

**FACTIBILIDAD ECONÓMICA – FINANCIERA PARA LA CREACIÓN DE
SERVICIOS BÁSICOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD
AFROCOLOMBIANA DE QUILCACÉ - CAUCA, 2013.**



Trabajo para optar a título de especialista

**UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
POPAYÁN, 2013**

**FACTIBILIDAD ECONÓMICA – FINANCIERA PARA LA CREACIÓN DE
SERVICIOS BÁSICOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD
AFROCOLOMBIANA DE QUILCACÉ - CAUCA, 2013.**



INVESTIGADORES:

Sofy Lorena Flórez Martínez
Claudia Isabel Campo Rivera
Claudia Viviana Peña Lemus
Mayerli Alexandra Tróchez Gómez
Rocio Natalia Ibañez Cabezas

TUTOR

Mg. Augusto Muñoz Caicedo

**UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA
POPAYÁN, 2013**


Popayán, 12 de septiembre de 2013

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comendidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación -IFI-, elaborado por **SOFI LORENA FLOREZ M., CLAUDIA ISABEL CAMPO RIVERA, TROCHEZ G. MAYERLI ALEXANDRA, PEÑA LEMUS CLAUDIA VIVIANA Y IBAÑEZ CABEZAS ROCIO NATALIA**, estudiantes de la especialización en "ADMINISTRACION HOSPITALARIA" desarrollada por la Universidad EAN en la ciudad de Popayán titulado: "FACTIBILIDAD ECONÓMICA FINANCIERA PARA LA CREACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DE QUILCACÉ - CAUCA, 2013." " , cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la "Guía estandarizada de Investigación de la EAN" y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,


AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO
Asesor del Informe Final de Investigación

DEDICATORIA

Al culminar una etapa fundamental de este largo camino, queremos dedicar el logro alcanzado a DIOS como el ser creador de la vida, a nuestras familias por su compañía y constante apoyo incondicional; el cual nos ha permitido crecer como personas integrales, comprometidas y responsables en cada uno de los retos que a diario asumimos como parte del constante crecimiento personal. A nuestros docentes, compañeros y amigos que durante este año han sido el bastón de apoyo con el cual logramos recorrer cada uno de los pasos que componen este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo. Por esto agradecemos a:

DIOS por otorgar la vida y la familia.

Nuestros padres, esposos y familia por ser el eje que fundamenta nuestro quehacer en este mundo. Gracias por su apoyo desinteresado, compañía y tolerancia en cada una de las etapas que aportan al crecimiento integral.

Al Magister Augusto Muñoz, por su continuo apoyo académico y dedicación al desarrollo de la investigación.

A la Universidad EAN y Universidad del Cauca por brindarnos solidez educativa para lograr culminar nuestro pregrado.

A nuestros docentes, compañeros y amigos, porque cada uno de ellos aportó académica y personalmente a nuestro crecimiento integral.

A la comunidad afro colombiana del corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo Cauca, por inspirar el desarrollo de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO	8
RESUMEN	¡Error! Marcador no definido.
CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA	11
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	14
1.3. JUSTIFICACIÓN	15
1.4. OBJETIVOS.....	16
1.4.1 General:.....	16
1.4.2 Específicos:	16
CAPÍTULO 2. MARCO REFERENCIAL	17
2.1. MARCO TEÓRICO	17
FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UNA IPS.....	18
2.2. ESTADO DEL ARTE	21
2.3 MARCO LEGAL.....	23
CAPÍTULO 3. MARCO METODOLÓGICO.....	25
3.1 Enfoque:.....	25
3.2 Tipo de investigación:	25
3.4 Método De Recolección De Datos	25
3.5 Procedimientos para la recolección de la información	25
3.4 Consideraciones éticas	26
3.5 CRONOGRAMA	27
CAPÍTULO 4. ANALISIS DE LA INFORMACIÓN Y DISCUSIÓN.....	28
4.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	33
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
5.1 CONCLUSIONES	37
5.2 RECOMENDACIONES	40
5.3 BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.
5.4 ANEXOS	44

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según servicios ofertados	28
Tabla 2. Distribución de los costos en los servicios ofertados según la mano de obra Directa.....	28
Tabla 3. Distribución de los costos en los servicios ofertados según la mano de obra Indirecta	29
Tabla 4. Distribución según las tarifas de los servicios ofertados..	29
Tabla 5. Distribución según tarifas Vs gastos.....	30

INFORMACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

<p>Título: FACTIBILIDAD ECONÓMICA – FINANCIERA PARA LA CREACIÓN DE SERVICIOS BÁSICOS EN SALUD EN LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DE QUILCACÉ - CAUCA, 2013.</p>
<p>Investigadores: Sofy Lorena Flórez Martínez, Claudia Isabel Campo Rivera, Claudia Viviana Peña Lemus, Mayerli Alexandra Tróchez Gómez, Rocio Natalia Ibañez Cabezas</p>
<p>Lugar de Ejecución del Proyecto: comunidad afrocolombiana de Quilcacé –</p> <p>Municipio: el Tambo Departamento: Cauca</p>
<p>Duración del Proyecto: Periodo comprendido entre enero a junio de 2013</p>
<p>Tipo de Proyecto:</p> <p>Tecnológico:</p> <p>Investigativo: x</p> <p>Proyección Social:</p>

RESUMEN

Objetivo; Determinar la factibilidad económica - financiera para la creación de servicios básicos de salud para los habitantes del corregimiento de Quilcacé – municipio del Tambo-Cauca, durante el año 2013”.**Métodos:**Se realizó un estudio Descriptivo, de corte transversal; Se identificaron las principales prioridades en salud de la población; se procedió a realizar un estudio de costos teniendo en cuenta los servicios de salud que la comunidad necesita; una vez terminada la fase de recolección de datos se procede a ingresar los datos al programa EXCEL 2007, para realizar el respectivo análisis y determinar la factibilidad económica y financiera para la creación de dichos servicios. **Resultados:** De acuerdo a los resultados obtenidos para determinar la factibilidad económica - financiera para la creación de servicios básicos en salud en la comunidad afrocolombiana de Quilcacé municipio del Tambo-Cauca, durante el año 2013”.se tuvo en cuenta describir los servicios en salud básicos que suplen las necesidades de la población tales como Medicina General, Enfermería, Odontología y Laboratorio Clínico, teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad según la resolución 1441 de 2013 y las condiciones de capacidad tecnológica, científica y los estándares de talento humano e infraestructura. **Conclusiones:** La población Afrocolombiana presente en el Corregimiento de Quilcacé, exhibe condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano, a pesar de que el 100% de la población está afiliada a un régimen de salud, no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad. La construcción de una IPS en el corregimiento de Quilcacé Municipio del tambo Cauca es no solo factible, sino ampliamente recomendable, puesto que los beneficios para la población contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de esta población y por ende al cumplimiento de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud en torno al tema de la salud como un derecho de la humanidad. Facilitará que la población se mantenga con un estado de salud que permita su progreso a nivel individual y social.

Palabras clave: Factibilidad, creación servicios de salud, Salud, comunidad afrocolombiana,

CAPITULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Según las cifras proporcionadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE.(2005), la población afrocolombiana actual es de 4'311.757 de la cual el Cauca posee un 22%. Urrea, Fernando.(2006)En su Informe Final de Grupos Étnicos. Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad”, afirma que la alta incidencia de pobreza en los municipios con predominio de afrocolombianos desencadena que solo 50% estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los cuales el (49,5%), se encuentran en el régimen subsidiado.

Los anteriores resultados no concuerdan con los encontrados por Flores y Col (2012) en Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcacé, donde el (99,6%) están afiliados al SGSSS. Sin embargo, el resultado anterior no implica que el acceso a los servicios de salud se realice de forma óptima, puesto que la precariedad de las condiciones de salud tiene sus raíces en la desigualdad y la inequidad.

Los pobres, entre los cuales se incluye la población afrodescendiente de Quilcacé, son más vulnerables al riesgo de enfermar o morir; y tienen menor acceso a una oferta amplia de servicios de salud de calidad; como se menciona en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2003 y la línea de pobreza.

En relación a las barreras de acceso del lado de la demanda de los servicios de salud, que enfrenta la población de Quilcacé, se evidencia que su caracterización socioeconómica es el factor que más influye, ya que es una población 100% afrodescendiente, y al igual que la situación nacional de los afrodescendientes, la pobreza, es uno de los factores que golpea con más intensidad a esta población. Entre todos los eslabones del “círculo vicioso de la pobreza”; para la población de Quilcacé, el desempleo, las ocupaciones

informales y la baja remuneración del trabajo, por ser determinantes centrales del ingreso, guardan una relación estrecha con su baja calidad de vida relacionada a su vez con su escasa capacidad para demandar los servicios de salud como lo afirma VIÁFARA, Carlos Augusto. (2007) en el “Documento del eje desarrollo económico-género en el Plan integral de Largo Plazo para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal”.

Por otra parte de acuerdo al análisis de las barreras de acceso del lado de la oferta, se tuvo en cuenta la situación del corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo en el acceso a servicios de salud desde una perspectiva regional, considerando el acceso según Mejía Aurelio y colaboradores (2007) como un proceso más allá del contacto inicial con el Sistema de Salud que incluye la continuidad del tratamiento y el deseo por la atención.

Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta el Sistema de Gestión de la Calidad en Salud y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, esta es condicionada ya que según Flores y Col. (2012), la comunidad recibió la atención médica en el Centro de Salud en pocas ocasiones; por tal motivo las personas encuestadas, coincidieron en que existe mucha tramitología para la obtención de una cita, para acceder a los servicios de salud y la falta de gestión de la alcaldía municipal al no brindar un derecho fundamental como es la salud a una población vulnerable y marcada por la violencia de la región.

Por lo tanto la carencia de continuidad en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé, hace que los usuarios tengan que someterse a largos tiempos de espera en condiciones deplorables, atención sin condiciones mínimas de calidad en infraestructura, recurso humano, dotación, procesos asistenciales para poder acceder a los servicios de salud básicos.

Echeverry Me. (2008) El derecho a la salud en Medellín, Colombia, desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma. Afirma que el modelo de competencia gestionada introducido en Colombia con la Ley 100, tiene como objetivo mejorar el acceso a los servicios de salud. Los resultados no han

sido muy favorables en este aspecto y diversas investigaciones sobre la situación del Sistema de Salud Colombiano, después de la ley 100 documentan entre otros efectos, ineficiencia y desperdicio de recursos en las partes financiera y operativa, mayor segmentación, desmantelamiento de la red pública de servicios, retroceso de indicadores de Salud Pública, deterioro en el acceso y la calidad de los servicios de salud ya que en la práctica, la población enfrenta la profundización de múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, económico, cultural y de oferta y lo más grave es que los ajustes legislativos han mantenido el modelo y los efectos descritos.

El no tener acceso efectivo a los servicios de salud desestimula la utilización de los mismos, lo cual puede traer en muchos casos, la cronicidad y complicaciones de las patologías, abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y por tanto el deterioro del estado de salud; sin olvidar el sentimiento de “inconformidad e ineficiencia del sistema”. Cabe anotar que según la Ley 1122/07, Sentencia de tutela 760/08 Emergencia social de (2009) son los más vulnerables los que enfrenta más obstáculos en la atención, es decir, los más pobres son los que menos reciben y los que menos oportunidad tienen de usar los servicios.

Teniendo en cuenta las barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud a las cuales se ven enfrentados diariamente la comunidad de Quilcacé, se propone la creación de servicios básicos de salud que suplan las necesidades en enfermería, medicina general, odontología general, laboratorio clínico y actividades de promoción y prevención, garantizando de esta manera su acceso real.

Teniendo en cuenta las condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano que presenta la población afrocolombiana del Municipio del Tambo corregimiento de Quilcacé, se planteó un estudio que permitió conocer la factibilidad para la creación de servicios de salud para la atención de esta comunidad.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la factibilidad económica y financiera para la creación de servicios básicos de salud para los habitantes del corregimiento de Quilcacé municipio de el Tambo –Cauca, durante el año 2013?

1.3. JUSTIFICACIÓN

Según Mushkin (1958) “La economía de la salud es un campo de investigación, cuyo objeto de estudio es el uso óptimo de los recursos para la atención de la enfermedad y la promoción de la salud. Su tarea consiste en estimar la eficiencia en la organización de los servicios de salud y sugerir formas de mejorar esta organización”. Así pues economía y salud presentan vínculos cada vez más estrechos, tanto en la importancia de la salud dentro del bienestar y la definición sobre calidad de vida, como en el desarrollo tecnológico que permea el Sistema de Prestación de Servicios de Salud.

En efecto por un lado el impacto de la salud en la economía hace referencia a la manera de como a partir de mejoras en la población, ésta obtiene mayores niveles de productividad que facilitan el crecimiento y el desarrollo. Por otro lado están las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento de enfermedades, así como los avances de la investigación orientada a su prevención y a la promoción de una buena salud, que realizan aportes muy importantes para la producción de capital salud (Gallego, 2001).

Teniendo en cuenta los resultados reportados por el estudio de “Barreras y Determinantes del Acceso en la Prestación de los Servicios de Salud para la Comunidad Afrocolombiana de Quilcacé Cauca 2012”, en donde se determinó que ésta población exhibe condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano, a pesar de que el 100% de la población está afiliada a un régimen de salud, no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad. Por lo tanto se ha planteado una estrategia de solución a este problema, mediante una propuesta de creación de servicios básicos de salud que permitan disminuir las barreras desde la oferta y la demanda, garantizando una atención integral a la comunidad.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1 General:

Determinar la factibilidad económica - financiera para la creación de servicios básicos de salud para los habitantes del corregimiento de Quilcacé – Municipio del Tambo-Cauca, durante el año 2013”.

1.4.2 Específicos:

- Describir los servicios de salud a ofrecer a la comunidad.
- Establecer los costos de los servicios a ofrecer.
- Determinar los precios de venta de los servicios.

CAPITULO 2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud, OMS,(1946), subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad y la define como "El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia".

Los servicios de salud se establecen para atender las necesidades de salud de una población en términos de promover la salud, prevenir la enfermedad, reparar la salud dañada por la enfermedad y rehabilitar a los individuos en quienes quedan secuelas discapacitantes y se constituyen en un factor importante para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Sin embargo, las desigualdades socioeconómicas entre las diferentes áreas y grupos de población influyen en las disparidades en la atención de salud. Las áreas menos privilegiadas tienden a tener una tasa de morbi-mortalidad más alta y menor disponibilidad de recursos económicos para acceder a la atención en salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), (2012), con el fin de mejorar la cobertura efectiva de salud, es necesario reducir la segmentación de los sistemas y la fragmentación de los servicios de salud que genera dificultades en el acceso, la entrega de servicios de baja calidad técnica, el uso irracional e ineficiente de los recursos, un incremento innecesario de los costos de producción, y una baja satisfacción de los usuarios.

Aproximadamente el 80% de las muertes de la región se producen en las poblaciones más excluidas, más expuestas a los factores de riesgo y que tienen menos acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento. Las repercusiones negativas sobre la población, particularmente sobre los excluidos como los adolescentes, pueblos indígenas y afrodescendientes, y comunidades marginales, rurales y remotas y en particular sobre sus mujeres, son inmensas desde que causa incapacidades en estadios tempranos de la vida y afecta la sociedad en su conjunto en sus esfuerzos de desarrollo.

En el país existe un Sistema de Salud fragmentado, con un enfoque eminentemente curativo, lo cual limita la obtención de servicios de salud oportunos y con calidad. En este sentido, un programa enfocado en la prestación de servicios básicos de salud, orienta las acciones de la atención en salud para mejorar el acceso a estos, en estrecha coordinación con los promotores y líderes comunitarios para contribuir a mejorar la cobertura en salud pública y la calidad de vida de la población.

Entre los principales servicios básicos de salud se incluyen: La consulta médica y preventiva con el fin de brindar a los pacientes una atención primaria integral detectando los factores de riesgo y por medio de la prevención evitar la aparición de enfermedades crónicas degenerativas. Atención odontológica, para brindar al paciente un servicio desde prevención dental hasta rehabilitación bucal. Toma de muestras para análisis de baja complejidad a costos accesibles, además del desarrollo paralelo de programas educativos en promoción y prevención de la salud en forma coordinada con comités de salud, los cuales reproducen el aprendizaje adquirido.

FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UNA IPS

Según Ramírez Almaguer y Col, (2009) el proceso de evaluación de inversiones está estrechamente relacionado con el concepto de proyecto de

inversión. Un proyecto de inversión se puede definir como un conjunto de acciones que son necesarias para llevar a cabo una inversión, la cual se realiza con un objetivo previamente establecido, limitado por parámetros temporales, tecnológicos, políticos, institucionales, ambientales y económicos.

El análisis de factibilidad forma parte del ciclo que es necesario seguir para evaluar un proyecto de inversión. Un proyecto factible, es decir que se puede ejecutar, es el que ha aprobado cuatro estudios básicos: el Estudio de factibilidad de mercado, el Estudio de factibilidad técnica, el Estudio de factibilidad medio ambiental y Estudio de factibilidad económica-financiera.

El estudio de factibilidad es el análisis de una empresa para determinar si el negocio que se propone será bueno o malo, y en cuales condiciones se debe desarrollar para que sea exitoso y si el negocio propuesto contribuye con la conservación, protección o restauración de los recursos naturales y ambientales.

El resultado de los estudios de factibilidad de los trabajos de investigación es la base de las decisiones que se tomen para su introducción, por lo que deben ser lo suficiente precisas para evitar errores que tienen un alto costo social directo, en cuanto a los medios materiales y humanos que involucren; así como por la pérdida de tiempo en la utilización de las variantes de desarrollo más eficientes para la sociedad. Esto sólo se puede asegurar mediante el empleo de procedimientos y de análisis debidamente fundamentados.

En el presente trabajo se desarrolla un estudio de factibilidad económico-financiera para la creación de servicios básicos de salud, el cual permitirá determinar si conviene realizar el proyecto, o si es o no rentable y si es oportuno ejecutarlo en ese momento o cabe postergar su inicio.

En presencia de varias alternativas de inversión, la evaluación es un medio útil para fijar un orden de prioridad entre ellas, seleccionando los proyectos más rentables y descartando los que no lo sean. Los estudios de mercado, así como los técnicos y los económicos, brindan la información necesaria para estimar los flujos esperados de ingresos y costos que se producirán durante la vida útil de un proyecto en cada una de las alternativas posibles.

El objetivo fundamental de la evaluación económica financiera es evaluar la inversión a partir de criterios cuantitativos para tomar decisiones de inversión. Dentro de estos criterios se tendrá en cuenta el costo de producción o el costo total de cada uno de los diferentes servicios, el cual está constituido por tres elementos: Materiales, que son aquellos insumos necesarios que se transforman en productos terminados a través del uso de la mano de obra y de los costos indirectos de fabricación en la producción de un bien o servicio y que pueden asociarse fácilmente al producto representando un costo importante del servicio terminado. La Mano de obra Directa (MOD) corresponde a los salarios básicos, las prestaciones sociales y los aportes patronales de los profesionales involucrados directamente en la transformación de los materiales en servicios terminados. Y los costos Indirectos de fabricación (CIF) necesarios para la prestación de los diferentes servicios que no pueden identificarse plenamente con una unidad de producción; este tipo de costos incluye la Mano de Obra Indirectos (MOI) que se define como la mano de obra consumida en las áreas administrativas de la empresa que sirven de apoyo a la prestación de los servicios materiales y costos fijos que son aquellos costos que la empresa debe pagar independientemente de su nivel de operación, es decir produzca o no produzca debe pagarlos.

2.2. ESTADO DEL ARTE

La OMS señala en el Informe *Mundial de Salud (2008)* que la Atención Primaria es sumamente necesaria. En el año 2006, México crea el **Modelo Integrador de Atención a la Salud (MIDAS)**, que retoma los éxitos de cobertura alcanzados pero que innovadoramente establece la continuidad de la atención basada en compromisos y tendiente a un uso más eficiente de los recursos para la salud.

El MIDAS promueve la integración de los servicios de salud, que la atención se enfoque en el individuo, la familia y la comunidad con especial énfasis en la atención primaria en salud; es descentralizado, equitativo, eficiente y de alta calidad; subsidia la demanda de los servicios de salud; Este modelo establece los lineamientos a través de los cuales se pretende dar solución a los problemas de salud mediante la promoción de la salud. Esta promoción se centra en los estilos de vida saludable, la limitación de la exposición a riesgos para la salud, la atención efectiva de los daños a la salud y la limitación de la discapacidad generada por las enfermedades y lesiones.

Los sistemas de salud latinoamericanos tienen diversos retos a cumplir. Entre los que se destacan extender la cobertura de servicios, la cobertura de la protección financiera, el equilibrio en la distribución e inversión de los recursos, la eficiencia de los servicios y la atención de diferentes enfermedades.

Roldán Ariel (1996) en su estudio menciona que la cobertura, se debe entender como cobertura geográfica y la cobertura de la protección financiera. La primera hace referencia a la infraestructura física y tecnológica, la segunda trata sobre la protección del afiliado por medio de un sistema de financiamiento basado en impuestos generales, específicos o una afiliación normal a un

seguro para evitar el empobrecimiento ocasionado por los costos catastróficos en salud.

La cobertura geográfica también considera los factores de acceso y la disponibilidad de unidades de atención en zonas lejanas o centros urbanos. La planeación de las unidades médicas, donde la población demanda implícita o explícitamente atención a la salud, es un proceso importante que amerita la preocupación de quienes toman decisiones.

En la misma línea se sitúa la investigación realizada por **Borre Josué y colaboradores (1996)** quienes describen que la planeación y construcción de unidades médicas no siempre ha sido antecedida por estudios de factibilidad. Ya que la construcción de un centro de salud en un área geográfica determinada puede representar un ejercicio valioso, para apoyar la toma de decisiones puesto que se, permiten identificar la viabilidad de realizar todo tipo de proyectos, ya sean de carácter técnico, social o comercial.

El Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social (ILPES) (2011) en acuerdo con el Banco Interamericano de Desarrollo, propone una guía que sirve como instrumento para preparar o analizar los antecedentes de la creación de Instituciones en Salud; buscando identificar la factibilidad o no, de construir un Centro de Salud con servicios ampliados, con características de poca accesibilidad a los servicios de salud, demográficos y socio-económicas (elevado crecimiento poblacional, pobreza extrema, desempleo, pandillerismo y tráfico de sustancias ilícitas entre otros), que, en suma, hacen aparentemente viable la construcción de dicha unidad médica. Además afirman que es necesario realizar un estudio de mercado, un estudio técnico, un estudio financiero y una evaluación económica.

Juan Ariel Morales en su estudio *fortalecimiento de los Recursos Humanos en Salud y disponibilidad económica para crear una IPS (2007)* , señala que la salud es un derecho fundamental bajo la coordinación, reglamentación y dirección del estado, que puede ser ejercida por particulares y el mismo estado,

con la potestad para reglamentar y organizar los niveles de atención en la presentación de los servicios de salud de conformidad con los principios de universalidad, eficiencia y solidaridad; sin dejar atrás los recursos y la relación costo-gasto; los cuales descentralizan las competencias en salud; según la carga de morbilidad, los regímenes de salud prestados a las cargas administrativas y asistenciales del personal de salud. Para lo cual se concluye, que la factibilidad para crear una Institución Prestadora de Servicios de Salud y lograr uno de los principales objetivos que es mejorar las condiciones de salud de la población, y reducir las desigualdades en salud a través de intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y prestar servicios de salud con calidad y seguridad; se fundamenta principalmente en una adecuada planeación en la relación costo y gasto; ya que el financiamiento a la salud está basado en el gasto privado, y financiamiento de los recursos.

2.3 MARCO LEGAL

BASES NORMATIVAS PARA LA CREACIÓN DE UNA IPS: El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la misión de normalizar mecanismos de control de los servicios de salud, para garantizar a los usuarios calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y práctica profesional; dichos mecanismos de control se han venido desarrollando en nuestro país paulatinamente. Con la expedición del Decreto 2174 de 1996 (derogado por 2309/02), se establecieron las bases para el inicio de una labor encaminada a garantizar la calidad en la prestación de los servicios de salud dando continuidad en el año 2006 con el Decreto 1011 por el cual se estableció el Sistema Obligatorio en Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que desarrolla el sector salud, para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud del país.

Con igual propósito, se expidió la Resolución 1441 de 2013 por la cual se definen los procedimientos y condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar los servicios y que deroga la Resolución 1043 del 2006, y 1315 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, 4796 y 1448 de 2008, 715 de 2010; y la resolución 1446 de 2006 por la cual se define el Sistema de Información para la Calidad y se adoptan indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud.

Los Prestadores de Servicios de Salud, para su entrada y permanencia en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud deben cumplir con las siguientes condiciones: la capacidad tecnológica y científica, la suficiencia patrimonial y financiera y la capacidad técnico - administrativa; la presente investigación se enfoca en las condiciones de capacidad tecnológica y científica que serán los estándares de habilitación establecidos por el Ministerio de la Protección Social. Los estándares aplicables son siete (7): Talento humano, Infraestructura, Dotación, Medicamentos dispositivos médicos e insumos, Procesos Prioritarios, Historia Clínica y Registros e Interdependencia de servicios.

CAPITULO 3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Enfoque:

El enfoque es cuantitativo al emplearse métodos estandarizados con propósito de identificar la factibilidad de crear servicios básicos en salud para los habitantes del corregimiento de Quilcacé comunidad afrocolombiana del Municipio del Tambo Cauca.

3.2 Tipo de investigación:

Descriptiva de corte transversal; se describe la factibilidad para crear servicios de salud básicos en la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo Cauca.

3.3 Diseño:

De corte Transversal, teniendo en cuenta que se medirán los aspectos relacionados solo una vez en un periodo. No experimental, puesto que los investigadores no controlan las variables

3.4 Método de recolección de datos

Se realizó por medio de observación, identificando las principales prioridades en salud de la población; según las características socio demográficas, las condiciones de salud de la población, según la afiliación al SGSSS, las principales características del acceso a los servicios de salud desde la oferta y demanda en las personas que habitan en el corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo Cauca.

3.5 Procedimientos para la recolección de la información

Se toma la iniciativa para determinar la factibilidad de la creación de servicios de salud en la Población de Quilcacé Cauca, a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de investigación denominado “Barreras y determinantes del acceso en la prestación de servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcacé Cauca, 2012”, en el cual se evidencia como la caracterización socioeconómica, la pobreza, la accesibilidad geográfica, los trámites administrativos, los tiempos de espera y la mala calidad de la atención, son factores que impiden que esta población acceda a los servicios básicos de salud.

Se realizó una revisión bibliográfica y reconocimiento contextual, un acercamiento a la comunidad con una reunión general con la población, algunos líderes y personal de la administración municipal del Tambo, para conocer cuáles son los servicios de salud que la población requiere con mayor prioridad.

Se procedió a realizar un estudio de costos teniendo en cuenta los servicios de salud que la comunidad necesita; una vez terminada la fase de recolección de datos se procede a ingresar los datos al programa EXCEL 2007, para realizar el respectivo análisis y determinar la factibilidad económica y financiera para la creación de dichos servicios.

3.6 Consideraciones éticas

Con el objetivo de hacer un estudio basado en el respeto y la ética, se planteó la exploración de acuerdo a la legislación vigente para poder exponer los resultados de forma pública y abierta como una contribución a la generación de conocimiento y fortalecimiento de la academia y la ciencia.

3.7 Nivel de riesgo de la investigación: La investigación realizada se considera de bajo riesgo según la resolución 8430.

3.8 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES					
	1	2	3	4	5	6
RECONOCIMIENTO DE LA POBLACIÓN	X					
RECOPIACIÓN DE LA INFORMACIÓN	X	X				
CREACIÓN DE LA BASE DE DATOS			X	X		
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN					X	X
COMPRENSIÓN DE TEXTOS					X	X
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES						X

CAPITULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Distribución según los Servicios Ofertados.

SERVICIOS OFERTADOS
Consulta por medicina general
Enfermería
Consulta por odontología
Laboratorio clínico

La tabla 1 muestra la distribución de los servicios de salud básicos con los cuales se pretende crear la IPS en el corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo Cauca.

Tabla 2. Distribución de los costos en los servicios ofertados según la mano de obra Directa.

COSTO DE MANO DE OBRA DIRECTA					
CANT	PERSONAL	SALARIO MENSUAL	TOTAL HORAS	VALOR HORA SALARIO	VR SALARIO ANUAL
2	Medico	\$ 9.000.000	180	\$ 50.000	\$ 108.000.000
1	Odontólogo	\$ 2.800.000	180	\$ 15.556	\$ 33.600.000
1	Enfermera	\$ 2.000.000	180	\$ 11.111	\$ 24.000.000
1	Bacteriólogo	\$ 1.800.000	90	\$ 20.000	\$ 21.600.000
1	Auxiliar de Odontología	\$ 600.000	180	\$ 3.333	\$ 7.200.000
1	Auxiliar de Enfermeria	\$ 600.000	180	\$ 3.333	\$ 7.200.000
1	Auxiliar de Bacteriología	\$ 600.000	180	\$ 3.333	\$ 7.200.000
	TOTAL	\$ 17.400.000	1170	\$ 106.667	\$ 208.800.000

Según la tabla 2, se determina que según la mano de obra directa el personal profesional que más se necesita son los médicos; y todos deben cumplir 180 horas mensuales con excepción del bacteriólogo que cumple solo 90 horas; los médicos son los que reciben un mayor salario por hora trabajada equivalente a \$50.000 por ende al año reciben \$108.000.000.

Tabla 3. Distribución de los costos en los servicios ofertados según la mano de obra Indirecta.

COSTO MANO DE OBRA INDIRECTA					
CANT	PERSONAL	SALARIO INTEGRAL	TOTAL HORAS	VR HORA SALARIO	VR MINUTO
1	GERENTE	\$ 2.500.000	180	\$ 13.889	\$ 231
1	CONTADOR	\$ 1.000.000	40	\$ 25.000	\$ 417
1	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	\$ 900.000	180	\$ 5.000	\$ 83
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	\$ 589.500	180	\$ 3.275	\$ 55
1	SERVICIOS GENERALES	\$ 589.500	180	\$ 3.275	\$ 55

La tabla 3 muestra que según la mano de obra indirecta el personal profesional mejor remunerado es el Gerente con un salario de \$ 2.500.000 y todos tienen que cumplir 180 horas mensuales con excepción al contador que cumple solo 40 horas; pero la hora salario mejor paga es la del Contador con un valor de \$25.000

Tabla 4. Distribución según las tarifas de los servicios ofertados.

PRECIOS DE LOS SERVICIOS			
SERVICIOS BASICOS DE SALUD	ACTIVIDADES	TARIFA INSTITUCIONAL	TARIFA PARTICULAR
CONSULTA POR MEDICINA GENERAL	Consulta por primera vez	\$ 23.500,00	\$ 21.150,00
	Consulta de control	\$ 19.200,00	\$ 17.280,00
	Inserción de dispositivo intrauterino Anticonceptivo (diu) sod +	\$ 37.800,00	\$ 34.020,00
	Extracción de dispositivo anticonceptivo Intrauterino (diu) sod	\$ 37.900,00	\$ 34.110,00
	Lavado e irrigación de oídos sod +	\$ 16.500,00	\$ 14.850,00
	Sutura de herida única en área general	\$ 11.000,00	\$ 9.900,00
	Irrigación y lavado del ojo sod	\$ 16.500,00	\$ 14.850,00
	TOTAL	\$ 162.400,00	\$ 146.160,00
ENFERMERÍA	Curaciones	\$ 13.900,00	\$ 12.510,00
	Consulta de primera vez por Enfermería	\$ 15.200,00	\$ 13.680,00
	Consulta de control o de seguimiento por Enfermería	\$ 13.700,00	\$ 12.330,00
	Consulta de control por enfermera cyd	\$ 13.700,00	\$ 12.330,00
	Consulta de control por Enfermería p.f.	\$ 13.700,00	\$ 12.330,00
	Consulta de control prenatal por Enfermería	\$ 13.700,00	\$ 12.330,00
	Vacunación contra haemophilus influenza tipo b +	\$ 3.500,00	\$ 3.150,00
	Vacunación contra haemophilus influenza tipo b +	\$ 3.500,00	\$ 3.150,00
TOTAL	\$ 90.900,00	\$ 81.810,00	
CONSULTA POR ODONTOLOGIA	consulta de primera vez por odontología general	\$ 16.200,00	\$ 14.580,00
	exodoncia de diente permanente unirradicular +	\$ 15.000,00	\$ 13.500,00
	exodoncia de diente permanente multirradicular +	\$ 18.300,00	\$ 16.470,00
	obturbación dental con amalgama +	\$ 16.500,00	\$ 14.850,00
	obturbación dental con resina de fotocurado +	\$ 28.600,00	\$ 25.740,00
detartraje supragingival sod +	\$ 65.400,00	\$ 58.860,00	

	control de placa dental ncoc	\$ 11.000,00	\$ 9.900,00
	obtención dental con resina de fotocurado +	\$ 28.600,00	\$ 25.740,00
	TOTAL	\$ 199.600,00	\$ 179.640,00
LABORATORIO CLÍNICO	Hemograma i [hemoglobina hematocrito y Leucograma] método manual +	\$ 16.300,00	\$ 14.670,00
	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria + Coprológico +	\$ 10.500,00	\$ 9.450,00
	Glucosa en suero lcr u otro fluido diferente a orina	\$ 6.400,00	\$ 5.760,00
		\$ 9.800,00	\$ 8.820,00
	Glucosa pre y post prandial	\$ 25.100,00	\$ 22.590,00
	Triglicéridos +	\$ 11.000,00	\$ 9.900,00
	Eritrosedimentación [velocidad sedimentación globular - vsg]	\$ 3.600,00	\$ 3.240,00
	Colesterol de alta densidad [hdl]	\$ 16.500,00	\$ 14.850,00
	Colesterol de baja densidad [ldl] enzimático	\$ 19.500,00	\$ 17.550,00
	Colesterol total	\$ 20.100,00	\$ 18.090,00
	Serología [prueba no trepomenica] vdrl en suero o lcr & * +	\$ 10.500,00	\$ 9.450,00
	Hemoclasiación grupo abo y factor rh	\$ 20.800,00	\$ 18.720,00
	factor reumatoideo [ra] semicuantitativo por látex +	\$ 8.800,00	\$ 7.920,00
	Proteína c reactiva prueba semicuantitativa +	\$ 8.800,00	\$ 7.920,00
	ácido úrico< o:p>	\$ 11.000,00	\$ 9.900,00
	estudio de coloración básica en citología vaginal tumoral y/o funcional+	\$ 18.900,00	\$ 17.010,00
	Examen directo fresco de cualquier muestra+	\$ 16.500,00	\$ 14.850,00
	TOTAL	\$ 234.100,00	\$ 210.690,00

En la tabla 4 se observa que en el servicio que más demanda costos es el servicio de laboratorio clínico con un valor de: \$105.345,00 mientras que el servicio que menos genera costos es Enfermería con un valor total de \$40.905,00.

Tabla 5. Distribución según tarifas Vs gastos.

TARIFA Vs GASTOS				
SERVICIOS BÁSICOS DE SALUD	ACTIVIDADES	TARIFA INSTITUCIONAL	GASTOS	DIFERENCIA
CONSULTA POR MEDICINA GENERAL	Consulta por primera vez	\$ 23.500,00	\$ 10.575,00	\$ 12.925,00
	Consulta de control	\$ 19.200,00	\$ 8.640,00	\$ 10.560,00
	Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (diu) sod	\$ 37.800,00	\$ 17.010,00	\$ 20.790,00
	Extracción de dispositivo anticonceptivo intrauterino (diu) sod	\$ 37.900,00	\$ 17.055,00	\$ 20.845,00
	Lavado e irrigación de oídos sod	\$ 16.500,00	\$ 7.425,00	\$ 9.075,00
	Sutura de herida única en área general	\$ 11.000,00	\$ 4.950,00	\$ 6.050,00
	Irrigación y lavado del ojo sod	\$ 16.500,00	\$ 7.425,00	\$ 9.075,00
ENFERMERÍA	Curaciones	\$ 13.900,00	\$ 6.255,00	\$ 7.645,00

	Consulta de primera vez por enfermería	\$ 15.200,00	\$ 6.840,00	\$ 8.360,00
	Consulta de control o de seguimiento por enfermería	\$ 13.700,00	\$ 6.165,00	\$ 7.535,00
	Consulta de control por enfermera cyd	\$ 13.700,00	\$ 6.165,00	\$ 7.535,00
	Consulta de control por enfermería p.f.	\$ 13.700,00	\$ 6.165,00	\$ 7.535,00
	Consulta de control prenatal por enfermería	\$ 13.700,00	\$ 6.165,00	\$ 7.535,00
	Vacunación contra haemophilus influenza tipo b	\$ 3.500,00	\$ 1.575,00	\$ 1.925,00
	Vacunación contra haemophilus influenza tipo b	\$ 3.500,00	\$ 1.575,00	\$ 1.925,00
CONSULTA POR ODONTOLOGIA	Consulta de primera vez por odontología general	\$ 16.200,00	\$ 7.290,00	\$ 8.910,00
	Exodoncia de diente permanente unirradicular	\$ 15.000,00	\$ 6.750,00	\$ 8.250,00
	Exodoncia de diente permanente multirradicular	\$ 18.300,00	\$ 8.235,00	\$ 10.065,00
	Obturación dental con amalgama +	\$ 16.500,00	\$ 7.425,00	\$ 9.075,00
	Obturación dental con resina de fotocurado	\$ 28.600,00	\$ 12.870,00	\$ 15.730,00
	Detartraje supragingival sod	\$ 65.400,00	\$ 29.430,00	\$ 35.970,00
	Control de placa dental ncoc	\$ 11.000,00	\$ 4.950,00	\$ 6.050,00
	Obturación dental con resina de fotocurado	\$ 28.600,00	\$ 12.870,00	\$ 15.730,00
LABORATORIO CLÍNICO	Hemograma i [hemoglobina hematocrito y leucograma] método manual	\$ 16.300,00	\$ 7.335,00	\$ 8.965,00
	Uroanálisis con sedimento y densidad urinaria	\$ 10.500,00	\$ 4.725,00	\$ 5.775,00
	Coprológico	\$ 6.400,00	\$ 2.880,00	\$ 3.520,00
	Glucosa en suero lcr u otro fluido diferente a orina	\$ 9.800,00	\$ 4.410,00	\$ 5.390,00
	Glucosa pre y post prandial	\$ 25.100,00	\$ 11.295,00	\$ 13.805,00
	Triglicéridos	\$ 11.000,00	\$ 4.950,00	\$ 6.050,00
	Eritrosedimentacion [velocidad sedimentacion globular - vsg]	\$ 3.600,00	\$ 1.620,00	\$ 1.980,00
	Colesterol de alta densidad [hdl]	\$ 16.500,00	\$ 7.425,00	\$ 9.075,00
	Colesterol de baja densidad [ldl] enzimatico	\$ 19.500,00	\$ 8.775,00	\$ 10.725,00
	Colesterol total	\$ 20.100,00	\$ 9.045,00	\$ 11.055,00
	Serología [prueba no trepomenica] vdrl en suero o lcr	\$ 10.500,00	\$ 4.725,00	\$ 5.775,00
	Hemoclasificacion grupo abo y factor rh	\$ 20.800,00	\$ 9.360,00	\$ 11.440,00
	Factor reumatoideo [ra] semicuantitativo por látex	\$ 8.800,00	\$ 3.960,00	\$ 4.840,00
	Proteína c reactiva prueba semicuantitativa	\$ 8.800,00	\$ 3.960,00	\$ 4.840,00
	Ácido úrico.	\$ 11.000,00	\$ 4.950,00	\$ 6.050,00
	Estudio de coloración básica en citología vaginal tumoral y/o funcional	\$ 18.900,00	\$ 8.505,00	\$ 10.395,00

Examen directo fresco de cualquier muestra	\$ 16.500,00	\$ 7.425,00	\$ 9.075,00
TOTAL	\$ 687.000,00	\$ 309.150,00	\$ 377.850,00

En la tabla 5 se observa que los costos de los servicios son menores que los ingresos, por tanto crear servicios básicos de nivel I puede ser rentable, además se pueden pactar tarifas institucionales dependiendo el tipo de contratación que se realice con las entidades para la prestación de servicios de sus afiliados o usuarios, en nuestra investigación se toma como referencia la tarifa SOAT vigente y una tarifa preferencial con descuento para usuarios que soliciten los servicios como particulares.

4.1 DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

De acuerdo a los resultados obtenidos para determinar la factibilidad económica - financiera para la creación de servicios básicos en salud en la comunidad afrocolombiana de Quilcacé municipio del Tambo-Cauca, durante el año 2013".se tuvo en cuenta describir los servicios en salud básicos que suplen las necesidades de la población tales como Medicina General, Enfermería, Odontología y Laboratorio Clínico, teniendo en cuenta el cumplimiento de los requisitos mínimos de calidad según la resolución 1441 de 2013 y las condiciones de capacidad tecnológica, científica y los estándares de talento humano e infraestructura.

Coincidentalmente en el estudio realizado por *Ospina en el año 2009 sobre las Políticas Públicas en Salud*; describe que en Colombia hay diversos retos por cumplir; para satisfacer las diferentes necesidades en salud principalmente en la población vulnerable los servicios que se destacan por ampliar las coberturas son: Medicina general, Enfermería y Odontología basados en los programas de APS; Atención Primaria en Salud, ya que no se debe esperar que las personas se enfermen para pensar en atención; si no que se debe intervenir en los programas de promoción y prevención; que se realizan en los servicios básicos de Primer Nivel que si bien no cumplen todas las expectativas; limitan el riesgo de enfermar y morir sin atención.

Por otro lado *CORREA, Fernando. En su investigación sobre los Derechos Sociales en salud. España. 2007.* plantea cinco objetivos en la atención en salud; hace referencia identificar los principales servicios en salud que necesita la población para suplir sus necesidades básicas insatisfechas del mismo modo mejorar las condiciones de salud de la población, y reducir las desigualdades en salud a través de intervenciones focalizadas en grupos vulnerables y comunidades marginadas, prestando servicios de salud con calidad y seguridad; evitando el empobrecimiento de la población por motivos de salud y finalmente garantizar que la salud contribuya a combatir de la pobreza y mejorar el desarrollo del país.

La Organización Mundial de la Salud OMS establece que hay una estrecha relación entre el derecho a la salud y la obligación de los gobiernos a garantizar los servicios en salud de la población, en donde se crean varias estrategias del Programa Nacional de Salud pública en el cual sobresalen dos relevantes en materia de infraestructura física y el recurso humano planteando avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención en salud.

Por otro lado, se plantea fortalecer la inversión en recursos humanos, con el fin de establecer los costos de los servicios a ofrecer en la población afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé teniendo en cuenta el número de personal Profesional y auxiliar que se va a necesitar, el salario mensual, el total de horas mensual trabajadas, el valor por hora, y el salario anual; en donde se evidencio que el personal profesional que más se necesita son los médicos; y todos deben cumplir 180 horas mensuales con excepción del Bacteriólogo que cumple solo 90 horas; los médicos son los que reciben un mayor salario por hora trabajada equivalente a \$50.000 por ende al año reciben \$108.000.000; con lo anterior se puede afirmar que el costo no es elevado teniendo en cuenta que a la población trae muchos beneficios.

Similares hallazgos encontrados en el año 2008, *por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)*, identificó que el punto más débil del Sistema de Salud de México: es el alto nivel de financiamiento a la salud basado en el gasto privado, así como un alto grado de inequidad e insuficiencia de los recursos. Aún cuando las acciones de los gobiernos en materia de salud se han enfocado a disminuir estos importantes hallazgos, continua carente de servicios de salud. Se establece que por cada 1,000 habitantes debe existir un servicio de atención básica de primer nivel en donde se cuente con 2 médicos, 1 enfermera, 2 auxiliares de enfermería, un bacteriólogo y un odontólogo. Sin embargo, los costos por construcción, operación y mantenimiento ascienden pero los beneficios en la población y el gobierno son innumerables. Para ello es necesario que el CESSA sea financiado por el Gobierno Estatal de San Luís Potosí para que realice convenios con la Federación.

La evidencia acumulada indica que los Sistemas de Salud se deben crear teniendo en cuenta la necesidad y la productividad porque los costos y el financiamiento directo exacerbaban la pobreza y reducen la capacidad de atención con calidad; además el servicio a la salud es un derecho fundamental de la humanidad. Por tal motivo es conveniente que los gobiernos inviertan más recursos en el sector Salud para que de este modo los hogares pobres también puedan acceder a los servicios de salud con calidad y oportunidad sin enfrentar barreras económicas para obtener los servicios de salud básicos; en este estudio el servicio que mas demanda costos es el servicio de laboratorio clínico con un valor de: \$105.345,00 mientras que el servicio que menos genera costos es Enfermería con un valor total de \$40.905,00.

Teniendo en cuenta lo anterior *la Organización de las Naciones Unidas* reconoce que la salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano sin discriminación alguna. Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico, social y una dimensión importante de calidad de vida y por ende a la evolución y desarrollo productivo de un país; En nuestro estudio se encontró que el servicio que mas genera ingresos es el servicio de laboratorio con una tarifa institucional de \$ 234.100,00 y una tarifa particular de \$ 210.690,00

Ballesteros Jorge Eliecer en su estudio *SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD*, afirma que en Colombia la prestación y la garantía de la atención, en salud se debe generar sin vulnerar los derechos de los usuarios además; se deben generar los cobros según el manual tarifario SOAT Decreto 2423 de 1996 vigente para cada año con un incremento anual del IPC establecido por la CRES comisión Reguladora de Servicios en salud y los acuerdos contractuales de prestación de servicios legalizados con cada EPS ya que estos se encuentran vigilados por la Defensoría del Pueblo, la Superintendencia Nacional de Salud y, los seguimientos ordenados por la honorable Corte Constitucional en la Sentencia T-760 de 2008.

No obstante las reformas y ajustes legales que se han introducido al Sistema General de Seguridad Social en Salud durante los últimos cinco años, además

de las acciones emprendidas por el Gobierno Nacional; obedece, exclusivamente, a la concentración en uno de los actores, de las funciones de administración financiera de los recursos del Sistema y de la gestión y prestación de los servicios de salud, diversidad de funciones estas que además de generar un conflicto de intereses, privilegia la utilidad económica en detrimento de los resultados en salud, afectando no sólo la financiación y operación del sistema en su conjunto, sino también y más grave aún, impidiendo el acceso al servicio y la garantía del derecho fundamental a la salud, con el consecuente aumento desmesurado, año tras año, de las acciones de tutela por parte de los usuarios insatisfechos por la atención en salud.

Así lo ha señalado la Defensoría del Pueblo en el informe *“Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud 2009”*, en el que precisamente en materia de garantía de acceso a los servicios de salud, evidenció que más de la mitad de las tutelas –el 68.25%– son por contenidos que sí se encuentran incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

Finalmente asociado a esta problemática, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud atraviesan una crítica situación financiera que las tiene al borde del colapso, como consecuencia de la voluminosa cartera pendiente de pago por parte de las Entidades Promotoras de Salud (en abierta violación de los plazos legales y reglamentarios), lo que afecta la prestación del servicio de salud, imposibilita el pago a proveedores y pone en peligro la viabilidad de las respectivas instituciones y las del propio Sistema.

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La población Afrocolombiana presente en el Corregimiento de Quilcacé, exhibe condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano, a pesar de que el 100% de la población está afiliada a un régimen de salud, no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad. Se encuentra marginada de los beneficios del desarrollo, siendo su estado, uno de los más críticos en la totalidad de la población colombiana, como lo muestran los estudios que analizan su situación socioeconómica; no se comprueban avances sustantivos en materia de inclusión para esta población a pesar de la copiosa normatividad existente y de la gran cantidad de programas implementados para mejorar su calidad de vida. Estas evidencias ponen en cuestionamiento tanto el alcance de las políticas públicas como la eficiencia de los procedimientos utilizados para hacerlas efectivas.

La construcción de una IPS en el corregimiento de Quilcacé Municipio del tambo Cauca es no solo factible, sino ampliamente recomendable, puesto que los beneficios para la población contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de esta población y por ende al cumplimiento de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud en torno al tema de la salud como un derecho de la humanidad. Facilitará que la población se mantenga con un estado de salud que permita su progreso a nivel individual y social.

Si bien, no existe una metodología ni terminología de análisis costo/beneficio universalmente adaptada y aplicada. Este proyecto permite determinar que los beneficios agregados por el mismo son mayores a sus costos, lo que representa ser un proyecto viable y factible que permite decidir cómo pueden programarse y utilizarse los recursos con el fin de satisfacer las necesidades

identificadas en la población del corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo.

Se requiere sensibilidad humana y la voluntad política del Gobierno buscando financiamiento para construir una IPS; Así mismo, aporta datos sobre la factibilidad técnica, financiera y económica, sin embargo carece de datos que evidencien factibilidad política y social que, en un momento pudieran arrojar datos que sustenten la construcción de la IPS.

Por otro lado, este trabajo representa una propuesta para realizar estudios de factibilidad que permitan una adecuada toma de decisiones en la construcción de unidades médicas y eviten el gasto y los costos innecesarios sin éxito alguno de los fondos presupuestados.

Una de las principales debilidades de este trabajo, es que no considera el crecimiento poblacional de la zona, que se da de una manera acelerada debido a las características geográficas y las condiciones sociales de la misma.

La metodología aquí expuesta contribuye de manera efectiva y concreta para que las IPS, tanto públicas como privadas, mejoren su sistema de gestión de costos; de esta manera podrían, a partir del análisis de gastos y costos médicos, tomar decisiones objetivas que les permitan realizar una mejor negociación y contratación en la venta de sus servicios, así como también formular políticas y directrices orientadas a la optimización de los recursos utilizados en el cumplimiento de su misión institucional. Un aspecto relevante del modelo propuesto consiste en la formulación de un modelo matemático que asegura una ejecución sistemática y lógica de todas las operaciones requeridas para calcular los costos de los procesos, áreas funcionales y producto hospitalario, a partir de un algoritmo sencillo y de fácil programación.

El modelo de atención que sustenta el SGSSS, desatiende a las particularidades de contexto geográfico, social y cultural de los colombianos, desnuda la carencia de políticas públicas sólidas que atiendan a las peculiaridades regionales y viola lo establecido por la Corte Constitucional que

consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida, incurriendo de manera sistemática en la negación de la posibilidad de un acceso real a los servicios de salud.

5.2 RECOMENDACIONES

- Con el objetivo de disminuir los obstáculos de acceso geográfico y mejorar la eficiencia y continuidad asistencial se sugiere avanzar en la integración asistencial mediante la creación de redes de servicios de salud que provean atención de forma continua.
- Realizar las gestiones de financiamiento y contratación a través de las diferentes organizaciones que apoyan los proyectos sociales para la implementación de una IPS con todos los servicios básicos en Salud necesarios; que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población del corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo.
- Apoyar y acompañar la comunidad Afrocolombiana y las autoridades respectivas para llevar a cabo procesos constructivos orientados al mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones sociales de los afro descendientes en esta región del país.

5.3 BIBLIOGRAFÍA

1. Ávila, Héctor Luis. (2008). Introducción a la metodología de la investigación. Volumen 3 numero 4 de la página 2 a la 5.
2. Congreso de la Republica de Colombia. (2007). Ley 1122/07, Sentencia de tutela 760/08 Emergencia social de la Corte constitucional (Salud como un derecho fundamental), Journal, página 3-8.
3. Contreras, Francisco. (2007). RV Derechos Sociales en salud. 1 edición España.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2005). Censo Población afrocolombiana. Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios. Naciones Unidas.
5. Donabedian, A. (1972). "Models for Organizing the Delivery of Health Services and Criteria for Evaluating Them". Milbank Quarterly, Volumen 50, de la página 103 a la 154.
6. Echeverry Me. (2008). El derecho a la salud en Medellín, Colombia, desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma: 1990-2006. (Tesis doctoral en Ciencias de la Salud Colectiva). México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco.
7. Eslava Rincón Julia Isabel, Hernández Bello Amparo, Ruiz Gómez Fernando, Acosta Ramírez Naydú. (1998). Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud de la población del régimen subsidiado y de los participantes vinculados; de la página 3 a la 16. Santa fe de Bogotá.

8. Flores Sofi, Campo Claudia, Peña Claudia, Troches Mayerli. (2012). Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcacé Cauca. Popayán.
9. F. Velandia, A. Hernández, (1997). Documento Técnico ASS/072C-97 y otros, Acceso a los servicios de salud: Conceptos, metodologías y casos, Pontificia Universidad Javeriana. De la página 5 a la 19.
10. Hernández ME. (2000) El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En plataforma colombiana de derechos Humanos, Democracia y desarrollo (4aed.) Bogotá, pp. 133-64.
11. J. Paganini Revista OPS (1995) Evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud volumen 3 numero 4 de la página 14 a la 28.
12. Mejía Aurelio, Sánchez Gandur Andrés Felipe, Tamayo Ramírez Juan Camilo. (2007). Revista salud pública vol.9 no.1. Determinantes del Acceso a Servicios de Salud en Antioquia. Página de la 20 a la 33. Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia.
13. Ministerio de la Protección social. (2006). Decreto 1011 de 2006.
14. Ministerio de salud y protección social de la Republica de Colombia. (2013). Resolución número 1441 de 2013.
15. Organización Panamericana de la salud (OPS). (2012). Publicado en: [AECID, Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS] 08/07/12 Apoyar la promoción y la provisión de los servicios básicos de salud de forma integrada.
16. Organización Panamericana de Salud (OPS). (1946). Concepto de salud. Obtenido de: http://www3.sap.org.ar/staticfiles/actividades/congresos/congr e2006/conarpe34/material/se_petroff.pdf.

17. Pólit, Dense. (2003). Investigación en ciencias de la salud. Editorial Mcgraw Hill.
18. Ramírez Almaguer, Vidal Marrero y Domínguez Rodríguez. (2009). Etapas del Análisis de Factibilidad. Compendio Bibliográfico, en Contribuciones a la Economía, Obtenido en: <http://www.eumed.net/ce/2009a/>.
19. Ramírez Blanca. (2012). Acciones intersectoriales sobre calidad de salud disponible en: <http://www.acionesdesaludenlatinoamerica.net/documentos/.pdf>
20. Rodríguez Sandra. (Junio 2010) Barreras y Determinantes en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona de la página 18 a la 25.
21. Tobar Maricela Revista (2000) Políticas Públicas Saludables del Programa Salud para todos los colombianos página de la 1 a la 3.
22. Vargas Lorenzo Ingrid, Vásquez Navarrete M. Luisa. Revista Salud pública (Diciembre 2010) Acceso a la Atención en Salud en Colombia. Volumen 12 de la página 701 a la 712.
23. Vargas J, Molina G. (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: Limitaciones y consecuencias. Rev. Facultad Nac Salud Publica página 8-14.
24. Viáfara, Carlos Augusto. (2007). Documento del eje desarrollo económico-género en el Plan integral de Largo Plazo para la población negra, afrocolombiana, palanquera y raizal. Departamento Nacional de Planeación; Bogotá.
25. Yepes FL, Ramírez ML, Jaramillo LB I. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: As salud; página 3 -23.

5.4 ANEXOS

COSTO MANO DE OBRA DIRECTA									
CANT	PERSONAL	TIPO DE VINCULACION	SALARIO INTEGRAL	TOTAL HORAS	VALOR HORA SALARIO	NRO ATENCIONES POR MES	VR *ATENCION PCTE O PRUEBA	VR SALARIO ANUAL	PORCENTAJE
2	MEDICO	OPS	\$ 9.000.000	180	\$ 50.000	1080	\$ 8.333	\$ 108.000.000	51,7
1	ODONTOLOGO	OPS	\$ 2.800.000	180	\$ 15.556	360	\$ 7.778	\$ 33.600.000	16,1
1	ENFERMERA	OPS	\$ 2.000.000	180	\$ 11.111	540	\$ 3.704	\$ 24.000.000	11,5
1	BACTERIOLOGO	OPS	\$ 1.800.000	90	\$ 20.000	360	\$ 5.000	\$ 21.600.000	10,3
1	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	Contrato a término indefinido	\$ 600.000	180	\$ 3.333	360	\$ 1.667	\$ 7.200.000	3,4
1	AUXILIAR DE ENFERMERIA	Contrato a término indefinido	\$ 600.000	180	\$ 3.333	1080	\$ 556	\$ 7.200.000	3,4
1	AUXILIAR DE BACTERIOLOGIA	Contrato a término indefinido	\$ 600.000	180	\$ 3.333	360	\$ 1.667	\$ 7.200.000	3,4
TOTAL			\$ 17.400.000	1170	\$ 106.667	4140	\$ 28.704	\$ 208.800.000	100,0

COSTO DE MANO DE OBRA DIRECTA					
CANT	PERSONAL	SALARIO MENSUAL	TOTAL HORAS	VALOR HORA SALARIO	VR SALARIO ANUAL
2	MEDICO	\$ 9.000.000	180	\$ 50.000	\$ 108.000.000
1	ODONTOLOGO	\$ 2.800.000	180	\$ 15.556	\$ 33.600.000
1	ENFERMERA	\$ 2.000.000	180	\$ 11.111	\$ 24.000.000
1	BACTERIOLOGO	\$ 1.800.000	90	\$ 20.000	\$ 21.600.000
1	AUXILIAR DE ODONTOLOGIA	\$ 600.000	180	\$ 3.333	\$ 7.200.000
1	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$ 600.000	180	\$ 3.333	\$ 7.200.000
1	AUXILIAR DE BACTERIOLOGIA	\$ 600.000	180	\$ 3.333	\$ 7.200.000
TOTAL		\$ 17.400.000	1170	\$ 106.667	\$ 208.800.000

COSTO MANO DE OBRA INDIRECTA					
CANT	PERSONAL	SALARIO INTEGRAL	TOTAL HORAS	VR HORA SALARIO	VR MINUTO
1	GERENTE	\$ 2.500.000	180	\$ 13.889	\$ 231
1	CONTADOR	\$ 1.000.000	40	\$ 25.000	\$ 417
1	ASISTENTE ADMINISTRATIVO	\$ 900.000	180	\$ 5.000	\$ 83
1	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	\$ 589.500	180	\$ 3.275	\$ 55
1	SERVICIOS GENERALES	\$ 589.500	180	\$ 3.275	\$ 55

PROMEDIO ATENCIONES POR MES			
SERVICIO	ACTIVIDAD	PROMEDIO ATENCIONES*MES	% ATENCIÓN
MEDICINA GENERAL	Consulta externa	1080	38,0
	Enfermería	540	19,0
	Subtotal	1620	57,0
ODONTOLOGIA	Consulta externa	360	12,7
	Subtotal	360	12,7
LABORATORIO CLINICO	Toma de muestras	360	12,7
	Subtotal	360	12,7
*PROMOCION Y PREVENCIÓN	Actividades de P y P	500	17,6
	Subtotal	500	17,6
TOTAL		2840	100,0

COSTOS SUMINISTROS POR SERVICIO

MEDICINA GENERAL		
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
1	Tapabocas	\$ 300
1	guantes	\$ 255
0.0003	alcohol	\$ 0,4
0.03	Jabón antibacterial	\$ 70
1	algodón	\$ 44
1	Baja lenguas	\$ 14,00
1	Gasas	\$ 182,00
1	Alcohol antiséptico	\$ 0,40
1	Toallas de papel	\$ 75
1	Sábanas desechables	\$ 712
1	Lapicero	\$ 42
0.002	Tinta sello	\$ 100
0.01	Cartucho impresión	\$ 1
0.002	Papel impresión	\$ 20
TOTAL		\$ 1.816

ODONTOLOGIA		
CANTIDAD	DESCRIPCION	VALOR
1	Tapabocas	\$ 300
1	guantes	\$ 255
0.0003	alcohol	\$ 0,4
0.03	Jabón antibacterial	\$ 70
1	algodón	\$ 44
1	jeringas	\$ 110
1	Gasas	\$ 182
1	Sabana desechable	\$ 712
1	Revelador de Placa	\$ 600,00
1	Eyector	\$ 72,00
1	Cepillos profilácticos	\$ 16,00
1	Pasta profiláctica	\$ 180,00
1	Fluor (fluorgel)	\$ 18,00
1	Cubetas para flúor	\$ 1.250,00
1	Rollos de algodón*rollitos	\$ 20,00
1	Desmineralizante	\$ 2.083,00
1	Sellantes	\$ 2.500,00
1	Papel de articular*cuadernillos	\$ 40,00
1	fresa para pulir	\$ 17,00
0.0002	Guardián	\$ 1
1	Lapicero	\$ 42
0.002	Tinta sello	\$ 100
0.01	Cartucho impresión	\$ 1

0.002	Papel impresión	\$	20
TOTAL		\$	8.633

LABORATORIO			
CANTIDAD	DESCRIPCION		VALOR
1	Tapabocas	\$	300
1	guantes	\$	255
0.0003	alcohol	\$	0,4
0.03	Jabón antibacterial	\$	70
1	algodón	\$	44
1	jeringas	\$	110
1	tubo de muestra	\$	1
1	torniquete	\$	0,2
1	Sabana desechable	\$	712
1	Cura	\$	712
0.0002	Guardián	\$	1
1	Lapicero	\$	42
0.002	Tinta sello	\$	100
0.01	Cartucho impresión	\$	1
0.002	Papel impresión	\$	20
TOTAL		\$	2.369

ENFERMERIA			
CANTIDAD	DESCRIPCION		VALOR
1	Tapabocas	\$	300
1	Gasas	\$	182
1	guantes	\$	255
0.0003	alcohol	\$	0,4
0.03	Jabón antibacterial	\$	70
1	algodón	\$	44
1	jeringas	\$	110
1	Sabana desechable	\$	712
1	Jabón antibacterial	\$	70
1	Lapicero	\$	42
0.002	Tinta sello	\$	100
0.01	Cartucho impresión	\$	1
0.002	Papel impresión	\$	20
TOTAL		\$	1.906

COSTOS DE EQUIPOS POR SERVICIOS

MEDICINA GENERAL		
CANTIDAD	EQUIPOS Y/O MUEBLES	VR DEPRECIACION*HORA
1	Kit Fonendoscopio + Tensiómetro	0,5
1	Equipo de órganos	1,7
1	Balanza	0,9
1	Martillo de reflejos	0,2
1	Camillas	2,3
1	Lámpara cuello de cisne	1,3
1	Computador portátil	8,1
1	Escritorio	8,5
1	Impresora	3,5
1	Silla	0,6
1	Mesa	0,9
1	Escalerilla	0,6
1	Software HC	115,7
TOTAL		29,1

ODONTOLOGÍA		
CANTIDAD	EQUIPOS Y/O MUEBLES	VR DEPRECIACION*HORA
1	Unidad odontológica	57,9
1	Instrumental básico	2,5
1	Pieza de alta	5,6
1	Pieza de baja	4,6
1	Cavitron o scaler	5,4
1	Lámpara de fotocurado	2,8
1	Gafas de fotocurado	0,2
1	Vaso dappen	0,1
1	Computador portátil	8,1
1	Escritorio	8,5
1	Impresora	3,5
1	Silla	0,6
1	Mesa	0,9
1	Escalerilla	0,6
1	Software HC	115,7
TOTAL		79,1

LABORATORIO		
CANTIDAD	EQUIPOS Y/O MUEBLES	VR DEPRECIACION*HORA
1	Camilla ginecológica	4,3
1	silla	0,6
1	mesa	0,9
1	escalerilla	0,6
1	nevera de icopor	0,1
1	Nevera	5
1	centrifuga de tubo	6,3
1	Software HC	115,7
1	Recepción	30,7
TOTAL		164,2

ENFERMERÍA		
CANTIDAD	EQUIPOS Y/O MUEBLES	VR DEPRECIACION*HORA
1	Lámpara cuello de cisne	1,3
1	Mesa de mayo	1,8
1	Camilla ginecológica	4,3
1	Colchonetas	1,2
1	Almohada	0,2
1	Juegos didácticos	2,3
1	Computador portátil	8,1
1	Escritorio	8,5
1	Impresora	3,5
1	Silla	0,6
1	Mesa	0,9
1	Escalerilla	0,6
1	Software HC	115,7
TOTAL		11,1

COSTOS FIJOS INDIRECTOS

SERVICIOS	CFI
MEDICINA GENERAL	\$ 113
ODONTOLOGIA	\$ 247
TOMA DE MUESTRAS	\$ 272
PYP	\$ 187

AGUA							
SERVICIO DE SALUD	VR PROMEDIO FACTURA MENSUAL	NRO TOTAL LLAVES	NRO LLAVES *SERVICIO	VR CONSUMO IPS*LLAVE	VR CONSUMO*SERV	NRO ATENCIONES*MES	VR CONSUMO*PROCED
MEDICINA GENERAL	\$ 30.000	15	2	\$ 2.000	\$ 4.000	1620	\$ 2
ODONTOLOGIA	\$ 30.000	15	3	\$ 2.000	\$ 6.000	360	\$ 17
TOMA DE MUESTRAS	\$ 30.000	15	3	\$ 2.000	\$ 6.000	360	\$ 17
PYP	\$ 30.000	15	2	\$ 2.000	\$ 4.000	500	\$ 8

ENERGIA							
SERVICIO DE SALUD	VR PROMEDIO FACTURA MENSUAL	NRO TOTAL BOMBILLOS Y TOMACORRI ENTE	NRO LLAVES *SERVICIO	VR CONSUMO IPS*LLAVE	VR CONSUMO*SERV	NRO ATENCIONES*MES	VR CONSUMO*PROCED
MEDICINA GENERAL	\$ 250.000	40	5	\$ 6.250	\$ 31.250	1620	\$ 19
ODONTOLOGIA	\$ 250.000	40	8	\$ 6.250	\$ 50.000	360	\$ 139
TOMA DE MUESTRAS	\$ 250.000	40	8	\$ 6.250	\$ 50.000	360	\$ 139
PYP	\$ 250.000	40	6	\$ 6.250	\$ 37.500	500	\$ 75

TELEFONO					
SERVICIO DE SALUD	VR PROMEDIO FACTURA MENSUAL	%CONSUMO*SERV	VR CONSUMO*SERVICIO	NRO ATENCIONES*MES	VR CONSUMO*PROCED
MEDICINA GENERAL	\$ 200.000	57	\$ 114.000	1620	\$ 70
ODONTOLOGIA	\$ 200.000	12,7	\$ 25.400	360	\$ 71
TOMA DE MUESTRAS	\$ 200.000	12,7	\$ 25.400	360	\$ 71
PYP	\$ 200.000	17,6	\$ 35.200	500	\$ 70

INTERNET							
SERVICIO DE SALUD	VR PROMEDIO FACTURA MENSUAL	NRO TOTAL COMPUTADORES	NRO COMPUTADORES *SERVICIO	VR CONSUMO IPS*COMPUTADOR	VR CONSUMO*SERV	NRO ATENCIONES*MES	VR CONSUMO*PROCED
MEDICINA GENERAL	\$ 100.000	6	2	\$ 16.667	\$ 33.333	1620	\$ 21
ODONTOLOGIA	\$ 100.000	6	1	\$ 16.667	\$ 16.667	360	\$ 46
TOMA DE MUESTRAS	\$ 100.000	6	1	\$ 16.667	\$ 16.667	360	\$ 46
PYP	\$ 100.000	6	1	\$ 16.667	\$ 16.667	500	\$ 33

LICENCIA DE USO - AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES

Actuando en nombre propio identificado (s) de la siguiente forma:

Nombre Completo Claudia Isabel Campo Rivera

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 34.565.031 pop

Nombre Completo Claudia Viviana Peña Lemus

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 1.061.713.235 pop

Nombre Completo Mayerli Alexandra Tránchez Gómez

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 1.061.713.272 pop

Nombre Completo Sofí Lorena Flores Martínez

Tipo de documento de identidad: C.C. T.I. C.E. Número: 34.564.636

Rocío Natalia Abona Cabezas - 34326990

El (Los) suscrito(s) en calidad de autor (es) del trabajo de tesis, monografía o trabajo de grado, documento de investigación, denominado:

Factibilidad económica financiera para la creación de servicios básicos en salud en la comunidad afrocolombiana de Quicacé - Cauca - 2013.

Dejo (dejamos) constancia que la obra contiene información confidencial, secreta o similar: SI NO
(Si marqué (marcamos) SI, en un documento adjunto explicaremos tal condición, para que la Universidad EAN mantenga restricción de acceso sobre la obra).

Por medio del presente escrito autorizo (autorizamos) a la Universidad EAN, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad EAN y a los usuarios de bases de datos y sitios webs con los cuales la Institución tenga convenio, a ejercer las siguientes atribuciones sobre la obra anteriormente mencionada:

- A. Conservación de los ejemplares en la Biblioteca de la Universidad EAN.
- B. Comunicación pública de la obra por cualquier medio, incluyendo Internet
- C. Reproducción bajo cualquier formato que se conozca actualmente o que se conozca en el futuro
- D. Que los ejemplares sean consultados en medio electrónico
- E. Inclusión en bases de datos o redes o sitios web con los cuales la Universidad EAN tenga convenio con las mismas facultades y limitaciones que se expresan en este documento
- F. Distribución y consulta de la obra a las entidades con las cuales la Universidad EAN tenga convenio

Con el debido respeto de los derechos patrimoniales y morales de la obra, la presente licencia se otorga a título gratuito, de conformidad con la normatividad vigente en la materia y teniendo en cuenta que la Universidad EAN busca difundir y promover la formación académica, la enseñanza y el espíritu investigativo y emprendedor.

Manifiesto (manifestamos) que la obra objeto de la presente autorización es original, el (los) suscritos es (son) el (los) autor (es) exclusivo (s), fue producto de mi (nuestro) ingenio y esfuerzo personal y la realizo (zamos) sin violar o usurpar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es de exclusiva autoría y tengo (tenemos) la titularidad sobre la misma. En vista de lo expuesto, asumo (asumimos) la total responsabilidad sobre la elaboración, presentación y contenidos de la obra, eximiendo de cualquier responsabilidad a la Universidad EAN por estos aspectos.

En constancia suscribimos el presente documento en la ciudad de Bogotá D.C.,

NOMBRE COMPLETO: <u>Claudia Isabel Compañón</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Claudia Viviana Peña L</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>3.061.713.233</u>
FACULTAD: <u>Postgrados</u>	FACULTAD: <u>Postgrados</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Admin Hosp</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Admin Hosp</u>

NOMBRE COMPLETO: <u>Mayeli Alejandra Táché C</u>	NOMBRE COMPLETO: <u>Natalia Johana Cabezas</u>
FIRMA: <u>[Firma]</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>1061712242</u>	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: <u>34326940</u>
FACULTAD: <u>Postgrados</u>	FACULTAD: <u>Postgrados</u>
PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Admin Hosp</u>	PROGRAMA ACADÉMICO: <u>Admin Hosp</u>

Sofía Lorena Flores Martínez
SOF. Flores
 Facultad de Postgrados
 Administración Hospitalaria

Fecha de firma: Septiembre 13 de 2013

