

**PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UNA FUNDACIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD EN NEUROREHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA
CIUDAD DE POPAYÁN, PERIODO 2007.**

**CRISTINA LUNA ORDOÑEZ
MELISSA MAYA SANCHEZ
MAURICIO MONTILLA CARDONA
MAIRA LILIANA RAMIREZ PEREZ
ROOSEVELT ADRADA MUÑOZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA
POPAYAN
2007.**

**PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UNA FUNDACIÓN PRESTADORA DE
SERVICIOS DE SALUD EN NEUROREHABILITACIÓN INTEGRAL EN LA
CIUDAD DE POPAYÁN, PERIODO 2007.**

**CRISTINA LUNA ORDOÑEZ
MELISSA MAYA SANCHEZ
MAURICIO MONTILLA CARDONA
MAIRA LILIANA RAMIREZ PEREZ
ROOSEVELT ADRADA MUÑOZ**

**Monografía para optar al título de
Especialista en Administración Hospitalaria**

**Asesor
Dr. Álvaro Narváez
Medico- Especialista en administración Hospitalaria**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POSTGRADO EN ADMINISTRACION HOSPITALARIA
POPAYAN
2007.**

Nota de Aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, 9 de enero de 2007.

**A mi esposo Uriel y
a mis hijos Santiago y Daniel
quienes son la razón de mi vivir,
a mis padres que no pudieron
compartir conmigo este triunfo.**

Maira

**A mi Dios quien es mi guía y mi fuerza,
A mi Esposa Alexandra y mis hijos
Jorge Alberto y Juan Camilo quienes,
han sacrificado el tiempo que
compartimos para permitir culminar
este trabajo que es tan suyo como mío.**

Roosevelt

**A mis padres por hacer de mi lo que soy,
a mi familia por su apoyo infinito
y a Dios por sus grandes bendiciones.**

Cristina

**A mis padres por el cariño y la fe
que han depositado en mi,
a mi hermano por acompañarme en mis triunfos,
y a Dios por hacer de este sueño una realidad.**

Melissa

**A mis padres por su apoyo en cada uno de mis triunfos,
a mi familia por acompañarme en este logro
y a Dios por ser el soporte de mi vida.**

Mauricio

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2 DELIMITACION DEL PROBLEMA.....	10
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA.....	10
2. JUSTIFICACION.....	11
3. OBJETIVOS.....	12
3.1 OBJETIVO GENERAL.....	12
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
4. PROPOSITO.....	13
5. MARCO TEORICO.....	14
5.1 ASPECTOS LEGALES.....	15

5.2 ASPECTOS DE ADMINISTRACION Y PLANEACION ESTRATEGICA	25
5.3 EVALUACION ECONOMICA.....	30
6. METODOLOGIA.....	34
6.1 TIPO DE ESTUDIO.....	34
6.2. FUENTE DE DATOS.....	34
7. POBLACION O UNIVERSO.....	34
7.1 MUESTRA.....	35
8. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	36
9. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	37
10. ANALISIS DE LOS RESULTADOS.....	37
11. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	38
12. DISEÑO DEL CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN INTEGRAL	53
13. ANALISIS DE LOS DATOS.....	90
14. CONCLUSIONES.....	98
15. RECOMENDACIONES.....	100

16. PLAN DE ACCION.....	101
17. BIBLIOGRAFIA.....	103
18. ANEXOS.....	105

LISTA DE FIGURAS

	pág.
Figura 1 Tipo de afiliación.....	39
Figura 2 Hospital Susana López Vs. Grupo Poblacional.....	40
Figura 3. Clínica la estancia Vs. Grupo poblacional.....	41
Figura 4. Hospital San José Vs. Grupo poblacional.....	42
Figura 5. Eficacia del servicio prestado en la IPS.....	43
Figura 6. Calidad en el servicio prestado por la IPS.....	44
Figura 7. Oportunidad en el servicio.....	45
Figura 8. Calidez humana del servicio	46
Figura 9. Requisitos importantes que debe cumplir la IPS.....	47
Figura 10. Porcentaje de paciente que reciben servicios de Neurorehabilitación.....	48
Figura 11. Importancia para el usuario recibir todas las terapias en una misma institución con visión integral y no por separado.....	49
Figura 12. Usuarios que conocen IPS de Neurorehabilitación.....	50
Figura 13. Calificación de 1 a 5 de la IPS que lo atiende.....	51
Figura 14. Conducta del usuario cuando no recibe buena atención por parte de su IPS.....	52
Figura 15. Estructura Orgánica.....	59
Figura 16. Flujo de fondos.....	84

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1 Tipo de afiliación.....	39
Tabla 2 Hospital Susana López Vs. Grupo Poblacional.....	40
Tabla 3. Clínica la estancia Vs. Grupo poblacional.....	41
Tabla 4. Hospital San José Vs. Grupo poblacional.....	42
Tabla 5. Eficacia del servicio prestado en la IPS.....	43
Tabla 6. Calidad en el servicio prestado por la IPS.....	44
Tabla 7. Oportunidad en el servicio.....	45
Tabla 8. Calidez humana del servicio	46
Tabla 9. Requisitos importantes que debe cumplir la IPS.....	47
Tabla 10. Porcentaje de paciente que reciben servicios de Neurorehabilitacion.....	48
Tabla 11. Importancia para el usuario recibir todas las terapias en una misma institución con visión integral y no por separado.....	49
Tabla 12. Usuarios que conocen IPS de Neurorehabilitacion.....	50
Tabla 13. Calificación de 1 a 5 de la IPS que lo atiende.....	51
Tabla 14. Conducta del usuario cuando no recibe buena atención por parte de su IPS.....	52

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Inversión en muebles y equipos de oficina.....	66
Cuadro 2. Inversión en equipo medico.....	68
Cuadro 3. Costo de operación anual.....	70
Cuadro 4. Remuneración al personal administrativo y asistencial.....	71
Cuadro 5. Provisiones.....	71
Cuadro 6. Inversión en capital de trabajo.....	73
Cuadro 7. Programa de inversiones.....	73
Cuadro 8. Tipo de afiliación en el Cauca según el DANE.....	76
Cuadro 9. Proyección de costos.....	76
Cuadro 10. Proyección de ingresos.	78
Cuadro 11. Estado de Resultados Proyectados.....	78
Cuadro 12. Balance general proyectado.....	79
Cuadro 13. Flujo neto de inversiones.....	80
Cuadro 14. Flujo neto de operación.....	81
Cuadro 15. Flujo financiero.....	82
Cuadro 16. Flujo de fondos para el inversionista.....	82
Cuadro 17. Punto de equilibrio.....	84
Cuadro 18. Valor presente neto.....	86
Cuadro 19. Relación costo beneficio.....	87

INTRODUCCION

Con la iniciativa de un grupo de profesionales de formar una nueva empresa, que responda a las necesidades de servicios en salud insatisfechos en el mercado, además de buscar el desarrollo profesional e ingresos para los miembros de la organización, se presenta la siguiente propuesta para la creación de una fundación prestadora de servicios de Nuerorehabilitqacion integral que aborde de manera interdisciplinaria y no aislada las diferentes alteraciones psíquicas, físicas y sensoriales secundarias a una lesión neurológica periférica y/o central.

La propuesta contiene un diseño de la plataforma filosófica (misión, visión, principios corporativos) y la plataforma estratégica.

Igualmente se define el portafolio de servicios, los procesos de atención, la estructura orgánica y funcional de la empresa.

Además Identifica los recursos físicos, financieros y recurso humano para funcionamiento inicial de la organización a partir de una evaluación económica de Institución

Al final se presentan unas conclusiones y recomendaciones para materialización de la propuesta.

Con esfuerzo realizado esperamos que sea un granito de arena para iniciar la Fundación y ayude a mejorar el bienestar de los discapacitados del Departamento del Cauca

2. JUSTIFICACION

Según encuestas del DANE 2005, alrededor de 23.993 personas en el departamento del Cauca presentan algún tipo de discapacidad: física, mental, auditiva, visual, del lenguaje, de conducta, entre otras, un porcentaje alto de estas alteraciones tiene origen neurológico, este tipo de enfermedad genera siempre cambios en la calidad de vida de quien lo padece, genera un impacto en un sentido psicosocial amplio; por ello, el tratamiento demanda siempre de un abordaje interdisciplinario, cuyo sistema genere la comunicación e interacción constante entre los distintos especialistas que abordan la problemática del paciente, de modo tal que el resultado sea algo más, que la simple suma de tratamientos y terapias aisladas.

Por lo anterior, se hace necesario elaborar una propuesta para la creación de una Fundación Prestadora de Servicios de neurorehabilitación, que brinde servicios médicos y terapéuticos integrales, con calidad, eficiencia, humanización y productividad, que repercutan en un impacto positivo sobre la salud, la rehabilitación y la integración social, escolar y laboral de la población neurológicamente afectada del departamento del Cauca.

La integración a una sociedad productiva genera en la persona discapacitada condiciones de independencia, autonomía y sostenibilidad económica, de igual forma favorece el desarrollo afectivo, y mejora su autoestima.

Además de generar rentabilidad social, la fundación genera beneficios económicos al personal que integra la organización, por ser fuente potencial de empleo.

El carácter de fundación permite el fortalecimiento de la empresa porque las utilidades generadas serán invertidas para la misma organización, y desde el punto de vista tributario la fundación será exenta de impuestos.

3. OBJETIVOS.

3.1 OBJETIVO GENERAL

Elaborar una propuesta para la creación de fundación prestadora de servicios de salud en neurorehabilitación en la ciudad de Popayán.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

3.2.1 Diseñar naturaleza jurídica, plataforma filosófica, estratégica, portafolio de servicios, procesos de atención, estructura orgánica y funcional de la empresa.

3.2.2 Identificar recursos físicos, financieros y recurso humano para funcionamiento inicial de organización.

3.2.3 Realizar una evaluación económica de Institución.

4. PROPOSITO

El propósito es realizar una propuesta para la creación de una empresa prestadora de servicios de salud de neurorehabilitación integral, que mejore la calidad y la complementariedad de las diferentes disciplinas implicadas, para que las personas con neurodiscapacidad se integren de la mejor manera a la sociedad y productividad mejorando su calidad de vida.

5. MARCO TEORICO

5.1 ASPECTOS LEGALES

La Ley 10 de enero de 1990 reorganizó el Sistema Nacional de Salud resaltándose el hecho de haber ordenado la descentralización de la administración de los servicios de salud, responsabilizando a los municipios de la dirección y la prestación de los servicios del primer nivel, ordenó la creación de un organismo de Dirección del Sistema Local de Salud y definió requisitos para que un municipio asuma la Dirección Local de Salud y refinanció ampliamente el sector. En esta ley se declararon los servicios de salud como públicos, de obligatoria prestación por parte del estado e intervenida por este en los controles técnicos, sus tarifas cuando se pagan con dineros públicos y en el control de los factores que entrañan riesgos para la salud. La atención de urgencias se estableció como obligatoria para todas las clínicas y hospitales públicos o privados independientemente de la situación económica del usuario, se definió además la gratuidad de la atención básica.

Posteriormente La Constitución Política de Colombia de 1991 establece en sus artículos 48, 49 y 311 que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, se garantiza a todos los colombianos el acceso a todos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, se establece que los servicios deben organizarse en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad, la atención básica será gratuita y obligatoria, la seguridad social es un derecho irrenunciable que debe ser prestada por el estado, el municipio

deberá prestar los servicios, construir obras, ordenar el desarrollo y promover la participación comunitaria, el mejoramiento social y cultural de la población.

En desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política La Ley 100 de 1993 crea el Sistema Nacional de Seguridad Social y establece sus normas básicas de funcionamiento reformando el Sistema de Salud existente. Busca una cobertura integral y universal en salud, prestaciones económicas y servicios sociales complementarios. Seguidamente la ley 60 del 1993 por la cual se dictan normas orgánicas sobre distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones, determina los criterios y montos para la asignación de los Ingresos Corrientes de la Nación (I.C.N.), dicta normas para la distribución del situado fiscal, establece criterios para la certificación de los municipios como descentralizados, establece las competencias y los recursos para el desarrollo de los sectores sociales de los Departamentos y Municipios y crea el fondo para cubrir el pasivo prestacional del sector salud.

Se define entonces “La Seguridad Social Integral como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos del cual dispone la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” ¹. Se establece

¹ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Preámbulo.

además que “Corresponde como obligación del estado y la sociedad, el garantizar la asignación de los recursos necesarios para brindar una adecuada cobertura en prestaciones económicas, servicios de salud, protección para riesgos profesionales y acceso a servicios complementarios en salud, para todos y cada uno de los habitantes de su territorio”².

Las características del Sistema General de Seguridad Social son sus principios y la Integración funcional de actores. Como principios la norma define los siguientes: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación social.

Es importante reconocer La integración funcional de los siguientes actores: Organismos de Dirección, Vigilancia y Control: Ministerio de Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (C.N.S.S.S), La Superintendencia Nacional de Salud (S.N.S.), Direcciones Seccionales y Locales de Salud.

Los organismos de Administración y Financiación: empresas Promotoras de Salud (E.P.S.), Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y Direcciones Seccionales y Locales de Salud, quienes recaudan, afilian y contratan los planes de beneficios, vigilan y controlan. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - I.P.S. Empleadores y empleados y sus organizaciones, Trabajadores independientes y las comunidades beneficiarias.

² COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Artículo 1º , inciso 2º.

La reforma del Sistema de Salud posee una relación directa con la garantía de los derechos humanos que el estado debe proveer a los ciudadanos, fundamentalmente lo relacionado con una vida digna y el derecho a la salud. De igual manera, esta reforma no podría desconocer las macro tendencias universales relacionadas con la modernización del Estado, la descentralización administrativa y fiscal, la lucha contra la pobreza, los estímulos al sector privado y el aumento de las coberturas en la prestación de los servicios de salud, siempre en la búsqueda de una mejor condición de vida para gran parte de la población.

Se puede afirmar que la reforma, obedece a razones sociales, éticas, políticas y económicas. Sociales, por que busca aumentar la cobertura y calidad de los servicios y por lo tanto mejorar las condiciones de salud (bienestar) de la población, éticas, como una responsabilidad constitucional y moral del Estado, política garantizando el acceso eficiente, eficaz y equitativo de la población a los servicios de salud, con el fin de evitar la desintegración social; y económica para garantizar la productividad de personas sanas. “Uno de los objetivos del Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia es crear condiciones para que toda la población pueda acceder a los servicios de salud, en todos los niveles de atención, en este marco el Sistema dio el nombre de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (I.P.S.) a todas las entidades que prestan servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios, bien sean oficiales, privadas, mixtas, comunitarias o solidarias”³

³ COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100 de 1993. Artículo 185 , inciso 1º.

Dentro del Régimen de Seguridad Social en Salud están establecidos los Planes de Beneficios a los cuales tienen derecho los afiliados, estos constituyen la oferta de servicios por parte de las aseguradoras.

“El Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo (POS): es el conjunto de atención en salud y reconocimientos económicos al que tiene derecho en caso de necesitarlos, todo afiliado al régimen contributivo y el mismo conjunto de servicios al que está obligada a garantizar a sus afiliados toda Entidad Promotora de Salud autorizada para operar en el Sistema. Sus contenidos están definidos en el presente decreto y su forma de prestación normalizada y regulada por los manuales de procedimientos y guías de atención integral que expida el Ministerio de Protección Social”.⁴

Las actividades y procedimientos están definidos en la Resolución 5261 del 5 de Agosto de 1994 también denominada el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (MAPIPOS). En términos generales incluye todas aquellas actividades, procedimientos, intervenciones y guías de atención que tengan por objeto contribuir con el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, excluyendo aquellos que se consideren como cosméticos, estéticos o suntuarios.

La atención será prestada en los 4 niveles de atención incluyendo la atención de las enfermedades ruinosas o catastróficas (Cáncer, SIDA, enfermedades del corazón, transplante renal, cirugía del sistema nervioso central, trauma mayor, etc.) y el suministro de medicamentos esenciales. Las actividades de promoción y

⁴ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social . Decreto número 1938 del 5 de Agosto de 1994

prevención son de obligatorio cumplimiento por parte de las empresas aseguradoras de acuerdo a lo establecido en la Resolución 3997 del 30 de Octubre de 1996.

A este plan tienen derechos todas las personas afiliadas al régimen contributivo y su familia. La ley 100 estableció como obligatoria la afiliación de todos los trabajadores tanto del sector público como privado y los trabajadores independientes; sin embargo el nivel de evasión se considera alto sobre todo en los trabajadores independientes, en los trabajadores temporales y del sector informal.

“Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POSS): comprende los servicios, procedimientos y suministros que el Sistema de Seguridad Social en Salud garantiza a las personas aseguradas con el propósito de mantener y recuperar su salud”⁵ Constituye una modalidad transitoria del plan obligatorio de salud que se brindará a los afiliados al régimen subsidiado mientras la unidad de pago por capitación se iguala a la del régimen contributivo y existen las condiciones en el Sistema para brindar estos planes en forma igualitaria.

Además de lo anterior se debe tener en cuenta la siguiente normatividad esencial para la creación de la Institución Prestadora de Servicios de Salud: el Decreto 2309 de 2002, por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La resolución no. 5261 agosto 5 de 1994, Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el

⁵ COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo número 72 del 29 de Agosto de 1997.

Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Decreto 2423 del 31 de diciembre de 1996, Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones. La ley N° 1678 - de la persona con discapacidad - del 15 de diciembre de 1995, La presente ley regula los derechos, deberes y garantías de las personas con discapacidad, estantes y habitantes en el territorio de la República. Tiene la finalidad normar los procesos destinados a la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de las personas discapacitadas, así como su incorporación a los regímenes de trabajo, educación, salud y seguridad social, con seguros de corto y largo plazos. Las normas y disposiciones contenidas en esta ley son de orden público y social, su aplicación es Imperativa, los organismos del sector público, privado y mixto que tengan relación con la presente ley, se encuentran sujetos a su ámbito de aplicación y cumplimiento.

Además dice que las personas con discapacidad deben gozar de los derechos y garantías reconocidas por la Constitución Política del Estado, otras disposiciones legales y de los beneficios de la presente ley, los derechos y beneficios reconocidos en favor de las personas discapacitadas son irrenunciables, como por ejemplo la persona que requiera de rehabilitación integral de acuerdo a su edad cronológica y a sus aptitudes, deberá ingresar a establecimientos especializados para recibir atención adecuada, en caso necesario recurrirá a las Oficinas de Asistencia Social del Estado, para realizar los trámites de admisión pertinentes. También obliga a los padres y tutores de personas con discapacidad a prestarles la atención y el cuidado necesarios, lo mismo qué, procurar los medios adecuados para su mejor rehabilitación. Esta ley avalúa, controla y supervisa la ejecución de planes, programas y proyectos en materia de discapacidad, Promueve y recomienda la creación de instituciones de rehabilitación y/o habilitación y el

mejoramiento de las existentes, las cuales deberán contar con los profesionales y técnicos de reconocida idoneidad para la atención de la persona con discapacidad de acuerdo a los avances científicos de esta especialidad, estimular la fabricación, importación y uso de equipos, instrumentos y elementos de ayuda bio-mecánica en rehabilitación.

De acuerdo al documento Conpes 80 de julio de 2004, donde se trazan los lineamientos de la política pública nacional de discapacidad, “la evidencia existente muestra que en la prestación de los servicios de rehabilitación el 50% de la población acude a los establecimientos públicos y el 37% a instituciones privadas”

A su vez, la Red de Solidaridad Social a través de sus programas de suministros de sillas de ruedas, audífonos y los dirigidos a Adulto Mayor benefició a 2.037 personas entre 1999 y 2002, con una inversión de \$694.9 millones. Por su parte el ICBF, desarrolla acciones a través de los programas de protección a la niñez y a la familia con derechos vulnerados (hogares sustitutos, seminternado, externado, psiquiátricos, atención institucional y a niños y niñas sordas)⁶.

De otra parte, no se tiene información adecuada para valorar las necesidades en cuanto a oferta de servicios de habilitación y rehabilitación ni sobre sus características y ubicación, en relación con la demanda potencial y atención oportuna. Ante la falta de dimensionamiento de la oferta pública y privada, la experiencia, aunque aislada, sugiere que estrategias de rehabilitación con base comunitaria (RBC), podrían tener resultados exitosos en la medida en que pueden

⁶ En 2000 el ICBF atendió 7.093 personas; en 2001, 6619; y 2002, 9015.

contribuir a visualizar el problema en el colectivo, estimulando la solidaridad, introduciendo cambios en su imaginario y en sus actitudes frente a la discapacidad, creando condiciones sociales y económicas para que las familias en situación de discapacidad puedan tomar mayores riesgos y así poder tener mayores oportunidades, y posiblemente, a menores costos.⁷

El Ministerio de Salud y actual Ministerio de la Protección Social, durante las vigencias 1999 - 2003, ha invertido un total de \$12.454 millones de pesos del Presupuesto General de la Nación, con el fin de apoyar acciones encaminadas al mejoramiento de los servicios de rehabilitación para la población con discapacidad, de los niveles 1 y 2 del SISBEN no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, o que estando afiliada al régimen subsidiado de salud tiene exclusiones en el Plan de Beneficios para su rehabilitación funcional.

Dichos recursos han sido asignados a las Secretarías de Salud Departamentales, municipales y distritales (cinco grandes ciudades del país), así como a 14 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Los proyectos ejecutados por las Secretarías de Salud han desarrollado actividades para: i) fortalecer las Redes de Apoyo a la Discapacidad, ii) conformar los Bancos de Ayudas Técnicas, iii) acondicionar y mejorar el acceso físico en instituciones que prestan servicios de rehabilitación, y iv) implementar proyectos de Rehabilitación con Base Comunitaria, RBC. Los recursos asignados a los hospitales tuvieron como finalidad fortalecer las Unidades de rehabilitación, a través de la dotación de equipos y elementos necesarios para una mejor prestación de los servicios.

⁷ Comité Regional de Rehabilitación de Antioquia. Informe Social 2002. El Ministerio de Salud promovía procesos de RBC antes de 1990. El ICBF avanza en formas de rehabilitación en medio social comunitario. El programa de la Secretaría de Salud del Distrito tiene interesantes logros para mostrar en comunidad, especialmente en apoyo a cuidadores.

La política pública nacional de discapacidad se enmarca en el contexto de la protección y el manejo social del riesgo. Por tanto, contempla estrategias para que las personas, las familias, las organizaciones no gubernamentales, el Estado, la sociedad y sus instituciones, puedan prevenir el riesgo, mitigar y superar la materialización del mismo, como también reducir la vulnerabilidad a la discapacidad, protegiendo el bienestar de la población y su capital humano. Para ello, bajo un marco de corresponsabilidad, es necesario identificar los riesgos, diseñar e implementar intervenciones para evitar la discriminación y exclusión social.

El derecho colombiano no ha sido ajeno a la preocupación mundial por equiparar los derechos de las personas en condición de discapacidad. El tema de la discapacidad se trata en el derecho civil, en el Código del Menor, en el derecho penal, en la legislación laboral y de la seguridad social. Respecto a la educación, y para efectos de accesibilidad, es objeto de las leyes 12 de 1987, 105 de 1993, y 361 de 1997.

En particular, la Ley 115 de 1994 define los derechos de los discapacitados para acceder a la educación. El decreto 2082 de 1996 reglamenta la atención educativa de personas con limitaciones, o con capacidades o talentos excepcionales. En el Código Civil, es abordada en los artículos 73, 74, 422, 428, 1503, 1504, 1505. En materia penal, tiene tratamiento en el Código Penal (arts. 31, 66 y 64), en el decreto 100 de 1980 (arts. 93 a 102).

Por su parte, el decreto 2358 de 1981 creó el Sistema Nacional de Rehabilitación. Mediante la resolución 14861 del 4 de octubre de 1985, el Ministerio de Salud dictó normas para la protección, seguridad, salud y bienestar ambiental de las

personas en general y en especial de las que adolecen de alguna limitación. La ley 12 de 1987 dispuso la supresión de algunas barreras arquitectónicas.

El Decreto 2737 de 1989, incluye lo relacionado con la protección del menor discapacitado. El decreto 2177 de 1989 regula lo concerniente a la readaptación profesional y empleo de personas inválidas. Mediante el decreto 730 de 1995 se creó el Comité Consultivo Nacional de Discapacitados.

La ley 324 de 1996, define los derechos de la población sorda. Con el decreto 2226 del 5 de diciembre de 1996 se asigna al Ministerio de Salud 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.

La ley 82 de 1988 aprobó el Convenio 159 de la OIT, sobre readaptación profesional. El decreto 2177 de 1989 desarrolla la Ley 82 de 1988, garantiza la igualdad de oportunidades y derechos laborales a las personas inválidas. La ley 100 de 1993 contempla la atención en salud y rehabilitación de las personas con deficiencia o discapacidad cualquiera que haya sido su patología causante. Con la ley 321 de 1997, se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación.

La Ley 119 de 1994 por la cual se reestructura el SENA, señala el objetivo de organizar programas de readaptación profesional para personas discapacitadas. La ley 789 de 2002, establece normas para apoyar el empleo y ampliar la

protección social y la ley 762 de 2002, aprueba la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

La ley 797 de 2002 por la cual se reforman algunas disposiciones sobre pensiones con relación a las personas que padezcan una deficiencia física, síquica o sensorial del 50% o más.

El Decreto 2286 de 2003 que trata sobre el procedimiento para la exclusión de pagos de aportes para aquellas personas que acrediten disminución de la capacidad laboral.

5.2 ASPECTOS DE ADMINISTRACION Y PLANEACION ESTRATEGICA.

5.2.1 GENERALIDADES

Una estrategia es un patrón o plan que integra las metas mayores de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. La planeación estratégica es el proceso administrativo orientado a desarrollar y mantener una relación viable entre los objetivos y recursos de la organización y las oportunidades cambiantes del mercado. El primer nivel de la planeación estratégica es establecer la plataforma filosófica de la empresa, es decir, definir la misión, visión y principios corporativos, el segundo nivel es realizar el análisis interno y externo y el tercer nivel es formular e implementar un plan estratégico. La

plataforma filosófica es la razón de ser de la organización y aquello que desea ser en el futuro.

5.2.2 MARCO ANALITICO

La primera etapa del marco analítico esta formada por la Matriz de Evaluación del Factor Interno, la Matriz de Evaluación del Factor Externo y la del Perfil Competitivo. Esta etapa es llamada de “entrada” debido a que las tres herramientas resumen la información básica de entrada que se necesita para la generación de alternativas factibles.

La segunda etapa esta enfocada en la generación de estrategias factibles. A esta etapa se le denomina “comparativa”, pues en ella se confrontan los factores internos y externos. Las técnicas usadas son las matrices DOFA, y GCB. Estas herramientas sugieren estrategias alternativas que una organización debería tomar en cuenta.

La tercera etapa esta formada por una sola técnica, la Matriz Cuantitativa de Planeación Estratégica (CPE), que utiliza información de la etapa 1, con el objeto de evaluar estrategias alternativas factibles identificadas en la etapa 2. Esta matriz informa sobre la atracción relativa de las estrategias alternativas, suministrando así una base objetiva

5.2.2.1 PRIMERA ETAPA DEL MARCO ANALITICO

- **ANÁLISIS DEL ENTORNO EXTERNO (ANÁLISIS DE OPORTUNIDADES Y AMENAZAS)**

Para que una compañía obtenga una ventaja competitiva, debe permanecer vigilante, y estar permanentemente rastreando los cambios que se producen en su entorno. También tiene que ser ágil para alterar sus estrategias y planes cuando surge la necesidad. En general, la unidad de negocios debe hacer un seguimiento de las fuerzas claves del macroambiente (demográficas, económicas, tecnológicas, políticas, socioculturales) que puedan afectar su negocio, y de los actores micro ambientales importantes (clientes, competencia, canales de distribución, proveedores) que afecten su capacidad para generar utilidades en su mercado.

- **ANÁLISIS DE LA COMPETENCIA**

El modelo de las 5 fuerzas de Porter: Un enfoque muy popular para la planificación de la estrategia corporativa ha sido el propuesto en 1980 por Michael E. Porter plantea que existen cinco fuerzas que determinan las consecuencias de rentabilidad a largo plazo de un mercado o de algún segmento de éste. La idea es que la corporación debe evaluar sus objetivos y recursos frente a éstas cinco fuerzas que rigen la competencia industrial.

- **ANÁLISIS DEL ENTORNO INTERNO (ANÁLISIS DE FORTALEZAS Y DEBILIDADES)**

Todo negocio necesita evaluar periódicamente sus fuerzas y debilidades. Al examinar el patrón de atributos o puntos fuertes y aspectos débiles, el negocio no va a corregir todas sus debilidades, ni hará ostentación ante los demás de sus fuerzas. La pregunta a formularse es si el negocio debe limitarse a aquellas oportunidades en las cuales posee actualmente las fuerzas requeridas, o si debe considerar la posibilidad de mejores oportunidades donde quizá tendrá que adquirir o desarrollar determinados atributos.

- **MATRIZ DE EVALUACION DEL PERFIL COMPETITIVO**

La identificación y evaluación de los objetivos, estrategias, debilidades y fortalezas de nuestros competidores, con frecuencia se consideran la porción más importante del proceso de formulación de estrategias. La matriz de perfil competitivo resume información decisiva sobre los competidores. Esta herramienta identifica a los competidores más importantes de una empresa e informa sobre sus fortalezas y debilidades particulares.

5.2.2.2 SEGUNDA ETAPA DEL MARCO ANALITICO

- **MATRIZ DOFA**

Su información de entrada proviene de las matrices que muestran las debilidades y fortalezas internas y las amenazas y oportunidades externas, conduce al desarrollo de cuatro tipos de estrategias:

FO: Fortalezas internas con el objeto de aprovechar las Oportunidades externas.

DO: mejora las Debilidades internas valiéndose de las Oportunidades externas

FA: Fortalezas de una empresa para evitar y reducir al máximo el impacto de las Amenazas externas.

DA: derrota las Debilidades internas y elude las Amenazas ambientales.

Se intenta minimizar debilidades y amenazas mediante estrategias de carácter defensivo aprovechando las oportunidades y fortalezas.

- **MATRIZ CRECIMIENTO – PARTICIPACIÓN O BCG (BOSTON CONSULTING GROUP)**

Es un indicador gráfico de la situación de necesidad o generación de recursos que tiene los productos de la empresa, así como sus implicaciones sobre el equilibrio económico y financiero al relacionar los flujos de tesorería con la rentabilidad de cada línea de negocio. Agrupa toda la cartera de negocios común o portafolio de una organización presentando las acciones de competencia, en las diferentes industrias en las que participa, de forma separada.

5.2.2.3 TERCERA ETAPA DEL MARCO ANALITICO

▪ **MATRIZ CUANTITATIVA DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA (CPE)**

Esta matriz sirve para sugerir objetivamente las mejores estrategias alternativas. Es la más actual de las técnicas analíticas de formulación de estrategias; utiliza información de entrada de los análisis de la etapa 1 y los resultados comparativos de los análisis de la etapa 2, para decidir objetivamente sobre estrategias alternativas.

5.2.3 FORMULACION E IMPLANTACION DE LA ESTRATEGIA

Una vez que se conocen los factores claves de la entidad, se pueden derivar los objetivos estratégicos. Si se conocen las debilidades y las fortalezas, es necesario seguir planeando estratégicamente. Cada uno de los elementos definidos en ese análisis es potencial generador de objetivos. Cada uno de estos se conoce como alternativa estratégica y cuando se tienen varias de ellas, es necesario someterlas a un proceso de evaluación y viabilidad tomando en cuenta los diversos factores externos e internos como los recursos, el personal, los niveles de gestión, etc. Una vez que se han determinado claramente los objetivos, se está en capacidad de generar la estrategia

La evaluación es un proceso para determinar periódica y sistemáticamente la relevancia, eficiencia y eficacia de los programas y proyectos de la entidad. La evaluación es ante todo una actividad gerencial que analiza las relaciones de los procesos y recursos con los resultados y los impactos. Así la evaluación se extiende más allá del monitoreo porque reconoce que el plan de acción constituye la hipótesis con respecto al camino que puede conducir al logro de los objetivos en el marco de la visión y la misión.

5.3 EVALUACION ECONOMICA

5.3.1 GENERALIDADES

Para efectos de la evaluación y análisis de la factibilidad es necesario tener en cuenta que el presente estudio se enmarca dentro del tipo de proyectos económicos de beneficio común, ya que busca satisfacer una necesidad de la comunidad a través del suministro de un servicio, mediante el pago de una tarifa.

Los criterios básicos de evaluación de este tipo de proyectos son la contribución al bienestar de la sociedad y la producción del servicio al costo mas bajo posible para los usuarios, teniendo en cuenta su capacidad de pago. Aunque los beneficios del proyecto son cuantificables en términos monetarios, no debemos perder de vista que el lucro o la ganancia no es el criterio fundamental de evaluación, si no que debe tenerse en cuenta también la rentabilidad social del proyecto o la contribución del mismo al bienestar social de la región. Es decir que la factibilidad de poner en funcionamiento la IPS, requiere de una evaluación económica y social, máxime tratándose de una institución de derecho público donde primar el beneficio social el interés general por encima del lucro y el interés particular. Para la creación de la IPS, se debe realizar un estudio de factibilidad y viabilidad para determinar si el proyecto a realizar es beneficioso en los aspectos financieros, económicos y sociales.

5.3.2 MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

5.3.2.1 PUNTO DE EQUILIBRIO

Es un método que se utiliza para determinar el momento en el cual las ventas cubrirán exactamente los costos, es decir, el punto en el que no se obtiene ni utilidad ni pérdida. Esta técnica permite analizar la relación que existe entre los costos fijos, los costos variables, el volumen de ventas y las utilidades. Muestra la magnitud de las utilidades de la empresa cuando las ventas exceden o caen por debajo de ese punto. En el punto de equilibrio, los ingresos totales por venta del servicio y los costos operativos totales son iguales.

5.3.2.2 VALOR PRESENTE NETO (VPN)

Es el equivalente en pesos actuales de todos los ingresos y egresos, presente y futuros del proyecto.

Este criterio plantea que el proyecto es factible si su valor actual neto es igual o superior a cero, donde el VPN es la diferencia entre todos sus ingresos y egresos expresados en moneda actual. Al aplicar el criterio de VPN se puede hallar un resultado igual a cero. Esto no significa que la utilidad del proyecto sea nula por el contrario, indica que proporciona igual utilidad que la mejor inversión de alternativa. Por lo tanto si se acepta un proyecto con VPN igual a cero, se estará recuperando todos los desembolsos más la ganancia exigida por el inversionista, que esta implícita en la tasa de descuento utilizado.

5.3.2.3 TASA INTERNA DE RETORNO (TIR)

Se define como aquella tasa de descuento para la cual el VPN de un proyecto es igual a cero. Este criterio evalúa el proyecto en función de una única tasa de rendimiento por periodo con la cual la totalidad de los beneficios actualizados son exactamente iguales a los desembolsos expresados en moneda actual. La TIR representa la tasa de interés mas alta que un inversionista podría pagar sin perder dinero, si todos los fondos para el financiamiento de la inversión se tomaran prestados y el prestamos (Capital mas interés acumulado) se pagara con las entradas en efectivo de la inversión a medida que se fuesen produciendo.

Para calcular la TIR de un proyecto se procede por aproximaciones sucesivas, es decir, mediante ensayo y error hasta encontrar el valor de i que hace el VPN del flujo de ingresos y gastos igual a cero.

La tasa así calculada se comparara con la tasa de descuento de la empresa. Si la TIR es igual o mayor que esta, el proyecto es viable y si es menor debe rechazarse, es decir, que la decisión final sobre el proyecto exige la comparación de la TIR obtenida con la tasa de interés de oportunidad del inversionista.

La consideración de aceptación de un proyecto cuya TIR es igual a la tasa de descuento, se basa en lo mismos aspectos que la tasa de aceptación de un proyecto cuyo VPN es igual a cero.

5.3.2.4 COSTO DE BENEFICIO

Índice que se apoya en el valor presente neto y se obtiene de la siguiente manera:

- Se calcula el valor del presente de los ingresos del proyecto en cuestión.
- Se calcula el valor presente de los egresos o gastos del proyecto.
- Se obtiene una razón entre valor presente de los ingresos y el de los egresos o sea:

$$B/C (i) = \frac{VP \text{ Ingresos } (i)}{VP \text{ Egresos } (i)}$$

Siendo B/C (i), la relación /costo del proyecto para una tasa de interés de oportunidad i.

Esta relación puede ser:

- Mayor que 1, lo cual significa que el valor presente de los ingresos es superior al de los egresos y por lo tanto el VPN del proyecto es positivo y el proyecto atractivo.
- Igual a uno, el valor presente de los ingresos es igual al valor presente de los egresos y por lo tanto el VPN del proyecto es igual a cero, el proyecto es indiferente y la tasa de interés de oportunidad utilizada igual a la tasa interna de retorno (TIR) del proyecto.
- Menor que uno, el valor presente de los ingresos es menor que el de los egresos y por lo tanto el VPN del proyecto es negativo y el proyecto inconveniente.

6. METODOLOGIA

La presente propuesta se realizo, con la siguiente recolección de datos:

- Consulta bibliográfica.
- Recopilación bibliográfica de Internet

6.1. FUENTE DE DATOS

- Dirección Departamental de Salud del Cauca.
- IPS, ARS, EPS de la ciudad de Popayán.
- Universidad del Cauca
- DANE

12. DISEÑO DEL CENTRO DE NEUROREHABILITACIÓN INTEGRAL

A continuación se presenta el diseño que se ha previsto para el Centro de Neurorehabilitación Integral, con el fin de atender la demanda identificada.

12.1 Naturaleza Jurídica

El Centro de Neurorehabilitación Integral, tendrá un carácter de fundación sin ánimo de lucro y como empresa prestadora de servicios de salud, estará regida por la Ley 100 de 1993 y sus acuerdos y modificaciones relacionados. Tendrá una junta directiva conformada por cinco socios, con unos estatutos bien definidos.

El Centro de Neurorehabilitación Integral, deberá regirse por lo dispuesto en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, cumplimiento de requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud y el Manual del Plan Obligatorio de Salud MAPYPOS.

12.2 MISIÓN

Somos una Fundación prestadora de servicios de Neurehabilitación, que contribuye al bienestar, desarrollo e integración social del paciente neurológico, mediante un programa terapéutico interdisciplinario, con profesionales éticos e integrales que brinden calidad humana y un servicio oportuno.

12.3 VISIÓN

Para el año 2010, seremos una empresa posicionada y reconocida en la prestación de servicios de Neurorehabilitación dirigida a la comunidad Caucana participando con los demás actores sociales y logrando posicionar la empresa como una de las mejores del Cauca, brindando un servicio inteligente y humanizado.

12.4 PRINCIPIOS CORPORATIVOS

Respeto por la dignidad humana: garantizando, al máximo los derechos universales de la persona y la comunidad, para mejorar la calidad de vida y las condiciones de salud, de conformidad con la solidaridad y dignidad que se debe reconocer a todo ser humano.

Integridad: brindando atención continua y oportuna a las familias y a las personas en su contexto social, con servicios de óptima calidad humana, científica y técnica, en el marco de los servicios ofrecidos en nuestro portafolio.

Eficiencia: buscando optimizar el talento humano y los recursos administrativos, tecnológicos y financieros disponibles, con criterio de rentabilidad social y económica, dando en la medida de nuestras posibilidades solución a los problemas de salud de la comunidad.

Calidad: buscando mejorar permanentemente nuestra gestión y los servicios ofrecidos, teniendo en cuenta al usuario, su satisfacción y necesidades.

Seguridad: ofreciendo confianza, mostrando credibilidad en cada uno de los servicios, siendo honestos y claros en los procesos de atención a los Usuarios o Clientes.

12.5 ESTRATEGIAS

Ofrecer una atención integral en Neurorehabilitación a todos los usuarios con patologías de este tipo, garantizando complementariedad, calidad y calidez humana en la atención.

12.6 COBERTURA

La cobertura será la ciudad de Popayán y, atendiendo población de los regimenes subsidiado, contributivo, vinculado y particulares, que demanden la prestación de los servicios, así como también usuario de los Municipios del Departamento del Cauca que lo soliciten nuestros servicios

12.7 SERVICIOS QUE VA A PRESTAR

El centro de Neurorehabilitación Integral prestará los siguientes servicios:

- Consulta médica general
- Terapia física
- Terapia de lenguaje
- Consulta por especialista: Fisiatría – Otorrinolaringología - Neurología
- Consulta por nutricionista
- Apoyo psicológico

- Atención de enfermería intra y extramural
- Consulta psicopedagógica
- Terapia ocupacional

12.8 PROCESOS DE ATENCIÓN

12.8.1 ADMISIÓN DEL PACIENTE

Descripción del proceso: El paciente puede llegar al Centro de Neurorehabilitación Integral así:

- Remitido por una ARS con la cual tengamos contrato
- Remitido por una EPS con la cual tengamos contrato
- Remitido por una IPS con la cual tengamos convenio
- Remitido por la Dirección Departamental de Salud del Cauca
- Solicitando servicios como particular (con capacidad de pago)
- Con una cita ya asignada telefónicamente
- Responsable: Admisionista

Una vez ingrese el usuario a las Instalaciones, se realizará la recepción e inscripción identificando el tipo de usuario, el régimen de seguridad social, el servicio demandado y la remisión y/o orden médica para el servicio de neurorehabilitación integral.

Una vez se determine el tipo de usuario y servicio, se procederá a la asignación de las citas para la respectiva prestación del servicio.

12.8.2 ATENCIÓN DEL PACIENTE

▪ CONSULTA MEDICA GENERAL

Descripción del proceso: se contará con un medico permanente, recordando que la prestación de estos servicios será ambulatoria, no se requiere de realización de turnos, se atenderá las ocho horas diarias.

En primer lugar el medico general realiza una evaluación completa de cada caso y efectúa un plan de manejo integral multidisciplinario de acuerdo a cada caso.

Con las ordenes médicas, se solicitará a las entidades, según sea el caso las respectivas ordenes de apoyo. Tiene bajo su responsabilidad la coordinación de las actividades por parte de las diferentes disciplinas con visión integradora, realizando seguimiento y evaluación de los avances.

Responsable: medico general

▪ CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA

Descripción del proceso: de acuerdo al requerimiento de cada usuario, el medico especialista atenderá conforme la demanda y por el sistema de citas. En estas consultas se realizará evaluación y plan de manejo por las respectivas especialidades.

Responsable: Medico Especialista

▪ CONSULTA CON FISIOTERAPIA

Descripción del proceso: se contará con un profesional fisioterapeuta de contrato para la realización de las terapias físicas que se requieran, el profesional

concertará con el usuario y la familia las terapias a realizar y su pago será de acuerdo a las tarifas pactadas para la prestación de cada terapia física.

Responsable: Fisioterapeuta

▪ **CONSULTA CON FONOAUDIOLOGIA**

Descripción del proceso: Se contará con un profesional de fonoaudiología de contrato para la realización de las terapias de lenguaje que se requieran, el profesional concertará con el usuario y la familia las terapias a realizar y su pago será de acuerdo a las tarifas pactadas para la prestación de cada terapia de lenguaje. Es el responsable las terapias, su evaluación y seguimiento.

Responsable: Fonoaudiólogo (a)

▪ **CONSULTA CON PSICOLOGIA**

Descripción del proceso: Se contará con un profesional en psicología de contrato para la realización de consulta y terapias que se requieran, el profesional concertará con el usuario y la familia las terapias a realizar y su pago será de acuerdo a las tarifas pactadas para la prestación de cada servicio. Es el responsable del apoyo psicológico en proceso, de las terapias, la evaluación y seguimiento del paciente.

Responsable: Psicólogo (a)

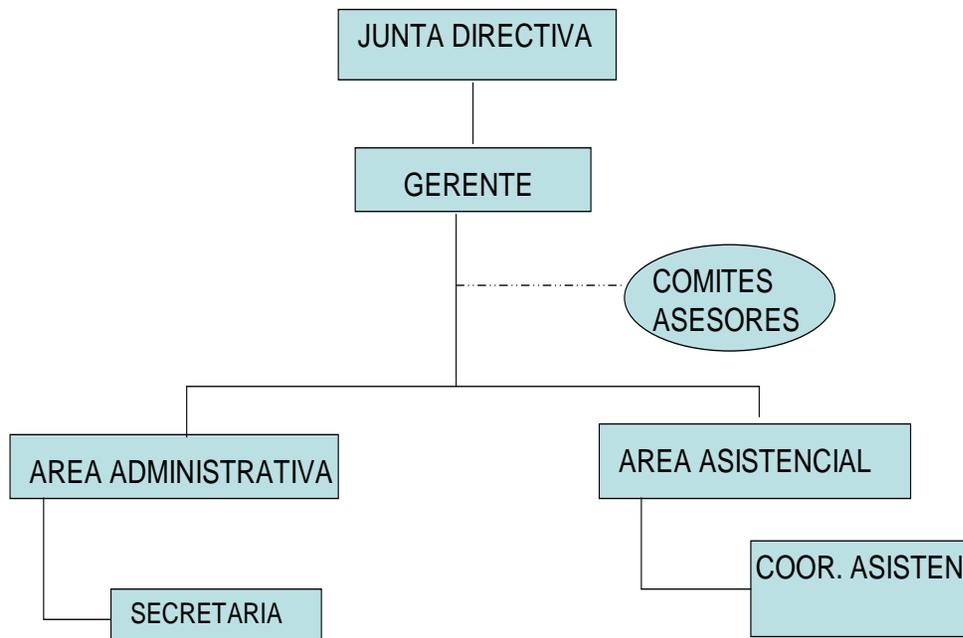
▪ **CONSULTA CON NUTRICIONISTA**

Descripción del proceso: se contará con un profesional en nutrición de contrato para la realización de las consultas y formulación de planes de nutrición que se requieran, el profesional concertará con el usuario y la familia el tipo de apoyo nutricional a realizar y su pago será de acuerdo a las tarifas pactadas para la prestación de cada servicio. Es el profesional responsable de la evaluación nutricional y los planes de apoyo, además de la evaluación y seguimiento.

Responsable: Nutricionista

12.9 Estructura Orgánica del Centro de Neurorehabilitación Integral

Figura 15. Estructura Orgánica



12.10 Estructura Funcional

Medico coordinador:

Debe ser un medico especialista en fisiatría ó neurología, puede ser un fisioterapeuta con especialización en rehabilitación ó un profesional en fonoaudiología con la misma especialización, con experiencia en manejo de Neurorehabilitación, preferiblemente de tiempo completo.

Funciones:

- Realizar la evaluación inicial de cada uno de los usuarios o pacientes.
- Determinar las terapias requeridas y tratamientos para cada caso
- Realizar las remisiones para las diferentes disciplinas que apoyaran el tratamiento.
- Ser el responsable de la información estadística
- Dirigir el proceso de capacitación continua del personal
- Realizar la coordinación de los profesionales que intervienen en los tratamientos y guiar las sesiones de evaluación de avances y alcances del tratamiento de Neurorehabilitación integral.

Fisioterapeuta:

Se debe contar con un fisioterapeuta contratista con disponibilidad de 8 horas diurnas, con citas de acuerdo a la demanda de usuarios, por tratarse de un servicio ambulatorio, sin hospitalización

Funciones:

- Elaborar el protocolo de cuidados y terapias del usuario

- Manejar los equipos, materiales y elementos de terapia física
- Es el responsable de la ejecución de las órdenes médicas relacionadas con terapia física, oxigenoterapia y terapia respiratoria.
- Es responsable del cumplimiento de las normas en relación a limpieza y esterilización de equipos.
- Participar de las reuniones de evaluación de avances y alcances del tratamiento de Neurorehabilitación integral.

Fonoaudiologo:

Se debe contar con un fonoaudiologo (a) contratista con disponibilidad de 8 horas diurnas, con citas de acuerdo a la demanda, por tratarse de un servicio ambulatorio, sin hospitalización.

Funciones:

- Elaborar el protocolo de cuidados y terapias de lenguaje del usuario
- Manejar los equipos, materiales y elementos de terapia de lenguaje
- Es el responsable de la ejecución de las órdenes médicas relacionadas con terapias.
- Es responsable del cumplimiento de las normas en relación a limpieza y esterilización de equipos.

- Participar de las reuniones de evaluación de avances y alcances del tratamiento de Neurorehabilitación integral.

Psicólogo:

Se debe contar con un psicólogo (a) contratista con disponibilidad de 8 horas diurnas, con citas de acuerdo a la demanda, por tratarse de un servicio ambulatorio, sin hospitalización.

Funciones:

- Elaborar el protocolo de cuidados y terapias que requiera el usuario
- Realizar las terapias ocupacionales que requiera el usuario
- Es el responsable de la ejecución de las órdenes médicas relacionadas con terapias síquicas.
- Participar de las reuniones de evaluación de avances y alcances del tratamiento de Neurorehabilitación integral.
- Concertar con la familia el papel integrador en el tratamiento.

Nutricionista:

Se debe contar con nutricionista, contratista con disponibilidad de 8 horas diurnas, con citas de acuerdo a la demanda, por tratarse de un servicio ambulatorio, sin hospitalización.

Funciones:

- Elaborar el protocolo y plan de apoyo nutricional para cada paciente
- Realizar el plan de dieta para cada uno de los usuarios
- Es el responsable de la ejecución de las órdenes médicas relacionadas con la parte nutricional.
- Participar de las reuniones de evaluación de avances y alcances del tratamiento de Neurorehabilitación integral.
- Concertar y educar a los familiares en relación con las necesidades nutricionales que tiene el paciente.

Especializaciones medicas:

El centro de neurorehabilitación integral tendrá habilitado un consultorio para especialistas, donde se realizará a través de citas y por remisión, las respectivas consultas por especialista, los cuales tendrán convenio con el Centro de Neurorehabilitación Integral y sus honorarios serán percibidos de acuerdo a los servicios prestados al igual que con los demás profesionales contratistas.

Fisiatra:

Será el medico especialista encargado de la parte de fisioterapia, el consultor de los avances y necesidades del usuario, apoyará las demás disciplinas y aportará sugerencias en las sesiones de evaluación y avances del tratamiento de neurorehabilitación Integral.

Otorrinolaringólogo:

Será el medico especialista encargado de tratar la parte de audición, olfato y bocal, será el consultor de los avances y necesidades del usuario, apoyará las demás disciplinas y aportará sugerencias en las sesiones de evaluación y avances del tratamiento de neurorehabilitación Integral.

Neurólogo:

Será el medico especialista encargado de tratar la parte, neurologica del usuario, será el consultor de los avances y necesidades del paciente, apoyará las demás disciplinas y aportará sugerencias en las sesiones de evaluación y avances del tratamiento de neurorehabilitación Integral.

Admisionista:

Debe tener una dedicación diaria de 8 horas en días hábiles.

Funciones:

- Asignación de citas
- Llamado a los médicos especialistas para las citas
- Elaborar el censo de pacientes
- Mantener la provisión de papelería y registros
- Realizar mensualmente los pedidos de insumos y elementos

- Manejar las comunicaciones (contestar el teléfono, hacer las llamas, etc.)
- Coordinar y vigilar las actividades de mensajería

12.11 RECURSOS FISICOS:

Los recursos físicos incluyen inversión en equipos de oficina y de amoblamiento, equipos médicos, terapéuticos e insumos. El proyecto se ejecutara en instalaciones arrendadas que no requieran obras civiles de adecuación.

12.12 RECURSOS FINANCIEROS:

Los recursos financieros comprenden las inversiones en muebles y equipos de oficina, equipo medico, terapéutico, capital de trabajo y recurso humano, tal como se detalla a continuación.

12.13 INVERSION EN MUEBLES Y EQUIPOS DE OFICINA:

Cuadro 1. Inversión en muebles y equipos de oficina

DETALLE DE INVERSIONES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
GRABADORA AIWA CA- DW 257 # B70075 COD 7/24	1	336.900	336.900
CAMARA FOTOGRAFICA LECLIC LC 37 DATE	1	114.725	114.725
BUTACO GIRATORIO METALICO HABANO FOROR HULE CAFÉ	1	90.850	90.850
ASIENTOS PEQUEÑOS RIMAX (AZULES, ROSADOS, AMARILLOS)	12	8.352	100.224
ESCRITORIO METALICO GRIS FORRADO EN FORMICA BLANCA 3 SERVICIOS	5	253.000	1.265.000
MESA RIMAX PEQUEÑA BLANCA (64 X 64 X 50)	3	28.884	86.652
ARCHIVADOR METALICO DE 4 PUESTOS GRIS 47*69*1,38	1	426.650	426.650
VITRINA DE 3 SERVICIOS CAJON ABAJO PUERTA DE VIDRIO VERDE DE 50*35*1,37	3	379.800	1.139.400
CARTELERA EN MADERA C / VIDRIO FONDO VERDE	2	38.000	76.000
SILLA ERGONOMICA COLOR CAFÉ TIPO SECRETARIA CON RODACHINES MECANICA S/B	5	120.000	600.000
BASURERO METALICO CON PEDAL	5	71.920	359.600

DETALLE DE INVERSIONES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
HABANO			
TABLERO ACRILICO	1	78.000	78.000
TELEVISOR MARCA SONY 21 PULGADAS	1	980.000	980.000
DVD PANASONIC	1	350.000	350.000
TELEFONO DIGITAL CELSA # 022146	1	230.028	230.028
FAX PANASONIC COLOR GRIS MODEL KX F580	1	230.000	230.000
EQUIPO DE COMPUTO CON MONITOR SVGA MARKVISION MODEL VC144L TECLADO, MOUSE, UNIDAD CD ROM	2	3.800.000	7.600.000
IMPRESORA EPSON LX 300 P850 A	1	250.000	250.000
ESTUFA A GAS DE 2 BOQUILLAS Y CILINDRO MARCA HACEB	1	621.000	621.000
JUEGO DE VASOS TINTEROS CON SU PLATO X 8 UNID	9	10.000	90.000
TERMOS IMUSA GRANDES	3	28.000	84.000
TOTAL			15.109.029

Fuente: Esta investigación

12.14 INVERSION EN EQUIPO MEDICO:

Cuadro 2. Inversión en equipo medico.

DETALLE DE INVERSIONES	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
ALGODONERAS METALICAS	4	16.240	64.960
FONENDOSCOPIO	4	18.000	72.000
TENSIOMETRO ADULTO ALPK2	4	52.670	210.680
TENSIOMETRO PEDIATRICO TYCOS	4	30.160	120.640
GRADILLA DOS PASOS	4	60.000	240.000
EQUIPO DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS WELCH ALLYN CASE 05242	3	668.088	2.004.264
MESA DE MAYO VERDE CON BANDEJA	4	80.900	323.600
BALANZA PISO BLANCA SOENHLE	4	40.250	161.000
DIAPASONES	1	420.000	420.000
GUANTES CAJA	50	12.000	600.000
BAJA LENGUAS CAJA	2	49.376	98.752
ALGODÓN	40	22.100	884.000
ALCOHOL LITRO	20	2.400	48.000
CUENTOS INFANTILES	12	4.500	54.000
ESPEJOS GRANDE MEDIANO	2	8.000	16.000
TIJERAS	6	2.600	15.600
CAJA DE TEMPERAS	10	2.100	21.000
CAJA DE PLASTILINA	10	1.800	18.000
TINTA DACTILAR	3	5.000	15.000
ALMOHADILLA DACTILAR	3	3.000	9.000
ENCAJE VERTICAL	3	28.000	84.000

DETALLE DE INVERSIONES	CANTIDAD	COSTO	
		UNITARIO	TOTAL
ABACO	3	12.000	36.000
LOTERIA MAGNETICA	3	18.000	54.000
TABLA DE COSIDO	3	6.600	19.800
TABLERO DE NUMEROS Y VOCALES	3	26.000	78.000
COLBON	5	1.900	9.500
RESALTADORES	5	2.000	10.000
ENCAJE DE FIGURAS GEOMETRICAS	3	28.000	84.000
PAPEL PARA ESTIMULACION VISUAL (PAQUETE)	12	2.300	27.600
INSTRUMENTOS MUSICALES	12	6.500	78.000
ANIMALES EN SEMICONCRETO	50	650	32.500
CAJA DE COLORES	10	6.000	60.000
PELOTA DE BOBAT	4	73.000	292.000
CAMINADORES	1	930.000	930.000
BICICLETA ESTATICA	1	756.000	756.000
PESAS	12	42.000	504.000
PAQUETES FRIOS	2	320.000	640.000
PAQUETES CALIENTES	2	320.000	640.000
LAMINAS TEST DE ARTICULACION NIÑOS (CAJA)	2	10.000	20.000
LAMINAS TEST DE ARTICULACION ADULTOS (CAJA)	2	9.000	18.000
LAMINAS TEST DE ABC	2	10.000	20.000
LOTERIA DE OPUESTOS Y SEMEJANTES	6	11.000	66.000
LOTERIAS DE ANALOGIAS	6	11.000	66.000

DETALLE DE INVERSIONES	CANTIDAD	COSTO	
		UNITARIO	TOTAL
LAMINAS DE SECUENCIA LOGICA	6	11.000	66.000
SECUENCIA MATEMATICA	6	28.000	168.000
ROMPECABEZAS	6	12.000	72.000
ARMATODO	6	18.000	108.000
COLCHONETAS NEGRAS GRANDES	15	12.200	183.000
COLCHONETAS NEGRAS PEQUEÑAS	10	12.200	122.000
COSEDORA WEX ROJA PEQUEÑA METALICA	3	10.500	31.500
PERFORADORA RANK METALICA NEGRA CON BEIGE	3	15.700	47.100
DIVAN PARA EXAMEN	5	234.600	1.173.000
ALGODONERAS METALICAS	5	16.240	81.200
TOTAL			11.973.696

Fuente: Esta investigación

12.15 CALCULO DEL CAPITAL DE TRABAJO

Cuadro 3. Costo de operación anual

CONCEPTO	CANTIDAD
SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES	74.944.059
SERVICIOS PUBLICOS	3.000.000
PAPELERIA	4.000.000
UTILES DE ESCRITORIO	100.000
LENCERIA Y OTROS	2.000.000
ARRENDAMIENTOS	18.000.000
HONORARIOS	72.000.000
TOTAL	174.044.059

Calcular el capital de trabajo necesario para atender el funcionamiento normal del proyecto durante un ciclo operativo, es decir, lo que se necesita para cubrir los costos operativos desde el momento que inicia a prestar los servicios asistenciales hasta la entrada de los primeros ingresos.

12.15 INVERSION EN RECURSOS HUMANOS

Cuadro 4. Remuneración al personal administrativo y asistencial
Primer año de operación

Cargos	Nº de cargos	Meses	Sueldo mensual	Total anual	Prima de servicios	Vacaciones	Auxilios de transporte	Total devengado
GERENTE	1	12	2.000.000	24.000.000	2.000.000	1.000.000	0	27.000.000
SECRETARIA	1	12	433.700	5.204.400	484.500	216.850	609.600	6.515.350
COORDINADOR ASISTENCIAL	1	12	1.500.000	18.000.000	1.500.000	750.000	0	20.250.000
TOTAL			3.933.700	47.204.400	3.984.500	1.966.850	609.600	53.765.350

Cuadro 5. Provisiones

Cargos	Provisiones								Costo Total Personal Planta
	Icbf	Comfa Cauca	Sena	A.r.p.	Cesan Tias	Aporte patronal pension	Aporte patronal salud	Total provision	
GERENTE		1.080.00			2.249.10	3.138.75	2.160.00	10.635.57	37.635.57
SECRETARIA	810.000	0	540.000	657.720	0	0	0	0	0
COORDINADOR ASISTENCIAL	195.461	260.614	130.307	158.714	542.729	757.409	521.228	2.566.462	9.081.812
					1.686.82	2.354.06	1.620.00		28.226.67
	607.500	810.000	405.000	493.290	5	3	0	7.976.678	8
TOTAL	1.612.96	2.150.61	1.075.30	1.309.72	4.478.65	6.250.22	4.301.22	21.178.70	74.944.05
	1	4	7	4	4	2	8	9	9

Partiendo del método del ciclo productivo, se calculara el capital de trabajo de la siguiente forma.

$$ITC = CO (COPD)$$

Donde:

ICT = Inversión de capital de trabajo

CO = Ciclo operativo en días

COPD= costo de operación promedio diario

Costo de operación anual = \$174.044.059

$$COPD = 174.044.059 / 365 = \approx 476.800 \quad 476.833$$

Como

$$ICT = CO (COPD)$$

$$ICT = 30 (476.800)$$

$$ICT = \approx 14.304.000$$

$$P = 14.304.000 / (1+0.9) \quad 14.304.000 - 7.528.421$$

$P = 7.528.421$ que es el valor real disponible del capital de trabajo, expresado en términos constantes

Como la operación normal del proyecto requiere de \$14.304.000 se debe completar el faltante de \$6.775.579 para mantener el poder adquisitivo del capital de trabajo.

Cuadro 6. Inversión en capital de trabajo (Términos constantes)

DETALLE	AÑOS					
	0	1	2	3	4	5
CAPITAL DE TRABAJO	14.304.000	6.776.000	6.776.000	6.776.000	6.776.000	6.776.000

Fuente: Esta investigación

12.16 PROGRAMA DE INVERSIONES (términos constantes)

Cuadro 7. Programa de inversiones.

CONCEPTO	AÑOS					
	0	1	2	3	4	5
INVERSION FIJA	27.082.725					
CAPITAL DE TRABAJO	14.304.000					
TOTAL DE INVERSIONES	41.386.725					

12.17 CONTROL DE CALIDAD

Es responsabilidad del coordinador de comité de auditoría y control interno evaluar los procesos de atención al paciente y los procesos administrativos gerenciales, mediante el diseño, ejecución y análisis de indicadores de seguimiento. Se proponen los siguientes indicadores:

- Tasa global de satisfacción del paciente
- Oportunidad en la asignación de citas
- Complicaciones clínicas durante la atención del paciente.
- Número de pacientes con evolución satisfactorio en tiempo determinado.

- Número de pacientes que requieren atención en cada una de las áreas de atención.
- Indicador de morbilidad.
- Fallas en el registro de actividades asistenciales.
- Discrepancia entre el número de procedimientos realizados y facturados.

12.18 SISTEMA DE INFORMACION:

El área administrativa debe manejar la siguiente información:

- Registro individual de pacientes: edad, genero, tipo de identificación, estrato, procedencia, procedimiento clínico y diagnóstico.
- Registro de enfermedades.
- Promedio de sesiones terapéuticas
- Porcentaje de complicación durante la atención.

MANUAL TECNICO ADMINISTRATIVO QUE CONTEMPLE:

- Estructura del servicio
- Criterios de admisión y egreso.
- Ordenes medicas
- Remisión de pacientes
- Información a la familia
- Solicitud de interconsultas y procedimientos especiales.
- Manual de mantenimiento de equipos.

CON RESPECTO A LA ATENCION DEL USUARIO:

- Manual de declaración de derechos y deberes de los usuarios
- Código de Ética
- Horario de atención
- Información sobre resultados de evaluación, evolución y recomendaciones a seguir.
- Satisfacción de los usuarios, quejas y sugerencias de los pacientes.
- Instrucciones de uso del servicio.

12.19 EVALUACION ECONOMICA

12.19.1 PROYECCIÓN DE LA PRODUCCIÓN:

La Fundación "FUSALUD", inicia su producción con la atención a la población discapacitada que equivale a 14.038 afiliados al régimen subsidiado y contributivo según censo realizado por el DANE en el año 2006, de esta población se toma el 7% para la contratación, equivalente a 983 afiliados, además se tuvo en cuenta los resultados de la encuesta aplicada a los usuarios la cual arrojó insatisfacción en lo referente a calidez humana, calidad de la atención, eficacia, oportunidad mayor a 40% como deficiente la atención.

Cuadro 8. Tipo de afiliación en el Cauca según el DANE

Tipo de afiliación	Total	Hombres	Mujeres
Total	14.411	7.371	7.040
Contributivo	1.425	749	676
Subsidiado	12.613	6.429	6.184
Régimen especial	94	58	36
No sabe	2	1	1
Sin información	277	134	143

Fuente: DANE 2006 - Dirección de Censos.

AÑOS	AÑOS				
	1	2	3	4	5
No. De pacientes	983	1.081	1.189	1.308	1.439

Fuente: Estudio de mercadeo

12.19.2 PROYECCIÓN DE COSTOS

Las cifras de costos proyectados se presentan en pesos constantes y en los primeros cinco años no se realizará ningún aumento de sueldos, equipos u otros costos.

Según los requerimientos de equipos y muebles que utilizarán en la fundación y de acuerdo con su vida, se efectuó el cálculo de la depreciación a través del método de línea recta.

Cuadro 9. Proyección de costos

CONCEPTO	AÑOS				
	1	2	3	4	5
SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES	74.944.059	74.944.059	74.944.059	74.944.059	74.944.059
DEPRECIACIONES	2.034.914	4.069.827	6.104.741	8.139.655	10.174.568
SERVICIOS PUBLICOS	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000	3.000.000
PAPELERIA	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000	4.000.000
UTILES DE ESCRITORIO	100.000	100.000	100.000	100.000	100.000
LENCERIA Y OTROS	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
ARRENDAMIENTOS	18.000.000	18.000.000	18.000.000	18.000.000	18.000.000
HONORARIOS	72.000.000	72.000.000	72.000.000	72.000.000	72.000.000
TOTAL	176.078.973	178.113.886	180.148.800	182.183.714	184.218.627

Fuente: Anexos

12.19.3 PROYECCION DE INGRESOS

La base para cuantificar los ingresos anuales es el número de atenciones totales por paciente.

De acuerdo con el programa de ingresos tanto del estudio de mercado como del técnico, los ingresos estimados se calcularon teniendo en cuenta el número total de pacientes atendidos en el primer año que equivale a 983 personas. Inicialmente a cada paciente se le hará en promedio aproximadamente 10 sesiones totales en el año, cada sesión terapéutica individual y/o grupal (Fonoaudiología, psicología, fisioterapia) tiene un valor de \$15.000 según el manual de tarifas SOAT contenida en el decreto 2423 de 1996, con vigencia al año 2006, además cada paciente recibe en el año un promedio de 2 consulta con

medico especialista, según las tarifas SOAT el valor de la atención equivale a \$23.500. Se estima un incremento del 10% para cada año en la atención de pacientes

En la proyección de ingresos de los cinco años se toma una tarifa fija sin incrementos anuales ya que los cálculos se realizaron en pesos constantes

Cuadro 10. Proyección de ingresos.

CONCEPTO	AÑOS				
	1	2	3	4	5
Ingresos por venta de servicios					
Servicios terapeuticos	147.450.000	162.150.000	178.350.000	196.200.000	215.850.000
Medicina especializada	46.201.000	50.807.000	55.883.000	61.476.000	67.633.000
TOTAL	193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000

Fuente: Estudio de mercado de esta investigación

12.19.4 PROYECCION DE ESTADOS FINANCIEROS:

Durante toda la fase de ejecución del proyecto las utilidades inciden en el balance general proyectado, por tal razón en el capital social aparece un incremento adicional para esos ejercicios contables, es de anotar que las utilidades obtenidas deben ser objeto de una reinversion con el fin de generar ingresos adicionales, porque no es conveniente tener ningún recurso improductivo para la entidad, entonces, se recomienda invertir en fiduciar u otra que genere alta rentabilidad.

Cuadro 11. Estado de Resultados Proyectados (Pesos Constantes)

CONCEPTO	AÑOS				
	1	2	3	4	5
Ingresos por servicios	193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000
TOTAL INGRESOS	193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000
COSTOS OPERACIONALES					
Gastos de personal	146.944.059	146.944.059	146.944.059	146.944.059	146.944.059
Gastos generales	29.134.914	31.169.827	33.204.741	35.239.655	37.274.568
TOTAL COSTOS OPERACIONALES	176.078.973	178.113.886	180.148.800	182.183.714	184.218.627
UTILIDAD O PERDIDA NETA	17.572.027	34.843.114	54.084.200	75.492.286	99.264.373

Desde el punto de vista contable puede apreciarse que el proyecto genera utilidades desde el primer ejercicio. El incremento de la utilidad es altamente significativo durante los cinco años, año tras año la utilidad aumenta. Esto obedece a la variación favorable en los ingresos y en el incremento anual de la demanda.

12.19.5 BALANCE GENERAL PROYECTADO:

Cuadro 12. Balance general proyectado.

CONCEPTO	AÑOS				
	1	2	3	4	5
ACTIVOS CORRIENTES					
Caja	7.528.000	7.528.000	7.528.000	7.528.000	7.528.000
Bancos	6.776.000	6.776.000	6.776.000	6.776.000	6.776.000
Total activos corrientes	14.304.000	14.304.000	14.304.000	14.304.000	14.304.000
ACTIVOS FIJOS					
Muebles y enseres y equipo	18.306.173	18.306.173	18.306.173	18.306.173	18.306.173

de oficina					
Equipo medico	8.776.552	8.776.552	8.776.552	8.776.552	8.776.552
Total activos fijos	27.082.725	27.082.725	27.082.725	27.082.725	27.082.725
INVERSIONES		17.000.000	34.000.000	54.000.000	75.000.000
TOTAL ACTIVOS	41.386.725	58.386.725	75.386.725	95.386.725	116.386.725
PATRIMONIO					
Capital social	23.814.698	23.543.611	21.302.525	19.894.439	17.122.352
Utilidad del ejercicio	17.572.027	34.843.114	54.084.200	75.492.286	99.264.373
TOTAL PATRIMONIO	41.386.725	58.386.725	75.386.725	95.386.725	116.386.725
TOTAL PASIVO MAS PATRIMONIO	41.386.725	58.386.725	75.386.725	95.386.725	116.386.725

* Las cifras correspondientes a estos rubros provienen de los cálculos resultantes del capital de trabajo así:

Caja: aplicación de la formula COPD (Costo de Operación Anual) P = Caja; CT = Bancos; ICT = Inversión de capital de trabajo

12.19.6 FLUJO DE FONDOS PROYECTADOS:

- **FLUJO NETO DE INVERSIONES**

Cuadro 13. Flujo neto de inversiones

CONCEPTO	AÑOS					
	0	1	2	3	4	5
INVERSION FIJA	-27.082.725					
CAPITAL DE TRABAJO	-14.304.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	
VALOR RESIDUAL						10.174.568
FLUJO NETO DE INVERSION	-41.386.725	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	10.174.568

El anterior flujo es un consolidado del programa de inversión en activos fijos, capital de trabajo y valor residual, sin recurrir a financiación a través de créditos.

No se incluye como cantidad negativa el valor residual ya que este corresponde a un ingreso potencial.

- **FLUJO NETO DE OPERACIÓN:**

Cuadro 14. Flujo neto de operación.

CONCEPTO	AÑOS				
	1	2	3	4	5
TOTAL INGRESOS	193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000
TOTAL COSTOS OPERACIONALES	176.078.973	178.113.886	180.148.800	182.183.714	184.218.627
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL	17.572.027	34.843.114	54.084.200	75.492.286	99.264.373
MAS DEPRECIACION	2.034.914	4.069.827	6.104.741	8.139.655	10.174.568
FLUJO NETO DE OPERACIÓN	19.606.941	38.912.941	60.188.941	83.631.941	109.438.941

Con base en los datos calculados a partir de los ingresos y los gastos del proyecto, posteriormente se calcula la utilidad o pérdida operacional:

La Fundación ejecutora de este proyecto es una entidad sin animo de lucro razón por la cual no calcula impuesto sobre la renta.

12.19.7 FLUJO FINANCIERO DEL PROYECTO

Para los fines centrales del estudio financiero procederemos a calcular el flujo financiero neto del proyecto, para conocer los resultados que se espera arroje el proyecto en el transcurso del ciclo del periodo que se está evaluando. Para tal fin se integrará el flujo neto de inversión con el flujo neto de operación:

Cuadro 15. Flujo financiero.

CONCEPTO	AÑOS					
	0	1	2	3	4	5
Flujo neto de inversión	-41.386.725	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	10.174.568
Flujo de operación		19.606.941	38.912.941	60.188.941	83.631.941	109.438.941
Flujo financiero neto del proyecto	-41.386.725	12.830.941	32.136.941	53.412.941	76.855.941	119.613.509

Cuadro 16. Flujo de fondos para el inversionista

CONCEPTO	AÑOS					
	0	1	2	3	4	5
INVERSION FIJA	27.082.725					
CAPITAL DE TRABAJO	14.304.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	
INVERSION	-	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	

TOTAL	41.386.725					
	-					
INVERSION NETA	41.386.725	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	
CAPITAL DE TRABAJO						14.304.000
ACTIVOS FIJOS						10.174.568
FLUJO NETO DE INVERSIONES	-					
OPERACIÓN	41.386.725	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	-6.776.000	24.478.568
INGRESOS POR SERVICIOS		193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000
TOTAL INGRESOS		193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000
COSTOS OPERACIONALES		-	-	-	-	-
TOTAL COSTOS OPERACIONALES		176.078.973	178.113.886	180.148.800	182.183.714	184.218.627
UTILIDAD O PERDIDA OPERACIONAL		-	-	-	-	-
DEPRECIACIONES		17.572.027	34.843.114	54.084.200	75.492.286	99.264.373
FLUJO NETO DE OPERACIÓN		2.034.914	4.069.827	6.104.741	8.139.655	10.174.568
		19.606.941	38.912.941	60.188.941	83.631.941	109.438.941
FLUJO DE FONDOS PARA EL INVERSIONISTA						
	-					
	41.386.725	12.830.941	32.136.941	53.412.941	76.855.941	133.917.509

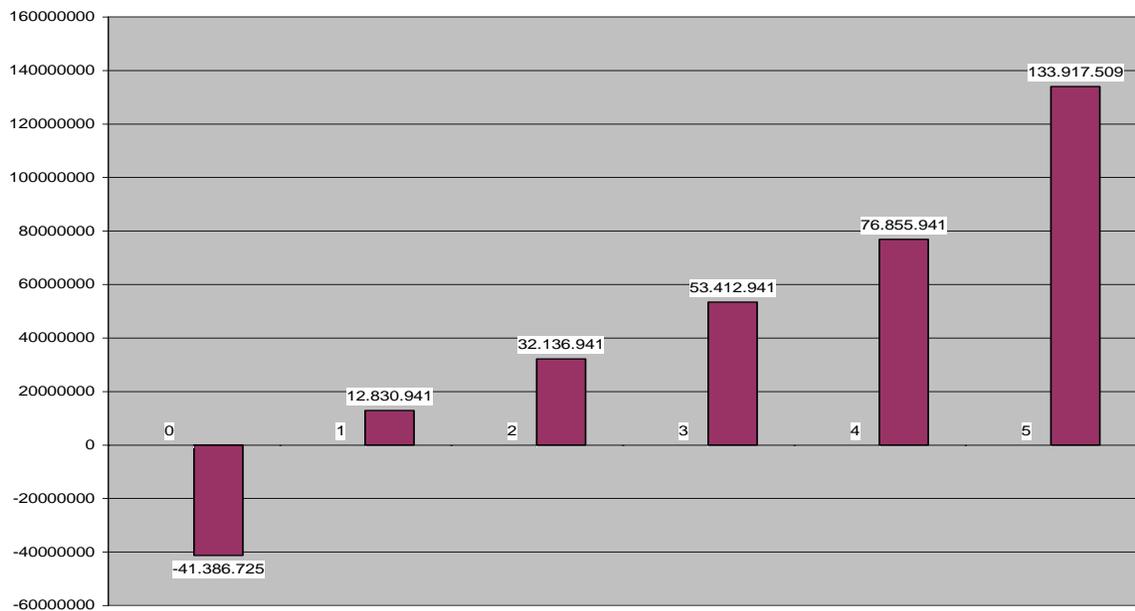
El flujo en mención se ha hecho sin financiamiento y nos servirá para conocer la aplicación de recursos y verificar la racionalidad de las inversiones y gastos, así

como la viabilidad de generación de excedentes y la capacidad de pago de los créditos.

En este esquema se indican los dineros que esta poniendo el proyecto a disposición del inversionista año por año, como retribución al capital que realmente invirtió (\$41.386.725) a las acciones operativas y a la administración dada.

12.19.8 DIAGRAMA DE FLUJO DE FONDOS DEL PROYECTO.

Figura 16. Flujo de fondos.



12.19.9 PUNTO DE EQUILIBRIO

Cuadro 17. Punto de equilibrio.

CONCEPTO	VALORES	COSTOS FIJOS	COSTOS VARIABLES	ING. TOTALES	PUNTO DE EQUILIBRIO
SUELDOS Y PRESTACIONES SOCIALES	74.944.059	74.944.059			
SERVICIOS PUBLICOS	3.000.000	3.000.000			
PAPELERIA	4.000.000		4.000.000		
UTILES DE ESCRITORIO	100.000		100.000		
LENCERIA Y OTROS	2.000.000		2.000.000		
ARRENDAMIENTOS	18.000.000		18.000.000		
HONORARIOS	72.000.000	72.000.000			
TOTAL	174.044.059	149.944.059	24.100.000	193.651.000	171.257.126

Para el calculo del punto de equilibrio se aplica la siguiente formula, partiendo del volumen de ventas en pesos:

$$PE = \frac{\text{Costos Fijos}}{\frac{\text{Costos Variables}}{1 - \text{Ventas Totales}}}$$

Reemplazando los valores totalizados en el cuadro anterior tenemos

$$PE = \frac{149.944.059}{1 - \frac{24.100.000}{193.651.000}} = \frac{149.944.059}{0,875549313} = 171.257.126$$

193.651.000

Esto significa que para no incurrir en pérdidas ni tampoco generar utilidades, el proyecto debe alcanzar un volumen de ventas o ingresos iguales a \$ 171.257.126, con este margen de ventas, los ingresos totales son iguales al total de costos operativos totales.

El volumen de utilidades del punto de equilibrio se obtiene dividiendo el volumen de ventas (en pesos) en dicho punto entre el costo unitario, así:

$$PE_q = \frac{171.257.126}{197.000.00} = 869 \text{ unidades}$$

Esto significa que para alcanzar el punto de equilibrio La Fundación debe obtener los ingresos que le generen 869 pacientes atendidos o 983 pacientes atendidos.

12.19.10 VALOR PRESENTE NETO (VPN)

El VPN es de \$ 113.415.771, que es mayor de 1, lo cual nos indica que el proyecto es factible. Se recupera el valor inicial de la inversión y se generan las utilidades.

Cuadro 18. Valor presente neto.

AÑOS	0	1	2	3	4	5
CELDA HOJA DE EXCEL	C12	D12	E12	F12	G12	H12
FLUJO DE FONDOS PARA EL INVERSIONISTA	-41.386.725	12.830.941	32.136.941	53.412.941	76.855.941	133.917.509

Para el cálculo del valor presente neto se recurre a la hoja electrónica Excel insertando la función (fx) donde se calcula con una tasa es de 20%, para cada uno de los datos arrojados por el flujo de fondos para cual se procede de la siguiente manera:

$$\text{VPN (20\% C12:H12) + C12} = 113.415.771$$

El VPN es de 113.415.771 que es mayor que uno, lo cual nos indica que el proyecto es factible, se recupera la inversión inicial que de \$ 41.325.000 y se generan excedentes equivalentes a \$ 72.029.046

12.19.11 TASA INTERNA DE RETORNO (TIR)

Al igual que se procedió con el cálculo del VPN, se requiere de la hoja de cálculo Excel con el fin de poder determinar la tasa interna de retorno del proyecto (TIR) para lo cual se utilizo la siguiente formula:

$$\text{TIR (C12:H12) = 87\%}$$

Como se puede apreciarse la tasa obtenida comparada con la tasa de descuento de la Fundación que es de 20%, es superior en un 67%, lo cual quiere decir que el proyecto es viable.

Aplicando la siguiente formula se puede comprobar que al comparar el VPN con la TIR hallada su resultado es cero, lo cual es un indicador de que los cálculos realizados se ajustan a lo establecido técnicamente.

$$\text{VNA(TIR(C12:H12),C12:H12)= 0.00000000}$$

12.19.12 RELACION COSTO BENEFICIO

Cuadro 19. Relación costo beneficio.

CONCEPTO/AÑOS	1	2	3	4	5
TOTAL INGRESOS	193.651.000	212.957.000	234.233.000	257.676.000	283.483.000
TOTAL COSTOS OPERACIONALES	176.078.973	178.113.886	180.148.800	182.183.714	184.218.627

VPN INGRESOS	9.731.059				
VPN EGRESOS	8.809.033				

$$\text{Relación costo – beneficio} = \frac{9.731.059}{8.809.033}$$

$$\text{Relación costo – beneficio} = 1.10$$

Al restar la unidad la ganancia será de 0.10 centavos por cada peso invertido.

14. CONCLUSIONES

- Existe una demanda alta de pacientes con discapacidad sensorial, mental y física en el departamento del Cauca, que requieren atención de medicina especializada y rehabilitación integral por parte de un grupo interdisciplinario.
- Con respecto a las características de los demandantes del servicio, aproximadamente el 72% presenta algún tipo de discapacidad neurológica que afecta las funciones lingüística, auditivas, visuales, de comportamiento y de movilidad corporal.
- El diseño de esta Institución prestadora de servicios de neurorehabilitación se debe enmarcar dentro de la Ley 100 de 1993, ley 1122 de 2007 así como la normatividad referente al sistema obligatorio de garantía de calidad, el cumplimiento de los requisitos esenciales para la prestación de los servicios de salud y el manual del plan obligatorio de salud, MAPIPOS.
- La inversión inicial que se requiere para adelantar el proyecto no es cuantiosa, comparada con el beneficio social que representa el grupo foco de discapacitados de la ciudad de Popayán y el departamento del Cauca.

- Desde el punto de vista económico, quedo demostrado que el proyecto es factible y tiene la posibilidad de ser financiado con recursos propios y/o créditos bancarios.
- El volumen de la demanda esperada genera un flujo de fondos positivos y suficientes para saldar los costos financieros que demande la inversión.
- Al aplicar las técnicas de evaluación económica se comprobó la rentabilidad y factibilidad del proyecto. Los ingresos totales por venta de servicios son superiores a los costos operativos totales, y esos van aumentando anualmente un 10%.
- Al obtener un VPN mayor de 1, se demuestra que el proyecto no solo es factible, sino que genera excedentes superiores, siendo una buena alternativa de inversión.
- Al fijar la plataforma estratégica de la empresa, se puede determinar el rumbo que debe tomar la organización para su creación y viabilidad, capta las amenazas o peligros y da la voz de alarma para que la organización pueda adoptar las medidas necesarias para esquivarlas o para reducir su impacto, el cual es mayor cuando se conocen de improviso y se carece de tiempo para hacer los ajustes necesarios; además identifica las oportunidades que ofrece el entorno con suficiente anticipación para aprovecharlas.

- Para la conformación de la empresa es básico contar con una estructura organizativa, que determine las responsabilidades de los miembros de la empresa, porque cuando no hay un sistema formal de planeación, la organización queda a merced de los esfuerzos y en el último momento cuando los peligros se hacen evidentes, se improvisan explicaciones sobre los acontecimientos y se adoptan medidas pasivas o reactivas.

15. RECOMENDACIONES

- Crear una Institución Prestadora de servicios de Neurorehabilitación en la ciudad de Popayán, ya que será una organización con alto grado de factibilidad técnico económica y de gran impacto y rentabilidad social.
- Realizar gestiones para la búsqueda de financiamiento y contratación, a través de las diferentes organizaciones que apoyan proyectos sociales y la creación de empresa (Fondo emprender).
- Buscar la asesoría de expertos en la creación y puesta en marcha de empresas, con el fin de que la creación no quede sobre la base del supuesto sino que sea fundamentada con bases sólidas y concretas.
- Realizar visitas de observación o beach marketing, a las instituciones en desarrollo para captar experiencias que puedan servir como apoyo a la organización.

16. PLAN DE ACCION

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CALENDARIO	
	1rio	Iniciación	Finalización
Conformación de sociedad y aportes financieros	Socios	1 ene-07	30-ene-07
Contratación de obras de adecuación de las instalaciones	Gerente	1-feb-07	28-feb-07
Contratación de suministros e instalaciones de equipos	Gerente	1 feb-07	16-mar-07
Selección y contratación de recurso humano	Gerente	1 feb-07	16-mar-07
Apertura de la institución	gerente	18 abr-07	
Presentación de portafolio de servicio en las ARS, EPS, DDSC, hospitales	Gerente General	16-mar-07	15 dic-07
Presentación de propuesta sobre	Gerente General	16-mar-07	15 dic-07

contrataciones de servicio a la DDSC, y sus unidades, y a hospitales dependientes			
Presentación de proyectos a ONGs, y entes de nivel nacional e internacional	Gerente General	16-mar-07	15 dic-07

17. BIBLIOGRAFIA

OGLIASTRI, Enrique. Manual de Planeación estratégica. Cuarta edición. Bogota: Ediciones UNIANDES; 1991, p: 19 -125.

GARCIA, Ricardo, MARTINEZ, Carlos. Técnicas de Planeación. Bogota: Escuela superior de administración publica, 1987, p: 22 – 40.

HOYOS MEJIA, Inés. La calidad a través de la gerencia en salud. Manizales: Universidad de Caldas, 1996, p: 12-15.

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Seguridad Social en Colombia Ley 100 de 1993. Santa Fé de Bogotá, 1995

COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Sistemas Municipales de Salud, Plataforma Estratégica.

DAVID R, Fred. La Gerencia Estratégica. 9a Impresión. Medellín (Col.): Legis, 1994 de Colombia de 1991. 2a ed. s.l., 1992.

JARAMILLO PEREZ Iván. El Futuro de la Salud en Colombia Ley 100 de 1993. Santa Fé de Bogotá, 1995

DIAGAMA DURAN, Oscar Darío. Técnicas de Investigación Bogotá, ESAP Publicaciones, 1986.

GARCIA S., Oscar León. Administración financiera, Cali, 1991

BACA, Guillermo. Ingeniería económica, Bogotá, 1997

RAMIREZ PLAZAS, Jaime. Introducción a la formulación y evaluación de proyectos. Bogotá, 2001

www.minprotecciónsocial.gov.co

www.saludcolombia.com.co