en el departamento de Santander	41
5. MARCO JURÍDICO	45
5.1. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL	45
5.2. MARCO JURÍDICO NACIONAL	46
5. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y AGENTES FINANCIADORES	53
DE LOS SERVICIOS DE SALUD	53
6.1 FUENTES DE FINANCIACIÓN	53
6.2 AGENTES FINANCIADORES	55
6.3 AGENTES FINANCIADORES SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN	
PRESTADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD:	59
6.4 AGENTES FINANCIADORES SEGÚN TIPOS DE SERVICIOS DE	
SALUD:	61
7. ESTUDIO ADMINISTRATIVO Y LEGAL	62
7.1 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	62
7.2 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN	63
7.3. FORMA DE CONSTITUCIÓN	63
7.4 ESTRUCTURA DEL PROYECTO	64
8. ESTUDIO DE MERCADEO	67
8.1. OFERTA	67
8.2. DEMANDA	70
9. ESTUDIO TÉCNICO	75
9.1 DESCRIPCIÓN DEL TAMAÑO DEL PROYECTO	75
9.2 FACTORES QUE DETERMINAN EL TAMAÑO DE UN PROYECTO	75
9.2.1 Mercado	76
9.2.2 Talento humano	76
9.2.3 Tecnología	76
9.2.4 Financiero	76

	pág.
9.2.5 Infraestructura	76
9.2.6 Capacidad del proyecto	77
9.2.7 Capacidad instalada	78
9.2.8 Capacidad utilizada	78
9.2.9 Ingeniería del proyecto	78
9.2.10 Recurso humano (m.o.d, m.o.i.d).	79
10. ESTUDIO FINANCIERO	84
10.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO FINANCIERO	84
10.1.1 Objetivo general	84
10.1.2 Objetivos específicos	84
10.2 INVERSIONES	85
11. CONCLUSIONES	95
12. RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFIA	97
ANEXOS	100

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Estructura poblacional	32
Cuadro 2. Dinámica poblacional	33
Cuadro 3. Nivel de ingresos	34
Cuadro 4. Cinco primeras causas de morbilidad diagnosticada en menores de 12 años	34
Cuadro 5. cinco primeras causas de morbilidad diagnosticada en personas de 12 y más años	35
Cuadro 6. Primeras causas de mortalidad en personas menores de 1 año	35
Cuadro 7. Primeras causas de mortalidad en personas de 1 a 4 años	35
Cuadro 8. Primeras causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años	36
Cuadro 9. Primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años	36
Cuadro 10. Primeras causas de mortalidad personas de 45 a 64 años	36
Cuadro 11. Primeras causas de mortalidad personas de 65 y más años	37
Cuadro 12. Primeras causas de mortalidad personas menores de 1 año	37
Cuadro 13. Primeras causas de mortalidad en personas de 1a 4 años	37
Cuadro 14. Primeras causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años	38
Cuadro 15. Primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años	38
Cuadro 16. Primeras causas de mortalidad en personas de 45 a 64 años	38
Cuadro 17. Primeras causas de mortalidad personas de 45 a 64 años	39
Cuadro 18. Consultas por patología cardio-respiratoria	39
Cuadro 19. Urgencias por patología cardio-respiratoria	40
Cuadro 20. Hospitalización por patología cardio-respiratoria	41
Cuadro 21. Población discapacitada en santander por grupos de edad, según dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.	42

Cuadro 22. Población discapacitada en santander por sexo, según estructuras o funciones corporales que presentan alteraciones.	43
Cuadro 23. Población discapacitada en santander por grupos de edad, según principal estructura o función corporal afectada.	43
Cuadro 24. Población discapacitada en santander por grupos de edad y sexo, según causa a la cual se atribuye la recuperación.	44
Cuadro 25. Población discapacitada en Santander grupos de edad y sexo, según tipo de rehabilitación ordenada.	44
Cuadro 26. Planta profesional requerida	65
Cuadro 27. Coberturas de los servicios de salud	69
Cuadro 28. Recurso humano en salud en santander	69
Cuadro 29. Vinculados al sistema general de seguridad social en salud	70
Cuadro 30. Principal estructura o función corporal afectada por grupo etáreo	72
Cuadro 31. Tarifas vigentes del mercado	73
Cuadro 32. Tarifas de atención integral vigentes del mercado	74
Cuadro 33. Valor de la upc por grupos etáreos.	74
Cuadro 34. Capacidad instalada del proyecto	77
Cuadro 35. Costos del proyecto	79
Cuadro 36. Recurso humano y físico del proyecto.	80
Cuadro 37. Equipos de cómputo	85
Cuadro 38. Muebles y enseres	86
Cuadro 39. Equipos de oficina	86
Cuadro 40. Equipos de trabajo	87
Cuadro 41. Total inversión fija	87
Cuadro 42. Total inversión diferida	88
Cuadro 43. Proyección gastos de administración	89
Cuadro 44. Costo total prestación del servicio por año	89
Cuadro 45. Ingresos presupuestados	90

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1. Pirámide poblacional por grupos etáreos	33
Figura 2. logotipo saludarte	66
Figura 3. oferentes de servicios de salud en el departamento	67
Figura 4. entidades administradores de planes de beneficios	70
Figura 5. planta física primer piso (adelante)	81
Figura 6. planta física primer piso. (atrás	82
Figura 7. planta física segundo piso.	83

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Flujo de inversiones	101

RESUMEN

TITULO: VIABILIDAD DEL PRIMER CENTRO DE EXCELENCIA EN REHABILITACIÓN INTEGRAL DEL ORIENTE COLOMBIANO MODALIDAD HOSPITAL DE DIA Y MEDIO DIA*

AUTORES: CLAUDIA PATRICIA FERNÁNDEZ ACUÑA
GUSTAVO ADOLFO SANTOS ARDILA**

PALABRAS CLAVES: Hospital de Día, Rehabilitación, Rehabilitación Integral, Adulto mayor.

DESCRIPCIÓN:

El siguiente trabajo estudia la viabilidad de una nueva institución prestadora de servicios de salud (IPS) cuyo objeto social la haga rentable, sostenible en el tiempo y que permita un crecimiento como empresa sólida en el sector de la salud. Se busca atraer nuevamente a la población particular, al mismo tiempo que se desea ser una buena opción para las EPS, ARS y ARP en el manejo integral de los pacientes crónicos, de los pacientes que en etapas agudas de su enfermedad requieran periodos prolongados de rehabilitación, de los que en cierto momento pueden llegar a ser de alto costo para los aseguradores, y de los que no son de fácil cuidado en el hogar por sus condiciones de salud y de dependencia hacia sus familiares.

Con base en un modelo de atención en salud, llamado “hospitalización de día y medio día”, creado a principios de 1930 para la atención de pacientes psiquiátricos, se atenderán los pacientes adultos y adultos mayores con deficiencias osteomusculares, neurológicas y/o cardio-respiratorias. Mejorando este modelo con el concepto de los “centros de excelencia” y de “interacción de un equipo multidisciplinario”.

De igual manera, se desea evitar el modelo de contratación por capitación y segmentar el mercado de tal forma que se contrate por evento, así podemos tener población de diferentes entidades y alcanzar un área de influencia más grande. Por último, se desea ser la primera institución de este tipo en el oriente colombiano y cumplir con una labor social que seguramente traerá consigo otros beneficios importantes.

* Trabajo de Grado

** Facultad de Salud. Especialización en Administración de Servicios de Salud. Luis Ignacio Plata Ortíz

SUMMARY

I TITLE: VIABILITY OF THE FIRST CENTER OF EXCELLENCE IN INTEGRAL REHABILITATION OF THE EAST COLOMBIAN MODALITY HOSPITAL OF DAY AND HALF-DAY*

AUTHORS: CLAUDIA PATRICIAN FERNÁNDEZ COINS
GUSTAVO ADOLFO SAINT ARDILA**

KEY WORDS: Hospital by day, Rehabilitation, Integral Rehabilitation, bigger Adult.

DESCRIPTION:

The following work studies the viability of a new institution prestadora of Serbian of health (IPS) whose social object makes it profitable, sustainable in the time and that it allows a growth like solid company in the sector of the health. It is looked for to attract the particular population again, at the same time that he/she wants himself to be a good option for the EPS, ARS and ARP in the integral handling of the chronic patients, of the patients that require lingering periods of rehabilitation in sharp stages of their illness, of those that can end up being of high cost for the insurers in certain moment, and of those that are not of easy care in the home for their conditions of health and of dependence toward their relatives.

With base in a model of attention in health, call "hospitalization by day and half-day", created at the beginning of 1930 for the attention of patient psychiatric, the mature patients and bigger adults will be assisted with deficiencies osteomusculares, neurological and/or cardio-breathing. Improving this model with the concept of those "excellence centers" and of "interaction of a multidisciplinary team."

In a same way, it is wanted to avoid the recruiting pattern for capitation and to segment the market in such a way that is hired by event, we can have this way population of different entities and to reach an area of more influence. Lastly, it is wanted to be the first institution of this type in the Colombian east and to fulfill a social work that he/she will surely bring I get other important benefits.

* Work of Grade

** Ability of Health. Specialization in Administration of Services of Health. . Luis Ignacio Plata Ortíz

1. JUSTIFICACIÓN

Son demasiados los ejemplos que podrían citarse al nombrar las inconformidades con el sistema general de seguridad social de salud, todas estas generadas por una legislación que a pesar de llevar 12 años dirigiendo la salud del país aun no ha alcanzado los objetivos para los cuales fue creada. Nuevos proyectos se diseñan para modificarla: leyes, decretos, resoluciones; pero en la practica todo se tergiversa.

Solo resta echar mano de la academia, de aquellos que se preparan para mejorar las condiciones de toda la población, de los que sin tregua día a día, piensan en algo más que en ellos mismos. Y es ésta, la verdadera razón por la cual se crean nuevos proyectos, nuevas instituciones ya que algunos pueden observar ventajas donde muchos ven tropiezos y adaptarlas para su bienestar y el de la población. El sector de la salud no es fácil, implementar acciones exitosas requiere de algo más que coraje, de algo más que una idea, de recursos y de preparación intelectual. Se requiere de un sueño, y de un plan sólido para alcanzarlo.

El siguiente trabajo es una muestra de ese esfuerzo, de todos los elementos que se deben tener en cuenta para materializar un proyecto, para hacer un análisis concienzudo y objetivo del mismo y para orientar a aquellos que con astucia deciden competir implementando ideas nuevas en el sector de la seguridad social colombiana.

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Los costos de la atención en salud generados por las patologías que afectan al adulto y al adulto mayor, como las neurológicas y/o cardiorrespiratorias son altos, debido no solo al valor económico del tratamiento sino también al valor social generado por las complicaciones y por las discapacidades, los cuales tienen que ser asumidos por los aseguradores, el estado, los familiares e incluso la sociedad misma.

Es claro que en nuestro medio las ofertas de servicios no satisfacen las necesidades de la población, ya que la rehabilitación de un paciente está totalmente a cargo de los profesionales de la salud, quienes dedican tan solo un 4% del día para su rehabilitación, desconociendo el criterio de continuidad para garantizar un óptimo resultado en el menor tiempo posible, de igual forma no se involucra a sus familiares, personas que permanecen la mayor parte del día con ellos.

Con frecuencia se dice en el sector de la salud que la preocupación de los pagadores y de los prestadores por la eficiencia pone en peligro la calidad de la prestación de los servicios. Esta aseveración hace parte del supuesto que calidad y eficiencia son dos objetivos en conflicto y que la única manera de ser eficientes es disminuyendo la calidad.

Por esto es necesario crear herramientas que permitan desarrollar nuevas empresas de salud, o que aumenten la competitividad de las que están funcionando. Hacerlo no es difícil solo requiere planear y encontrar las estrategias adecuadas: los cluster de servicios; las franquicias; los productos innovadores; un buen estudio de costos; las diferentes formas de financiación con terceros: los créditos, el leasing; la venta de activos no productivos y las alianzas estratégicas son algunas de las opciones existentes para lograrlo.

Con estos elementos se puede distribuir o minimizar el impacto de los problemas de salud de la población y su impacto en la economía de los participantes.

Las oportunidades de negocio son innumerables, e aquí unas de las cuales le dan vuelo y soporte a ésta idea de crear empresa en el sector de la seguridad social:

- La poca disponibilidad de tiempo, conocimientos y limitación de espacio físico, de familiares de un adulto o adulto mayor con algún problema de salud;
- Cambios en la pirámide poblacional con incremento en el grupo etáreo de mayores de 45 años, población mas susceptible de padecer patologías crónicas de tipo neurológico o cardiorrespiratorio;
- Aumento de las expectativas de vida de la población mayor de 65 años.
- Las posibilidades de complicación de estas enfermedades en su fase aguda y la susceptibilidad de respuesta tanto positiva como negativa a formas adecuadas de tratamiento temprano.
- La Disponibilidad de recursos para la salud, pues ésta población posee una de las UPC mas altas;
- El notorio incremento en los servicios de cuidados para adultos (asilos, ancianatos y hogares geriátricos);
- Mayor inversión social en programas de mejoramiento de calidad de vida éste tipo de población;

- La escasa disponibilidad de instalaciones físicas adecuadas para el manejo de este tipo de patologías;
- Los recursos humanos son de calidad pero sin funciones estratégicas de rehabilitación bien definidas;
- Los servicios funcionan al máximo de su cobertura;
- La situación del sector que permite segmentar el mercado de la salud. Para este caso se hizo con base en dos variables: patología y edad;
- Las acciones comunitarias han sido hasta hoy individuales y fragmentarias;
- No existe, aunque se trabaja en eso, un trabajo integrado de todos los servicios ofertados;
- La falta de servicios que aseguren la continuidad del cuidado del paciente, la lejanía y lentitud de los servicios de apoyo, determina frecuentes y prolongadas hospitalizaciones;
- La comunidad y los familiares (aunque esto ha cambiado gradualmente durante el último año) han aceptado implícitamente el carácter custodial de las instituciones con características hospital de día;
- Y por último, el alto grado de grado de dependencia que generan estas patologías.

Lo interesante del proceso es romper paradigmas y materializar una idea. Por ejemplo mejorar la calidad de los servicios de salud con lo que permite la ley 100, crear productos atractivos fuera del POS, y desarrollar monopolios.

Este proyecto garantizará una interacción sinérgica entre las partes intervinientes: aseguradores, usuarios, familiares, centro de rehabilitación integral y la sociedad de la siguiente manera:

En primer lugar los directamente beneficiados serán aquellos pacientes con problemas neurológicos y/o cardio-respiratorios en etapas agudas, subagudas y crónicas de su enfermedad, -los cuales no ameritan hospitalización, pero que por su patología de base requieren supervisión frecuente y en algunos casos administración complementaria de medicamentos-; En segundo lugar serán sus familiares, pues contarán con un individuo mucho más independiente en sus hogares y con la orientación para lograr mejoría constante a través del tiempo; En tercer lugar los diferentes Aseguradores, pues los pacientes se recuperaran en un menor tiempo y presentaran menos complicaciones, disminuyendo considerablemente el costo de atención; En cuarto lugar el Estado, pues recuperará un individuo y su capacidad de producción, impactando directamente sobre la calidad de vida de los mismos y por último, la institución realizadora de la rehabilitación, pues cumplirá con su función social y al mismo tiempo obtendrá unos beneficios económicos.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la viabilidad de un centro de excelencia en rehabilitación integral modalidad hospital de día y medio día, para el adulto y adulto mayor por medio del análisis de la información epidemiológica, sociodemográfica, administrativa, financiera y de mercados con el propósito de crear una IPS competitiva, sostenible y con impacto positivo en la salud del departamento de Santander.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la demanda potencial de servicios mediante el análisis del perfil epidemiológico y sociodemográfico de la población adulta y adulta mayor en el departamento de Santander.
- Establecer las fuentes de financiación y agentes financiadores de los servicios de salud.
- Analizar la información relacionada con la oferta y la demanda de servicios de rehabilitación y rehabilitación integral en el departamento que permita conocer la competencia en el sector
- Realizar un estudio de costos que determine viabilidad financiera del proyecto para los inversores y posibles clientes.

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio de corte transversal, que tendrá en cuenta las variables que según Michael Porter, son determinantes en la competitividad de una empresa: demanda, oferta, competencia, presencia de productos sustitutos.

Con base en estas variables y en la información estadística disponible tanto departamental como nacional, se analizará lo siguiente:

- El perfil epidemiológico de la población adulta y adulta mayor ubicada en el departamento de Santander.
- El perfil sociodemográfico de la población adulta y adulta mayor ubicada en el departamento de Santander.
- La información relacionada con la oferta y la demanda de servicios de rehabilitación y rehabilitación integral en el departamento.
- Los costos que determine la viabilidad financiera del proyecto para los inversores y posibles clientes.
- Definir la capacidad instalada necesaria mínima para la ejecución del proyecto.

3.2. MATERIALES Y MÉTODOS

Se hizo una revisión de la información existente en el medio, que fue relevante para cumplir con el objetivo principal. Se consultó Internet, literatura propia del tema, y se tuvo un asesor experto en el área financiera.

3.3. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El problema que vamos a abordar como base para la creación de este proyecto tiene varios puntos álgidos, la mayoría de estos resaltados como oportunidades de negocio en la justificación del mismo. La falta de infraestructura, la reducción de la inversión, la disminución del gasto y del costo de los servicios de salud, la poca orientación de los familiares, la saturación de consultas de los profesionales, son solo unos de los que impactan esta investigación. Pero uno de los principales es la falta de atención y cuidado con el adulto y el adulto mayor.

3.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

En nuestro país, gracias a los avances tecnológicos de la medicina, se ha incrementado la esperanza de vida de la población mayor, pero no en la misma proporción de espacios de atención dirigidos a este sector de población.

Se detecta que en la actualidad los adultos mayores enfrentan graves deterioros físicos y mentales, pérdida de relaciones familiares e interpersonales, debido a que carecen tanto ellos como sus familiares de información y preparación para cuidar y proteger su entorno biopsicosocial. Por esa razón es necesario implementar programas de atención e información que despierten el interés, no sólo de las personas mayores, sino

también de los niños y jóvenes en torno a medidas de prevención de enfermedades propias de la edad avanzada, preparación para la vejez, técnicas de autocuidado, nutrición y rehabilitación.

Una buena manera de introducirnos al tema es teniendo claro que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino una etapa de la vida que para muchos resulta difícil enfrentar.

Emocionalmente la principal dificultad está en enfrentar la declinación de ciertas facultades intelectuales y físicas; socialmente el problema más importante es la dependencia económica, la cual genera dificultades en su relación familiar.

La relación tradicional de padres e hijos, que durante miles de años ha existido para atender a los mayores en casa, se vuelve cada día más difícil, en virtud de dos factores: el modelo socioeconómico actual, en el que la mayoría de los miembros de una familia tienen necesidad de trabajar fuera de casa; así como los reducidos e inadecuados espacios físicos con que cuentan los hogares.

Pero estas condiciones inherentes a cada individuo no son las únicas que aumentan el impacto de un evento relacionado con la salud. La falta de comunicación entre los profesionales que interactúan alrededor de los pacientes, las distancias entre los puntos en los cuales debe ser atendido, lo desagregado de los servicios, la austeridad al momento de generar ordenes de servicio, la falta de oportunidad, entre otros, hacen que algunas patologías aumenten su costo e impacto tanto para el individuo y su familia, como para el asegurador.

Debido a que desde la implementación de la ley 100 de 1993, ha habido una constante preocupación por reducir los costos de la no calidad y por aumentar la productividad y la eficiencia de los procesos en salud, se ha llegado a ahorros y recortes en prácticamente todos los aspectos relacionados con la prestación de los servicios de salud. Este ejercicio de reducción de la inversión ha llevado al sector salud a una obsesión por los detalles; el valor de la hospitalización, la rotación de camas, los servicios de laboratorio, la consulta externa, la rehabilitación, el recurso humano, entre otros, se negocian por valores que en muchos casos solo se llega la punto de equilibrio, lo que obliga a generar esquemas de contratación heterodoxos y de ahorro que rayan en la mala calidad.

Esta preocupación por el control de costos inquieta, sobre todo en relación con el recurso humano, más si lo asociamos a fenómenos como el exceso de oferta, la concentración de los profesionales y la informalización de la contratación en el sector.

3.5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El modelo socioeconómico actual, en el que la mayoría de los miembros de una familia tienen necesidad de trabajar fuera de casa; los reducidos e inadecuados espacios físicos con que cuentan los hogares y las instituciones de salud, y el afán en la reducción de costos en el sistema de salud, permiten plantear el siguiente problema

¿Es viable un centro de excelencia en rehabilitación integral, modalidad hospital de día y hospital medio día para la atención de las patologías que afectan al adulto y al adulto mayor?

4. MARCO REFERENCIAL

4.1. MARCO CONCEPTUAL

4.1.1. Discapacidad. A nivel internacional, son elaboradas y utilizadas múltiples acepciones y definiciones de discapacidad, dependiendo en menor o mayor medida de las características socioculturales y económicas de cada uno de los países que las adoptan como marco para las políticas que aplican respecto a este tema.

Conceptos tales como deficiencia, minusvalía y discapacidad a menudo tienden a confundirse y entenderse como sinónimos. Por tanto, es necesaria la presentación de las definiciones más prominentes internacionalmente.

A continuación, se presentan algunas de las concepciones de deficiencia:

- “Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías Terminología propuesta por la Organización Mundial de la Salud –OMS).
- “Es la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales”. (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud –CIF-)

Respecto a las definiciones de discapacidad, ésta es entendida de diversas maneras:

- “Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías Terminología propuesta por la Organización Mundial de la Salud –OMS)
- “Con la palabra discapacidad se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencia, dolencia o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio” (Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad – Asamblea General, Marzo de 1994).

Como se estableció inicialmente, deficiencia y discapacidad son conceptos directamente relacionados, mientras que el uso del término “minusvalía” fue abandonado por su carácter peyorativo, además de tener como finalidad, centrar el interés en las deficiencias del entorno (en tanto actividades sociales dirigidas a la organización, información y comunicación), opuestas a que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad; así, la condición de minusvalía sería, más que una restricción de la persona con discapacidad, una imposición social.

Los continuos avances que ha tenido Colombia en el trabajo sobre discapacidad: derechos de los discapacitados, deberes de las aseguradoras, ha permitido evolucionar el concepto que se tiene de esta, siempre teniendo como orientación lo establecido por las Organización Mundial de la Salud

OMS, algunos de los conceptos utilizados en los últimos años son los siguientes:

La actual ley de discapacidad, conocida como **Ley 361 del 7 de Febrero 1.997** no establece la definición Discapacidad y el concepto utilizado para referirse a ello es: “personas con limitación” ya sea esta moderada, severa o profunda.

“Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma y dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social”¹.

“... deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”².

“Es toda restricción en la participación y relación con el entorno social o la limitación en la actividad de la vida diaria, debida a una deficiencia en la estructura o en la función motora, sensorial, cognitiva o mental”³

Actualmente Colombia ha formulado las Bases para la Formación de una Política Pública en discapacidad y en atención del adulto y del adulto mayor, así como políticas que van hacia el respeto y compromiso con los pacientes crónicos y con los de alto costo, trabajo orientado por la Consejería

¹ República de Colombia – Presidencia de la República: Plan Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 1999 – 2002.

² República de Colombia - Congreso de la República: Ley 762 del 31 de julio 2002, la cual ratifica la “Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad”

³ República de Colombia –Ministerio de Transporte: Decreto presidencial 1660 del 16 de junio de 2003.

Presidencial de Programas Especiales, con el apoyo de la Red de Solidaridad Social, el Comité Técnico Nacional y diferentes entidades de la sociedad civil.

Desde la Consejería de Programas Especiales de la Presidencia se ha venido dando la asesoría técnica al Congreso de la República para reformar la ley 361/97 “ Ley para la Inclusión Social de las Personas con Limitación “, proceso que se materializa en el proyecto de Ley 30 en donde se actualiza el marco de política de discapacidad y se plantean las nuevas instancias que regularan la Política de Discapacidad en el país, acorde a los planteamientos conceptuales, técnicos y programáticos formulados en el documento “ Bases para la Formación de Política pública en Discapacidad “.

Como queda esbozado en los párrafos anteriores, el país aborda la discapacidad, desde los conceptos de la OMS, los cuales muestran los paradigmas que se deben superar, en términos de avanzar de una forma integral en el abordaje de la dimensión “discapacidad “.

4.1.2. Envejecimiento. Se vive en una era marcada por un envejecimiento global sin precedentes, acelerado e inexorable. Nunca antes tanta gente había vivido tantos años. Llegar a una edad avanzada, hasta hace poco exclusiva de los países desarrollados, constituye ahora un beneficio común del desarrollo a nivel mundial. El envejecimiento se ha convertido en uno de los temas globales decisivos que determinarán el futuro de las sociedades del mundo.

El aumento de la esperanza de vida es aplaudido como el resultado de avances sostenidos en el campo de la medicina y, al menos en el mundo desarrollado, de mejoras de salud y saneamiento en condiciones de prosperidad cada vez mayor. El envejecimiento de la población es uno de los grandes triunfos del desarrollo, en el sentido que por primera vez en la

historia de la humanidad la mayoría de las personas puede esperar sobrevivir hasta la tercera edad.

Si bien es cierto que el aumento de la esperanza de vida debe ser celebrado como un logro importante, el hecho es que la mayoría de las personas mayores vive en o por debajo de la línea de pobreza y enfrenta un futuro de privaciones. Tanto las necesidades de las personas mayores como sus contribuciones a la sociedad merecen un lugar mucho más alto en la agenda de las políticas públicas. Necesitamos ver una actitud mental diferente, que acoja la participación de las personas mayores en la toma de decisiones y eche una mirada fresca a las relaciones entre las generaciones.

Las personas mayores, como cualquier otro grupo de la sociedad, tienen necesidades especiales pero también habilidades especiales y una experiencia única. Los diseñadores de políticas deben reconocer tanto que las personas mayores son vulnerables como que representan un recurso valioso.

El envejecimiento a nivel mundial afecta las políticas de dos maneras. Primero, las buenas políticas pueden ser fácilmente socavadas si no toman en cuenta los radicales cambios demográficos que están teniendo lugar en la actualidad. La composición cambiante de las poblaciones genera nuevas oportunidades y retos. Una política adecuada reconoce el valioso recurso humano que representa el incremento del número de personas mayores, fortalece su rol de enriquecedoras de la calidad de nuestras sociedades y protege sus derechos a vivir decentemente hasta el final de sus vidas.

Segundo, existen poderosas razones económicas, sociales y éticas para propiciar un cambio radical en las políticas y opiniones sobre las personas mayores en sociedades que están envejeciendo. El mundo no se puede dar el

lujo de ignorar la contribución al desarrollo económico y social que realizan cientos de millones de personas mayores. Más importante aún, como un asunto de equidad y ciudadanía, las necesidades de las personas mayores deben ser abordadas dentro del contexto de los derechos humanos. Es necesario poner fin a la desatención de los derechos más fundamentales de las personas mayores – alimentación, vivienda, atención de la salud y voz.

El proceso de envejecimiento expone a las personas a crecientes riesgos de enfermedad y discapacidad. Pero en los países pobres toda una vida de exposición a problemas de salud hace que muchas personas lleguen a la tercera edad en un mal estado de salud crónico.

Las personas pueden ser ‘mayores’ a los 40 ó 50 años. Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres que, después de pasar largos años trabajando duramente, alimentándose mal y teniendo múltiples embarazos, se encuentran en el umbral de la vejez al finalizar sus años reproductivos.

Para las personas mayores en los países en desarrollo, la salud personal figura sostenidamente, junto con la seguridad material, como una preocupación prioritaria. La salud física es para muchas personas pobres su posesión individual más importante, que está intrínsecamente ligada a su capacidad para trabajar, funcionar en forma independiente y mantener un nivel de vida razonable. Las enfermedades en la tercera edad constituyen por lo tanto una amenaza omnipresente.

A pesar de su importancia para las personas mayores, la atención de salud es un servicio inaccesible para muchas de ellas. Los hospitales tienden a concentrarse en los centros urbanos, lejos de las áreas rurales donde aún vive la mayoría de las personas mayores en los países en desarrollo. Incluso

las personas mayores que viven en ciudades y centros poblados a menudo sólo pueden llegar hasta los centros de salud en transporte público, que es costoso y no está acondicionado para facilitar su acceso. Las consultas con personas mayores en varios países identificaron la lejanía de los hospitales como una barrera importante.

Los sistemas de salud enfrentan un doble desafío. El primero es retardar el desencadenamiento de las enfermedades el mayor tiempo posible, y el segundo es brindar servicios adecuados cuando y en caso de que las personas desarrollen enfermedades mortales o dolencias que les generen discapacidades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que, para el 2020, las enfermedades crónicas, junto con los trastornos y las lesiones mentales, representarán el 70 por ciento de las necesidades de atención de salud de los países en desarrollo y de industrialización reciente. Las personas mayores representan una porción significativa de estos casos. Si las enfermedades crónicas no se diagnostican y tratan a tiempo, podrían constituir una seria amenaza para la solvencia futura de los sistemas de atención de salud y protección social. Los desafíos para los países en desarrollo son particularmente severos, dada la celeridad del envejecimiento de la población y la prevalencia de condiciones de pobreza absoluta y enfermedades infecto-contagiosas.

Existe una tercera limitación aún más importante. El gasto en salud de muchos países en desarrollo representa una fracción ínfima del monto requerido para responder a dichos desafíos.

En algunos casos, las personas reciben la tercera edad como una etapa de decadencia, proyectando su natural involución física en todos los ámbitos de

su vida. Uno de los elementos es que al considerarse segregados de las actividades laborales, perciben que ya no hay nada más que hacer.

Este concepto negativo del envejecimiento es común encontrarlo en nuestra sociedad, en donde se concibe a las personas mayores como una carga, que lejos de aprovechar el potencial de experiencia, valores y tradiciones que sus adultos mayores pueden proporcionarles, los relegan y abandonan.

Olvidando que todos llegaremos a esta etapa de la vida, la sociedad niega a los adultos mayores espacios de participación, laborales, deportivos y recreativos que les permitan seguir desarrollándose como personas independientes hasta edades muy avanzadas.

Por tanto, es necesario que se entienda que la vejez es un proceso que abarca las esferas biológicas, psicológicas y sociales, las cuales tienen que verse desde diferentes puntos de vista:

- *Biológico*: es inevitable que con el paso del tiempo se produzca una disminución en las capacidades y resistencia física del organismo. Por ello al fomentar el autocuidado se logra retardar dichos fenómenos.
- *Psicológico*: la decadencia no tiene por que producirse paralelamente al envejecimiento físico, sin embargo, el individuo decae cuando deja de desarrollar actividades laborales como consecuencia de la desintegración de las relaciones sociales que permiten el ejercicio de ciertas funciones psicológicas básicas como: el autocuidado, la memoria y la solución de problemas.

- *Social*: depende de las estructuras de valores prevalecientes y del estatus alcanzado en otras etapas de la vida. Por lo general se desdeña al adulto mayor por considerarlo una persona improductiva y dependiente.

La tercera edad es una etapa a la que, en la mejor de las perspectivas todos arribaremos, por ello debemos esforzarnos desde ahora, por mejorar la calidad de vida de quienes ya están en ello y construir cada uno, una vida sana integrada a la familia. También es necesario abandonar esa idea tradicional de que los adultos mayores sólo deben dedicarse a la oración y a esperar silenciosos y resignados la muerte.

En ocasiones, el cuidado de algún adulto mayor, puede resultar pesado para la familia moderna, considerando que en estos tiempos, ambos cónyuges tienen que trabajar para lograr un mejor sustento para sus familias; resultando en muchas ocasiones una carga de gran peso y responsabilidad el hecho de cuidar a una persona con problemas de memoria o cualquier otra disminución de sus facultades tanto físicas como mentales.

“La sociedad tiene para con los adultos mayores la responsabilidad moral de brindarles mejores estilos de vida, bienestar, agradecimiento y respeto, pues lo que ahora tenemos es fruto del esfuerzo y dedicación de las pasadas generaciones.”

4.1.3. Rehabilitación. Muy pocos conceptos normativos han sobrevivido los cambios ideológicos acontecidos en los servicios sociales y de salud que se han vivido en las décadas pasadas. Uno de ellos es el de rehabilitación. Ciertamente, muchas personas argumentarían que la rehabilitación es un concepto anticuado que debió haber sido eliminado del vocabulario hace muchas décadas. Otras personas dirán que no es sólo el concepto el que está obsoleto, sino el contenido y los valores que refleja. Y aún así, la

rehabilitación ha reunido a inmensas cantidades de personas en conferencias internacionales, regionales y nacionales, y no sólo a los profesionales de la salud. Aún los usuarios de los servicios de rehabilitación y los representantes de las diversas organizaciones relacionadas con la discapacidad también aparecen en estas conferencias, aunque el entusiasmo parece reflejarse más entre los profesionales. ¿Qué hay en la rehabilitación que ejerce tal atracción entre los profesionales, aún hoy?

Una respuesta plausible es el fuerte y rápido aumento en la cantidad de personas que solicitan permisos por motivos de enfermedad, citas de rehabilitación y programas de pensión por razones de discapacidad. La exclusión de la gente del mercado laboral crea una pesada carga sobre los presupuestos de los gobiernos y una meta central en todos los países occidentales es que la fuerza laboral se debe preferir a la seguridad social. Así, hay una gran necesidad de rehabilitación para aliviar las cargas financieras gubernamentales y asegurar la futura necesidad de trabajo.

Aunque la rehabilitación con trabajo se ha convertido en el resultado deseable para estas políticas, el alcance de la rehabilitación es mucho más amplio y requiere una conceptualización y una práctica nueva y revitalizada.

La pregunta, sin embargo, es si el concepto de "rehabilitación" puede o no ser rescatado, o si es posible revitalizarlo, actualizando su contenido y sus connotaciones de manera que se puede ubicar más en línea con los requisitos y retos que esta afrontando al inicio del Siglo XXI. La otra pregunta es cómo afectará esta actualización al entusiasmo actual de los profesionales acerca de la rehabilitación. Tanto en su concepto como en su práctica, la rehabilitación es fundamentalmente moderna en su naturaleza. En relación con los individuos (no los edificios o las instituciones), la rehabilitación se ha

definido como la restauración de funciones, de habilidades o de la dignidad previa.

Como una práctica profesional, parece que la rehabilitación se fundamenta en el supuesto de que existe una relación casual entre la funcionalidad corporal (mental) o la habilidad por un lado, y la dignidad por otro. La suposición de esta causalidad, desde sus inicios ha colocado a la medicina en la posición más importante. Aún hoy, siendo un área de bajo perfil de la medicina, los practicantes de la medicina en rehabilitación de muchos países tratan de distanciarse de las prácticas semi-profesionales, a fin de cultivar una disciplina de más pureza médica, académica: una rehabilitación "basada en la evidencia".

Así, como práctica social, la rehabilitación tradicionalmente se ha relacionado con la reparación, la corrección y el arreglo del cuerpo, basándose en una clara diferenciación entre lo enfermo y lo sano, lo normal y anormal, lo funcional y lo disfuncional, lo capacitado y lo discapacitado.

La legitimación de las prácticas en la rehabilitación se basó en tales distinciones que, a su vez, eran representaciones de la realidad compartidas colectivamente, y en la percepción modernista de tratar de eliminar dichos desórdenes. La pura esencia de la modernidad, que el sociólogo británico Zygmunt Bauman define como: "La práctica del ordenamiento"⁴.

A lo largo de las pasadas dos décadas, la meta o el propósito de la rehabilitación ha cambiado gradualmente, desde el funcionamiento corporal y la corrección en sí, (de la restauración de la capacidad de las personas para el trabajo) hacia un mayor énfasis en la participación, la autodeterminación y la igualdad de oportunidades.

⁴ ZYGMUNT BAUMAN. Vidas desperdiciadas. Editorial Paidós. Año 2000

Una de la recomendación de la Conferencia Internacional "Rethinking Care" (Reelaborar el Concepto de Atención de la Salud) celebrada en Noruega en el año 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), fue que la meta principal de todos los programas de rehabilitación debe ser la igualdad de oportunidades para todas las personas en desventaja.

El problema es que, en la mayoría de los países, rehabilitación -el concepto y su práctica- tiene raíces muy profundas en el modelo médico, donde el funcionamiento corporal (y mental) se considera el fundamento de la participación y la auto-determinación. Todavía es el diagnóstico médico el criterio de elegibilidad para recibir servicios de rehabilitación, el cual también mantiene a las profesiones médicas en la parte superior de la jerarquía de la rehabilitación.

Pero lo que se debe aprender es que no es la deficiencia lo que primero y lo que principalmente limita la participación de las personas en la sociedad, sino la manera en que la sociedad está organizada. Cuando una niña o un niño van a una escuela especial, no es porque ese estudiante tiene una deficiencia intelectual, sino porque la escuela de la comunidad no les da la bienvenida a las y los niños con discapacidades intelectuales. Cuando un hombre en silla de ruedas no puede abordar un autobús, no es porque ese hombre usa una silla de ruedas, sino debido a que ese autobús no es accesible.

Frente a los retos de la Rehabilitación para el Siglo XXI, el alcance de los servicios y de las medidas que un individuo con discapacidad necesita para lograr las mismas oportunidades que las demás personas de la sociedad, diferirán de persona a persona. Y si se comienza a pensar que la meta de la rehabilitación es la igualdad de oportunidades, esa rehabilitación deberá incluir todo lo necesario para contribuir a que la gente pueda lograr esa meta.

Siendo así, la rehabilitación no puede tener un contenido definido. Más bien, los servicios y las medidas necesarias se hacen parte de la rehabilitación cuando forman parte esencial de una estrategia con propósito que contribuye con los esfuerzos que realiza la persona para lograr sus metas. Así entendida, la rehabilitación deberá ser constituida o definida otra vez y otra vez según las metas y necesidades individuales. La rehabilitación será, entonces, todo lo que se necesita para apoyar y cumplir estas metas.

Sin embargo, si la rehabilitación realmente tiene futuro, la pregunta ya no debería ser, quién representa la mejor o más significativa de las perspectivas. La pregunta debe ser ahora ¿Cómo organizar los servicios y las prácticas según la nueva interpretación? La rehabilitación debe ser una práctica que responda a las necesidades y preferencias individuales de las personas y que facilite una atención verdaderamente interdisciplinaria para las personas.

La rehabilitación es un proceso encaminado a lograr que las personas con discapacidad estén en condiciones de alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes. La rehabilitación puede abarcar medidas para proporcionar o restablecer funciones o para compensar la pérdida o la falta de una función o una limitación funcional. El proceso de rehabilitación no supone la prestación de atención médica preliminar. Abarca una amplia variedad de medidas y actividades, desde la rehabilitación más básica y general hasta las actividades de orientación específica, como por ejemplo la rehabilitación profesional.

4.1.4. Centros de Excelencia. Una forma de lograr mejor calidad y ser más eficientes en la prestación de servicios de salud, con una muy alta probabilidad de éxito, es la estrategia de los centros de excelencia. Estos se

pueden definir como un grupo de profesionales de la salud que se dedican a un rango estrecho de procedimientos o de diagnósticos, que atienden una gran cantidad de casos en un corto tiempo y que mediante el mejoramiento continuo se permiten acelerar y mantener la curva de aprendizaje en índices difícilmente alcanzables por la competencia.

La curva de aprendizaje es la razón de ser de los centros de excelencia, esta se refiere a que en aquellos procesos en los cuales hay una alta dosis de habilidades cognitivas (hacer un diagnóstico o tomar una conducta clínica) o de habilidades manuales la probabilidad de cometer errores se va reduciendo en la medida que el profesional va acumulando experiencia

Para llegar a convertirse en un centro de excelencia con un aceleramiento de la curva de aprendizaje en un diagnóstico o procedimiento muy específico requiere tres elementos fundamentales:

- *Altos volúmenes de diagnósticos o procedimientos muy específicos*, pues una institución que hace de todo un poco nunca logrará avances importantes en las múltiples curvas de aprendizaje en las que operan;
- *La cultura de mejoramiento continuo*, este componente se basa en una herramienta muy comprobada de efectividad: el ciclo PHVA (Planear, Hacer, Verificar y Actuar), el cual permite tras repeticiones indefinidas, mejorar los procesos hasta lograr índices de calidad muy competitivos; y
- *Una cultura profesional favorable*, esta se caracteriza por la disposición al trabajo en equipo, en contraste con el modelo tradicional individual.

4.1.5. Hospital día y medio día. En apoyo a la anterior estrategia, se encuentra la modalidad de atención hospital de día y medio día la cual es un

valioso apoyo para aquellas personas que viven solos, o aquellos que cuentan con familia pero que, debido a sus propias ocupaciones, los dejan solos la mayor parte del día, expuestos a riesgos físicos y emocionales que propician el deterioro de sus funciones físicas y mentales.

Los Hospitales de Día son una adquisición reciente de la psiquiatría. El primero fue establecido en la Unión Soviética para la rehabilitación de los enfermos esquizofrénicos y enfermos con trastornos neurológicos, a principios de los años 30. El primer Hospital de Día de Norteamérica fue fundado en 1946 por el Dr. D. Ewen Cameron en el Allan Memorial Institute de Montreal.

El período que siguió a la Segunda Guerra Mundial fue muy positivo para la Psiquiatría. La experiencia de guerra abrió la puerta a importantes avances en el área de la terapia ambulatoria de emergencia.

Se había hecho evidente por ejemplo, que el tratamiento dispensado unas pocas horas o días después de un acontecimiento traumático era capaz de prevenir la cronificación de esa condición que habría hecho necesario el traslado del paciente a un Hospital lejos del frente.

No hay duda, decía Cameron, que esto podría ser igualmente efectivo al enfrentamiento con desastres en la vida civil que podían involucrar a grandes grupos de personas, como choques de trenes o individuales, como la súbita pérdida de un familiar u otras situaciones personales penosas. Sin duda se vislumbraba ya en este momento lo que más tarde se llamaría intervención en crisis.

Se debe recordar que en esta misma época, la política de "Open Door" volvía al primer plano después de años de silencio ofreciendo a los pacientes

psiquiátricos, el mismo grado de libertad que se les ofrecía a los otros pacientes. Fue en esta situación que las ideas de Cameron fructificaron.

Los conceptos de Cameron de Hospital de Día consideraban como esencial que el tratamiento psiquiátrico consistía esencialmente en intercambio de personas y esto estaba muy lejos de parecerse a la sala de Medicina o al pabellón operatorio: el paciente podría ser tratado en la oficina del Dr. o donde quiera que se encontrara con otras personas, con el personal u otros pacientes, y que para esto la cama no era necesaria".

Los conceptos de Cameron contrastaban agudamente con la idea del Hospital General, indicando enfáticamente que el Hospital de Día no era:

- Un lugar donde el paciente duerme
- Un lugar donde el paciente permanece hasta que se ha recuperado o el médico lo ha recuperado lo más posible y
- Un lugar donde sólo el paciente es tratado.

Es difícil imaginar la extraordinaria novedad de un Hospital donde la cama no juega ningún rol. En la mayoría de las ideas de Cameron el principio Meyeriano que conceptualiza al individuo como un ser incompleto que necesita de las relaciones con otros para llegar a su total expresión.

Además ayudando con soluciones realistas a los problemas del diario vivir, ayudaban con esto a la socialización y al progreso. Todo esto sobre una base ambulatoria que garantizaría el progreso a futuro de los Hospitales de Día.

Paralelamente al trabajo de Cameron, Joshua Bierer en Londres iniciaba un

movimiento de Hospitales Diurnos. En este nuevo Hospital se ponía el acento en estimular a los pacientes a producir por sí mismos los cambios necesarios para su rehabilitación.

Es interesante notar que Bierer con una visión más avanzada llamó a su Hospital de Día, Centro de Psicoterapia Social, indicando con esto que sus tratamientos estaban dirigidos no sólo a lo somático sino también a la persona y a su mundo circundante.

En EE.UU., Robert Menninger abrió su Hospital Diurno en Topica, en 1949. El desarrollo posterior de los Hospitales de Día fue muy rápido a través de Europa y EE.UU. Sólo en EE.UU. en 1963 existían 114 Hospitales de Día; el año 1973 existían 1.290 Hospitales de Día y desde esa fecha este número ha progresado hasta cuadruplicarse.

Tal vez se podría complementar lo que dice Harris en 1957 "los hospitales diurnos son lugares en que los enfermos ocupan gran parte de su tiempo útil bajo un régimen terapéutico desde el cual vuelven a sus hogares o viviendas por la noche". Pitt y Markowe consideran como lo fundamental del Hospital de Día lo siguiente:

- Tratan a los enfermos que de otra forma habrían necesitado hospitalización,
- Facilitan la transición desde los hospitales a la comunidad y
- Garantizan tratamientos que por su complejidad no podrían llevarse a cabo en el Consultorio Externo o en los hogares de los pacientes.

Un hospital de día y medio día es de gran importancia para las personas adultas y adultas mayores que no han pensado qué hacer con su vida futura, ya que en ella se imparten a través de conferencias y talleres, nociones de autocuidado, nutrición, ejercicio; se reflexiona en torno a cómo mejorar la calidad de vida y la convivencia familiar y se orienta para que cada persona se interese más por su salud que por su enfermedad, y a llevar un control de los padecimientos crónicos.

El criterio que prevalece es que los adultos mayores aprovechen su tiempo libre, que cultiven y desarrollen sus aficiones personales para mantenerse interesados en el mundo que los rodea y así ampliar sus vínculos con la vida contemporánea a través de actividades que estimulan sus capacidades y habilidades.

Estas instituciones son muy útiles a las personas que no pueden quedarse en casa diariamente con su familiar de edad avanzada, y cada programa es distinto, el personal de servicio atiende a los adultos mayores hasta cinco días a la semana, varias horas al día o en casos específicos por un fin de semana.

Los objetivos de un centro diurno, cuando un adulto o adulto mayor produce algún deterioro de sus capacidades y empieza a perder parte de su propia independencia o parte de su autonomía, son:

- Esforzarse al máximo para atender a los participantes, con las máximas garantías de respeto, dignidad, comodidad y bienestar mientras están en el centro.
- Informar, haciendo partícipes a todos los involucrados, que el llegar a la vejez o padecer alguna enfermedad crónica, no tiene por qué significar que hay que carecer de esperanzas o de aspiraciones.

- Desarrollar una alternativa diferente a la hospitalización de tiempo completo.
- Evitar en lo posible la separación del sujeto que sufre de una enfermedad, de su sistema social natural (familia, vecinos, clubes, colegio, Iglesia, etc.).
- Integrar a los estamentos comunitarios a la comprensión y funciones que se esperan de ellos en el tratamiento y rehabilitación cada paciente.
- Ofrecer al adulto y al adulto mayor un estatus social transitorio, que se aleje lo mas posible del rol de enfermo”, que incluye un medio natural y además ofrece posibilidades de protección transitoria mientras se recuperan parcial o totalmente los roles sociales normales.
- Ofrecer al adulto, al adulto mayor y su familia un servicio que favorezca la "normalización", con características que coincidan con el ritmo de la vida normal, para que un alejamiento total o parcial de las actividades normales no aparezca muy distinto a la vida cotidiana.
- Entrenar al paciente en como llevar roles sociales normales. Es decir que mantenga un perfil personal, con capacidad de decidir, determinar y elegir su propio camino y finalmente se perciba como un individuo con un destino personal.

Así mismo, cumple con una serie de características que lo diferencia de otros sistemas de atención ambulatoria, entre las que están:

- Funciona en horarios matutinos y vespertinos y suspende totalmente sus actividades en horario nocturno.

- A diferencia de otras modalidades asistenciales, trabaja contra reloj. La consigna es no perder tiempo y hacer en un día todo lo que el paciente necesite y tolere.
- Brinda prestaciones de carácter diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación, así como de promoción y protección de la salud.
- Se trata de un servicio con atención programada para pacientes cuyo egreso puede realizarse dentro del horario de funcionamiento establecido.
- Está destinado a pacientes que requieren permanecer tiempo prolongado en la institución para la realización de estudios, consultas o tratamientos, y que no demanden cuidados médicos y de enfermería continuados.
- La gravedad del diagnóstico y del pronóstico no constituyen contraindicaciones para el uso de la modalidad.
- Es un ámbito que, al concentrar la atención, favorece la actividad interdisciplinaria.
- Es un lugar propicio para la realización de trabajos con grupos de enfermos o familiares, con el objeto de brindar conocimientos sobre la patología y su manejo, así como de promover la incorporación de hábitos de protección de la salud.
- La labor consiste en proveer al adulto y al adulto mayor de un medio ambiente similar al familiar ofreciendo y comprometiéndose a brindarles un

servicio de calidad, de respeto, y de motivación, cuidando los pequeños detalles con empatía.

4.2. MARCO CONTEXTUAL: ESTADO ACTUAL DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER

El estado de salud – enfermedad de una población es la resultante de la interacción multicausal de factores biológicos, ambientales y sociales. En esta última categoría cobra gran importancia los estilos de vida y la disponibilidad de servicios de salud.

Es de gran importancia tener el patrón de comportamiento de las variables e indicadores asociados al estado de salud del departamento en general, para dar paso a determinar y analizar específicamente cómo se comportan en su morbimortalidad y factores de riesgo la población de adultos y adultos mayores.

El conocimiento de los factores que intervienen en las principales patologías que afectan a los adultos y adultos mayores, permitirá no sólo atender dichas enfermedades, sino disminuir su incidencia, complicaciones, secuelas y muertes ya que el individuo es visto desde su integralidad desde el punto de vista bio–psico-social y acorde al modelo de atención que se pretende desarrollar, se apunta a un modelo preventivo y curativo, impactando en los factores que son susceptibles de modificar para incrementar un entorno protector que favorezca el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

4.2.1. Situación de Salud en Santander – Indicadores Básicos 2005. Un indicador es una expresión estadística con la cual se pueden describir y analizar manifestaciones de uno o más fenómenos (de su naturaleza, estado

y evolución) y estudiar relaciones entre variables. Los indicadores deben tener la posibilidad de ser verificables, pertinentes al contexto que se desea abordar, sensibles para aproximarse de forma cercana a la realidad, específicos a la realidad considerada y oportunos en el tiempo.

Los indicadores se constituyen en una fuente de información que, integrada a los procesos organizacionales de toma de decisiones, pueden contribuir a mejorar el desempeño de las organizaciones y, en términos más generales, del sistema nacional de ciencia, tecnología e innovación, al contribuir a la eficacia de los actores del mismo y a la mejor asignación y distribución de los recursos humanos, materiales y financieros. Para que su contribución sea la mejor, los indicadores deben estar contruidos en el marco de una aproximación conceptual y metodológica adecuada a la realidad social y económica que se desea describir, explicar e interpretar.

En este capítulo se presentan algunos de los indicadores básicos de salud propuestos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el departamento de Santander año 2005.

4.2.3. Indicadores Demográficos Departamento de Santander

Cuadro 1. Estructura Poblacional

Estimaciones para el 2005	SANTANDER		COLOMBIA	
	No.	%	No.	%
Población Total	2.086.649	100,0	46.045.109	100,0
Población Urbana	1.494.514	71,6	33.375.462	72,5
Población Rural	592.135	28,4	12.669.647	27,5
Población Femenina	1.059.230	50,8	23.365.389	50,7
Población Masculina	1.027.419	49,2	22.679.720	49,3
Población menor de 15 años	720.69	34,5	15.906.018	34,5
Población de 60 y más años	161.391	7,7	3.174.196	6,9
Tasa de Crecimiento anual de la población	1,11%		1,66%	

Fuente: Autores

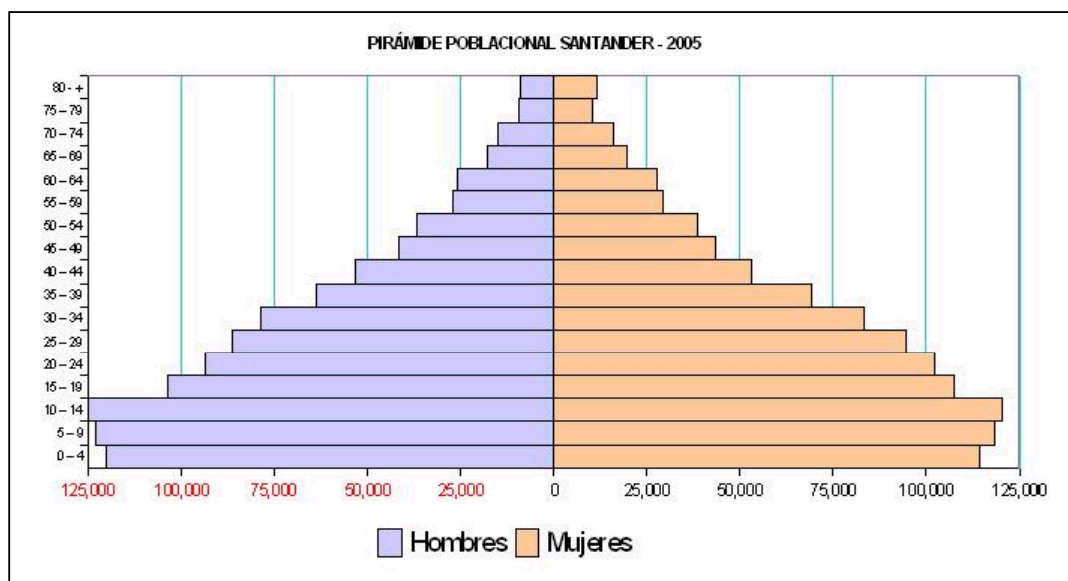
Cuadro 2. Dinámica Poblacional

DINÁMICA DE LA POBLACIÓN (2)		SANTANDER	COLOMBIA
Media Anual de Defunciones (**)		9.413	197.427
Tasa bruta de mortalidad por 1000 habitantes		4,8	5,5
Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vi		25,0	26,4
Esperanza de vida al nace	Total	71,8	71,9
	Hombres	68,5	68,9
	Mujeres	75,3	75,1
Desplazados por la violen 2004 (3)	Hogares recibidos	14.793	351.683
	Personas recibidas	66.4	1.580.396
	Hogares expulsado	9.209	351.683
	Personas expulsad	41.242	1.580.396

Fuente: Autores

4.2.3. Indicadores Socio-económicos Departamento Santander

Figura 1. Pirámide Poblacional por Grupos Etáreos



Cuadro 3. Nivel de Ingresos

NIVEL DE INGRESOS 2004	
Producto Departamental Bruto (en millones de pesos y per capita en pesos) (1)	12.358,9
Proporción ingresos propios / ingresos totales departamentales 2004 (6)	39,7%
Proporción de población con Necesidades Básica Insatisfechas (NBI) (1)	31,2%
Dependencia de Transferencias de la Nación en Salud 2004 [Transferencias Totales en Salud / (Total Ingresos Recaudados Dpto (6)	28,70%
Fuerza de trabajo en el 2004 (Población Económicamente Activa) (7)	1.004.000
Proporción de población desempleada de la fuerza de trabajo en el 2004 (7)	14,4%
Población subempleada de la fuerza de trabajo en el 2004 (7)	34,9%
Inflación Area metropolitana de Bucaramanga año 2004 (1)	6,6%
Nuevas Empresas Constituidas (Grandes, Medianas, Pequeñas, Micro) (7)	1.527
Índice de Desarrollo Humano 2001(8)	0,78

Fuente: Autores

4.2.4. Indicadores de Morbilidad de Santander

Indicadores de morbilidad en población desplazada de B/manga y zona metropolitana. (Número de casos y tasas de incidencia x 100.000 habitantes)

Cuadro 4. Cinco primeras causas de morbilidad diagnosticada menores de 12 años

CAUSA	No. Casos	%
Asma	20	4,3
Neumonía	13	2,8
Infección vías urinarias	9	1,9
Hernias	7	1,5
Anemia	6	1,2

Fuente: Autores

Cuadro 5. Cinco primeras causas de morbilidad diagnosticada en personas de 12 y más años

CAUSA	No. Casos	%
Enfermedad cardiovascular ***	47	6,8
Diabetes tipo 2	15	2,2
Enfermedad ácido péptica	15	2,2
Asma	15	2,2
Anemia	7	1,0

Fuente: Autores

4.2.5. Indicadores de Mortalidad de Santander

Primeras causas de mortalidad en hombres Santander. (Tasa por 100.000 habitantes)

Cuadro 6. Primeras causas de mortalidad en personas menores de 1 año

MENORES DE 1 AÑO	Muertes	%	Tasa
Feto y recién nacido afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	152	29,6	700,4
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	91	17,7	419,3
Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas	44	12,3	290,3
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	63	6,04	142,9
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	31	2,92	69,1
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	493	5,3	2.363,9

Fuente: Autores

Cuadro 7. Primeras causas de mortalidad en personas de 1 a 4 años

DE 1 A 4 AÑOS	Muertes	%	Tasa
Ahogamiento y sumersión accidentales	5	19,2	5,2
Otros accidentes, inclusive secuelas	2	7,7	2,1
Enfermedades infecciosas intestinales	2	7,7	2,1
Resto de enfermedades del sistema digestivo	1	3,8	1,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cr	1	3,8	1,0
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de d	26	0,3	27,2

Fuente: Autores

Cuadro 8. Primeras causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años

DE 5 A 14 AÑOS	Muertes	%	Tasa
Accidentes de transporte, inclusive secuelas	14	19,2	5,8
Ahogamiento y sumersion accidentales	10	13,7	4,1
Otros accidentes, inclusive secuelas	7	9,6	2,9
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	7	9,6	2,9
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	4	5,5	1,7
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	73	0,8	30,2

Fuente: Autores

Cuadro 9. Primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años

DE 15 A 44	Muertes	%	Tasa
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	494	44,3	105,6
Accidentes de transporte, inclusive secuelas	127	11,4	27,1
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	58	5,2	12,4
Enfermedad por el VIH/SIDA	51	4,6	10,9
Otros accidentes, inclusive secuelas	36	3,2	7,7
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	1.116	11,6	238,5

Fuente: Autores

Cuadro 10. Primeras causas de mortalidad en personas de 45 a 64 años

DE 45 A 64 AÑOS	Muertes	%	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	150	13,8	117,1
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	95	8,7	74,2
Ciertas enfermedades crónicas del hígado y cirrosis	93	8,6	72,6
Enfermedades cerebrovasculares	75	6,9	58,6
Diabetes mellitus en todas sus formas	65	6,0	50,8
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	1.086	11,3	848,0

Fuente: Autores

Cuadro 11. Primeras causas de mortalidad en personas de 65 y más años.

DE 65 AÑOS Y MAS	Muertes	%	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	518	18,8	1.054,4
Enfermedades cerebrovasculares	281	10,2	572,0
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	173	6,3	352,2
Enfermedades hipertensivas	156	5,6	317,6
Insuficiencia cardiaca	150	5,4	305,3
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	2.762	28,7	5.622,3
Registros con sexo masculino sin dato de edad	20		
TOTAL MUERTES	5.576	58,0	555

Fuente: DANE. Cálculos basados en Estadísticas Vitales 2003 preliminar. Se excluyen 76 registros que no tienen dato de edad, sexo o causa

Primeras causas de mortalidad en mujeres, Santander 2003. (Tasa por 100.000 habitantes)

Cuadro 12. Primeras causas de mortalidad en personas menores de 1 año

MENORES DE 1 AÑO	Muertes	%	Tasa
Feto y RN afectados por complicaciones obstétricas y traumatismos del nacimiento	131	37,8	631,5
Trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal	52	14,9	250,7
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	42	12,1	202,5
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	32	10,6	178,4
Feto y recién nacido afectados por ciertas afecciones maternas	14	4,0	67,5
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	347	3,6	1.672,8

Fuente: Autores

Cuadro 13. Primeras causas de mortalidad en personas de 1a 4 años

DE 1 A 4 AÑOS	Muertes	%	Tasa
Enf. cardipulmonar, de la circulación pulmonar y otras formas de enf. del corazón	4	12,1	4,4
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	4	12,1	4,4
Otros accidentes, inclusive secuelas	2	6,1	2,2
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	2	6,1	2,2
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	1	3,0	1,1
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	33	0,3	36,2

Fuente: Autores

Cuadro 14. Primeras causas de mortalidad en personas de 5 a 14 años

DE 5 A 14 AÑOS	Muertes	%	Tasa
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	7	13,2	3,0
Enfermedades del sistema nervioso, excepto meningitis	6	11,3	2,6
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos Hematopoyéticos y de tejidos afines	5	9,4	2,1
Enf cardiopulmonar, de la circulación pulmonar y otras Formas de enfermedades del corazón	3	5,7	1,3
Enfermedades cerebrovasculares	2	3,8	0,9
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	53	0,6	22,7

Fuente: Autores

Cuadro 15. Primeras causas de mortalidad en personas de 15 a 44 años

DE 15 A 44	Muertes	%	Tasa
Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	39	10,7	7,8
Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	33	9,1	6,6
Lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios), inclusive secuelas	25	6,9	5,0
Tumor maligno del útero	18	4,9	3,6
Tumor maligno del tejido linfático, de los órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	17	4,7	3,4
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	364	3,8	73,1

Fuente: Autores

Cuadro 16. Primeras causas de mortalidad en personas de 45 a 64 años

DE 45 A 64 AÑOS	Muertes	%	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	76	10,9	56,0
Enfermedades cerebrovasculares	68	9,8	50,1
Diabetes mellitus	59	8,5	43,5
Tumor maligno del útero	52	7,5	38,3
Tumor maligno de la mama	47	6,7	34,6
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	697	7,2	513,8

Fuente: Autores

Cuadro 17. Primeras causas de mortalidad en personas de 45 a 64 años

DE 65 AÑOS Y MAS	Muertes	%	Tasa
Enfermedades isquémicas del corazón	519	20,4	921,9
Enfermedades cerebrovasculares	311	12,2	552,4
Diabetes mellitus	211	8,3	374,8
Enfermedades hipertensivas	176	6,9	312,6
Insuficiencia cardiaca	125	4,9	222,0
Total defunciones grupo de edad (porcentaje del total de defunciones)	2.546	26,5	4.522,3
TOTAL MUERTES	4040	42,0	390,3

Fuente: Autores

4.2.6. Situación de Salud de enfermedad cardiorrespiratoria en Santander

Reporte RIPS atención en consulta ambulatoria por eventos cardio-pulmonares teniendo en cuenta la edad. Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. Datos año 2004

Cuadro 18. Consultas por patología cardio-respiratoria

CONSULTAS					
CARDIOVASCULARES ETÁREO	CASOS	%	RESPIRATORIAS GRUPO ETÁREO	CASOS	%
Menores de 1 año	5.541	2.81%	Menores de 1 año	2.918	7.19%
1 a 4 años	1.073	0.54%	1 a 4 años	4.605	11.35%
5 a 14 años	3.330	1.69%	5 a 14 años	7.454	18.38%
15 a 39 años	13.916	7.06%	15 a 39 años	5.780	14.25%
40 a 44 años	9.352	4.75%	40 a 44 años	1.320	3.25%
45 a 49 años	14.166	7.19%	45 a 49 años	1.555	3.83%
50 a 54 años	18.216	9.24%	50 a 54 años	1.685	4.15%
55 a 59 años	20.654	10.48%	55 a 59 años	1.973	4.86%
60 a 64 años	22.339	11.34%	60 a 64 años	2.001	4.93%
65 a 69 años	20.551	10.43%	65 a 69 años	2.436	6.01%
70 a 74 años	18.601	9.44%	70 a 74 años	2.280	5.62%
Mayores de 75 años	26.009	13.20%	Mayores de 75 años	3.725	9.18%
Sin Dato	23.324	11.84%	Sin Dato	2.825	6.97%
TOTAL	197.072	100.00%	TOTAL	40.557	100.00%

Fuente: Autores

Reporte de RIPS de atención en urgencias por eventos cardio pulmonares teniendo en cuenta la edad. Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. Datos año 2004.

Cuadro 19. Urgencias por patología cardio-respiratoria

URGENCIAS					
CARDIOVASCULARE ETÁREO	CASOS	%	RESPIRATORIAS GRUPO ETÁREO	CASOS	%
Menores de 1 año	76	2.43%	Menores de 1 año	120	5.47%
1 a 4 años	19	0.61%	1 a 4 años	342	15.59%
5 a 14 años	36	1.15%	5 a 14 años	421	19.19%
15 a 39 años	353	11.29%	15 a 39 años	503	22.93%
40 a 44 años	187	5.98%	40 a 44 años	121	5.52%
45 a 49 años	250	7.99%	45 a 49 años	74	3.37%
50 a 54 años	290	9.27%	50 a 54 años	70	3.19%
55 a 59 años	269	8.60%	55 a 59 años	62	2.83%
60 a 64 años	297	9.49%	60 a 64 años	69	3.14%
65 a 69 años	289	9.24%	65 a 69 años	65	2.96%
70 a 74 años	322	10.29%	70 a 74 años	101	4.60%
Mayores de 75 años	589	18.83%	Mayores de 75 años	194	8.84%
Sin Dato	151	4.83%	Sin Dato	52	2.37%
TOTAL	3.128	100.00%	TOTAL	2.194	100.00%

Fuente: Autores

Los cuadros 18 y 19 describen cómo en la consulta ambulatoria y de urgencias, se evidencia que para el caso de los eventos cardiovasculares exceptuando los menores de 1 año, la frecuencia de estos eventos aumenta paulatinamente con la edad, contrario a lo que se observa en los cuadros respiratorios crónicos en donde las edades jóvenes presentan las mayores frecuencias.

Reporte de RIPS de atención en hospitalización por eventos cardio-pulmonares teniendo en cuenta la edad. Fuente: Observatorio de Salud Pública de Santander. Datos año 2004.

Cuadro 20. Hospitalización por patología cardio-respiratoria

HOSPITALIZACIÓN					
CARDIOVASCULARE ETÁREO	CASOS	%	RESPIRATO ETÁREO	CASOS	%
Menores de 1 año	187	3.31%	Menores de 1	155	10.45%
1 a 4 años	73	1.29%	1 a 4 años	191	12.88%
5 a 14 años	52	0.92%	5 a 14 años	184	12.41%
15 a 39 años	384	6.80%	15 a 39 años	113	7.62%
40 a 44 años	154	2.73%	40 a 44 años	26	1.75%
45 a 49 años	267	4.73%	45 a 49 años	32	2.16%
50 a 54 años	385	6.82%	50 a 54 años	35	2.36%
55 a 59 años	491	8.70%	55 a 59 años	70	4.72%
60 a 64 años	561	9.94%	60 a 64 años	73	4.92%
65 a 69 años	619	10.96%	65 a 69 años	105	7.08%
70 a 74 años	737	13.05%	70 a 74 años	141	9.51%
Mayores de 75 años	1.530	27.10%	Mayores de 7	318	21.44%
Sin Dato	206	3.65%	Sin Dato	40	2.70%
TOTAL	5.646	100.00%	TOTAL	1.483	100.00%

Fuente: Autores

El comportamiento epidemiológico de los eventos cardiovasculares según edad describe una figura en forma de JOTA, con cifras importantes en los menores de un año y a partir de los 50 años. Para el caso de las enfermedades respiratorias crónicas, el comportamiento de los egresos hospitalarios según la edad describe una "U" concentrándose las frecuencias en los extremos de la vida.

4.2.7. Indicadores sobre Discapacidad en el departamento de Santander.

El Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE -, como entidad que tiene bajo su responsabilidad la regulación de la información

estadística, desarrolla una estrategia dirigida a entregar al país información precisa, actualizada y permanente sobre discapacidad.

Se presenta a continuación e información obtenida de la población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en el departamento de Santander⁵.

Cuadro 21. Población Discapacitada en Santander por grupos de edad, según dificultades para el desarrollo de actividades cotidianas.

Dificultades para:	Total	0 a 4 ε	5 a 9 ε	10 a 1.	15 a 4	45 a 5	60 añc	Sin Dato
Caminar, correr, saltar	2772	65	98	114	722	569	1203	1
Pensar, memorizar	1893	55	131	146	636	271	653	1
LLevar, mover, utilizar objetos con las manos	1610	33	48	55	393	334	746	1
Desplazarse en trechos cortos por prob. resp. o del corazón	1692	57	66	61	361	388	758	1
Cambiar y mantener las posiciones del cuerpo	1493	33	51	55	384	292	677	1
Hablar y comunicarse	1056	50	129	117	457	108	194	1
Oír, aún con aparatos especiales	858	10	55	45	220	121	406	1
Percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar lentes o gafas	526	9	19	27	99	103	269	-
alimentarse, asearse y vestirse por sí mismo	696	70	68	61	166	63	267	1
Masticar, tragar, asimilar y transformar los alimentos	603	9	25	21	168	144	235	1
Distinguir sabores u olores	498	7	22	13	112	130	213	1
Retener o expulsar la orina, tener relaciones sexuales, tener hijos	366	7	13	5	102	75	163	1
Mantener piel, uñas y cabellos sanos	260	8	13	9	59	45	125	1
Relacionarse con las demás personas	6	-	-	-	4	1	1	-
Otra	682	30	37	36	218	121	239	1
Total	15011	443	775	765	4101	2765	6149	13

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

⁵ <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/discapacidad/Dptos/SANTANDER.xls>

Cuadro 22. Población Discapacitada en Santander por Sexo, según estructuras o funciones corporales que presentan alteraciones.

Estructuras o funciones corporales	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	2792	1270	1522
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	1704	683	1021
La voz y el habla	1054	578	476
El sistema nervioso	875	411	464
Los ojos	582	289	293
Los oídos	898	498	400
La digestión, el metabolismo, las hormonas	629	243	386
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	498	194	304
El sistema genital y reproductivo	357	159	198
La piel	265	83	182
Otra	280	130	150
Total	9934	4538	5396

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

Cuadro 23. Población Discapacitada en Santander por Grupos de edad, según principal estructura o función corporal afectada.

Principal estructura o función corporal afectada	Total	De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1158	20	72	343	248	475
El sistema nervioso	829	26	124	360	131	188
El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	766	40	65	154	185	322
Los ojos	501	9	45	96	96	255
Los oídos	268	6	51	103	27	80
La voz y el habla	167	11	50	87	6	13
La digestión, el metabolismo, las hormonas	86	1	1	25	21	38
El sistema genital y reproductivo	49	2	1	16	9	21
Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto, gusto)	31	2	3	4	11	11
La piel	28	1	1	5	6	15
Otra	14	2	.	5	4	3
Total	3897	120	413	1198	744	1421

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

Cuadro 24. Población Discapacitada en Santander por Grupos de edad y sexo, según causa a la cual se atribuye la recuperación.

Causa a la cual se atribuye la recuperación	Total			De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
	Total	Hombres	Mujeres					
No se está recuperando	2965	1397	1568	76	271	901	569	1147
A la ayuda de Dios	319	139	180	14	50	103	56	96
A los servicios de salud	263	109	154	16	40	57	60	90
Al apoyo de la familia	140	77	63	7	31	54	18	30
A su empeño por salir	120	69	51	1	11	53	24	31
A la medicina alternativa	27	14	13	3	2	7	4	11
Otro	8	7	1	.	2	3	1	2
Sin información	55	25	30	3	6	20	12	14
Total	3897	1837	2060	120	413	1198	744	1421

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

Cuadro 25. Población Discapacitada en Santander Grupos de edad y sexo, según tipo de rehabilitación ordenada.

Tipo de rehabilitación ordenada	Total			De 0 a 4 años	De 5 a 14 años	De 15 a 44 años	De 45 a 59 años	De 60 años y más
	Total	Hombres	Mujeres					
Medicina física y de rehabilitación	131	54	77	8	21	29	25	48
Psiquiatría	51	21	30	1	9	25	11	5
Fisioterapia	103	53	50	9	30	20	8	36
Fonoaudiología	83	54	29	4	47	27	.	5
Terapia ocupacional	103	52	51	6	34	35	12	16
Optometría	34	22	12	1	6	7	3	17
Psicología	65	34	31	3	18	30	7	7
Trabajo social	43	23	20	1	11	17	5	9
Medicamentos	97	44	53	.	1	6	16	74
Otro tipo	102	38	64	2	7	33	22	38
Ninguno	3386	1606	1780	102	330	1064	668	1221
Total	4198	2001	2197	137	514	1293	777	1476

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

5. MARCO JURÍDICO

5.1. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

Actualmente se encuentra en proceso de elaboración una Convención amplia e integral para promover el respeto y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad ante las Naciones Unidas en la ciudad de Nueva York. Luego de seis reuniones de los países miembros de esta Organización internacional, se cuenta con un texto borrador único, que recoge las diferentes posiciones de los países miembros. A partir de este documento conformado por un preámbulo y 26 artículos, todos los países se encuentran negociando y unificando sus posiciones para avanzar hacia la validación de un instrumento internacional que defina las obligaciones básicas de los Estados para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos humanos por parte de las personas con discapacidad.

Este proceso de movilización internacional surge tras la aprobación del Programa de Acción Mundial en 1982, por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas. El estudio y las acciones relativas a los derechos de las personas con discapacidad, han cobrado un creciente interés en la agenda internacional. En dicho Programa, la ONU centró sus objetivos en la búsqueda de la participación plena y la igualdad de las personas con discapacidad.

A diferencia de enfoques previos que consideraban a las personas con discapacidad como personas “vulnerables” y la discapacidad como un problema del que tenían que ocuparse los servicios de atención médica, rehabilitación y bienestar social, el Programa sienta las bases de una perspectiva de la discapacidad en el contexto del desarrollo, que considera a

dichas personas como agentes y beneficiarios del desarrollo de las sociedades en donde viven. En ese marco, se privilegian las acciones relacionadas con la promoción de la accesibilidad, el entorno físico, el entorno de la información y las comunicaciones y las estructuras institucionales, a fin de fomentar la equiparación de oportunidades para todos, entendida como el mejoramiento de la accesibilidad al sistema general de la sociedad, en especial, mediante la promoción de la participación plena de las personas con discapacidad en los procesos de toma de decisiones.

En ese marco, y tras la Tercera Conferencia Mundial contra el Racismo, que enfatizó en la necesidad de adoptar medidas a favor de este importante sector, la Organización de las Naciones Unidas, ONU, decidió establecer un Comité Especial para formular una Convención amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, mediante las resoluciones 56/ 168 promovida por el Gobierno de México, que contó con el apoyo de Colombia, entre otros países, y la resolución 2003/49 sobre "Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad" que contó con el copatrocinio de 55 delegaciones y que fue adoptada el 23 de abril del 2003.

5.2. MARCO JURÍDICO NACIONAL

En Colombia, con anterioridad a la Constitución Política de 1991, se habían dado algunas disposiciones con respecto a la discapacidad⁶; sin embargo a partir de la expedición de la Carta Magna, se ha venido consolidando un marco jurídico que determina los derechos de la población con discapacidad, y al mismo tiempo las obligaciones del Estado y la sociedad para con ellos.

⁶ Decreto 2358 de 1981; Ley 50 de 1988 y el Decreto 2177, y la Ley 82 de 1989.

En la Constitución Política de 1991, se encuentran una serie de artículos que hacen mención expresa a la protección, atención, apoyo e integración social de las personas con discapacidad como los siguientes:

Artículo 13: "...El Estado protegerá especialmente a las personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan".

Artículo 47: "El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran".

Artículo 54: "El Estado debe...garantizar a los minusválidos el derecho a un trabajo acorde con sus condiciones de salud".

Artículo 68: "...La erradicación del analfabetismo y la educación de personas con limitaciones físicas o mentales,...son obligaciones especiales del Estado".

La Carta Magna define una serie de derechos fundamentales, sociales, económicos y culturales, además de los ya mencionados, los cuales son de carácter universal y por tanto cubren a quienes presenten algún tipo de limitación o discapacidad. El Artículo 25 hace mención al trabajo como derecho y obligación social, que se debe dar bajo condiciones dignas y justas; los Artículos 48 y 49, en los cuales se prescribe que la seguridad social es un servicio público, obligatorio y a la vez un derecho irrenunciable de todos los habitantes, además "Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud..."; el Artículo 52, fija el derecho de todas las personas a la recreación y

al deporte; el Artículo 67, determina que la educación es un derecho de la persona; y el Artículo 70 se relaciona con el acceso de todos a la cultura.

En desarrollo del Mandato Constitucional, se crea la Ley 361 de 1997 “Por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones”.

Esta Ley, que se ha reconocido como un importante avance en cuanto a la definición de un marco para el manejo de la discapacidad, puntualiza diversos aspectos en relación con los derechos fundamentales de las personas con limitación y establece obligaciones y responsabilidades del Estado en sus diferentes niveles para que las personas que se encuentren en esta situación, puedan alcanzar “...su completa realización personal y su total integración social...”; es así como se ocupa de asuntos como la prevención, la educación, la rehabilitación, la integración laboral, el bienestar social, la accesibilidad; además a través de esta norma, se constituye el “Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación” en calidad de “...asesor institucional para el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la integración social del limitado...”, y se prevé la conformación de Grupos de Enlace Sectorial (Art.6º). En su Artículo 6º, se establece la conformación, se define las funciones y se señala el funcionamiento del Comité Consultivo Nacional de las Personas con Limitación, fija las funciones del Secretario Técnico, define la coordinación del Comité Consultivo Nacional en la Consejería Presidencial para la Política Social y reglamenta la conformación y funciones de los Grupos de Enlace Sectorial.

Igualmente, la Ley 762 de julio 31 de 2002, mediante la cual se aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, consagra de manera

específica la prohibición de cualquier forma de discriminación o exclusión de las personas con discapacidad.

A nivel sectorial, se han aplicado otras normas, que en su conjunto son de carácter universal y por tanto cobijan a toda la población. Pero, también en esta jurisdicción se encuentran una serie de preceptos normativos específicos para el caso de la discapacidad tales como salud, empleo y protección social, accesibilidad, educación, deporte, comunicaciones, cultura, infancia, competencias territoriales⁷. Para efectos del presente trabajo se mencionarán las relacionadas con Salud y Protección Social.

En salud, empleo y protección social. Mediante el Decreto 205 de 2003 se fusionan los Ministerios de Salud y de Trabajo en el Ministerio de Protección Social, a quien se le atribuye la competencia, específica de “Proponer y promover la ejecución de políticas de readaptación profesional y generación de empleo para personas con discapacidad, en coordinación con las demás Direcciones Generales del Ministerio,⁸ es decir con las Direcciones de Salud Pública, de Riesgos profesionales, de Empleo, entre otras.

En materia de salud, la Ley 100 de 1993 crea el “Sistema de Seguridad Social Integral”, “...cuyo objeto 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” (Art.1). Contempla disposiciones específicas en relación con la invalidez y la discapacidad, en lo concerniente al “Sistema General de Pensiones” (Arts. 38 y 39), “Sistema General de Seguridad Social en Salud” y “Sistema General de Riesgos Profesionales” (Arts. 249 a 253 y 257). En el

⁷ www.discapacidad.gov.co/p_publica/PLAN%20NACIONAL2005.doc

⁸ Artículo 28. Funciones de la Dirección de Promoción Social.

caso del Sistema de Salud, se prevé que toda la población será cubierta en lo relacionado con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención y recuperación; además señala que las personas con discapacidad sin capacidad de pago serán beneficiarios del Régimen Subsidiado (Art.157), y que en el caso del Régimen Contributivo la cobertura familiar incluye a las personas con discapacidad permanentes con mayoría de edad (Art.163).

Dentro de este marco se han desarrollado otras normas para el sector salud, los Decretos: el 2226 de 1996 y 1152 de 1999 que asignan al Ministerio de Salud la función relacionada con la dirección, orientación, vigilancia y ejecución de los planes y programas que en el campo de la salud, se relacionen con la tercera edad, indigentes, minusválidos y discapacitados. Las Resoluciones: 5261 de 1994 que adopta el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema de Seguridad Social en Salud, en el que se incluyen las actividades y procedimientos de rehabilitación; la resolución 4288 de 1996 define el Plan de Atención Básica que contiene acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para toda la población, la 3165 de 1996, adopta los lineamientos de atención en salud para las personas con deficiencias, discapacidades y minusvalías; la 3374 de 2000 que reglamenta el sistema de información del Ministerio de Salud; 238 de 1999 “Por la cual se establecen las normas técnicas, científicas y administrativas que contienen los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud...” quedando incluidos los servicios relacionados con psiquiatría, medicina física y rehabilitación, terapia ocupacional, física y del lenguaje, etc.; la 1896 de 2001 adopta la Clasificación Única de Procedimientos en Salud, incluyendo los procedimientos relacionados con el desempeño funcional y la rehabilitación; la resolución 412 de 2000 y la 3384 de 2000, establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y

obligatorio cumplimiento, adoptan las normas técnicas y guías de atención para eventos de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública.

El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud ha expedido los Acuerdos: 72 de 1997 “Por medio del cual se define el Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado”; 74 de 1997, que adiciona al Plan de Beneficios del Régimen Subsidiado la atención necesaria para la Rehabilitación Funcional de las personas con deficiencia, discapacidad o minusvalía; 77 de 1997, que define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado, incluyendo como prioritizables para la afiliación a la población con limitaciones físicas, síquicas o sensoriales; el 117 de 1998 “Por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública”.

En relación con el financiamiento en el sector salud, se expidió la Ley 643 de 2001 “Por la cual se fija el régimen propio del monopolio rentístico de juegos de suerte y azar” en su Artículo 42 prevé dentro de la destinación de las rentas del monopolio al sector salud, que el 4% debe destinarse a la vinculación al Régimen Subsidiado de los discapacitados, limitados visuales y salud mental.

El Ministerio de Trabajo expidió los Decretos: 970 de 1994 que promulga el Convenio sobre readaptación profesional y el empleo de personas inválidas; 1295 de 1994; que establece las prestaciones económicas y asistenciales para los trabajadores que sufren accidentes de trabajo y/o se les diagnostica enfermedad profesional, 917 de 1999 sobre el “Manual Único de calificación de pérdida de capacidad laboral”; 1128 de 1999 reestructura el Ministerio y se incluye la asignación de funciones con respecto al tema de

discapacidad; 1530 de 1996, en el artículo 6, numeral 3, se estipula que: "Las entidades administradoras de riesgos profesionales deberán acreditar semestralmente ante la Dirección General de Riesgos Profesionales, infraestructura propia ó contratada, que garantice el cubrimiento para sus afiliados de los servicios de rehabilitación, de prevención y de asesoría que les compete"

Además, Artículo 23 del Decreto 2463/01, establece la obligatoriedad de la rehabilitación previa para acceder al trámite de calificación de invalidez, Ley 776 de 2002 establece la obligatoriedad del cubrimiento de las prestaciones económicas y asistenciales para los trabajadores que han sufrido accidentes de trabajo y enfermedad profesional, en sus artículos 4° y 8° obliga a la reincorporación y a la reubicación de los trabajadores con discapacidad de origen ocupacional y varias Circulares que tratan sobre pérdida de capacidad laboral, y rehabilitación integral para el Sistema General de Riesgos Profesionales.

En materia de empleo, además de los estímulos establecidos en la ley 361 de 1997, se encuentra la ley 789 de 2002, que en su artículo 13 señala la exención en el pago de aportes al ICBF, SENA y cajas de compensación familiar a las empresas que vinculen trabajadores adicionales a los que tenía en promedio en el año 2002, y cuando entre estos trabajadores se encuentran personas con discapacidad comprobada no inferior al 25%, y cuando estos trabajadores no devenguen más de 3 salarios mínimos legales mensuales vigentes.

6. FUENTES DE FINANCIACIÓN Y AGENTES FINANCIADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Las fuentes de financiación y agentes financiadores: corresponde a la matriz de financiamiento de los gastos del sector salud y muestra el flujo de fondos entre las fuentes de recursos y los agentes financiadores.

6.1 FUENTES DE FINANCIACIÓN

Las fuentes de financiación (recursos) de la salud se definen como los proveedores primarios de recursos económicos para la prestación de servicios de salud. En Colombia las principales fuentes de recursos financieros para la salud son las familias, las empresas y el Gobierno. Los recursos del gobierno son generados por la economía, es decir por la empresa y la familia.

FAMILIA: la fuente Familia revela el gasto que los individuos hacen directamente en servicios de salud, acudiendo a los prestadores, aportando al sistema colombiano de seguridad social, o acudiendo al aseguramiento. El término familia en consecuencia no se refiere en esta investigación ni a una estructura social, ni un concepto demográfico.

EMPRESA: se refiere a cualquiera de los sujetos de derecho que ejercen cualquiera de las actividades mercantiles tipificadas en el Código de Comercio de Colombia. Para el estudio abarca el gasto que se hace como consecuencia del marco jurídico de la actividad mercantil.

PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN) OBLIGACIÓN LABORAL: partidas de dinero que hacen parte del gasto del sector central del Estado colombiano. Se refiere al gasto que el Estado hace para prestar servicios de salud a sus trabajadores. Es un gasto que no se hace como Estado sino como patrón, con cargo al PGN. Es un gasto derivado de la relación laboral del estado con sus servidores.

PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN) PARTIDAS SALUD: son gastos del Estado en salud, por transferencia a las cajas de previsión, por transferencias al ministerio de salud o por compras directas del servicio. Este gasto se hace con cargo al PGN.

PRESUPUESTO GENERAL DE LA NACIÓN (PGN) SITUADO FISCAL: es el porcentaje de los Ingresos Corrientes de la Nación que será cedido a los departamentos, el distrito capital y los distritos especiales de Cartagena y Santa Marta, para la atención directa, o a través de los municipios, de los servicios que se les asignen. En el PGN, el situado fiscal es una partida del gasto.

PATRIMONIO AGENTE: durante 1993 se financiaron gastos en salud con cargo al patrimonio de las Empresas de Medicina Prepagada, por pérdida contable del sector.

RECURSOS PROPIOS AGENTE: los recursos en manos de los agentes producen rendimientos financieros que se reconocen en esta investigación como recursos del agente incorporados a la prestación de servicios de salud. Los recursos propios del agente son los ingresos no operacionales que el agente involucra en la prestación del servicio.

PRESUPUESTO DEPARTAMENTAL: el departamento genera recursos propios que incorpora a su presupuesto con destino a la prestación del servicio público de la salud.

RENTAS CEDIDAS: la Nación cede a los departamentos la explotación de loterías y licores para que estos los incorporen a su presupuesto y los destinen a la prestación del servicio público de la salud. Cede además el recaudo y la administración de algunos impuestos.

PRESUPUESTO MUNICIPAL: se refiere a los recursos que el municipio genera e incorpora a la prestación de servicios de salud.

ECOSALUD: empresa Industrial y Comercial del Estado que explota arbitrios rentísticos creados por la Constitución Política en favor de la salud (juegos de azar en general).

6.2 AGENTES FINANCIADORES

Se denomina agente financiador al encargado de recolectar los fondos (recursos suministrados por las fuentes de financiación), administrarlos y organizar la prestación de servicios de salud. Los principales agentes financiadores identificados en este estudio son las compañías aseguradoras, los fondos y cajas de previsión Social, las cajas de compensación familiar, el Ministerio de Salud, las direcciones seccionales y locales de salud y los fondos virtuales conformados por el gasto directo del Gobierno y la familia.

SEGUROS DE SALUD: gasto de las familias y las empresas en la compra de pólizas de seguros de salud para cubrir gastos ocasionados por la enfermedad.

SEGURO OBLIGATORIO DE ACCIDENTES DE TRANSITO (SOAT): gasto de las familias y las empresas propietarias de vehículos automotores, para responder por los gastos médicos de las personas que resulten lesionadas en accidentes de tránsito.

MEDICINA PREPAGADA: la medicina prepagada es un sistema organizado por entidades autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para gestionar la atención médica y la prestación de servicios de salud mediante el cobro de un precio previamente acordado.

FONSAT: fondo constituido para pagar la atención médica a víctimas de accidentes de tránsito, causados por vehículos no asegurados o no identificados. Los excedentes del fondo son para fortalecer la red de urgencias.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS): el ISS es una entidad de previsión social pensada para los trabajadores del sector privado. Fue creado mediante Ley 90 de 1946. Ha sido reestructurado sucesivamente, actualmente está en proceso de adaptación a la Reforma del Sistema General de Seguridad Social. Sus funciones en 1993 eran ejecutar la política general de seguridad social, protegiendo en forma integral a los afiliados, mediante la prestación de servicios de salud y el pago de prestaciones económicas correspondientes a los seguros de enfermedad general, maternidad, e invalidez, vejez y muerte así como accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

SALUD FUERZAS MILITARES Y DE POLICÍA: el Ministerio de Defensa organiza directamente la prestación de los servicios médicos y asistenciales para los militares y policías. La prestación de estos servicios no tiene un esquema previsional ya que están constituidos por las apropiaciones de las

direcciones de sanidad, el funcionamiento de las entidades prestadoras propias y la compra de servicios asistenciales.

APORTES A SALUD MAESTROS: en 1993 los servicios de salud de los maestros oficiales se prestó a través de un encargo fiduciario que manejaba los fondos y contrataba la prestación de los servicios con intermediarios o con prestadores directos.

SALUD EMPRESA COLOMBIANA DE PETRÓLEOS (ECOPETROL): esta empresa tiene estatuto de Empresa Industrial y Comercial del Estado y presta directamente los servicios médicos requeridos por sus trabajadores y sus beneficiarios. El presupuesto disponible se aplica al funcionamiento de sus organismos prestadores y a la contratación externa de servicios.

CAJA NACIONAL DE PREVISIÓN SOCIAL (CAJANAL): creada mediante la Ley 6ª de 1945 y Decreto 1600 de 1945, para atender la salud de los empleados del Gobierno del nivel central. Sus principales funciones son: la prestación de servicios integrales de salud, mediante actividades de promoción y prevención, servicios médicos asistenciales y de rehabilitación; el reconocimiento y pago de prestaciones sociales a los empleados públicos y trabajadores oficiales por jubilación, retiro, vejez y muerte; y organizar y fomentar actividades de bienestar social dirigidos a los afiliados.

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE LA SUPERINTENDENCIA BANCARIA (CAPRESUB): fue creada mediante los Decretos 125 y 2657 de 1976. Sus principales funciones son: atender el reconocimiento y pago de los auxilios, indemnizaciones, pensiones, subsidios, ahorros y seguros a que tienen derecho los empleados de la Presidencia de la República, y la Superintendencia Bancaria. También presta asistencia médica, quirúrgica y en general servicios médicos a sus afiliados.

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DE COMUNICACIONES (CAPRECOM): fue creada por la Ley 82 de 1912, y reestructurada sucesivamente. Sus principales funciones son atender el reconocimiento y pago de las prestaciones sociales de los empleados oficiales al servicios del Ministerio de Comunicaciones, de la Empresa Nacional de Telecomunicaciones, de la Administración Postal Nacional, del Instituto Nacional de Radio. Asimismo, proteger en forma integral la salud de sus beneficiarios.

CORPORACIÓN SOCIAL DE SUPERINTENDENCIA DE SOCIEDADES (CORPORANONIMAS): presta servicios médicos a servidores públicos del orden nacional, vinculados a las superintendencias de Sociedades, de Valores y de Industria y Comercio.

CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL DEL CONGRESO: creada mediante Ley 33 y Decreto 1203 de 1985. Sus principales funciones son prestar los servicios médicos asistenciales y reconocer el pago de las prestaciones económicas de los Congresistas, empleados del Congreso y empleados del mismo fondo.

CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR: son entidades financiadas por los empleadores colombianos, con un porcentaje de los salarios. Tienen por objeto mejorar la calidad de vida de los trabajadores y de sus familias, otorgando subsidios para facilitar el acceso a la educación, la capacitación, la salud, la recreación y el consumo y etc. Dado que en 1993 la familia del trabajador no estaba amparada, en la mayoría de los casos, por el sistema de previsión, las cajas de compensación prestaban servicios en complemento del sistema prestador público.

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF): creado por ley 44 de 1947, ha sido reestructurado sucesivamente. Su objetivo es fortalecer la familia y proteger al menor de edad. Una de sus principales

funciones es velar por el bienestar físico, material y mental de los niños y los núcleos familiares.

SERVICIOS DE SALUD DEPARTAMENTALES: son las direcciones seccionales de salud, reorganizadas por la Ley 10 de 1990. Es decir son las entidades descentralizadas directas de orden departamental. Son los responsables de las competencias que en materia de salud fueron asignadas a los departamentos.

SECRETARIAS DE SALUD MUNICIPALES: son las direcciones locales de salud, reorganizadas por la Ley 10 de 1990. Son responsables de las competencias que en materia de salud fueron asignadas al municipio por la Ley 10 de 1990.

DIRECTOS DE LA FAMILIA: son los gastos que los individuos hacen directamente en servicios de salud, acudiendo a diferentes prestadores de los servicios, aportando al Sistema Colombiano de Seguridad Social, o acudiendo al aseguramiento. El término familia en consecuencia no se refiere en esta investigación ni a una estructura social, ni un concepto demográfico.

6.3 AGENTES FINANCIADORES SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN PRESTADORA DE LOS SERVICIOS DE SALUD:

Determina el flujo de recursos de los agentes financiadores a los diferentes tipos de instituciones prestadoras de los servicios de salud.

PRESTADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD: durante el desarrollo del estudio de Cuentas Nacionales en Salud en Colombia, se consideró como prestador de servicios de salud, a cualquier prestador de acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, diagnóstico y

tratamiento de enfermedades y rehabilitación de individuos. Se incluyó también el suministro de medicamentos. La naturaleza de los prestadores de servicios de salud puede ser de tipo público, privado, de previsión social u otro diferente.

IPS PUBLICAS: son la red de prestación de servicios médicos de salud perteneciente al Gobierno en sus diferentes niveles. El registro que el Ministerio de Salud tiene de estas instituciones incluye fundaciones privadas sin ánimo de lucro y entidades de naturaleza jurídica indefinida que hacen las veces de los hospitales públicos.

IPS PRIVADAS: incluye los establecimientos mercantiles que tienen por objeto prestar servicios de salud con ánimo de lucro, y algunas Organizaciones no Gubernamentales registradas por el Ministerio de Salud en el capítulo de entidades privadas.

INSTITUCIONES DE PREVISIÓN SOCIAL: la oferta de camas hospitalarias registrada por el Ministerio de Salud tiene un capítulo para las entidades que pertenecen a cualquiera de las 36 entidades de previsión social. Es el caso del ISS, de la Caja Nacional de Previsión, las Fuerzas Militares, etc.

OTRAS INSTITUCIONES: comprende los profesionales de la salud que hacen práctica liberal, los centros médicos sin capacidad de hospitalización, las clínicas y hospitales no registrados por el Ministerio de Salud, y la industria farmacéutica.

DEMÁS USOS: los fondos en manos de los agentes se pueden aplicar a conceptos diferentes a la prestación de servicios, tales como administración, intermediación comercial, utilidad del agente, transferencia a entidades asesoras, capacitación, infraestructura, investigación y apoyo técnico.

6.4 AGENTES FINANCIADORES SEGÚN TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD

Determina la forma en la que los Agentes Financiadores distribuyen los fondos de acuerdo con el tipo de servicio de salud ofrecido por los diferentes prestadores.

TIPOS DE SERVICIOS DE SALUD: el diseño metodológico utilizado por la universidad de Harvard considera la clasificación del gasto en servicios de salud en dos categorías: servicios ambulatorios (outpatient) definidos como la atención médica que se suministra al paciente y que no requiere de su internación (consultas, exámenes y otros apoyos diagnósticos, etc) y servicios intrahospitalarios o que se le proporcionan al paciente hospitalizado (inpatient). Los gastos en acciones de prevención y promoción se clasifican en dirigidos al individuo, dirigidos a la comunidad (colectivos) y dirigidos al medio ambiente.

AMBULATORIO: acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y rehabilitación de individuos (incluye el suministro de medicamento) que se prestan al paciente sin hospitalizarlo.

HOSPITALIZADO: acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades y rehabilitación del individuo (incluye el suministro de medicamentos) que se prestan al paciente durante una hospitalización.

7. ESTUDIO ADMINISTRATIVO Y LEGAL

El estudio administrativo y legal comprende inicialmente la definición de la plataforma estratégica de la institución: misión y visión; los objetivos institucionales de la misma, los pasos de su constitución; y la estructura del proyecto la cual está basada en los servicios mínimos ofrecidos a los pacientes que ingresen al programa de rehabilitación integral y en las actividades que puede desarrollar un profesional de la salud durante un mes. La estructura organizacional de la empresa, donde se describe el manual de funciones, y los perfiles de los cargos ha sido obviada ya que no se considera de relevancia para determinar la viabilidad de la institución, además, porque estos son determinantes para replicar el modelo de atención hospital de día y medio día.

7.1. PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Misión. Ser una IPS de I y II nivel que satisfaga – con un modelo de atención en salud basado en la calidad, innovación y eficacia de los procesos clínicos y administrativos – las necesidades de nuestros clientes, proporcionando a la comunidad un servicio de atención en salud oportuno, eficaz e interdisciplinario, para mejorar y/o mantener su condición física.

Visión. SALUDDARTE es en el 2.010 en la institución prestadora de servicios de salud con los mejores programas en rehabilitación en salud del oriente colombiano.

7.2 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

Objetivo General. Crear un centro de excelencia en rehabilitación que logre una interacción sinérgica entre todos los profesionales intervinientes en el proceso de rehabilitación, el núcleo familiar y el usuario, de tal forma que se impacte en forma positiva la población objeto, a nivel social, económico y cultural.

Objetivos Específicos

- Disminuir el tiempo de rehabilitación de los usuarios con patologías susceptibles de intervenir.
- Disminuir el costo de atención de estos usuarios, a través de la optimización del uso de los recursos disponibles e integración de los mismos.
- Liderar el proceso de capacitación del núcleo familiar como base para lo rehabilitación del discapacitado.
- Disminuir las incapacidades generadas por este tipo de patologías.

7.3. FORMA DE CONSTITUCIÓN

La empresa a constituir es una personería natural, inscrita en la Cámara de Comercio de Bucaramanga, con escritura pública y debidamente registrada en la Cámara de Comercio de Bucaramanga, la Secretaria de Salud Departamental, la Alcaldía Municipal, y ante la DIAN.

Los trámites para legalización de un Centro en excelencia de rehabilitación como una institución prestadora de servicios de salud son:

- Tramitar carta de estudio de nombre comercial. Una vez obtenida la aprobación del nombre comercial, inscripción en cámara de comercio y asignación del NIT.
- Tramitar Certificado de representación legal
- Tramitar RUT ante la DIAN
- Tramitar Visto bueno por parte de Planeación Municipal de Bucaramanga (POT).
- Tramitar Certificado de industria y comercio
- Solicitar el formulario de la numeración de facturas ante la DIAN.
- Declaración de requisitos esenciales debidamente diligenciado acorde con los servicios a ofertar, que debe ser presentado en la Secretaria de Salud de Santander.
- Permiso de uso del suelo o registro sanitario
- Hojas de vida de los profesionales que trabajaran en el centro con todos los documentos que los acrediten como profesionales en el área.
- Contrato de manejo de residuos con entidad acreditada para tal fin.

7.4 ESTRUCTURA DEL PROYECTO

La estructura del proyecto fue determinada con base en la capacidad que cada profesional de la salud posee para atender usuarios durante el horario

laboral y con lo determinado por la administración como tiempo suficiente para prestar un servicio eficiente y de calidad para el profesional y para los usuarios. El área administrativa se mantiene igual durante todo el proyecto ya que se desea mantener una institución de fácil manejo y control gerencial.

- Para el funcionamiento del Centro Educativo de Rehabilitación Integral es necesario contar con el siguiente personal:

Cuadro 26. Planta profesional requerida

PERSONAL DEL PROYECTO	INICIO	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Gerente	1	1	1	1	1	1
Secretaria (Auxiliar Administrativo)	1	1	1	1	1	1
Medico General	1	1	1	2	2	2
Enfermera Jefe	1	1	1	2	2	2
Terapeuta física	1	5	10	15	15	15
Psicóloga	1	1	1	2	2	2
Terapeuta ocupacional	1	1	2	3	3	3
Fonoaudióloga	1	1	1	2	2	2
Personal de Serv. generales	1	1	1	2	2	2
Personal de seguridad	1	1	1	1	1	1
Asesor legal	1	1	1	1	1	1
Asesor contable (Contador)	1	1	1	1	1	1
TOTAL	12	16	22	33	33	33

Fuente: Autores

Estructura Salarial. Una adecuada y bien definida estructura salarial que remunere a los empleados del Centro comprometerá el talento humano en el cumplimiento de los objetivos, creara un ambiente de trabajo adecuado y una alta autoestima. La Estructura salarial de **SALUDARTE** se basa en los siguientes criterios:

Tamaño de la empresa. Se considera una mediana empresa por su volumen de ventas inicialmente proyectado, numero de empleados y valor de activos.

Mercado Laboral. Teniendo en cuenta los niveles salariales existentes en la ciudad de Bucaramanga se buscara salarios competitivos acordes al cargo y sus funciones. De acuerdo a la modalidad de trabajo en salud que depende de la demanda de servicios se cancelara en la modalidad de honorarios, hasta tanto se garantice el uso de la capacidad total del recurso humano.

Se determinó conformar una PERSONA NATURAL bajo el nombre comercial de **SALUDARTE: CENTRO DE APOYO TERAPÉUTICO** para el Centro de excelencia en rehabilitación integral, identificando los requisitos a cumplir ante la Alcaldía de Bucaramanga, Cámara de Comercio, DIAN y Secretaria de Salud de Santander para la puesta en marcha de la entidad.

La definición de misión, visión, objetivos y políticas que regirán la cultura organizacional determinara la labor a desarrollar en la empresa. Una estructura organizacional definida por el número de empleados necesarios para el funcionamiento y puesta en marcha de la empresa determinó que se requieren para el área administrativa 2 funcionarios y el área clínica los funcionarios necesarios según la demanda.

Bajo una estructura salarial adecuada, el personal de **SALUDARTE** en el área administrativa tendrá contratos por honorarios, termino un año y se pagara por las actividades ejecutadas; en el área clínica los contratos se harán por prestación de servicios o por intermedio de una cooperativa de trabajo asociado. Finalmente, se determino como logo de la empresa el siguiente:

Figura 2. Logotipo Saludarte

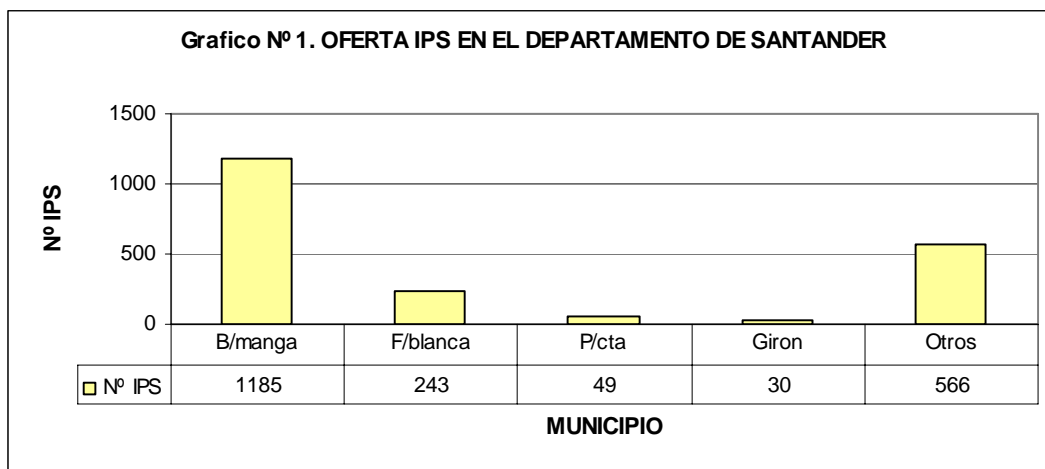


8. ESTUDIO DE MERCADEO

8.1. OFERTA

La oferta de servicios de salud en el departamento de Santander al finalizar el año 2004 evidenciaba la existencia de 2.073 IPS registradas en la secretaria de Salud de Santander; de las cuales 1.185 (57%) se encontraban registradas en el área de Bucaramanga; 243 (12%) en Florida blanca, 30 (1.4%) en Girón, 49 (2.3%) en Piedecuesta, y 566 (27.3 %) en los demás municipios de Santander.

Figura 3. Oferentes de servicios de salud en el departamento



* Fuente: tomada secretaria de salud departamental de Santander.

Del total de las IPS registradas en Bucaramanga, Girón, F/blanca y Piedecuesta (1.507), tan solo 194 prestan servicios de rehabilitación, cifra que equivale al 12% del total de IPS, de ellas solo 3 tienen servicios de rehabilitación integral, pero solo para pacientes de tipo psiquiátrico. No obstante es importante resaltar el hecho de que ninguna de ellas cuenta con

un servicio integral y multidisciplinario de atención al usuario; las falencias observadas en este tipo de IPS cobijan todos los aspectos referentes a recurso humano, tecnológico e infraestructura física.

De los posibles servicios sustitutos se encuentra el número de hogares geriátricos, asilos y ancianatos, los cuales se caracterizan por un grado alto de hacinamiento y presentan al igual que las anteriores grandes deficiencias en infraestructura y atención. También existe varios programas de atención domiciliaria pero ninguno está enfocado a la rehabilitación del paciente sino a la atención en la fase aguda de la enfermedad.

- **Coberturas de servicios de salud.** A este respecto y frente a las necesidades del proyecto desafortunadamente no existen fuentes suficientes de información para establecer las coberturas de servicios en el área de rehabilitación integral, a su vez, como se manifiesta anteriormente no existe ninguna IPS actualmente que ofrezca este tipo de servicio, no obstante a continuación se presentan las coberturas de servicios de salud relacionadas con este proyecto, teniendo en cuenta que su alcance incluye el hospital día o medio día.

De acuerdo a lo anterior se puede observar como existe una disponibilidad de 1.1. camas por cada 1.000 habitantes en forma intrahospitalaria, pero no existe ninguna indicador que permita medir la modalidad de hospital día o de home care. Esto conlleva a la conclusión de la carencia de oferta de servicios en esa área. Frente a la información obtenida de disponibilidad de recurso humano, al 2.004 existía una buena oferta, la cual en el último año ha sido ampliamente mejorada dada la apertura de nuevas universidades las cuales ya graduaron sus primeras promociones, incrementando el número de egresados por año.

Cuadro 27. Coberturas de los servicios de salud

COBERTURAS DE SERVICIOS DE SALUD	No.	%
Total de camas hosp. en instit. baja complejidad y Razón por 1000 habit.	1.193	0,6
Total de camas hosp. en instit. mediana complejidad y Razón por 1000 habit.	358	0,2
Total de camas hosp. en instit. alta complejidad y Razón por 1000 habit.	543	0,3
Total de camas hosp. en instit. de Salud Mental y Razón por 1000 habit.	225	0,1
Total de camas hosp. y Razón por 1000 habit.	2.319	1,1

Fuente: Oficina de Acreditación y Control, SSS

Cuadro 28. Recurso Humano en Salud en Santander

RECURSOS HUMANOS EN SALUD (Estimaciones para 2004)	No.	Razón
Razón de médicos por 1000 habitantes	3.626	1,76
Razón de enfermeros profesionales por 1000 habitantes	1.578	0,8
Razón de odontólogos por 1000 habitantes	2.264	1,1
Razón de Nutricionistas por 1000 habitantes	477	0,2
Razón de Bacteriólogos por 1000 habitantes	1.207	0,6
Razón de Psicólogos por 1000 habitantes	1.031	0,5
Razón de Trabajadores Sociales por 1000 habitantes	139	0,1
Razón de Fisioterapeutas por 1000 habitantes	1.872	0,9
Razón de personal de enfermería no universitario por 1000 habitantes	7.844	3,8

Fuente: Oficina de Acreditación y Control, SSS

Todo lo anterior permite concluir que en lo referente a oferta de servicios se cuenta con el recurso humano, pero no con la metodología de integración que garantice el tipo de atención que nuestra población objeto requiere para obtener el mayor impacto posible.

8.2. DEMANDA

La demanda existente de prestación de servicios de rehabilitación se calculó teniendo en cuenta indicadores relacionados con:

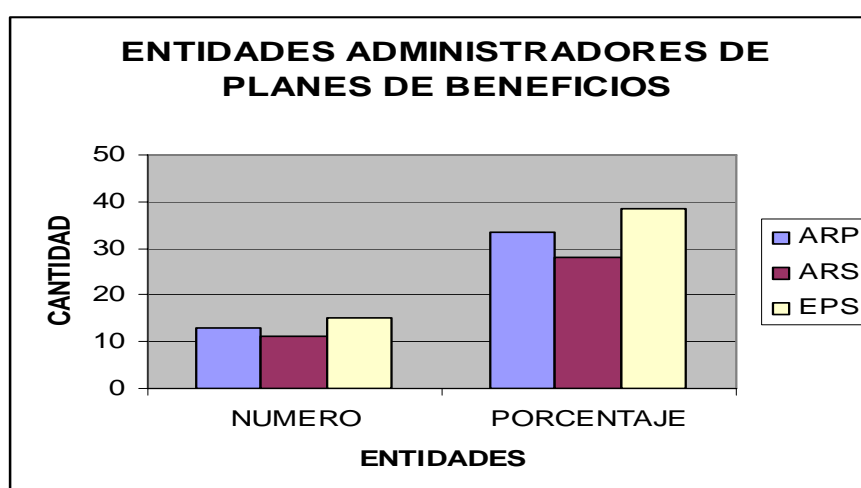
La vinculación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el inventario de las entidades administradoras de planes de beneficios existentes en el S.G.S.S.S. y la población caracterizada como discapacitada en el departamento de Santander

Cuadro 29. Vinculados al sistema general de seguridad social en salud

RÉGIMEN DE AFILIACIÓN	COBERTURA /02	COBERTURA /02
Total Afiliados Seguridad Social en Salud	62,4	61,8
Régimen Subsidiado	27,9	27,0
Régimen Contributivo	34,5	34,8
Número de Personas no afiliadas al SGSSS	37,6	38,2
Población Total en el 2004	100,0	100,0

Fuente: Oficina de Sistemas de Información, SSS. Incluye Subsidios parciales en Régimen Subsidiado

Figura 3. Entidades administradores de planes de beneficios



Inventario de entidades administradores de planes de beneficios.

Actualmente existen 39 entidades administradores de servicios de salud distribuidos como se observa en la gráfica N° 3.

Las 11 Administradoras del Régimen Subsidiado registradas en la Secretaria de Salud de Santander, son: Comparta, Asmetsalud, Solsalud, Emdis, Salud Vida, Coosalud, Caprecom, Cafesalud, Comfenalco, Cajasan, Cafaba.

Por otro lado, son 15 las Empresas Promotoras de Salud existentes que administran los recursos del Régimen Contributivo: Coomeva, Sanitas, Salud Total, Colpatria, Solsalud, Ferrocarriles, Salud Vida, Famisanar, Colmedica, Cafesalud, Saludcoop, Red Salud, Comfenalco, Iss Y Humana Vivir.

Así mismo, se suman a este inventario, las 13 entidades Administradoras de Riesgo Profesionales adscritas al departamento de Santander: Iss, Suratep, Colpatria, Colmena, Equidad, Bolivar, Agrícola, Liberty, Previsora, Colseguros, Alfa, Estado Y Aurora, cuya población principal son todos aquellos con disfunciones de cuerpo y extremidades, población particularmente susceptible de ser intervenidas con este tipo de proyectos.

Población caracterizada como discapacitada en el departamento de Santander. A continuación se presenta información obtenida de la población con registro para la localización y caracterización de las personas con discapacidad en el departamento de Santander⁹.

⁹ <http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/discapacidad/Dptos/SANTANDER.xls>

Población discapacitada en Santander por grupos de edad, según principal estructura o función corporal afectada.

Cuadro 30. Principal estructura o función corporal afectada por grupo etáreo

Principal estructura o función corporal afectada por grupo etáreo	Total	0-4 A	5 - 14 A	15 - 44 A	45 - 59 A	> 60 A	S.D.
El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas	1158	20	72	343	248	475	.
El sistema nervioso	829	26	124	360	131	188	.
El sist. cardiorrespiratorio y defensas	766	40	65	154	185	322	.
<i>Total sujeto a rehabilitación integral</i>	<i>2753</i>	<i>70.64% del total de discapacitados (población objeto)</i>					

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

	Total	0-4 A	5 - 14 A	15 - 44 A	45 - 59 A	> 60 A	S.I
Los ojos	501	9	45	96	96	255	.
Los oídos	268	6	51	103	27	80	1
La voz y el habla	167	11	50	87	6	13	.
La digestión, el metabolismo, las hormonas	86	1	1	25	21	38	.
El sistema genital y reproductivo	49	2	1	16	9	21	.
olfato, tacto, gusto	31	2	3	4	11	11	.
La piel	28	1	1	5	6	15	.
Otra	14	2	.	5	4	3	.
Total	3897	120	413	1198	744	1421	1

Fuente: DANE 2005 - Dirección de Censos y Demografía

El anterior cuadro muestra como la población objeto para este proyecto representa el 70.64% del total de discapacitados, mostrando una demanda de servicios alta. Sin embargo en aras de ser lo mas conservadores posibles

solo se toma la población con discapacidades en el movimiento de manos, cuerpos, brazos y piernas, (1158), no obstante no debe dejarse de lado la oferta de servicios dentro del paquete de atención para personas con compromisos neurológicos y cardiorrespiratorios.

Del análisis de mercado realizado teniendo en cuenta la perspectiva de la oferta y la demanda se concluye que no solo existe demanda para este tipo de servicios si no que la oferta existente no satisface las necesidades existentes.

Tarifas del mercado. Estos son los costos de cada procedimiento de rehabilitación según los manuales tarifarios ISS y SOAT vigentes.

Cuadro 31. Tarifas vigentes del mercado

SERVICIO	TARIFAS SOAT	TARIFAS ISS
TERAPIA FÍSICA	\$9800	\$ 8600
TERAPIA RESPIRATORIA	\$9800	\$ 8900
TERAPIA OCUPACIONAL	\$9800	\$ 6500
FONOAUDIOLOGÍA	\$9800	\$ 6500
PSICOLOGÍA	\$9400	\$6100
LABORATORIO CLÍNICO	Según lab.	Según lab.
MEDICAMENTOS	Según medicam.	Según medicam.
ESTANCIA (En inst. de II nivel)	\$44300	\$22200
MEDICINA GENERAL	\$15300	\$9600
MEDICINA ESPECIALIZADA	\$22000	\$13800
ENFERMERÍA	Según proced.	Según proced.
NUTRICIÓN	11100	\$6000

Fuente: Oficina de Sistemas de Información, SSS. Incluye Subsidios parciales en Régimen Subsidiado

Estos son los costos de cada procedimiento de manera integral según los manuales tarifarios ISS y SOAT y el valor de la UPC por grupo etéreo

Cuadro 32. Tarifas de atención integral vigentes del mercado

SERVICIO	TARIFAS SOAT	TARIFAS ISS
Atención ambulatoria integral del oxígeno dependiente	\$1.110.700	\$ 455.100
Atención domiciliaria paciente crónicos o terminales con tratamiento definido	\$410.600	\$ 111.900
Valor mensual de atención por Enfermería	Medio tiempo (6 horas)	\$ 400000
	Tiempo completo (12 horas)	\$ 650000

Fuente: Oficina de Sistemas de Información, SSS. Incluye Subsidios parciales en Régimen Subsidiado

Cuadro 33. Valor de la UPC por grupos etéreos.

GRUPO ETÁREO	VALOR
< DE 1 AÑO	\$955.596
1 – 4 AÑOS	\$495.207
5 – 14 AÑOS	\$263.079
15 – 44 AÑOS HOMBRES	\$232.128
15 – 44 AÑOS MUJERES	\$479.732
45 – 59 AÑOS	\$413.373
> DE 60 AÑOS	\$882.089

Fuente: Oficina de Sistemas de Información, SSS. Incluye Subsidios parciales en Régimen Subsidiado

9. ESTUDIO TÉCNICO

Partiendo de los resultados obtenidos en el Estudio de Mercado se empieza a tomar una idea mas clara del tamaño del Proyecto que permitirá establecer los aspectos técnicos necesarios para determinar su preparación, Distribución Física, Diseño de Planta, Localización, que permita tomar la decisión mas acertada sobre su tamaño mínimo aceptable.

9.1 DESCRIPCIÓN DEL TAMAÑO DEL PROYECTO

Dadas las condiciones de mercado, en las cuales se ha podido determinar que existe una gran demanda insatisfecha en servicios de rehabilitación integral en Bucaramanga, El negocio pretende darle mayor importancia al gran número de discapacitados de las funciones de manos brazos, piernas y cuerpo.

En la determinación del tamaño hay que tener en cuenta la capacidad administrativa organizacional y de comercialización del servicio, buscando un manejo adecuado de la infraestructura que optimizara la rentabilidad esperada.

9.2 FACTORES QUE DETERMINAN EL TAMAÑO DE UN PROYECTO

Al dimensionar el mercado, la capacidad financiera de los inversionistas, la disponibilidad de talento humano, la existencia y la eficiencia para administrar el servicio, los aspectos legales, la política económica, y los planes de desarrollo regional y local se determinara el tamaño del proyecto.

9.2.1 Mercado. Este factor es determinante para la realización del proyecto porque muestra la necesidad de crear un Centro de Excelencia en Rehabilitación Integral en la modalidad hospital de día y medio día. Según el estudio de mercado las principales falencias encontradas hacen referencia a la falta de integralidad en los servicios de rehabilitación que al ser ofertadas pero de manera dispersa no permiten el impacto adecuado en las necesidades de las personas y de las entidades administradoras.

9.2.2 Talento Humano. En la ciudad de Bucaramanga se encuentra personal profesional altamente calificado y experimentado en diferentes áreas de la salud que permitiría atender satisfactoriamente los programas de rehabilitación integral a desarrollar.

9.2.3 Tecnología. El Proyecto requiere principalmente de personas preparadas en el área de la salud y en el área administrativa como también del manejo del talento humano, más no requiere de mucha tecnología especializada que condicione el tamaño del proyecto, sin embargo se requiere dotación en equipos de soporte para terapia física, fonoaudiología y hardware y software básico.

9.2.4 Financiero. Este factor es condicionante ya que los recursos financieros son determinantes para desarrollar el proyecto ya sea que provengan de recursos propios o de aportes de terceros

9.2.5 Infraestructura. Se dispondrá de una infraestructura adecuada a todas las normas para manejo de discapacitados, ya que este factor es determinante para desarrollar el proyecto en un ambiente óptimo para los usuarios del servicio como para las personas que lo prestaran, además brindara seguridad y comodidad a los mismos. La infraestructura se encuentra en su fase final de adecuación y construcción, la cual cumple con

los requisitos exigidos por las resoluciones 4252 y 4445 por medio de las cuales se determinan los requisitos esenciales para la prestación de servicios de salud y Por el cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares, respectivamente. ver graficas 4, 5 y 6.

9.2.6 Capacidad del proyecto. La capacidad del proyecto es factor determinante en el desarrollo del mismo ya que debe permitir iniciar la actividad de la empresa y dar la posibilidad de desarrollo y expansión del mismo en cuanto a calidad y volumen y por el tiempo deseado.

9.2.7 Capacidad instalada . La capacidad física instalada, esta diseñada para atender cómodamente 100 personas en la modalidad de rehabilitación integral modalidad hospital de día y medio día. esta capacidad instalada esta determinada por el numero de actividades que puede desarrollar los profesionales durante su horario laboral, teniendo en cuenta los tiempos de atención establecidos por la institución para garantizar calidad y eficacia en los tratamientos; y por el numero de gimnasios, cubículos, consultorios con que cuenta la institución para garantizar el éxito del proceso de rehabilitación en poco tiempo.

Cuadro 34. Capacidad instalada del proyecto

ÁREAS	Nº PROFESIONALES			Conc. Act/mes	Act. totales
	Act/hora	Horas/día	Días Hábiles		
1 Consultorio de medicina general.	1 Medico general			576	576
	3	8	20		
1 Consultorio de md. Especializada.	2 Especialistas consultores			320	640
	2	8	20		
2 Consultorios de fisioterapia con 10 cubículos.	10 Fisioterapeutas			400	4000
	2	10	20		

ÁREAS	N° PROFESIONALES			Conc. Act/mes	Act. totales
	Act/hora	Horas/día	Días Hábiles		
1 Consultorio de enfermería.	1 Enfermera jefe			800	800
	4	10	20		
1 Consultorio de oxigenoterapia con 2 cubículos. 5 tomas de O2 medicinal.	2 Terapeutas respiratorios			600	1200
	3	10	20		
1 Consultorio para toma de muestras de laboratorio clínico	1 Auxiliar de enfermería			800	800
	4	10	20		
1 Consultorio de vacunación	1 Auxiliar de enfermería			-	-
1 Área de farmacia	1 Regente de farmacia			-	-
1 Gimnasio	3 Terapeutas ocupacionales			320	960
	2	8	20		
1 Gimnasio	2 Fonoaudiólogos			320	640
	2	8	20		
1 Gimnasio	1 Psicólogo			320	320

Fuente: Autores

9.2.8 Capacidad utilizada. En la medida en que se penetre al mercado y se mejore la eficiencia aumenta la capacidad utilizada en la prestación del servicio, se proyecta alcanzar una cobertura que alcance un porcentaje cercano al 10% del total de pacientes potenciales con este tipo de falencias en los cinco años; la demanda de rehabilitación integral completa se proyectará el 40% de la capacidad total instalada en el primer año aumentando en el segundo a 50%, 60% en el tercero, 90% en el cuarto y 100% en el quinto año.

9.2.9 Ingeniería del Proyecto. En la ingeniería del proyecto se fijan variables partiendo de los aspectos macros citados anteriormente como el conocimiento de la ubicación posible, tamaño y características para hacer una distribución optima en la planta, siendo importante elaborar un buen diseño del proceso productivo, como también un buen análisis de los elementos constitutivos de este proceso

9.2.10 Recurso humano (M.O.D, M.O.I.D). Los requerimientos de recurso humano serán determinados por la demanda de servicios a atender, tal como se observa en la siguiente tabla en la que se registra el valor de cada actividad y los honorarios mensuales en caso de requerir la capacidad máxima del recurso humano.

Cuadro 35. Costos del proyecto

CARGO	# act/mes	Valor por actividad ejecutada	# Empl	Salario Mensual tiempo completo	# usuarios promedio/mes	tipo de costo
Gerente	Adm	No aplica	1	\$ 2,000,000	no aplica	costo fijo
Secretaria	Adm	No aplica	1	\$ 700,000	no aplica	costo fijo
Medico	480	\$ 3,750	1	\$ 1,800,000	24 pacientes	c. variab.
Enfermera	640	\$ 1,406	1	\$ 900,000	32 pacientes	c. variab.
Terapeuta física	320	\$ 2,813	1	\$ 900,000	16 pacientes	c. variab.
Psicología	320	\$ 2,813	1	\$ 900,000	16 pacientes	c. variab.
Terapeuta ocupacional	320	\$ 2,813	1	\$ 900,000	16 pacientes	c. variab.
Fonoaudióloga	480	\$ 1,875	1	\$ 900,000	16 pacientes	c. variab.
Personal de Serv. gener	Adm	No aplica	1		no aplica	c. variab.
Personal de seguridad	Adm	No aplica	1	\$ 500,000	no aplica	costo fijo
Asesor legal	Adm	No aplica	1		no aplica	c. variab.
Asesor contable	Adm	No aplica	1		no aplica	c. variab.
TOTAL NOMINA			12	\$ 9,500,000		

* Costo variable. Son pagados a destajo o por Evento.

Recurso físico. Este ha sido definido de acuerdo al servicio que se prestara, el cual cuenta con un área total de 600 m2 y cuya distribución está basada en lo exigido en la resolución 4252 la cual reglamenta requisitos físicos mínimos esenciales para la prestación de servicios de salud y en la resolución 4445 de diciembre 6 de 1996 Por el cual se dictan las normas para el cumplimiento del contenido del Título IV de la Ley 09 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos hospitalarios y similares.

Recursos tecnológicos. Estos han sido definidos de acuerdo al servicio que se prestara basados en lo exigido en la resolución 4445 la cual reglamenta los requisitos mínimos esenciales para la prestación de servicios de salud y los recursos tecnológicos y de personal mínimos para el funcionamiento de las instituciones de salud, y se define el establecimiento de un programa de mantenimiento preventivo con el fin de prevenir fallas en los equipos y el deterioro de los mismos, evitando pérdidas por daños y costos innecesarios en reparaciones.

Cuadro 36. Recurso humano y físico del proyecto.

RECURSO HUMANO	RECURSO FÍSICO	
Gerente	14.00 M2	1 OFICINA ADMINISTRATIVA
Secretaría	14.00 M2	1 RECEPCIÓN
Médico General	14.00 M2	1 CONSULTORIO MEDICINA GENERAL
Especialistas consultores	18.00 M2	1 CONSULTORIO MEDICINA ESPECIALIZADA
Fisioterapeutas	60.00 M2	2 CONSULTORIOS CON 10 CUBÍCULOS DE FISIOTERAPIA
Enfermeras Jefe	14.00 M2	1 CONSULTORIO ENFERMERÍA
Terapeutas Respiratorios	20.00 M2	1 CONSULTORIO CON 2 CUB. DE T.RESP Y 5 TOMAS PARA OXIGENO TERAPIA
Auxiliares de Enfermería	12.00 M2	1 ÁREA DE DE VACUNACIÓN
	12.00 M2	1 ÁREA DE TOMA DE MUESTRAS DE LAB. CLÍN.
Regente de Farmacia	30.00 M2	1 ÁREA DE DESPACHO DE MEDICAMENTOS
Terapeutas Ocupacionales	120.00 M2	2 GIMNASIOS
Fonoaudiólogos	60.00 M2	1 GIMNASIO
Psicólogos	14.00 M2	1 CONSULTORIO DE PSICOLOGÍA
Personal Servicio generales		
Personal de seguridad		
Asesor legal		
Asesor contable		
Salas de Espera	50.00 M2	2
Baterías de Baños	24.00 M2	3
Subtotal área construida	476.00 M2	
áreas de traslado y libres	124.00 M2	
Total	600 00 M2	

Fuente: Autores

Figura 5. Planta física primer piso (adelante)

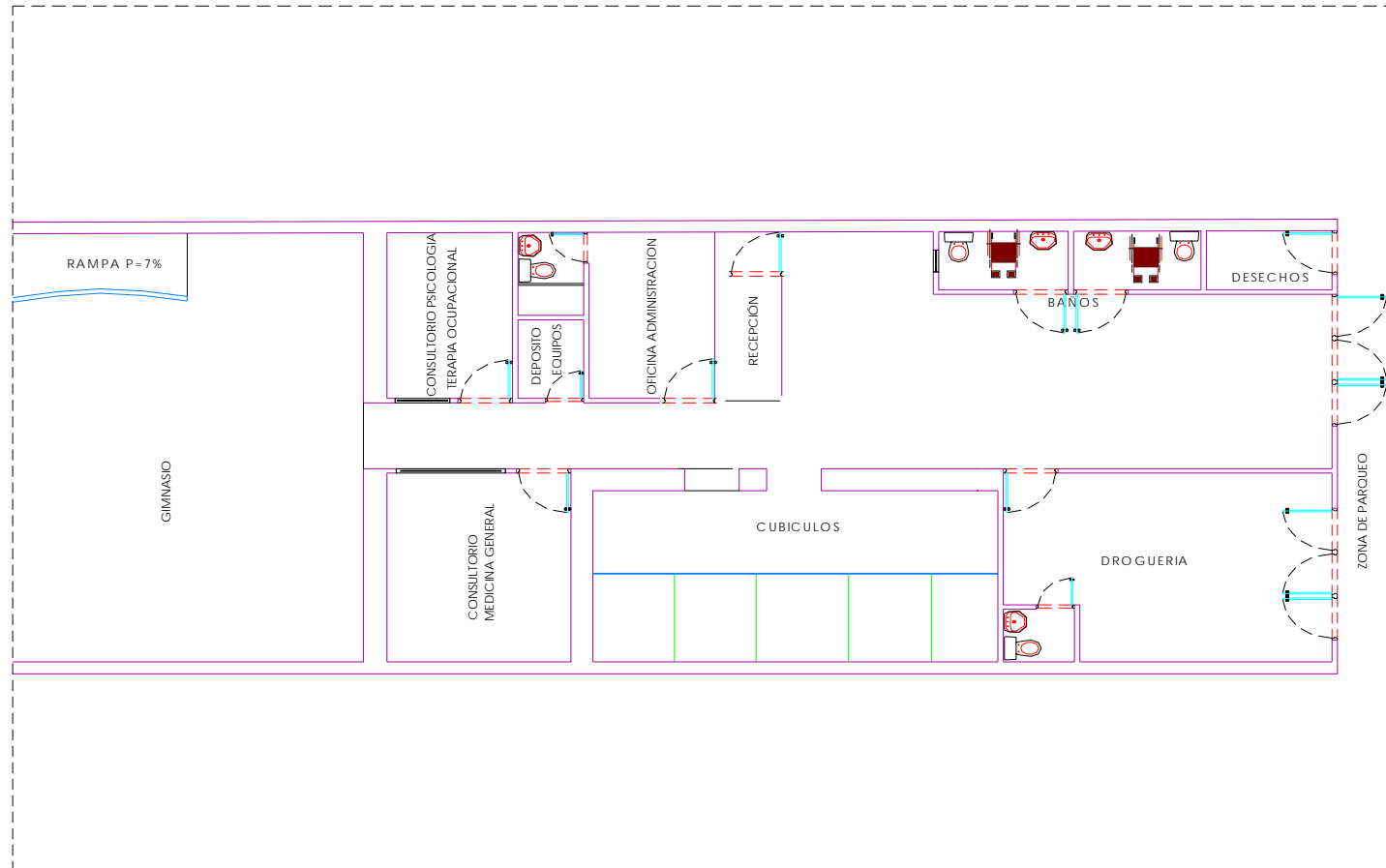


Figura 6. Planta física primer piso. (Atrás)

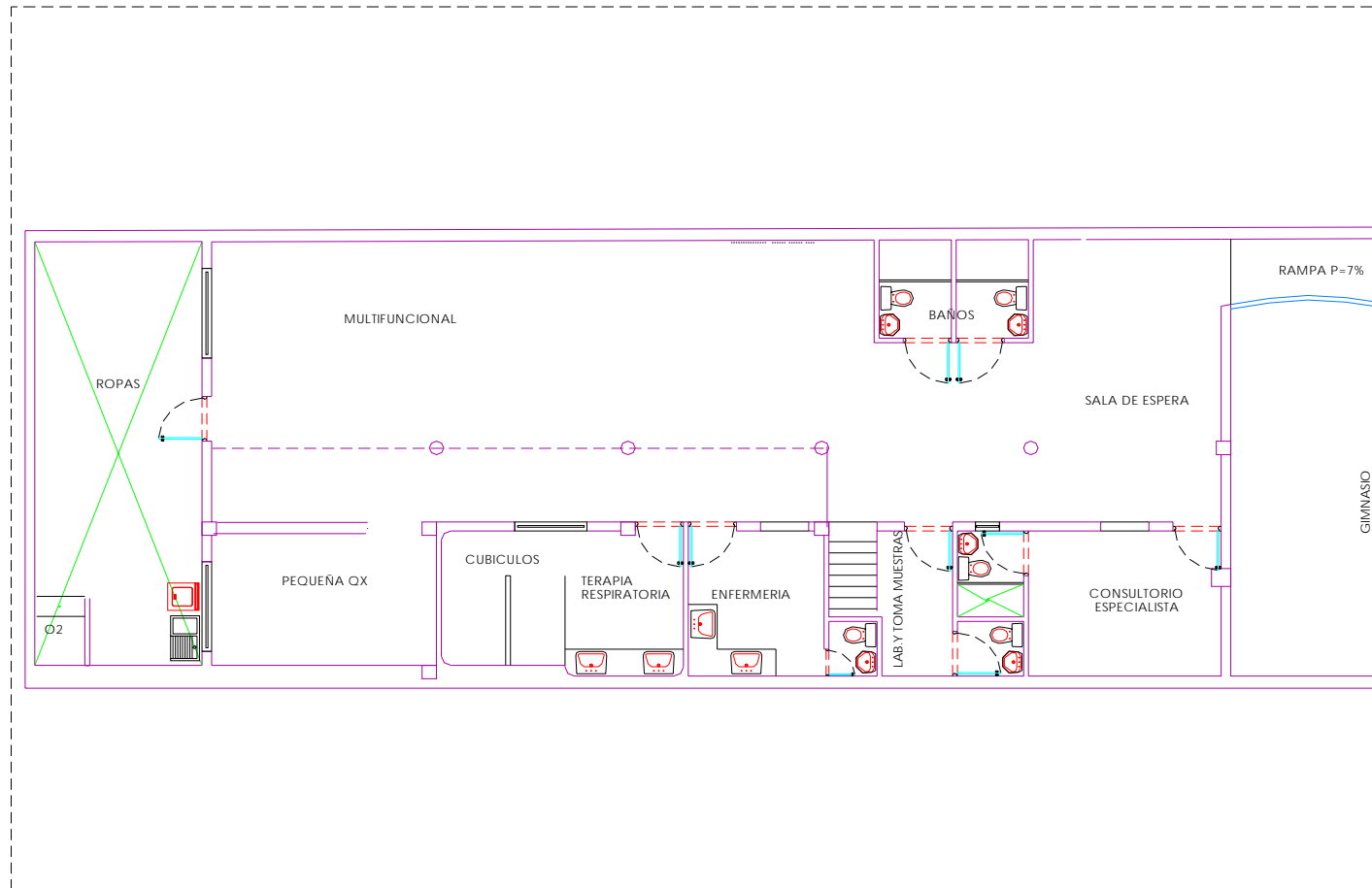
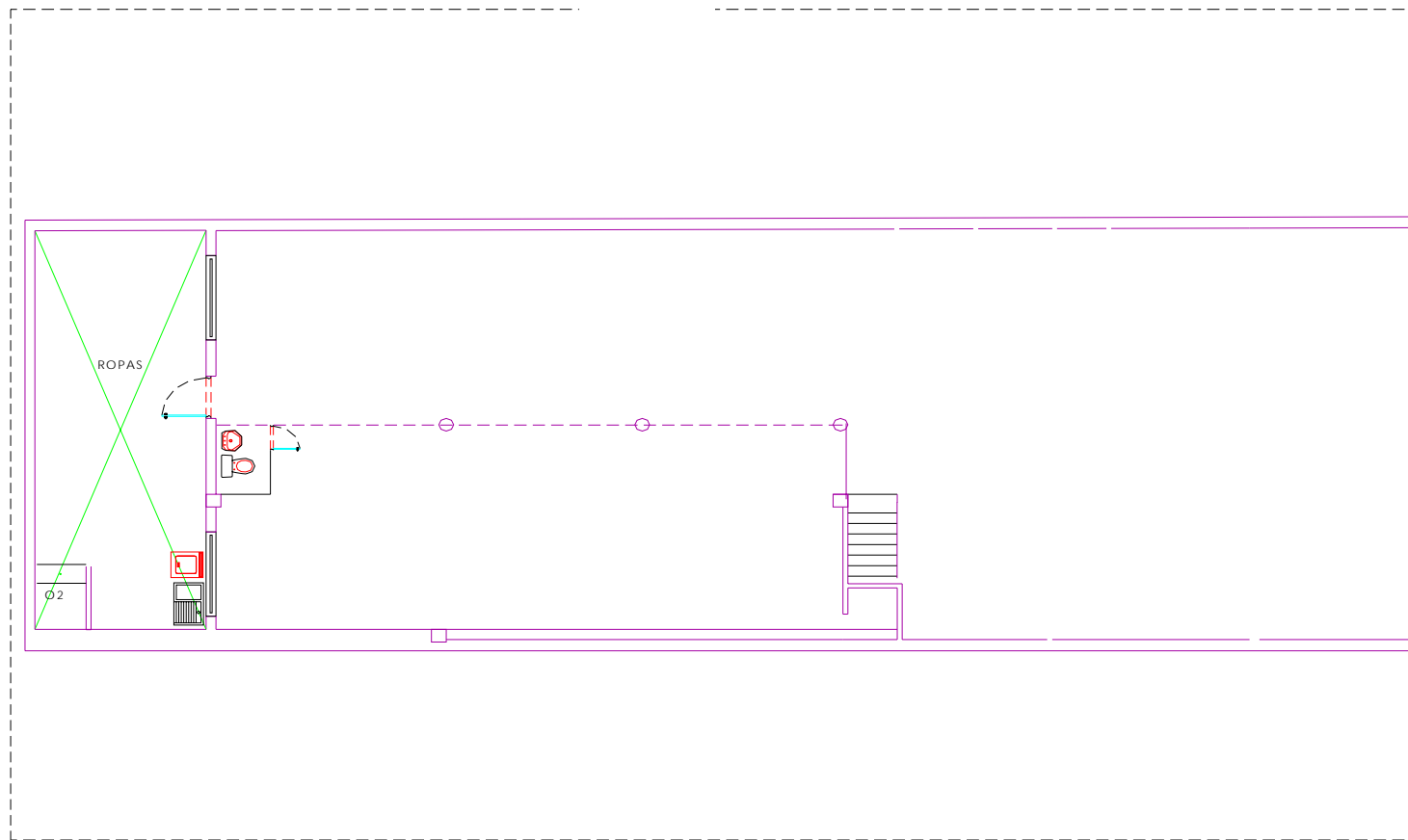


Figura 7. Planta física segundo piso.



10. ESTUDIO FINANCIERO

En este capítulo se analizarán los elementos económicos y financieros del proyecto, retomando la cuantificación de los valores de los ingresos esperados generados por la proyección de venta del servicio, presentado en el estudio de mercados, además la valoración de los egresos ocasionados por el montaje y puesta en marcha de la empresa revelados en el estudio técnico. Se considerarán los siguientes aspectos básicos: Las inversiones, los costos, el presupuesto de ingresos y egresos, el punto de equilibrio, los estados financieros proyectados (flujo de caja, estado de pérdidas y ganancias y el balance general) y se calcularán las razones financieras básicas. (Ver anexos)

10.1 OBJETIVOS DEL ESTUDIO FINANCIERO

10.1.1 Objetivo General . Establecer un estudio financiero con el fin de determinar el presupuesto de inversión, las fuentes de financiación, ingresos, egresos y flujo de caja necesarios para llevar a cabo el proyecto

10.1.2 Objetivos Específicos

- Efectuar el análisis financiero del proyecto determinando los niveles de inversión y las proyecciones de operación de la nueva empresa (ingresos y egresos)
- Presentar la información financiera de manera ordenada facilitando la evaluación del proyecto

- Encontrar el punto de equilibrio del proyecto con el fin de presentar el nivel donde el proyecto es atractivo para los inversionistas interesados
- Realizar las proyecciones de los estados financieros básicos (flujo de caja, estados de resultados y balance general)
- Calcular las razones financieras básicas presentando el análisis de los resultados obtenidos.

10.2 INVERSIONES

Con base en la información obtenida en el estudio técnico se procede a realizar la cuantificar las inversiones requeridas para el montaje y puesta en marcha del mismo y a continuación se demostrara si los socios inversionistas interesados en el proyecto cuentan los recursos económicos y financieros sufrientes para hacer las inversiones y los gastos que implica dicho proceso.

Inversión en activos fijos. Se considera inversión fija e intangible todos los bienes, propiedad de la empresa como: maquinaria y equipo, muebles y enseres y equipos de oficina necesarios para la instalación y operación de la nueva empresa.

Cuadro 37. Equipos de Cómputo

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Computador portátil	1	3.500.000	3.500.000
Impresora a color	1	250.000	250.000
Impresora láser	1	1.250.000	1.250.000
TOTAL			5.000.000

Fuente: Autores

Muebles y enseres. Comprende todo lo necesario para el área administrativa y operativa e incluye los equipos de oficina como son: escritorios con silla para el gerente, secretarias, sala de espera y atención al público

Cuadro 38. Muebles y enseres

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Escritorio ejecutivo	1	445.000	445.000
Silla ejecutiva	1	250.000	250.000
Escritorio secretaria	2	150.000	300.000
Escritorio auxiliar	5	170.000	850.000
Sillas ergonómicas	13	150.000	1.950.000
Camas de terapia	13	220.000	2.860.000
Archivador	2	250.000	500.000
Papeleras	13	40.000	520.000
Mesa de juntas	1	800.000	800.000
Sala de espera	1	550.000	550.000
Sillas de espera	15	65.000	975.000
TOTAL			10.000.000

Fuente: Autores

Equipos de Oficina. Está conformado por los equipos eléctricos de oficina.

Cuadro 39. Equipos de oficina

DESCRIPCIÓN	UDS	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Sumadora	1	150.000	150.000
Equipos médicos	13	300.000	3.900.000
Telefax	1	400.000	400.000
Teléfonos	3	150.000	450.000
T-V. 29 "	1	1.100.000	1.100.000
TOTAL			6.000.000

Fuente: Autores

Equipos de trabajo

Cuadro 40. Equipos de trabajo

DESCRIPCIÓN	UNIDADES	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
Dotación de los gimnasios	3	1.333.000	4. 00.000
TOTAL			4.000.000

Fuente: Autores

Construcciones . Se requiere para el proyecto hacer construcciones del terreno por valor de 150.000.000.

Total inversión fija. Esta conformado por la inversión de Equipo de Computo, Muebles y enseres y equipos de oficina y las construcciones equivalentes a un valor total de \$175.000.000.

Cuadro 41. Total inversión fija

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
EQUIPOS DE COMPUTO	5.000.000
CONSTRUCCIONES	150.000.000
MUEBLES Y ENSERES	10.000.000
EQUIPOS DE OFICINA	6.000.000
EQUIPOS DE TRABAJO	4.000.000
TOTAL	175.000.000

Fuente: Autores

Inversión Diferida. Se consideran todas las erogaciones de dinero que se deben realizar antes de la puesta en marcha de la empresa y que son necesarios para su funcionamiento, comprende los gastos preoperativos

como son el estudio de factibilidad, los derechos notariales por constitución de la sociedad o escritura de constitución, pago de estudio de nombre y registro en la Cámara de Comercio, publicidad de lanzamiento, la licencia de funcionamiento expedida por la alcaldía municipal de Bucaramanga y licencia de equipos de computo. Estos gastos serán amortizados en los cinco años siguientes al inicio de actividades de la empresa, el valor correspondiente a activos diferidos es: \$ 10.000.000

Cuadro 42. Total inversión diferida

DESCRIPCIÓN	VALOR TOTAL
Estudio de factibilidad	1.850.000
Derechos notariales	800.000
Publicidad	2.800.000
Estudio de nombre y registro (Cámara Cio; industria y Cio)	550.000
Software empresarial y lic.	4.000.000
TOTAL	10.000.000

Fuente: Autores

Costo del Servicio. Se incluyen los elementos esenciales del costo como son materiales, mano de obra directa y costos indirectos de fabricación.

Mano de Obra directa. Esta partida incluye los pagos por servicios profesionales del servicio que serán cancelados mensualmente según sesión a \$ 3.000 contrato profesional de servicios por evento sin costos adicionales para la empresa y cuyo costo para el primer mes en \$4.800.000 Ver cuadro.

Gastos de administración y Ventas. Comprende la nomina del área administrativa.

Cuadro 43. Proyección gastos de administración

PROYECCIÓN DE GASTOS DE ADMÓN.	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
Incremento		6%	6%	6%	6%
Gastos personal	54,000,000	57,240,000	60,674,400	64,314,864	68,173,756
Arriendo	24,000,000	25,920,000	27,993,600	30,233,088	32,651,735
Mantenimiento	2,400,000	2,544,000	2,696,640	2,858,438	3,029,945
Seguros	3,260,000	3,455,600	3,662,936	3,882,712	4,115,675
Serv. Públicos	12,000,000	12,720,000	13,483,200	14,292,192	15,149,724
TOTAL	95,660,000	101,399,600	122,610,776	117,181,295	124,720,834

Fuente: Autores

Costo total de prestación del servicio

Cuadro 44. Costo total prestación del servicio por año

CONCEPTO	VALOR AÑO
Mano de obra	57.000.000
CIF (costos indirectos de fabricación)	
Materiales	
TOTAL COSTOS DE PRODUCCIÓN	57.000.000

Fuente: Autores

Nomina del área administrativa. En ella se incluyen los sueldos de todo el personal del área administrativa con los respectivos auxilios de transporte,

aportes de seguridad social, aportes parafiscales, prestaciones sociales y la dotación de quienes apliquen a este beneficio.

Presupuesto de Ingresos. Corresponde a todos los ingresos que recibirá por venta en el giro ordinario de sus labores dentro del objeto social de la empresa y que servirá como base para soportar todos los egresos en que incurrirá la empresa. (ver anexo)

Cuadro 45. Ingresos presupuestados

AÑO	NO. DE USUARIOS AÑO	INGRESOS AÑO	INGRESOS MES
Primer año (pacientes)	480	240.000.000	20.000.000
Segundo Año	600	318.000.000	26.500.000
Tercer año	720	404.496.000	33.708.000
Cuarto Año	1080	643.148.640	53.595.720
Quinto Año	1200	757.486.176	63.123.848

Fuente: Autores

Flujo de caja proyectado. Es la herramienta que presenta las entradas y salidas de efectivo en un periodo de tiempo determinado, sirve como referencia para la elaboración del balance general proyectado y es utilizado para el cálculo de las variables de evaluación económica VPN y TIR. (Ver anexo)

Estado de resultados proyectado. Nos permite ver la utilidad obtenida por la empresa durante los cinco años proyectados y este nos sirve de base para la elaboración del balance general y para el calculo de las razones financiera de rentabilidad.(ver anexo)

Balance general proyectado. Este informa en una fecha determinada la situación financiera de la empresa presentando en forma clara el valor de sus propiedades y derechos, sus obligaciones y sus capital. Para este proyecto se elaboro este balance general tomando desde el año base y proyectándolo a cinco años. (Ver anexo)

Cálculo de las Razones Financieras Los bloques de las razones financieras que se tomaran como base para el análisis son las siguientes.

- Bloque de razones de liquidez
- Bloque de razones de endeudamiento
- Bloque de razones de actividad
- Bloque de razones de rentabilidad

Bloque de razones de liquidez. Mide la capacidad de la empresa para generar recursos para atender sus compromisos corrientes o de corto plazo, tanto operativo como financiero.

- Razón corriente: Se obtiene dividiendo los activos corrientes sobre los pasivos corrientes

Bloque de razones de endeudamiento. Se entiende como aquella actividad en la cual la empresa usa dineros suministrados por terceros con fines de financiamiento para producir mas utilidades.

- Nivel de endeudamiento: Indica el porcentaje de participación de los acreedores dentro de la empresa y se determina dividiendo los pasivos totales por los activos totales. Esta razón nos indica que por cada peso que la empresa tiene invertidos en activos el 0.76 ha sido financiado por los acreedores, que en otras palabras los acreedores bancarios son dueños del

76% de la empresa durante el primer año disminuyendo hasta el año 3 fecha en la cual la empresa terminaría de pagar el apalancamiento financiero, teniendo la posibilidad de respaldar nuevos créditos con un buen nivel de endeudamiento.

Bloque de razones de actividad. Este bloque es determinado de actividad o de rotación y mide la efectividad con que la empresa esta usando sus recurso y esta medida por la generación de liquidez de cierta cuentas especificas con fines de pagar las obligaciones a medida que lleguen los vencimientos.

- Rotación de activos totales: Corresponde a los activos totales sin descontar depreciación y se calcula dividiendo las ventas en los activos totales brutos.(ver anexo)

Bloque de razones de rentabilidad . La aplicación d este bloque da la idea de la efectividad de la administración para tener control sobre los costos y gastos y generar utilidades.. La rentabilidad se encuentra asociada con las ventas, los activos y el capital. Para medir la rentabilidad se analizaron las siguientes razones:

- Margen bruto de ganancias. Es decir la utilidad bruta dividida por las ventas netas. El margen bruto de utilidad para esta empresa es adecuado considerando que es un servicio, que da un margen bruto en el primer año de 66% aumentando en el tiempo del proyecto hasta lograr un nivel del 80%.
- Margen Neto de Ganancia. Este se calcula dividiendo la utilidad neta por las ventas netas. Esta razón nos muestra un margen negativo para el primer año, pero en el segundo año ya muestra una utilidad porcentual positiva del 6% incrementándose año a año en la medida que aumentan las ventas y

disminuyen los gastos financieros logrando al quinto año un nivel de rentabilidad neta del 31 % que es adecuado para las expectativas del proyecto.

Análisis Financiero. La evaluación financiera se hace con el objetivo de conocer el valor del proyecto en el tiempo trasladado a pesos de hoy (V.P.N.), o su expectativa de rentabilidad (TIR), para que los socios inversionistas interesados en él tomen las decisiones pertinentes. (Ver anexo)

Para hacer el análisis financiero presentado en el anexo se tuvo en cuenta lo siguiente:

- Los socios se repartirán anualmente el 60% de la utilidades
- Las cuentas por pagar rotan cada 30 días
- Las cuentas por cobrar rotan cada 45 días
- Los gastos generales de fabricación rotan cada 30 días
- El proyecto es totalmente financiado por los socios

Evaluación social del proyecto. El impacto del proyecto se vera reflejado en la consecución de una mejor calidad de vida para las personas con patologías de tipo crónico agudo que creen dependencia y que limiten la realización de las actividades de la vida diaria. Además con la modalidad de atención estructurada podremos atender un área de influencia mucho más alta, en este caso apuntamos al oriente colombiano principalmente sus 2 santanderes. Así mismo, podremos lograr alianzas estratégicas con diferentes instituciones que tienen un modelo similar de atención en otros países como en cuba, argentina, España, brasil, entre otros.

Los beneficios serán compartidos, el paciente pues obtendrán un entrenamiento y rehabilitación eficaz, la familia al tener un individuo mas independiente, y con una recuperación en poco tiempo, el estado al tener un individuo mas productivo desde el punto de vista laboral y social, los aseguradores pues disminuirán el costo de la atención de este tipo de usuarios y por último la institución pues lograra posesionarse como única en su genero, obteniendo unos beneficio económicos por su labor.

11. CONCLUSIONES

El presente proyecto permite demostrar la viabilidad de crear de un centro de Excelencia en Rehabilitación integral en la ciudad de Bucaramanga ya que el análisis de las diferentes variables tenidas en cuenta (oferta, demanda, costos, competencia) demostró que para los aseguradores y particulares seremos una oportunidad mas económica de atención para la población con las características anteriormente mencionadas, con los mejores resultados en corto tiempo.

El éxito de la empresa dependerá en gran medida de la integralidad e innovación que se mantenga ya que en la ciudad de Bucaramanga no existe un centro especializado en Rehabilitación integral.

El estudio administrativo y legal nos permite definir que la empresa se creara bajo la figura de persona naural conformada por dos socios inversionistas y su planta de personal estará conformada por doce personas entre personal administrativo y personal médico.

En la evaluación del proyecto se encontró que con un VPN = 194 millones la TIR corriente de = 43.1 % La cristalización de este proyecto generara beneficios económicos para los inversionistas además de apoyar los planes gubernamentales de generación empleo y formación técnica que dinamicen el sector comercial de la región.

12. RECOMENDACIONES

- Se recomienda inicialmente atender el mercado de las EPS con necesidades de Centros integrales de rehabilitación.
- Una vez se inicien labores la empresa deberá mantener un alto seguimiento al cumplimiento de su objetivo social procurando mantener y mejorar los estándares de calidad para posicionar su imagen en el mercado y garantizar su permanencia en el tiempo.
- Una optima selección del personal administrativo y de salud garantizara en gran medida el cumplimiento de los requisitos consignados en el manual de funciones y el logro de los objetivos empresariales y del servicio de formación técnica propuestos en el proyecto.

BIBLIOGRAFIA

BAQUERO VILLAMIL, Hernando. Lograr la felicidad de los clientes: Una cuestión de enfoque. Revista vía salud numero 29 2004.

_____. Mercadeo de servicios de salud, Múnera Editores.2004.

CAMACHO MANUEL. La evaluación económica en salud, El tiempo de las mediciones de costo efectividad. Revista vía salud numero 32 2006

CAREN. Instituto cubano argentino de rehabilitación neurológica para el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades neurológicas.

CASTAÑO, Sergio, y otros. Finanzas y Costos, un acercamiento a la gestión financiera de las organizaciones de salud. Editorial Centro de Gestión Hospitalaria. 2005.

CASTAÑO YÉPEZ, Ramón Abel. Centros de excelencia: calidad eficiencia y competitividad para la exportación de servicios. Revista vía salud numero 33 2006.

CIREN. Centro internacional de restauración neurologica
informes@ciren.com.mx

DANE. Datos del año 2005.

DURAN NAFFAH, Alberto, Elementos básicos de la mercadotecnia, 1999

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIONES
KERGULÉN CARLOS ALFONSO, Gestione el mejoramiento de sus procesos
clínicos, Ediciones Alfaomega Colombiana S.A. 2001.

LOPERA UPEGUI ANTONIO JOSÉ. Los grupos relacionados con el
diagnóstico (GRD) como herramienta para la gestión clínica. Revista vía
salud numero 30 2006.

LOWE, Janet. Bill Gates habla opiniones e ideas. Ediciones Deusto. 2006.

Manual guía sobre procedimientos para la rehabilitación e incorporación
laboral de los trabajadores en el sistema general de riesgos profesionales.
2002. ministerio de trabajo y seguridad social.

MAYA M., José M. Sistema único de acreditación en salud: Una nueva
oportunidad para el mejoramiento del sector. Revista vía salud numero 27
2006.

MIRANDA MIRANDA, Juan José. Gestión de proyectos. 4 ed. 2002

Normas Colombianas para la presentación de tesis de grado, Bogotá:
INCONTEC, 1996

NÚÑEZ SAAVEDRA, Carmen Elisa. Estándares de acreditación de
prestadores de servicios de salud de habilitación / rehabilitación. Revista vía
salud numero 31 2006.

ORTIZ ANAYA, Héctor, Análisis financiero aplicado con ajustes por inflación,
décima edición.

PORTER, Michael E, Lideres del Management Estrategia y ventaja competitiva, Ediciones DEUSTO 2006

PORTOCARRERO, Julio. Grupos relacionados por el diagnostico: ¿que son y para que sirven? Revista vía salud numero 30 2006.

Registros mercantiles. Cámara de comercio Bucaramanga.

RESOLUCIÓN NUMERO 5261. Agosto 5 DE 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

SILVA DUARTE, Jorge Enrique. Como iniciar su propio negocio. Editorial Arfo Editores e Impresiones. 2003.

Vanguardia Liberal

Páginas de internet

<http://www.google.com>

<http://www.altavista.com>

<http://www.hotmail.com>

<http://www.camaradirecta.com/indicadores> Santander abril 11 del 2002.
Revista Dinero, junio 8 del 2001 Pág. 66

<http://www.minprotección.gov.co>

<http://www.dinero.com>

<http://www.portafolio.com.co>

<http://www.seis.es/inforsalud2001/cientificas2/albarracin.htm>

ANEXOS

Anexo A. Flujo de Inversiones

El Flujo de las Inversiones está compuesto por los Activos Fijos, los Activos Diferidos y el Capital de Trabajo. Este último debe corresponder al valor inicial que me permita mantener una caja mínima en el primer año, mantener el estado de liquidez acumulado siempre positivo o cero y hacer las compras de stock para comenzar la operación.

Período		0	1	2	3	4	5
Inflación según el período del proyecto (%)		6%	6%	6%	6%	6%	6%
INVERSIÓN:	Flujo No. 1	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
	TOTAL						
Activos fijos:							
Terreno	100.000.000	100.000.000					
Edificio	150.000.000	150.000.000					
Equipo de Computo	5.000.000	5.000.000					
Equipo de oficina	6.000.000	6.000.000					
Muebles y Enseres	10.000.000	10.000.000					
Otras Inversiones	0	0					
Subtotal Activos Fijos	271.000.000	271.000.000	0	0	0	0	0
Activos Diferidos:							
Gastos de Instalación	10.000.000	10.000.000					
Otros G. Preop. (Int.s Preop.)		0					
Subtotal Activos Diferidos	10.000.000	10.000.000	0	0	0	0	0
Subtotal Activos no corrientes	281.000.000	281.000.000	0	0	0	0	0
Acum Activos no corrientes		281.000.000	281.000.000	281.000.000	281.000.000	281.000.000	281.000.000
Capital de Trabajo Inicial	20.000.000	20.000.000					
Ver Nota 1. Infra							
Inversión Total	301.000.000	301.000.000	0	0	0	0	0
Nota 1: Este Cap. de Trabajo debe ser consistente con calculado en el Cuadro de Capital de Trabajo, la Caja mínima requerida y el saldo acumulado del estado de liquidez							

FLUJO ANÁLISIS DE LOS EGRESOS:

ANÁLISIS DE MAT. PRIMAS		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>		0	1	2	3	4	5
Producto No. 1							
Capacidad de Utilización	(%)		40	50	60	90	100
Unid.s Producidas año			480	600	720	1.080	1.200
Costo Unit. Mat.Prima	Pesos		0	0	0	0	0
Total Costo Materia Prima	Pesos		0	0	0	0	0

ANÁLISIS DE M. DE OBRA		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Producto No. 1							
Capacidad de Utilización	(%)		40	50	60	90	100
Unid.s Producidas año			480	600	720	1.080	1.200
Costo Unit. M. de O.	Pesos		118.750	100.700	88.952	62.859	59.968
Total Costo M. de O.	Pesos		57.000.000	60.420.000	64.045.200	67.887.912	71.961.186

ANÁLISIS DE GASTOS GENERALES DE FABRICACIÓN		2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Producto No. 1						
Capacidad de Utilización	(%)	40	50	60	90	100
Unid.s Producidas año		480	600	720	1.080	1.200
Costo Unit. Costos Ind. de Fab.	Pesos	0	0	0	0	0
Total Costos Ind. de Fab.	Pesos	0	0	0	0	0

ANÁLISIS DE OTROS EGRESOS	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Gastos Generales de Admón	95.660.000	101.879.600	108.510.776	115.581.295	123.120.834
Gastos Generales de Ventas					
Gastos Generales de Distrib.					
Gastos de Mtto y Seguros	0	0	0	0	0
Otros Gastos Fijos	0	0	0	0	0
Subtotal Otros Gastos	95.660.000	101.879.600	108.510.776	115.581.295	123.120.834

DEPREC & AMORT					
Período>>>	1	2	3	4	5
Terreno					
Edificios	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000	7.500.000
Equipo de computo	1.666.666	1.666.666	1.666.666	0	0
Equipo de Oficina	600.000	600.000	600.000	600.000	600.000
Muebles y Enseres	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Otras Inversiones					
Subtotal Deprec. Activos Fijos	10.766.666	10.766.666	10.766.666	9.100.000	9.100.000
Amortiz. Gastos Preoperativos	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Capital de Trabajo					
Total Deprec & Amortiz	12.766.666	12.766.666	12.766.666	11.100.000	11.100.000
Acumulada Deprec & Amort	12.766.666	25.533.332	38.299.998	49.399.998	60.499.998

FLUJO ANÁLISIS DE LOS INGRESOS:

		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>		0	1	2	3	4	5
Producto No. 1							
Capacidad de Utilización	(%)		40	50	60	90	100
Unids Producidas/Vendidas	Un.		480	600	720	1.080	1.200
Precio Unitario	Pesos		500.000	530.000	561.800	595.508	631.238
			240.000.00	318.000.00	404.496.00	643.148.64	757.486.17
Valor Ventas	Pesos		0	0	0	0	6

FLUJO ESTRUCTURA FINANCIERA:

		0	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>			0	1	2	3	4	5
Préstamos M.Plazo	0	0						
Otros Préstamos	0							
Subsidios	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal	0	0	0	0	0	0	0	0
Capital Social	301.000.000	301.000.000	0	0	0	0	0	0
ACUM. CAPITAL SOCIAL		301.000.000	310.000.000	301.000.000	301.000.000	301.000.000	301.000.000	301.000.000
Total Fuentes	301.000.000	301.000.000	0	0	0	0	0	0

FLUJO SERVICIO DE LA DEUDA

	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>	0	1	2	3	4	5
Prestamos M.Plazo	0					
M.Plazo: Total Abonos a capital	0	0	0	0	0	0
Saldo Insoluto	0	0	0	0	0	0
Intereses	0	0	0	0	0	0
Otros Préstamos	0					
Otros: Total abonos a capital	0					
Saldo Insoluto	0					
Intereses	0					
Total reembolso (abonos a cap)	0	0	0	0	0	0
Total balance (prestamos)	0	0	0	0	0	0
Total interés	0	0	0	0	0	0

ESTADO DE RESULTADOS

	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Item	0	1	2	3	4	5
Período>>>						
Capacidad de Utilización (%)		40	50	60	90	100
TOTAL VENTAS		240.000.000	318.000.000	404.496.000	643.148.640	757.486.176
COSTOS DIRECTOS DE PROD.		57.000.000	60.420.000	64.045.200	67.887.912	71.961.186
Materia Prima		0	0	0	0	0
Mano de Obra		57.000.000	60.420.000	64.045.200	67.887.912	71.961.186
Costos Ind. de Fabricación		0	0	0	0	0
MARGEN BRUTO DE VENTAS		183.000.000	257.580.000	340.450.800	575.260.728	685.524.990
COSTOS INDIRECTOS						
Gastos de Admón, Ventas, etc.		95.660.000	101.879.600	108.510.776	115.581.295	123.120.834
DEPREC. & AMORT.		12.766.666	12.766.666	12.766.666	11.100.000	11.100.000
UTIL. OPERACIÓN (UAI)		74.573.334	142.933.734	219.173.358	448.579.433	551.304.156
OTROS INGR. (Vr. Residual gravable)						
INTERESES OPERACIONALES		0	0	0	0	0
UTIL. ANTES DE IMP. (UAI)		74.573.334	142.933.734	219.173.358	448.579.433	551.304.156
IMPUESTOS						
(%)	35,0	26.100.667	50.026.807	76.710.675	157.002.802	192.956.455
UTILIDAD NETA		48.472.667	92.906.927	142.462.683	291.576.631	358.347.701
DIVIDENDOS		29.083.600	55.744.156	85.477.610	174.945.979	215.008.621
GCIAS NO DISTRIBUIDAS		19.389.067	37.162.771	56.985.073	116.630.653	143.339.081

** Valor Residual gravable por ser superior al valor en libros. El valor no gravable lo registramos como Fuente en el Estado de Liquidez. La ganancia ocasional es gravable con el 35%.

*** Base tributaria negativa no paga impuestos. En tal caso el impuesto se calcula sobre el patrimonio líquido. Ver Estatuto Tributario

ANÁLISIS DEL CAPITAL DE TRABAJO. SALDO DE EFECTIVO REQUERIDO EN CAJA

Item	Período>>>	Días de Cobertura	Coeficiente de Renov.	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
				0	1	2	3	4	5
Mano de Obra		30	12	3.800.000	4.750.000	5.035.000	5.337.100	5.657.326	5.996.766
CIF		0	0	0	0	0	0	0	0
Gastos Generales de Admón		30	12	6.377.333	7.971.667	8.489.967	9.042.565	9.631.775	10.260.070
Gastos Generales de Ventas		0	0	0	0	0	0	0	0
Gastos Generales de Distrib.		0	0	0	0	0	0	0	0
Saldo efectivo requerido en caja				10.177.333	12.721.667	13.524.967	14.379.665	15.289.101	16.256.835
Incremento saldo efectivo req.				10.177.333	2.544.333	803.300	854.698	909.436	967.734

CALCULO DEL CAPITAL DE TRABAJO

Item	Período>>>	Días de Cobertura	Coeficiente de Renov.	0	1	2	3	4	5
1. ACTIVO CORRIENTE									
1.1 CAJA (Saldo efect. requer.)				10.177.333	12.721.667	13.524.967	14.379.665	15.289.101	16.256.835
1.2 CxC		45	8	12.000.000	15.000.000	19.875.000	25.281.000	40.196.790	47.342.886
1.3 EXISTENCIAS									
Materias Primas		0	0	0	0	0	0	0	0
Productos en Proceso		0	0	0	0	0	0	0	0
Productos Terminados		0	0	0	0	0	0	0	0
TTL ACTIVO CORRIENTE				22.177.333	27.721.667	33.399.967	39.660.665	55.485.891	63.599.721
2. PASIVO CORRIENTE									
2.1 CxP (mano de obra)		30	12	3.800.000	4.750.000	5.035.000	5.337.100	5.657.326	5.996.766
2.2 Otras CxP									
TTL PASIVO CORRIENTE				3.800.000	4.750.000	5.035.000	5.337.100	5.657.326	5.996.766
3. CAPITAL DE TRABAJO	(inic>>>		80%	18.377.333	22.971.667	28.364.967	34.323.565	49.828.565	57.602.956
4. INC/DECR C. DE T.				18.377.333	4.594.333	5.393.300	5.958.598	15.505.000	7.774.391

FLUJO DE CAJA: ESTADO DE LIQUIDEZ - MOD. 2

	2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>	0	1	2	3	4	5
Capacidad de Utilización (%)		40	50	60	90	100
FUENTES	301.000.000	87.340.000	155.700.400	231.940.024	459.679.433	562.404.156
Utilidad Operacional (UAI)	0	74.573.334	142.933.734	219.173.358	448.579.433	551.304.156
Depreciación& amort	0	12.766.666	12.766.666	12.766.666	11.100.000	11.100.000
Préstamos	0	0	0	0	0	0
Capital Social	301.000.000	0	0	0	0	0
Valor Residual (desinversiones)***						
USOS	301.000.000	59.778.600	111.164.263	168.146.883	347.453.780	415.739.466
Inversiones en Act. no corrientes	301.000.000	0	0	0	0	0
Variación en Capital de Trabajo	0	4.594.333	5.393.300	5.958.598	15.505.000	7.774.391
Servicio de la Deuda	0					
Intereses	0	0	0	0	0	0
Abonos a Capital	0	0	0	0	0	0
Impuestos	0	26.100.667	50.026.807	76.710.675	157.002.802	192.956.455
Dividendos	0	29.083.600	55.744.156	85.477.610	174.945.979	215.008.621
EXCESO/DEFICIT	0	27.561.400	44.536.137	63.793.141	112.225.653	146.664.690
CAJA FINAL:						
ACUM. Saldo efect. (Exc/defic)	0	27.561.400	72.097.536	135.890.677	248.116.330	394.781.020
Saldo efect. req. en caja	10.177.333	12.721.667	13.524.967	14.379.665	15.289.101	16.256.835
BALANCE CAJA FINAL	10.177.333	40.283.066	85.622.503	150.270.342	263.405.431	411.037.855
OTRA PRESENTACIÓN:						
CAJA INICIAL	0	10.177.333	40.283.066	85.622.503	150.270.342	263.405.431
INC. Mínima requerida	10.177.333	2.544.333	803.300	854.698	909.436	967.734
Exceso/Deficit	0	27.561.400	44.536.137	63.793.141	112.225.653	146.664.690
BALANCE CAJA FINAL	10.177.333	40.283.066	85.622.503	150.270.342	263.405.431	411.037.855

* Nota: Debe ser cero o mayor (positivo). Dentro del diseño del software si es positivo va a caja y si es negativo debe obtenerse un préstamo de corto plazo para equilibrar. ** Si caja final es negativa debe compensarse con crédito de corto plazo

		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>		0	1	2	3	4	5
Capacidad de Utilización (%)			40	50	60	90	100
ACTIVOS							
1. ACTIVO CORRIENTE							
1.1 CAJA: FINAL	0	10.177.333	40.283.066	85.622.503	150.270.342	263.405.431	411.037.855
1.2 CxC	8	12.000.000	15.000.000	19.875.000	25.281.000	40.196.790	47.342.886
1.3 EXISTENCIAS	0						
Materias Primas	0	0	0	0	0	0	0
Productos en Proceso	0	0	0	0	0	0	0
Productos Terminados	0	0	0	0	0	0	0
TTL ACTIVO CORRIENTE	0	22.177.333	55.283.066	105.497.503	175.551.342	303.602.221	458.380.741
ACTIVOS NO CORRIENTES							
ACUM. INV. ACTIVOS NO CORR.		281.000.000	281.000.000	281.000.000	281.000.000	281.000.000	281.000.000
ACUM. DEPRECIACIÓN		0	-12.766.666	-25.533.332	-38.299.998	-49.399.998	-60.499.998
ACTIVOS NO CORRIENTES NETOS		281.000.000	268.233.334	255.466.668	242.700.002	231.600.002	220.500.002
TTL ACTIVOS		303.177.333	323.516.400	360.964.171	418.251.344	535.202.223	678.880.743
PASIVOS							
2. PASIVO CORRIENTE							
2.1 CxP (mano de obra)	12	3.800.000	4.750.000	5.035.000	5.337.100	5.657.326	5.996.766
2.2 Otras CxP	0	0	0	0	0	0	0
2.3 Prestamo C. Plazo (Déficit de caja)							
TTL PASIVO CORRIENTE		3.800.000	4.750.000	5.035.000	5.337.100	5.657.326	5.996.766
PRESTAMOS M&L.Plazo		0	0	0	0	0	0
TTL PASIVO		3.800.000	4.750.000	5.035.000	5.337.100	5.657.326	5.996.766
ACUM. CAPITAL SOCIAL (Equity)		301.000.000	301.000.000	301.000.000	301.000.000	301.000.000	301.000.000
RESERVAS		0	0	19.389.067	56.551.838	113.536.911	230.167.563
GCIAS NO DISTRIBUIDAS		0	19.389.067	37.162.771	56.985.073	116.630.653	143.339.081
TTL PATRIMONIO		301.000.000	320.389.067	357.551.838	414.536.911	531.167.563	674.506.644
TTL PASIVO+PATRIMONIO		304.800.000	325.139.067	362.586.838	419.874.011	536.824.889	680.503.409

FLUJO DE CAJA DEL INVERSIONISTA		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>		0	1	2	3	4	5
EXCESO/DEFICIT		0	27.561.400	44.536.137	63.793.141	112.225.653	146.664.690
Dividendos		0	29.083.600	55.744.156	85.477.610	174.945.979	215.008.621
Capital Social		-301.000.000	0	0	0	0	0
FLUJO DE CAJA DEL INV.		-301.000.000	56.645.000	100.280.293	149.270.751	287.171.632	361.673.310
Costo de Oportunidad	24,5% (==>supuesto)						
VPN (i) del Inversionista							202.128.274
TIR del Inversionista	43,1%						

FLUJO DE CAJA DEL PROYECTO		2.006	2.007	2.008	2.009	2.010	2.011
Período>>>		0	1	2	3	4	5
FLUJO DE CAJA DEL INV.		301.000.000	56.645.000	100.280.293	149.270.751	287.171.632	361.673.310
Préstamos		0	0	0	0	0	0
Intereses		0	0	0	0	0	0
Abonos a Capital		0	0	0	0	0	0
Ingresos por Beneficios Tributarios			0	0	0	0	0
FLUJO DE CAJA DEL PROY.		301.000.000	56.645.000	100.280.293	149.270.751	287.171.632	361.673.310
Costo de Capital	25,0% (==>supuesto)						
VPN(i) del Proyecto							193.963.644
TIR del Proyecto	43,1%						