

**Estudio de factibilidad para la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del
Municipio de Suaza-Huila.**

Lida Margarita Zambrano Cortes

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD

Escuela de Ciencias Básicas Tecnología e Ingeniería - ECBTI

Maestría en Gerencia de Proyectos

2022

**Estudio de factibilidad para la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del
Municipio de Suaza-Huila**

Lida Margarita Zambrano Cortes

Asesor:

Abel Aníbal Del río Cortina

Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD
Escuela de Ciencias Básicas Tecnología e Ingeniería- ECBTI
Maestría en Gerencia de Proyectos

2022

Nota de aceptación:

Firma presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Ibagué Tolima, 15, abril de 2022

Dedicatoria

A las personas que Dios coloca en mi camino como puentes de bendición para lograr mis objetivos, a mi familia, mi compañero de vida y mi amado hijo.

Agradecimientos

A Dios, porque ha sido bueno conmigo.

A mis Padres, por el apoyo espiritual.

A mi compañero de vida, por su apoyo incondicional, su esfuerzo y amor.

A mi amado hijo, porque su amor me motiva a ser un mejor ser humano.

Al Director de tesis, por su dedicación, ejemplo y paciencia durante el desarrollo de este trabajo.

A la Universidad por brindarme la oportunidad de superarme diariamente.

Resumen

De acuerdo con el Modelo de Atención Integral en Salud, en el cual se establecen los lineamientos y actores responsables de brindar la atención a toda la población urbana y rural a nivel Nacional, se debería garantizar que toda la población reciba los servicios de salud; sin embargo, se evidencian limitaciones de accesibilidad en la población rural del Municipio de Suaza – Huila. Considerando lo anterior, en la presente investigación se pretende analizar la factibilidad de la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza-Huila. Para el desarrollo de la presente investigación se plantea un diagnóstico general de la situación de la salud de la población de las trece (13) veredas objeto de la investigación, en segundo lugar, se realiza un estudio de mercado para dar inicio a la siguiente fase correspondiente al estudio técnico para conocer las dimensiones y viabilidad técnica del proyecto. Con el resultado obtenido en el estudio de mercado y el estudio técnico, se realiza en análisis económico- financiero. A partir de los análisis desarrollados se evidencia una alta necesidad social del puesto de salud correspondiente con el desarrollo de la región.

Palabras claves: Puesto de salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, estudio de factibilidad.

Abstract

According to the Comprehensive Health Care Model, which establishes the guidelines and actors responsible for providing care to the entire urban and rural population at the national level, it should be guaranteed that the entire population receives health services; however, accessibility limitations are evident in the rural population of the Municipality of Suaza - Huila. Considering the foregoing, this research aims to analyze the feasibility of building a health post in the village of Unión in the Municipality of Suaza-Huila. For the development of this research, a general diagnosis of the health situation of the population of the thirteen (13) villages under investigation is proposed, secondly, a market study is carried out to start the next phase corresponding to the technical study to know the dimensions and technical feasibility of the project. With the result obtained in the market study and the technical study, an economic-financial analysis is carried out. Based on the analyzes developed, there is evidence of a high social need for a health post corresponding to the development of the region.

Keywords: Health post, health promotion, disease prevention, feasibility study

Tabla de Contenido

Lista de Tablas	15
Lista de Figuras.....	16
Introducción	22
Planteamiento del problema.....	28
Objetivos	33
Objetivo general	33
Objetivos específicos.....	33
Justificación	34
Información del proyecto.....	37
Alcance del proyecto.....	37
Limitaciones	37
Viabilidad del proyecto.....	38
Marco Referencial.....	40
Antecedentes de la investigación	40
Marco legal.....	42
Competencias Institucionales	42
Marco conceptual	44
Proyectos	44
Evaluación de proyectos.....	44
Estudio de factibilidad.....	45
Estudio de mercado	45

Estudio técnico	45
Estudio financiero.....	45
Evaluación económica.....	45
Análisis de sensibilidad	46
Análisis administrativo del riesgo	46
Marco Teórico.....	47
Promoción de la salud.....	47
Prevención de la enfermedad.....	47
Salud Mental.....	48
Equidad en salud.....	48
Rutas integrales de atención en salud	49
Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS	49
Marco Organizacional.....	50
Visión	50
Misión.....	50
Aspectos metodológicos	51
Tipo de investigación	51
Diseño de la investigación.....	51
Unidad de estudio Población y muestra	52
Recolección, procesamiento y análisis de datos.....	53
Procedimiento.....	54
Marco referencial	56
Diagnóstico general del Municipio	56

Reseña Histórica.....	56
Demografía.....	57
Pirámide Poblacional.....	57
Población.....	58
Población del Municipio que habita la zona urbana y rural.....	58
División Político Administrativa.....	58
Centros Poblados.....	59
Plan territorial de salud del Municipio de Suaza – Huila.....	59
Aportes de la comunidad.....	60
Contexto sociodemográfico con enfoque en salud.....	61
Comportamiento de la mortalidad y la morbilidad general.....	62
Mortalidad.....	62
Morbilidad.....	63
Inspección, Vigilancia y Control.....	64
Salud Pública.....	65
Decenal de Salud Pública.....	65
Estudio De Mercado.....	72
Estudio de mercado.....	72
Producto.....	72
Servicio.....	72
Demanda.....	72
Método.....	73
Capacitación.....	75

Resultados de la encuesta.....	75
Módulo 1: perfil sociodemográfico del jefe o de la jefa del hogar o persona adulta informante.....	75
Análisis del Módulo 2. Perfil socioeconómico del Hogar.....	84
Análisis Módulo 3: Acceso a Servicios Preventivos.....	86
Módulo 4: Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación.....	118
Análisis de los resultados.....	143
Oferta.....	143
Gasto de bolsillo para el acceso a los servicios de salud.....	147
Mercado.....	147
Estudio Técnico.....	150
Cronograma.....	150
Localización.....	150
Macrolocalización.....	150
Infraestructura de servicios.....	153
Criterios previos a la construcción.....	153
Levantamiento Topográfico.....	154
Análisis de amenaza y riesgos.....	154
Inventario de infraestructura básica de salud.....	155
Estudio de suelos.....	155
Certificaciones de disponibilidad de servicio del operador de la red correspondiente	155
Plan de manejo ambiental.....	156

Certificado de que el proyecto se encuentra dentro del Plan Bienal de Inversiones	
Públicas en Salud del departamento	156
Diseños	157
Diseño arquitectónico	157
Diseño estructural	157
Diseño eléctrico	157
Proceso constructivo	159
Actividades previas a la ejecución del proyecto	160
<i>Realizar obras preliminares</i>	160
<i>Construir la estructura</i>	160
Cimentación	160
Estructura en concreto reforzado	161
Estructura metálica	161
Instalaciones eléctricas	162
Instalaciones de baja tensión	162
Instalaciones telecomunicaciones	163
Redes telefónicas	163
Salidas Telefónicas	163
Strip Telefónico	163
Redes de datos	164
Gabinete de comunicaciones	164
Patch panels para y datos	164
Iluminación.....	164

Instalaciones hidrosanitarias	165
Realizar acabados	166
Mampostería	166
Pañete.....	167
Pisos y bases	167
Acabado Pisos.....	168
Enchapes	168
Pinturas	168
Aparatos sanitarios y accesorios.....	169
Carpintería metálica.....	170
Cubierta	176
Cielorrasos	177
Señalización.....	177
Obras exteriores y paisajismo	178
Aseo.....	178
Diseño puesto de salud.....	179
Sistema Modular	181
Modulo estructural.....	181
Adaptación Climática.....	186
Características del predio	189
Presupuesto	191
Dotación mobiliaria y equipos	191
Cronograma.....	194

Conclusión del estudio técnico.....	195
Estudio económico- Financiero	196
Evaluación económico- financiero.....	197
Calculo de inversión inicial.....	198
Flujo de caja	199
Análisis del proyecto con financiamiento	199
Evaluación de resultados.....	200
Conclusiones.....	201
Recomendaciones	204
Referencias bibliográficas.....	207

Lista de Tablas

Tabla. 1 Caracterización del Municipio de Suaza- Huila.....	30
Tabla 2 Puertas metálicas.....	110
Tabla 3 Ventanas metálicas.....	115

Lista de Figuras

Figura 1 Organigrama.....	26
Figura 2 Pirámide Población del Municipio de Suaza Huila Año 2018.....	27
Figura 3 Municipio de Suaza en un contexto Nacional y Departamental.....	28
Figura 4 Zona Urbana del Municipio de Suaza Huila.....	28
Figura 5 Zona Rural del Municipio de Suaza Huila.....	29
Figura 6 Dimensión en salud.....	33
Figura 7 Tipo.....	42
Figura 8 Genero.....	42
Figura 9 Edad de los encuestados.....	42
Figura 10 Condición cultural.....	43
Figura 11 Nivel de educación.....	43
Figura 12 Estado civil.....	44
Figura 13 Situación laboral.....	44
Figura 14 Eps afiliado.....	45
Figura 15. Régimen de salud.....	46
Figura 16. Ingresos económicos jefe del hogar.....	46
Figura 17 Estrato socioeconómico de la vivienda.....	46
Figura 18 Ingresos generales mensuales.....	47
Figura19 Vivienda.....	48
Figura 20 Consulta médica por prevención.....	48
Figura 21 Niños menos de 1 año.....	49
Figura 22 Cantidad de niños menos de 1 año.....	49

Figura 23 Servicios ofrecidos por la EPS (niños menores de un año).....	49
Figura 24 Servicios consultados en el último año (niños menores de 1 año).....	50
Figura 25 Niños entre 1 y 5 años.....	50
Figura 26 Cantidad de niños entre 1 y 5 años en el hogar.....	51
Figura 27 Servicios ofrecidos por la EPS (niños de 1 a 5 años)	52
Figura 28 Servicios consultados niños de 1 a 5 años.....	52
Figura 29 Niños entre 6 a 10 años.....	52
Figura 30 Cantidad de niños de 6 a 10 años.....	53
Figura 31 Servicios ofrecidos por la EPS a niños de 10 a 6 años.....	54
Figura 32 Servicios recibidos por niños de 6 a 10 años.....	54
Figura 33 Jóvenes entre 11 y 19 años.....	54
Figura 34 Cantidad de jóvenes en edad de 11 a 19 años.....	54
Figura 35 Servicios ofrecidos por la EPS a mujeres de 11 a 19 años.....	55
Figura 36 Servicios consultados por mujeres de 11 a 19 años.....	56
Figura 37 Servicios ofrecidos por la EPS a jóvenes de 11 a 19 años.....	56
Figura 38 Servicios consultados por jóvenes de 11 a 19 años.....	57
Figura 39 Mujeres entre 20 y 29 años.....	58
Figura 40 Cantidad de mujeres de 20 a 29 años en el hogar.....	58
Figura 41 Servicios ofrecidos por la EPS mujeres de 20 a 29 años.....	59
Figura 42 Servicios recibidos mujeres de 20 a 29 años.....	59
Figura 43 Servicios ofrecidos por la EPS a hombres en edad de 20 a 29 años.....	59
Figura 44 Servicios recibidos por la EPS hombres de 20 a 29 años.....	60
Figura 45 Mujeres entre 30 y 44 años.....	60

Figura 46 Cantidad de adultos de 30 a 44 años en cada hogar.....	60
Figura 47 Servicios ofrecidos por la EPS a mujeres en edad de 30 a 44 años.....	60
Figura 48 Servicios ofrecidos por la EPS a hombres en edades de 30 a 44 años.....	61
Figura 49 Servicios recibidos o consultados hombres de 30 a 44 años de edad.....	61
Figura 50 Mujeres mayores de 45 años.....	62
Figura 51 Hombres mayores de 45 años.....	62
Figura 52 Cantidad de adultos mayores de 45 años en el hogar.....	63
Figura 53 Servicios ofertados por la EPS a mujeres mayores de 45 años.....	63
Figura 54 Servicios consultados o recibidos mujeres mayores de 45 años.....	64
Figura 55 Servicios ofrecidos por la EPS a hombres mayores de 45 años.....	65
Figura 56 Servicios recibidos en el último año hombres mayores de 45 años.....	66
Figura 57 Mujeres embarazadas.....	67
Figura 58 Medios de transporte para desplazamiento hasta el servicio de atención básico en salud.....	68
Figura 59 Medio de transporte frecuente.....	68
Figura 60 Tiempo para llegar al puesto de salud.....	68
Figura 61 Acudió a servicios de salud en los últimos 6 meses.....	69
Figura 62 Tiempo transcurrido para recibir la consulta médica.....	69
Figura 63 Atención necesaria en el servicio de urgencias.....	69
Figura 64 Calidad en el servicio de urgencias.....	70
Figura 65 Fuentes de recursos.....	70
Figura 66 Consulta a médica general cuando presenta problemas de salud.....	70
Figura 67 Oportunidad en la cita médica.....	70

Figura 68 Atención oportuna para el problema de salud.....	71
Figura 69 Problemas relacionados con el tratamiento ordenado.....	71
Figura 70 Fuente de recursos para cubrir viáticos.....	71
Figura 71 Remisiones.....	72
Figura 72 Especialidad remitido.....	72
Figura 73 Recursos utilizados para consulta con el especialista.....	73
Figura 74 Tiempo entre la solicitud de la cita y la autorización.....	73
Figura 75 Tiempo transcurrido para la prestación del servicio con el especialista.....	74
Figura 76 Oportunidad en la consulta con el especialista.....	74
Figura 77 Formula de medicamentos.....	74
Figura 78 Entrega de medicamentos por parte de la EPS.....	75
Figura 79 Razones por las que no fueron entregados los medicamentos.....	75
Figura 80 Calidad en la prestación del servicio de salud.....	75
Figura 81 Percepción en la calidad del servicio.....	76
Figura 82 Razón por la cual no consulta al médico General.....	76
Figura 83 Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?.....	76
Figura 84 Servicio de Hospitalizaciones.....	77
Figura 85 Motivo de la hospitalización.....	77
Figura 86 Tiempo transcurrido para traslado a la cama asignada en hospitalización.....	78
Figura 87 Satisfacción servicio de hospitalización.....	78
Figura 88 Calidad en la atención en el servicio de hospitalización.....	78
Figura 89 Fuentes para cubrir los costos de la hospitalización.....	79
Figura 90 Última atención en salud recibida.....	80

Figura 91 Pagó cuotas moderadoras y/o copagos.....	81
Figura 92 Pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados.....	81
Figura 93 Pagó en total por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos.....	82
Figura 94 Pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación.....	82
Figura 95 Otros gastos.....	83
Figura 96 Tarifas.....	87
Figura 97 Macrolocalización.....	88
Figura 98 Microlocalización.....	89
Figura 99 Criterios para la implementación del modelo de diseño de infraestructura básica de salud	90
Figura 100 Proceso constructivo.....	92
Figura 101 Vista general prototipo de salud	108
Figura 102 Vista posterior prototipo de salud	108
Figura 103 Esquema modulo estructural.....	110
Figura 104 Módulo 1 - Consultorios tipo 1.....	111
Figura 105 Módulo 2 - Consultorios tipo 2.....	111
Figura 106 Módulo 3 – Servicios.....	112
Figura 107 Módulo 4 - Espera y dispensación.....	112
Figura 108 Módulo 5 – Técnico.....	113
Figura 109 Módulo 6 - Vivienda Médica.....	113
Figura 110 Orientación recomendada respecto al sol para climas fríos.....	113
Figura 111 Incidencia solar en modulo, climas fríos.....	114
Figura 112 Movimiento del aire en módulos- clima frio.....	114

Figura 113 Posibilidades de lote e implementación.....	116
Figura 114 Presupuesto para la construcción y dotación del puesto de salud en la verdad la unión.....	117
Figura 115 Presupuesto para la dotación de mobiliaria y equipos.....	118
Figura 116 Presupuesto de operación y mantenimiento.....	118
Figura 117 Cronograma de la obra.....	130
Figura 118 Tarifas.....	131
Figura 119 Evaluación económico Financiero.....	132
Figura 120 Calculo de inversión inicial.....	133
Figura 121 Flujo de caja.....	134
Figura 122 Análisis del proyecto con financiamiento	135

Introducción

En el plan Nacional de Salud Rural, el Ministerio de Salud y Protección Social resalta las notables brechas de salud que se presentan en las Zonas Rurales del País. El documento relaciona las siguientes brechas: brechas de cobertura, brechas en resultados en salud y brechas en acceso a servicios de salud, concluyendo que, pese a que se observan mejoras en algunos indicadores de acceso y resultado en salud, la brecha urbano-rural es evidente en el diagnóstico realizado. La dispersión geográfica y la falta de una oferta de servicios de salud articulada, propias de las zonas rurales, constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural. A ello se suman las diferencias en la disponibilidad del talento humano, las fallas del modelo de competencia en el aseguramiento, y, la falta de capacidades estatales y en la gestión territorial (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018)

El mismo documento enfatiza sobre los determinantes sociales de la salud rural, tales como la deficiencia en la calidad educativa, la falta de agua potable o viviendas adecuadas, son también factores cruciales que contribuyen a las inequidades que se observan entre el campo y la ciudad. En este sentido, la implementación de estrategias sectoriales e intersectoriales que respondan a las particularidades de las zonas rurales y apartadas del país es fundamental para cerrar las brechas señaladas anteriormente (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018)

La intersectorialidad, como principal apuesta del plan Nacional de Salud Rural, busca alcanzar la mayor equidad en salud, afectar positivamente los determinantes sociales en salud y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludable. En este plan se describen los objetivos, componentes, estrategias y metas para avanzar en ocho dimensiones prioritarias y dos dimensiones transversales, las cuales se relacionan a continuación. En las dimensiones prioritarias encontramos las siguientes: salud ambiental; vida saludable y

condiciones no transmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; salud y ámbito laboral. En las dimensiones transversales encontramos: Gestión diferencial de poblaciones vulnerables y fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión de la salud (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018).

Relacionado con el componente estratégico del plan Nacional de Salud Rural, las estrategias y líneas de acción que lo componen fueron formuladas de conformidad con las brechas urbano-rural evidenciadas en el análisis de la situación de salud rural en Colombia. Cada una de las estrategias se desarrollan en el marco de la normativa que rige actualmente al Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual se viene ajustando a la luz de la Ley Estatutaria en Salud (LES) y la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), creada por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (PND), y de manera puntual, con la implementación de un modelo de atención integral en salud para las zonas rurales del país. Las propuestas de salud pública del plan a ser implementadas por cada uno de los territorios buscan ser completas e integrales, por lo cual, se articulan con las apuestas del Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021 (PDSP) para intervenir de manera exitosa los determinantes sociales de la salud de las personas, familias y comunidades que habitan en el campo colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018).

En el Modelo de Atención Integral en Salud, se establecen los lineamientos y actores responsables de brindar la atención a toda la población urbana y rural a nivel Nacional, que, de acuerdo con lo anterior, busca garantizar que toda la población reciba

los servicios de salud. En línea con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se proponen siete líneas de acción, y una de estas es la generación de capacidades para la construcción y el fortalecimiento de puestos y centros de salud, desde la cual, se brindará asistencia técnica a nivel departamental para promover inversión - por parte de los territorios - para la construcción y fortalecimiento de centros y puestos de salud (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018).

En este orden de ideas, precisamos sobre el diagnóstico general de salud en el Municipio de Suaza Huila y el enfoque que se le ha dado al Modelo de Atención integral en salud en el Municipio. Para iniciar, es necesario resaltar que la prestación de servicios de salud en la totalidad del Municipio de Suaza, se realiza por una única institución prestadora de servicios de salud, correspondiente a la ESE Nuestra Señora de Fátima, la cual, de acuerdo con el plan de desarrollo Municipal se encuentra en buenas condiciones financieras, declarada sin riesgo en la Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019, por la cual se efectúa la caracterización del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado, con un cumplimiento del 100% en la ejecución de su plan de desarrollo institucional (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Según indica el plan de desarrollo Municipal, la ESE Hospital Nuestra Señora de Fátima tiene habilitadas en total ocho (8) camas, distribuidas de la siguiente manera: dos (2) camas de pediatría; dos (2) camas adultas; tres (3) camas de obstetricia: una (1) cama para partos, de igual manera se tiene disponibilidad de dos (2) ambulancias básicas para el transporte terrestre (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

La ESE es la encargada de ejecutar la salud desde sus diferentes dimensiones; dimensión salud ambiental; dimensión vida saludables y condiciones no transmisibles; dimensión convivencia social y salud mental; dimensión seguridad alimentaria y nutricional; dimensión Sexualidad, derechos Sexuales y Reproductivos; dimensión Vida Saludable y Enfermedades

Transmisibles; dimensión salud pública en emergencias y desastres; dimensión Salud y Ámbito Laboral; dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables; dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria. En el Análisis de Situación en Salud (ASIS) del Municipio, cada una de las dimensiones anteriores se priorizan de acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y grupos de riesgo estipulados en el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), las mismas se ejecutan mediante programas o campañas de salud de manera eventual, mediadas presupuestalmente por la gobernación departamental (Secretaria de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017).

La administración actual del municipio de Suaza propone en el plan de desarrollo, fortalecer el derecho a la salud, resaltando la importancia de realizar brigadas de salud, jornadas de afiliación, visitas a usuarios, socialización en página web y campañas de capacitación en temas del Sistema General de Aseguramiento en Salud (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

De acuerdo a lo anterior, las estrategias se enfocan directamente en mitigar la brecha de cobertura a los servicios de salud, es necesario recordar el resultado del análisis de la situación de salud rural en Colombia, en donde se resalta las siguientes brechas; brechas de cobertura, brechas en resultados en salud y brechas en acceso a servicios de salud, por consiguiente, fortaleciendo la cobertura de afiliación a servicios de salud, se mitiga la primera brecha pero no se tienen en cuenta las brechas relacionadas con los resultados en salud y brechas en acceso a servicios salud. En el plan de desarrollo se considera necesario que los actores sectoriales e intersectoriales se articulen en el marco del desarrollo de las Rutas Integrales de

Atención en Salud (RIAS) para un abordaje integral de los entornos y los sujetos de atención individuales y colectivos como la familia y la comunidad, bajo el nuevo Modelo de Atención Integral Territorial en Salud (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Conforme al panorama anterior, se evidencia la necesidad apremiante de dar continuidad a una autoridad sanitaria fortalecida, para mejorar no solamente la cobertura, sino también, garantizar el acceso a servicios de salud a toda la población del Municipio. En pro de estos objetivos, se evaluará la factibilidad para construir un puesto de salud en la vereda la unión del Municipio de Suaza - Huila, y, sin lugar a dudas, son muchas las ventajas que recibirán los habitantes de trece (13) veredas que se beneficiarán del proyecto, dentro de estas ventajas tenemos: Proporcionar las mismas condiciones a toda la población, ya sean de la zona urbana o rural; mejorar la accesibilidad de los servicios integrales que conforman el sistema sanitario; disminuir los problemas de mortalidad y morbilidad más prevalentes en la población; reducir el tiempo de espera de los servicios sanitarios. La vereda la Unión hace parte de la zona rural del Municipio de Suaza – Huila, por su ubicación se rodea de las veredas que limitan con el Municipio de Acevedo y el departamento del Caquetá, esto la ha convertido en un punto de llegada de los campesinos de doce (12) veredas vecinas, teniendo en cuenta que la vereda cuenta con un Mega colegio, supermercados, farmacia, panaderías, iglesias, almacenes y otros centros de comercio de bienes y servicios necesarios para la comunidad. Pero no se cuenta con un puesto de salud que facilite el acceso a este derecho tan importante, como lo es el derecho a la salud, este es uno de los motivos por los cuales se evaluara la viabilidad del mismo.

En consecuencia, se identifican las necesidades en salud de los habitantes de la zona rural del Municipio de Suaza- Huila, mediante un diagnostico general del sector salud en el

Municipio, de igual manera, se realiza el estudio de mercado analizando la demanda, el uso y mercado potencial de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila. De igual manera, se determina la capacidad técnica del proyecto, considerando aspectos relacionados con el tamaño óptimo, su localización, características físicas, requerimientos legales y especificaciones de construcción, instalación y capacidad, por último, se presenta la estimación de la factibilidad económica-financiera que permita una correcta evaluación de los aspectos relacionados con la inversión, fuente de financiamiento y retorno de inversión.

Planteamiento del problema

Para lograr la equidad en el sector salud, se deben generar acciones y esfuerzos encaminados al mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud. Para esto se requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios, de la misma manera, fortalecer la infraestructura pública hospitalaria, disminuir las brechas en resultados en salud, recuperar la confianza pública en el sistema de salud y asegurar la sostenibilidad financiera del sistema (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

De acuerdo con el censo realizado por el DANE en el año 2020, el municipio de Suaza Huila, cuenta aproximadamente con 22.729 habitantes, de los cuales el 48,33% son mujeres y el 51,67% son hombres. Y representa el 2,02 del total de la población del Huila y el 0,045% del total de la población colombiana. La mayoría de su población está concentrada en la zona rural representada en un 79,88% y solo un 20,22% en la zona urbana o cabecera municipal (Alcaldía Municipal, 2020).

La población del municipio de Suaza, se ubica principalmente en la zona rural, incluso, aumentando ese porcentaje con el paso de los años, pasando de un 77% en el año 2005 a un 79,4% en el año 2018, sin presentarse el fenómeno habitual de urbanización de las poblaciones. Esta situación advierte la necesidad de trabajar de manera articulada con la Eje municipal para garantizar el acceso a la población rural a los servicios de salud, teniendo en cuenta que son notablemente, el mayor porcentaje de la población (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

La distribución de la población del municipio de Suaza Huila, construida con información del Censo DANE 2018, indica que gran parte de la población se encuentra en edad de adulto mayor y un pronunciado crecimiento en la población entre los 15 y 19 años, es decir población joven (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV 2018), en el análisis del Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) en centros poblados y zonas rurales dispersas en Colombia, el municipio de Suaza arroja las siguientes cifras: el 1,8% de la población del Municipio de Suaza tiene barreras de acceso a servicios de salud, un 11, 2% está sin aseguramiento a salud. El porcentaje que presenta barreras para acceso a servicios de salud está distribuido de la siguiente manera; el 3,4% representa a la población de la cabecera del Municipio y el 1,3% a centros poblados y rural disperso, la población sin aseguramiento a salud el 14,2% corresponde a la cabecera del Municipio y el 10,3% a centros poblados y rurales dispersos (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

De acuerdo con el análisis de situación de salud (ASIS) del Municipio de Suaza – Huila, realizado en el año 2017, la tasa de mortalidad ajustada por edades afirma lo siguiente:

En el año 2015 se observa que la principal causa de muerte en hombres, corresponde a enfermedades del sistema circulatorio provocando el 20.9% (14) del total de la mortalidad en este sexo con una tasa ajustada para el año 2015 de 185.1 muertes por cada 100.000 habitantes, en segundo lugar, se encuentran las causas externas que provocaron el 16.42% (11) del total de la mortalidad con una tasa ajustada para el año 2015 de 129.5 muertes por cada 100.000 habitantes; estas dos causas tienen tendencia al descenso. Las demás causas provocaron el 13.43% (9) del total de la mortalidad con una tasa para el año 2015 de 122.5 muertes por 100.000 habitantes, con tendencia ascendente para el año 2015 (Secretaria de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017, pág. 54).

De acuerdo a lo estipulado en el Análisis de atención en Salud, relacionado con la tasa de mortalidad ajustada por edad para las mujeres durante el periodo comprendido de 2005 a 2015 la

principal causa de mortalidad son las enfermedades del sistema circulatorio que produjeron para el año 2015 el 14.93% (10) del total de muertes, con una tasa ajustada para el año 2015 de 145 muertes por 100.000 habitantes, con tendencia ascendente; en segundo lugar se otras causas, conformado por 14 subgrupos, entre las cuales se destacan, la diabetes mellitus (E10-E14), las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales (E40-E64, D50-D53), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (J40-J47), la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado (K70, K73, K74, K76), entre otras, que provocaron el 8.96% (6) del total de muertes de 2015, con una tasa ajustada para el año 2015 de 83.1 por 100.000 habitantes con significativa tendencia ascendente. En tercer lugar, se encuentran las neoplasias, que provocaron el 5.97% (4) del total de muertes en el año, con una tasa ajustada para el año 2015 de 60.6 por 100.000 habitantes y tendencia decreciente (Secretaria de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017).

La mortalidad por causas externas y afecciones del periodo perinatal tienen comportamiento creciente, mientras que la mortalidad por enfermedades transmisibles no reporta casos para el año 2015 (Secretaria de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017).

Relacionado con lo anterior, la mayoría de las muertes se deben a enfermedades que se pueden prevenir mediante la capacitación e información oportuna, atención temprana y facilidad en el acceso a los servicios de salud, todo esto contemplado en los beneficios de la promoción y la prevención de salud, comprendiendo esta actividad como la ejecución de acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a la población, de manera individual como familiar, con el fin de mejorar las condiciones de vida y puedan de esta manera disfrutar de una vida saludable y para mantener la salud.

Por otro lado, las afectaciones del Covid -19 fueron significativas, de igual manera, monitoreadas y con seguimiento estricto en las zonas urbanas, pero la población rural no presento mayor seguimiento a las afectaciones de la pandemia en las zonas rurales de nuestro País; el comercio en las ciudades se paralizó, pero los campesinos seguían labrando la tierra para llevar el alimento a las ciudades, fueron pocos los cuidados relacionados con condiciones de bioseguridad que se tuvieron (distanciamiento, uso de equipos de protección personal, lavado de manos constante), de igual manera, se evidenciaron síntomas relacionados con el virus, pero no fueron tratados, no se realizaron las pruebas respectivas, no se realizaron los aislamientos, se evidencio desinformación relacionada con el virus, esto se puede argumentar al analizar el Plan de Contingencia para responder ante la emergencia por Covid – 19, realizado por el Ministerio de Salud en Marzo del 2020, el documento diseñado como el plan de acción, que parte de la priorización de escenarios de riesgo para formular medidas adicionales para hacer frente a la amenaza del virus, dicho plan se debía adoptar y adecuar a nivel territorial o en las entidades en los diferentes ámbitos de aplicación y competencias, pero en ninguna de sus líneas se tiene en cuenta las acciones a tomar de manera específica en la zona rural (Ministerio de Salud, 2020).

Es importante resaltar que la mayoría de los campesinos de las trece (13) veredas que se beneficiarían del proyecto, no cuentan con medio de transporte y deben utilizar el transporte público para desplazarse hasta la zona urbana del Municipio, se hace un recorrido al día, en horario de la mañana y su regreso es sobre el medio día, cuando se necesita una consulta o un servicio en el Hospital municipal, se debe hacer fila y recibir una ficha para poder recibir la atención, en ocasiones cuando se logra llegar al Pueblo, ya se han agotado las fichas o se reciben las ultimas, para atención después del mediodía, sumando a este inconveniente los escasos recursos de la población, lo cual se analizara en la investigación realizada, lo anterior ocasiona

que muchas personas prefieran no asistir a las consultas médicas y se auto mediquen o simplemente acudan a los remedios caseros para sanar sus dolencias.

Teniendo en cuenta la necesidad anterior, es indispensable implementar estrategias para mejorar las condiciones de salud de la población rural del Municipio de Suaza, enfocando la atención en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, implementando estrategias de participación comunitaria y ajustando el plan de atención básica del Municipio, en donde se vea resaltado la importancia de los puestos de salud en las zonas rurales.

Analizando la problemática presentada es necesario plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la factibilidad de la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza-Huila?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la factibilidad de la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza-Huila

Objetivos específicos

Identificar las necesidades en salud de los habitantes que conforman Trece (13) veredas del Municipio de Suaza- Huila, mediante un diagnóstico inicial.

Desarrollar un estudio de mercado analizando la demanda, uso y mercado potencial de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila.

Determinar las capacidades técnicas del proyecto, considerando aspectos relacionados con el tamaño óptimo, su localización, características físicas, requerimientos legales y especificaciones de construcción, instalación y capacidad.

Estimar la factibilidad económica-financiera que permita una correcta evaluación de los aspectos relacionados con la inversión, fuente de financiamiento y retorno de inversión.

Justificación

El desarrollo de proyectos que promuevan la construcción de infraestructura de salud está definido por la constitución política y por las resoluciones 4445 de 1996 y 2003 de 2014. La Constitución política de Colombia de 1991, como norma suprema, dicta dentro de sus principios fundamentales que Colombia es un estado social de derecho, es decir el propósito de la Nación es fortalecer servicios y garantizar derechos, considerados esenciales para mantener el nivel de vida de los miembros de la sociedad, dentro de esas condiciones explícitamente se encuentra la salud. Así mismo en el artículo 49 prescribe que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Consecuente con lo anterior, el Departamento Nacional de Planeación, asegura que la población que habita en el territorio del municipio, departamento y/o distrito, requiere acceder a los servicios de salud básicos, sin embargo, no se tiene la capacidad instalada suficiente o en el peor de los casos no existen puestos o centros de salud para garantizar la prestación de servicios. Esto afecta la calidad de la salud del municipio, distrito o departamento, para esto propone la construcción de infraestructura y dotación básica de salud con el fin de fortalecer la red pública resolviendo en gran medida el problema (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Como muestra de lo anterior, en el municipio de Suaza Huila la zona rural consta de 42.717,01 hectáreas, distribuidas en cuarenta (40) veredas, en las cuales, de acuerdo con lo registrado en el Análisis de Situación de Salud – ASIS, no hay disponibilidad de ningún puesto de salud, y toda esta población debe ser atendida en la ESE Municipal ubicada en la zona urbana del Municipio (Secretaria de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017)

El proyecto busca beneficiar la población de trece (13) veredas que se encuentran ubicadas en el límite de la Cordillera Oriental de los Andes (departamento del Caquetá), las veredas que se beneficiaran del proyecto son las siguientes: Alto horizonte, Alto tablón, Brasil, Campo hermoso, El avispero, El horizonte, El tablón, El vergel, La argentina, La esmeralda, La unión, Las juntas y Toribio. La vereda la Unión se destaca por su ubicación y porque ahí se encuentra la mayor parte del comercio de la zona; restaurantes, panaderías, supermercados, farmacias, almacenes, veterinarias, cacharrerías, café internet, corresponsal bancario, ferreterías, compras de café, carnicería, taller de mecánica y venta de repuestos, de igual manera, hay cuatro (4) iglesias religiosas, hay un mega colegio donde funciona la sede principal de la Institución Educativa La Unión, esta Institución está habilitada para prestar servicios escolares en los siguientes niveles; Preescolar, primaria, secundaria, Bachiller, primaria para adultos, secundaria para adultos, educación media para adultos y tres (3) programas para educación de adultos (Programas para Jóvenes en Extra edad y Adulto; Colegios Cafam; Programas de Servicio Educativo Rural – Ser). Esta es la razón por la cual, la ubicación del centro de salud sería estratégica para beneficiar los habitantes de las veredas antes nombradas.

Por otro lado, el Plan de Desarrollo de la Alcaldía Municipal del periodo actual, se formuló articulando las políticas públicas del orden mundial, nacional, regional, departamental y municipal. Este plan se alinea a los diecisiete (17) objetivos de desarrollo sostenible, de los cuales se destaca el Objetivo No. 3 correspondiente a Bienestar y Salud, “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Alcaldía Municipal de Suaza-Huila, 2020).

Consecuente con lo anterior, se evidencia una coherencia con lo propuesto por la Constitución política de Colombia de 1991, las diferentes estrategias presentadas por el

Ministerio de salud en el plan Nacional de salud Rural, en el Modelo Integral de Atención en Salud y en las Rutas Integrales de Atención en Salud, de igual manera, en el plan de desarrollo Municipal se presenta la necesidad de fortalecer la atención en salud de la zona rural del Municipio, son claros en asegurar que es necesario fortalecer la infraestructura de los centros de salud y puestos de salud de estas zonas, siendo esta una de las soluciones a la necesidad que se presenta en las zonas rurales del País.

Información del proyecto

Alcance del proyecto

El proyecto tiene como alcance realizar el estudio de factibilidad de mercado, técnica y económica- financiera para la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila

Limitaciones

Acceso a la información: las primeras limitaciones están relacionadas con acceso a información actualizada, teniendo en cuenta que el Esquema de ordenamiento territorial corresponde al periodo 2000-2009, y que el análisis de situación de salud (ASIS) Suaza – Huila corresponde al año 2018. De igual manera, al tiempo de respuesta, identificando que las fuentes primarias que aportaran datos importantes para a la investigación son funcionarios públicos, los cuales se encuentran desarrollando actividades propias en cada uno de sus cargos.

Dificultad para realizar investigación de campo: Cinco (5) de las veredas que se beneficiaran del proyecto se encuentran sobre la cordillera en donde se presentan lluvias continuamente, el clima ocasiona inconvenientes de acceso a las demás veredas, (creciente de quebradas y deslizamientos), esto dificulta la aplicación de la encuesta y la realización de entrevistas.

Dificultades de comunicación mediante herramientas tecnológicas: En la vereda la Unión se carece de señal telefónica, en esta zona los operadores habilitados son Claro y Movistar, pero la señal es insuficiente, por tal motivo, las personas se comunican por medio de Internet (WhatsApp), pero cuando se presentan lluvias, muchas veces las antenas se averían o si se va la energía las antenas se descargan dejando a la comunidad sin comunicación.

Viabilidad del proyecto

En el año 2018, el Departamento Nacional de Planeación (DPN) facilitó a los Departamentos y Municipios del País una herramienta sumamente importante para la formulación de proyectos para la construcción de puestos de salud en los lugares en donde se carece de este derecho fundamental, se trata del “Proyecto Tipo”. En el documento se incluye el procedimiento para ejecutar estos proyectos y el presupuesto estimado, de igual manera, ofrece información necesaria para su operación y mantenimiento.

El Departamento Nacional de Planeación (DPN) ofrece la posibilidad de entregar anexos técnicos del proyecto tipo y el presupuesto, también, una guía en donde se estipula todo el proceso para la radicación del proyecto en las gobernaciones del País. Con ayuda de esta herramienta y aplicando conocimientos previos adquiridos en la Maestría en gerencia de proyectos, se busca demostrar la factibilidad para la construcción de un puesto de salud en la Vereda la Unión del Municipio de Suaza – Huila.

De acuerdo con los objetivos planteados, al realizar el diagnóstico inicial, en donde se identifican las necesidades en salud de los habitantes que conforman Trece (13) veredas del Municipio de Suaza- Huila, se justifica la propuesta del proyecto. En el estudio mercado se determina la demanda y algunas características requeridas para iniciar el planteamiento de la capacidad instalada considerando aspectos relacionados con el tamaño óptimo, su localización, características físicas, requerimientos legales y especificaciones de construcción, instalación y capacidad, algunas de estas variables las encontramos en el Proyecto Tipo, por consiguiente no se requiere invertir recursos para la contratación de un tercero en la asesoría en este tema.

Una de las partes de mayor relevancia en el proyecto es el estudio de factibilidad económica-financiera que permite una correcta evaluación de los aspectos relacionados con la

inversión, fuente de financiamiento y retorno de inversión, en esta fase se aplican los conocimientos adquiridos en la maestría en gerencia de proyectos.

Los proyectos nacen de una necesidad y buscan dar solución a un problema, que, en este caso afecta a una comunidad. Se habla de la salud de los habitantes de trece (13) veredas del Municipio de Suaza- Huila. Este proyecto va encaminado a las Rutas Integrales en Salud- RIAS- en donde se definen todas las condiciones que se requieren para asegurar la integridad en la atención en los servicios de salud, involucrando a todos los agentes que hacen parte del Sistema de salud, ya sean territoriales, aseguradores o prestadores. Las RIAS van encaminadas a la prevención de la salud, confirmando la necesidad de crear estrategias que permitan estar al tanto de la salud de las comunidades vulnerables, en las zonas urbanas se emplean otras estrategias relacionadas con la atención, pero en las zonas rurales es necesario crear estos espacios que le faciliten el cuidado permanente a los campesinos.

Marco Referencial

Antecedentes de la investigación

Los antecedentes de la investigación fueron consultados de diferentes fuentes y repositorios relacionados con evaluación de proyectos y estudio de factibilidad, a continuación, se relacionan algunas de ellas:

Torres Ramírez, I. (2010). Estudio de factibilidad para la construcción de un centro de salud privado especializado a la atención de la mujer. Trabajo de especialización en gerencia de proyectos. Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela. Aporta a la investigación información sobre antecedentes y fundamento teórico, de igual manera, presenta información sobre gerencia de proyectos, estudio de mercado y estudio de factibilidad, aunque se relaciona con un centro de salud especializado, esta información se considera útil en el desarrollo de la metodología del proyecto.

Departamento Nacional de planeación. (2018). Construcción y dotación de infraestructura básica en salud. Proyecto Tipo soluciones ágiles para un nuevo país, Sub dirección Territorial y de inversiones públicas. Bogotá D. C. El proyecto tipo aporta a la investigación los aspectos metodológicos y técnicos necesarios para el planteamiento del proyecto, con esta información se logra conocer los recursos que se requieren para la construcción del puesto de salud, herramienta fundamental para la evaluación financiera del proyecto.

Baca Urbina, G. (2010). Evaluación de proyectos sexta edición. Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación (6ª ed., pp.170-191). México. Aporta a la investigación información necesaria para el desarrollo de la parte metodológica del proyecto, se considera una

herramienta que explica desde la idea del proyecto hasta la realización del proyecto definitivo. Contiene información conceptual relacionada con la temática de la investigación.

Project Management Institute. (2017). Guía Del PMBOK. USA: Guía de fundamentos para la dirección de proyectos. El documento aporta a la investigación la temática relacionada con la disciplina de la dirección de proyectos, sirve de guía para gestionar el cronograma del proyecto, gestionar los costos del proyecto y gestión de los recursos del proyecto.

Marco legal

El Departamento Nacional de Planeación en su proyecto Tipo “Construcción y dotación de infraestructura básica en salud”, describe de manera clara la normatividad relacionada con la construcción de proyectos de infraestructura en salud.

La Constitución Política de 1991 que define a Colombia es un estado social de derecho que debe mejorar la prestación de servicios y garantizar los derechos. Dentro de estos explícitamente está el derecho a la salud. El artículo 49 de la Constitución dice “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (Departamento Nacional de planeación, 2018)

“Resolución 4445 de 1996, por medio de la cual se dictan normas para el cumplimiento del título IV de la ley 9 de 1979, en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las IPS y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas, así como la normatividad vigente en infraestructura hospitalaria” (Departamento Nacional de planeación, 2018).

“Resolución 2003 de 2014, Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud y demás normas del Sistema Obligatorio de garantía de Calidad en Salud (SOGC)” (Departamento Nacional de planeación, 2018).

Competencias Institucionales

De acuerdo a lo descrito por el Departamento Nacional de Planeación en el documento sobre el proyecto Tipo, la Nación es la responsable de:

Formular las políticas, planes, programas y proyectos de interés nacional para el sector salud y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, de igual manera es la encargada

de coordinar su ejecución, seguimiento y evaluación; debe impulsar, coordinar, financiar, cofinanciar y evaluar programas, planes y proyectos de inversión en materia de salud, con recursos diferentes a los del Sistema General de Participaciones. Es responsable también de la asesoría y asistencia técnica a los departamentos, distritos y municipios para el desarrollo e implantación de las políticas, planes, programas y proyectos en salud, debe definir las prioridades de la Nación y de las entidades territoriales en materia de salud pública y las acciones de obligatorio cumplimiento (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 13).

El documento señala lo siguiente:

A los departamentos, Les corresponde dirigir y controlar dentro de su jurisdicción el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Coordinar, supervisar y controlar las acciones de salud pública que realicen en su jurisdicción las Entidades Promotoras de Salud, las demás entidades que administran el régimen subsidiado, las entidades transformadas y adaptadas y aquellas que hacen parte de los regímenes especiales, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud e instituciones relacionadas. También desarrollar el sistema de monitoreo y evaluación del Estado de salud, de conformidad con sus competencias (Ley 715 de 2001, Artículo 43) (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 13)

El Departamento Nacional de planeación considera que, a los municipios les corresponde gestionar y supervisar el acceso a la prestación de los servicios de salud para la población de su jurisdicción. Priorizar el gasto por estructura poblacional y perfil epidemiológico. También les corresponde adoptar, implementar y adaptar las políticas y planes en salud pública de conformidad con las disposiciones del orden nacional y departamental y establecer la situación de salud en el municipio. Igualmente propender por el mejoramiento de las condiciones

determinantes de dicha situación (Ley 715 de 2001, Artículo 46, Ley 1122 de 2007, Ley 1438 de 2011, ley 1608 de 2013, Resolución 2514 de 2012) (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 13).

Para el diseño y construcción de la obra de infraestructura, así como la dotación asociada al “PROYECTO TIPO”, se deben seguir los lineamientos y requisitos establecidos en la Norma Técnica Colombiana NTC 6047 de 2013 “Accesibilidad al Medio Físico”. Con ello se garantiza el acceso real y efectivo de los ciudadanos a sus derechos, en condiciones de igualdad (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Marco conceptual

Proyectos

Según los autores del libro preparación y evaluación de proyectos – sexta edición, un proyecto es la búsqueda de una solución inteligente al planteamiento de un problema que tiende a resolver, entre tantos, una necesidad humana. Cualquiera que sea la idea que se pretende implementar, la inversión, la metodología o la tecnología por aplicar, ella conlleva necesariamente la búsqueda de proposiciones coherentes destinadas a resolver las necesidades humanas (Chain & Chain, 2015, pág. 16).

Evaluación de proyectos

Los autores Nassir y Reinaldo Chain concluyen que la evaluación de proyectos pretende medir objetivamente ciertas magnitudes cuantitativas resultantes del estudio del proyecto, y dan origen a operaciones matemáticas que permiten obtener diferentes coeficientes de evaluación. Lo anterior no significa desconocer la posibilidad de que puedan existir criterios disímiles de evaluación para un mismo proyecto (Chain & Chain, 2015, pág. 21).

Estudio de factibilidad

El estudio de factibilidad no solo consiste en determinar si el proyecto es o no rentable; debe servir también para discernir entre alternativas de acción, a fin de estar en condiciones de recomendar la aprobación o el rechazo del proyecto, en virtud de una operación en el grado óptimo de su potencialidad real (Chain & Chain, 2015, pág. 39).

Estudio de mercado

El autor Gabriel Baca Urbina define estudio de mercado como la primera parte de la investigación de estudio. Consta de la determinación y cuantificación de la demanda y la oferta, el análisis de los precios y el estudio de la comercialización (Baca Urbina, 2010, pág. 7).

Estudio técnico

En el estudio técnico se determinan los requerimientos de equipos de fábrica para la operación y el monto de la inversión correspondiente. Del análisis de las características y especificaciones técnicas de las máquinas se precisará su disposición en la planta, lo que a su vez permitirá hacer una dimensión de las necesidades de espacio físico para su operación normal, tomando en consideración las normas y principios de la administración de la producción (Chain & Chain, 2015, pág. 32).

Estudio financiero

Ordena y sistematiza la información de carácter monetario que proporcionaron las etapas anteriores, elabora los cuadros analíticos y datos adicionales para la evaluación del proyecto y estudios los antecedentes para determinar su rentabilidad (Chain & Chain, 2015, pág. 49)

Evaluación económica

Gabriel Baca Urbina define la evaluación económica como la actividad en la cual se describe los métodos actuales de evaluación que toman en cuenta el valor del dinero a través del

tiempo, como son la tasa interna de rendimiento y el valor presente neto; se anotan sus limitaciones de aplicación y se comparan con métodos contables de evaluación que no toman en cuenta el valor del dinero a través del tiempo, y en ambos se muestra su aplicación práctica (Baca Urbina, 2010, pág. 8).

Según el autor, en esta fase se tiene en cuenta la inversión, depreciación y amortización, financiamiento, ingresos, gastos, estado de resultados, evaluación de resultados, valor agregado, punto de equilibrio, capital, flujo de fondos, Tasa interna de retorno (TIR), Valor presente neto (VPN) (Baca Urbina, 2010, pág. 8).

Análisis de sensibilidad

Gabriel Baca Urbina, plantea el análisis de sensibilidad (AS) al procedimiento por medio del cual se puede determinar cuánto se afecta (cuán sensible es) la TIR ante cambios en determinadas variables del proyecto (Baca Urbina, 2010, pág. 191).

El autor considera el proyecto con una gran cantidad de variables, como son los costos totales, divididos como se muestra en un estado de resultados, ingresos, volumen de producción, tasa y cantidad de financiamiento, etc. El AS no está encaminado a modificar cada una de estas variables para observar su efecto sobre la TIR (Baca Urbina, 2010, pág. 191).

Análisis administrativo del riesgo

Gabriel Baca Urbina describe el análisis administrativo del riesgo como un enfoque analítico-administrativo, porque no sólo cuantifica al riesgo, sino que, mediante su administración, previene la quiebra de la inversión al anticipar la situación para evitarla. Este análisis no sólo cuantifica de cierta forma al riesgo, sino que, mediante su administración, previene la quiebra de la inversión hecha al anticipar la situación para evitarla (Baca Urbina, 2010, pág. 9)

Marco Teórico

Promoción de la salud

La promoción de la salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de la siguiente manera:

El proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud. Este concepto se pone en práctica usando enfoques participativos; los individuos, las organizaciones, las comunidades y las instituciones colaboran para crear condiciones que garanticen la salud y el bienestar para todos (American Health Organization (PAHO), 2019).

La organización Panamericana de la Salud, amplía este término y lo define así:

La promoción de la salud fomenta cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger salud. Estos cambios incluyen modificaciones en las comunidades y los sistemas, por ejemplo, programas que garanticen el acceso a los servicios de salud o políticas que establezcan parques públicos para la actividad física de las personas y su convivencia. La promoción de la salud implica una manera particular de colaborar: se basa en la población, es participativa, es intersectorial, es sensible al contexto y opera en múltiples niveles (American Health Organization (PAHO), 2019).

Prevención de la enfermedad

De acuerdo con lo considerado en la resolución No. 4288 de 1996 “Por la cual se define el Plan de atención Básica (PAB) del Sistema General de Seguridad Social (SGSSS) y se dictan otras disposiciones.” El artículo No.5, en el cual se relacionan los componentes del plan de atención básica – PAB, una de las tres actividades, intervenciones y procedimientos es la prevención de la enfermedad, estas se realizan para evitar que el daño en la salud o la

enfermedad aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2021).

Salud Mental

El Ministerio de salud define la Salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad (Ley 1616 /2013) (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2021).

De igual manera, se define la gestión integrada de la salud mental de la siguiente manera; Consiste en un conjunto de políticas y lineamientos que orientan a los diferentes actores sociales para que desarrollen acciones orientadas a la promoción de la salud mental, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de los problemas y trastornos mentales y a la epilepsia (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2021).

Equidad en salud

El Departamento Nacional de Planeación describe en su documento proyecto Tipo, la equidad en salud como un proceso que implica acciones y esfuerzos encaminados hacia el mejoramiento del estado de salud de la población y el goce efectivo del derecho a la salud, menciona también, que esto requiere mejorar el acceso y la calidad de los servicios, fortalecer la infraestructura pública hospitalaria, disminuir las brechas en resultados en salud, recuperar la confianza pública en el sistema de salud y asegurar la sostenibilidad financiera del sistema (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Rutas integrales de atención en salud

De acuerdo con lo estipulado en la Resolución 1441 de 2016 expedida por el Ministerio de salud y protección Social, las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se consideran:

Una herramienta que define las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación (Ministerio de salud y Protección Social, 21 de abril del 2016).

Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS

La Resolución 1441 de 2016 “Por la cual se establecen los estándares, criterios y procedimientos para la habilitación de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud y se dictan otras disposiciones” define el Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS de la siguiente manera:

Conforme lo definido en la Resolución 429 de 2016, es el Modelo operacional de la Política de Atención Integral en Salud - PAIS que a partir de las estrategias definidas, adopte las herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los agentes del sistema, en una visión centrada en las personas (Ministerio de salud y Protección Social, 21 de abril del 2016).

Marco Organizacional

Visión

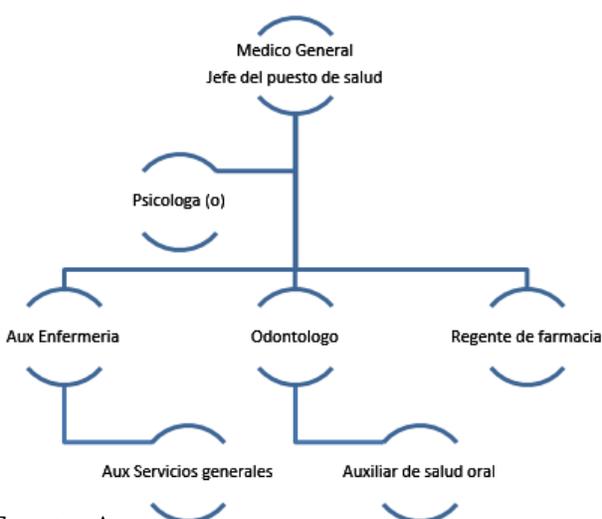
Ser un referente de salud de nuestra población, un establecimiento competitivo y comprometido, con capacidad resolutive a problemas básicos de salud, aportando calidad, confianza y seguridad a todos los habitantes de la comunidad, enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, logrando mejorar indicadores en los niveles de salud para el año 2023.

Misión

Mejorar la calidad de vida de los habitantes de la jurisdicción del puesto de salud de la vereda la Unión, procurando la salud en todos sus ámbitos como motor principal del desarrollo físico, psicológico y social de los individuos, juntando los esfuerzos con la ESE Hospital Nuestra señora de Fátima, la colaboración de la comunidad, al igual que las demás instituciones públicas y privadas que se quieran unir a nuestra Misión.

Figura 1

Organigrama



Fuente: Autor

Aspectos metodológicos

Tipo de investigación

Para realizar estudio de factibilidad para la construcción de un puesto de salud en la Vereda la unión del Municipio de Suaza- Huila, se aplica la investigación evaluativa.

Teniendo en cuenta las características del proyecto y sabiendo que dentro de las principales notas distintivas de la investigación evaluativa se destacan las políticas de acción social, locales, nacionales e incluso internacionales (Escorza, 2018).

En este orden de ideas, la investigación se enmarca en la categoría *de proyecto de bienes y servicios*, teniendo en cuenta que no se van a fabricar productos, el proyecto se basa en la prestación de servicios de salud a la población Rural del Municipio, busca tener un impacto social positivo en la salud de los habitantes de esta zona, aunque se requiere realzar el análisis de sostenibilidad financiera, la finalidad es prestar un servicio Social.

La metodología para la evaluación de este tipo de proyectos se fundamenta en cuatro estudios básicos: Primero, en un estudio de mercado que permita visualizar la demanda y la oferta del bien o servicio que se ha visualizado ofrecer en la ejecución del proyecto; segundo, un estudio técnico que permita definir las características físicas y operacionales del proyecto; tercero, un estudio económico financiero, para establecer la sustentabilidad de las inversiones y el retorno de capital, por último, el análisis administrativo del riesgo (Baca Urbina, 2010).

Diseño de la investigación

El proyecto presenta un enfoque mixto en el cual se aplican técnicas cualitativas y cuantitativas. Se realiza bajo la primicia del trabajo de campo, haciendo un acercamiento

con la población objeto de estudio, se mantuvo una comunicación fluida con personero y funcionarios de la alcaldía del Municipio y personal del Hospital Nuestra señora de Fátima, los cuales aportaron información importante todas las etapas del proyecto; en el diagnóstico inicial, se realizó una investigación de fuentes primarias y secundarias, por medio de fuentes documentales y entrevistas; durante el estudio de mercado se utilizaron fuentes primarias y secundarias, en donde se contextualizara sobre las necesidades puntuales de la población objeto de estudio con el fin de determinar los servicios que se van a ofrecer en el puesto de salud, esta información se recolecta mediante una encuesta; durante el análisis económico financiero, se indagara sobre los gastos y costos relacionados con la prestación de servicios, esta información es suministrada por fuentes primarias del Hospital Nuestra señora de Fátima y fuentes documentales basadas en la normatividad vigente.

El proyecto no es de tipo experimental, teniendo en cuenta que no se manipulan variables durante el desarrollo de la investigación.

Unidad de estudio Población y muestra

En primer lugar se debe identificar sobre qué o quiénes se recolectaran los datos, es decir, en los participantes, objetos, sucesos o colectividades de estudio (las unidades de muestreo), lo cual depende del planteamiento y los alcances de la investigación (Hernández-Sampieri, 2014).

Para el desarrollo del estudio de mercado del proyecto “estudio de factibilidad para la construcción de un puesto de salud en la Vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila”, se tiene un universo de 5576 personas, correspondiente a los habitantes de trece (13) veredas que se encuentran ubicadas en el límite de la Cordillera Oriental de los Andes (departamento del Caquetá), estas veredas corresponden a: Alto horizonte, Alto tablón, Brasil, Campo hermoso, El

avispero, El horizonte, El tablón, El vergel, La argentina, La esmeralda, La unión, Las juntas y Toribio y la vereda la Unión.

Teniendo en cuenta las características del proyecto, el método de selección de la muestra elegido es el no probabilístico. Según Jesús Torres, en las muestras no probabilísticas, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador (Jesus, 2010, pág. 56).

Recolección, procesamiento y análisis de datos

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento la encuesta, se aplicaron preguntas cerradas y abiertas, teniendo en cuenta que el tema a investigar requiere la participación y el punto de vista personal de la comunidad, aunque en su mayoría son preguntas cerradas, con el fin de facilitar el análisis de la información. La encuesta que se aplicó corresponde a la encuesta piloto “Acceso a Servicios de Salud (EASS)”, diseñada por Marcela Arrivillaga, Juan Carlos Aristizabal, Mauricio Pérez, y Victoria Eugenia Estrada. Aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia.

Se aplicó el Muestreo de conveniencia de sitio, el cual se caracteriza por que, al momento de realizar el procedimiento, se acude a un sitio determinado, donde se supone que estará presente el encuestado que interesa al investigador.

Para determinar el número total de encuestas a aplicar con el fin de dar validez al estudio que se está realizando, se procede a ejecutar la recolección de información a través de la muestra seleccionada de la población de nuestro interés; el proceso se realizó aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{z^2(p * q)}{z^2 + \left(\frac{z^2(p * q)}{N}\right)}$$

En donde:

n= tamaño de la muestra

z= Nivel de confianza deseada

N= Población que vamos a estudiar

e= Margen de error que puede presentarse en el resultado

p= Probabilidad favorable que el evento se cumpla

q= Probabilidad no favorable que el evento se cumpla

Entonces:

Tamaño de la muestra = 75

Se aplicó un margen de error correspondiente al 10%, un nivel de confianza de 90% a un total de 5576 correspondiente al tamaño de la población.

Relacionado con el estudio técnico y la evaluación económica- financiera del proyecto, de acuerdo a lo recomendado por Gabriel Baca Urbina, se utilizaron las siguientes técnicas para la recolección de datos: Técnicas documentales de observación documental, resumen analítico y análisis crítico; técnicas de relaciones individuales y grupales: la observación directa, no participante y el cuestionario (Baca Urbina, 2010).

Procedimiento

Teniendo en cuenta que se realizara una investigación evaluativa, su objetivo principal es determinar la factibilidad técnica, económica-financiera y de mercado para la construcción de un puesto de salud en la vereda la unión del Municipio de Suaza – Huila. El procedimiento del

trabajo está basado en el libro Evaluación de proyectos sexta edición de Gabriel Baca Urbina, en el cual se relacionan las siguientes características:

Análisis del mercado, este concepto abarca el análisis de la oferta, análisis de la demanda, análisis de los precios, análisis de la comercialización (Baca Urbina, 2010).

Estudio técnico, este estudio comprende el análisis y determinación de la localización óptima del proyecto, análisis y determinación del tamaño óptimo del proyecto, análisis de la disponibilidad y el costo de los suministros e insumos, identificación y descripción del proceso, determinación de la organización humana y jurídica que se requiere para la correcta operación del proyecto (Baca Urbina, 2010).

Estudio económico- financiero, esta fase corresponde al análisis de los Ingresos, Costos financieros- tabla de pago de la deuda, Costos totales producción administración-ventas-financieros, Inversión total fija y diferida, Depreciación y amortización, Capital de trabajo, Costo de capital, estado de resultado, balance general, punto de equilibrio, evaluación económica. (Baca Urbina, 2010).

Marco referencial

Diagnóstico general del Municipio

De acuerdo con el plan de desarrollo del Municipio de Suaza- Huila, “Ahora si logramos el cambio, el campo somos todos, 2020- 2023”, la caracterización del Municipio de Suaza es la siguiente:

Tabla. 1

Caracterización del Municipio de Suaza- Huila

Código DANE: 41770	Región: Centro Sur
Subregión (SGR): Centro	Entorno de Desarrollo (DNP): Intermedio
Categoría Ley 617 de 2000: 6	Superficie: 383 km ²
Población: 22.729 Habitantes	Densidad Poblacional: 57,06 Hab/km ²
Gentilicio: Suaceño	Temperatura: Entre 25 °C y 30 °C

Nota: La tabla nos muestra la caracterización del Municipio de Suaza – Huila, relaciona información de la población como también, de la geografía del Municipio. Fuente: (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Reseña Histórica

En el diagnóstico general del Municipio de Suaza – Huila, encontramos la reseña histórica del Municipio, ahí se relata lo siguiente:

Los habitantes precolombinos de la región fueron los Andaquíes. El municipio fue fundado en 1.748 por doña Helena de Valderrama, nació con el nombre de Casas Quemadas o Las Quemadas al sur de su actual localización. El 20 de octubre de 1842 fue erigido en distrito

municipal con el nombre de Santa Librada, denominación que conservó hasta 1934, cuando la Asamblea Departamental lo nombró Suaza (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 1).

Según el documento, Suaza está situado sobre la vertiente occidental de la cordillera Oriental o corredor transamazónico. En el año de 1997 fue catalogado por el Departamento Nacional de Planeación en quinta categoría y en 1998 se recategorizó a sexta (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 2).

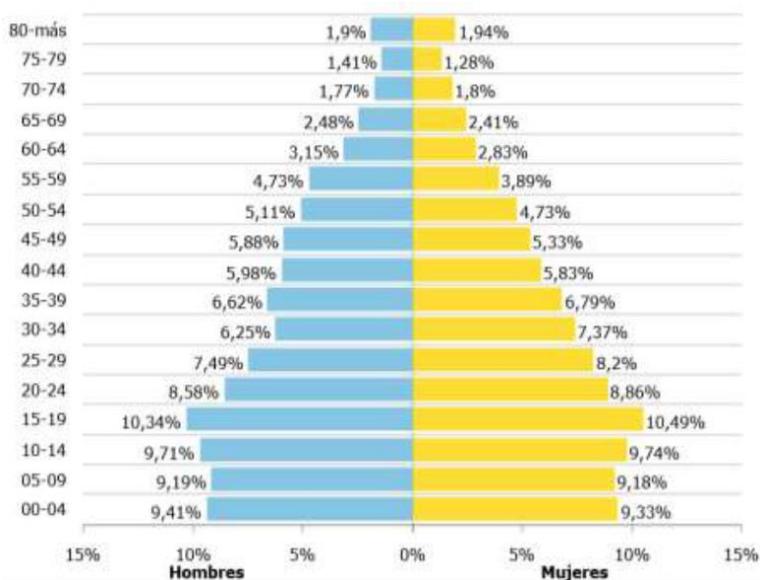
Demografía

Pirámide Poblacional

La distribución de la población del municipio de Suaza Huila, construida con información del Censo DANE 2018.

Figura 2

Pirámide Población del Municipio de Suaza Huila Año 2018



Nota: La figura anterior nos indica que gran parte de la población se encuentra en edad de adulto mayor y un pronunciado crecimiento en la población entre los 15 y 19 años es decir población joven. Fuente: (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Población

Según el diagnóstico del Municipio, para el año 2.020 el municipio de Suaza Huila, cuenta aproximadamente con 22.729 habitantes, de los cuales el 48,33% son mujeres y el 51,67% son hombres. Y representa el 2,02 del total de la población del Huila y el 0,045% del total de la población colombiana (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Población del Municipio que habita la zona urbana y rural

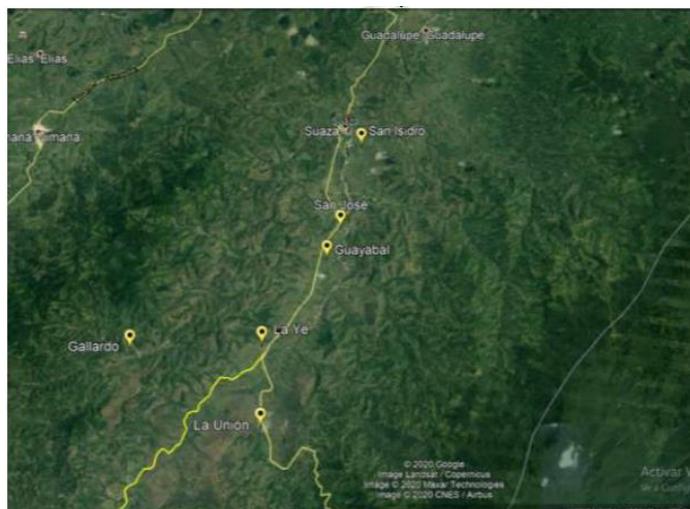
El diagnóstico del Municipio refiere que la mayoría de su población está concentrada en la zona rural representada en un 79,88% y solo un 20,22% en la zona urbana o cabecera Municipal (Alcaldia Municipal de Suaza- Huila, 2020).

División Político Administrativa

Según lo mencionado en el Diagnostico del Municipio, a la zona rural la constituyen los terrenos no aptos para el uso urbano, por razones de oportunidad, o por su destinación a usos agrícolas, ganaderos, forestales, de explotación de recursos naturales y actividades análogas. En el municipio de Suaza Huila, la zona rural consta de 42.717,01 has, distribuidas en cuarenta (40) veredas (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Figura 3

Zona Rural del Municipio de Suaza Huila



Nota: la gráfica anterior, nos muestra parte de la zona rural del Municipio de Suaza- Huila, corresponde a la ruta desde el casco urbano, hasta la vereda la unión del Municipio de Suaza.

Fuente: *Google Earth – 21/03/2020*

Centros Poblados

Según se relaciona en el diagnóstico del municipio, dentro del suelo rural del municipio de Suaza se encuentran los asentamientos de Gallardo, Guayabal, San José, La Ye, San Isidro y La Unión, los cuales tal como lo establece el decreto 097 del 2006 se denominan núcleos de población, ya que son asentamientos humanos agrupados en un conjunto de construcciones independientes, caracterizadas por su proximidad y por compartir circulaciones e infraestructura de servicios (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Plan territorial de salud del Municipio de Suaza – Huila

Uno de los lineamientos estipulados en el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 –

2023”, es el lineamiento correspondiente al Plan Territorial de Salud PTS el cual menciona lo siguiente:

El plan decenal de salud de salud pública PDSP 2012 – 2021 es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, la capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los objetivos de desarrollo del Milenio - ONU 2000 (Ahora Objetivos de desarrollo sostenible); Así mismo plantea estrategias de intervención colectiva e individual, que involucran tanto al sector salud como a otros sectores, dentro y fuera de los servicios de salud: Inspección, vigilancia y control; salud pública; salud ambiental; vida saludable y condiciones no transmisibles; convivencia social y salud mental; seguridad alimentaria y nutricional; sexualidad, derechos sexuales y reproductivos; vida saludable y enfermedades transmisibles; salud pública en emergencias y desastres; salud y ámbito laboral; gestión diferencial de poblaciones vulnerables; fortalecimiento de la autoridad sanitaria para la gestión integral de la salud; prestación de servicios de salud (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 47)

Aportes de la comunidad

El diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), relaciona el ítem correspondiente a los aportes de la comunidad, dentro de los cuales se encuentra la variable “salud y protección social”, concerniente a las siguientes líneas:

Revisar si se tiene morgue y se requiere mejorarla; se requiere unidades médicas móviles; falta de ambulancias; prevenir la drogadicción; dotación profesional y material en puestos

de salud (Médicos, enfermeras y bacteriólogos); campañas permanentes de brigadas de salud en las veredas; traer médicos especialistas una vez al mes al Municipio; personal institucional capacitado para servir con calidez y amor a las personas; adquirir nueva ambulancia para ubicación externa en el Municipio; hospital atendido de lunes a sábado de 7:00am a 8:00pm; programa de capacitación de vida saludable; contratar médicos de alto nivel y experiencia (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 55).

Contexto sociodemográfico con enfoque en salud

En el ítem 19 correspondiente al sector salud y protección social, plasmado en el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023”, afirma lo siguiente:

La población del municipio de Suaza, se ubica principalmente en la zona rural, incluso, aumentando ese porcentaje con el paso de los años, pasando de un 77% en el año 2005 a un 79,4% en el año 2018, sin presentarse el fenómeno habitual de urbanización de las poblaciones advirtiendo de esta manera, la necesidad de trabajar de manera articulada con la ESE Municipal, garantizando el acceso a la salud de la población rural del Municipio. El mismo documento, describe con relación a la estructura de la población, la pirámide poblacional comparativa 2005 y 2020 del municipio de Suaza presenta para ambos años, una base ancha y una punta estrecha, con cambios porcentuales de la población de cada quinquenio, fueron mínimos en los diferentes grupos, siendo los mayores en los grupos de menores de 14 años, con descensos cercanos al 1,5% y con aumento de la población en los grupos de 50 a 59 años, con una diferencia un poco mayor a favor de los hombres (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 112).

En la estructura de la población por curso de vida del año 2020, con base en las proyecciones del censo DANE 2018, el grupo de mayor aporte es la adultez con un 34,6% y 35,1% de mujeres y hombres a la población total, respectivamente. Los demás cursos de vida tienen un aporte muy similar entre el 11 y 12% (Alcaldía Municipal de Suaza-Huila, 2020).

Comportamiento de la mortalidad y la morbilidad general

Mortalidad

El diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023”, afirma lo siguiente: El Municipio de Suaza, para el año 2018 según fuente EEVV del DANE presentó un total de 71 defunciones para una tasa bruta de mortalidad de 324,9 por 100.000 habitantes, y para el año 2019 con un dato preliminar de 88 defunciones se alcanzó una tasa bruta de 393,9 por 100.000 defunciones siendo una tendencia habitual la mayor mortalidad en hombres con diferencia alrededor de 200 muertes por 100.000 habitantes. La principal causa de muerte en el municipio de Suaza son las enfermedades cardiovasculares aportando alrededor de la mitad de las defunciones, seguida de otras causas entre las que se destacan la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El grupo de neoplasias, se ubica en el tercer lugar y el cuarto lugar las causas por lesiones de causa externa para la cual en los hombres se convierte en la segunda causa de muerte con una tasa de 44,8 por 100.000 habitantes, principalmente representada por las muertes en accidente de tránsito y los homicidios (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 111).

Con el objetivo de dar continuidad al análisis de mortalidad es necesario resaltar la siguiente información:

El grupo de grandes causas que aportó más años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en la población suaceña fue el grupo de las Causas externas durante todos los años con el 40.38% (9097) del total de AVPP, con reducción para el año 2017 (197 AVPP) comparado con el año 2016 como resultado de la reducción de las muertes violentas; en el año 2017 aportó el 40.70% (808) AVPP con una tasa de 4240 x 100.000 habitantes, en segundo lugar el grupo de las demás causas que provocó el 19.90% (4484) del total de AVPP durante el periodo y para el año 2017 aportó el 37.33% (741) AVPP; en tercer lugar las enfermedades del sistema circulatorio provocó el 14.31% (3223) de AVPP y para el año 2017 aportó el 8.42% (167) AVPP. En cuarto lugar, las neoplasias provocaron el 11.92% (2684) AVPP y para el año 2017 aportaron el 5.77% (115) AVPP (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 113).

Morbilidad

De acuerdo con el informe ASIS (2019), La principal causa de atención, en toda la población, son las enfermedades transmisibles con un aporte mayor al 60%, seguida de lejos por las condiciones más clasificadas que varía en los últimos años entre el 15 y el 18%, seguido por las condiciones transmisibles y finalmente las lesiones con cerca del 6% y las condiciones maternas con un 2 a 3% (Secretaría de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017).

El documento sostiene que en la primera infancia, las condiciones transmisibles representan cerca del 40% de las atenciones, seguidas por las enfermedades no transmisibles, y va descendiendo el porcentaje de aporte de las transmisibles, llegando en

el adulto mayor o vejez, a representar tan sólo el 4,6%, y por el contrario las condiciones no transmisibles pasan a aportar cerca del 80% de esta morbilidad (Secretaría de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud, 2017)

Según el informe del SIVIGILA Para el año 2019, los cinco (5) principales eventos notificados fueron:

Dengue que alcanzó una tasa de 640 x 100.000 habitantes, señalando que fue año de brote nacional, seguido por las violencias de género, evento de notable importancia social por producir afectación en grupos vulnerables predominantemente en mujeres y niños, niñas y adolescentes, este último con una tasa general de 568 casos por 100.000 habitantes con una relación 2:1 entre mujeres y hombres. También aparecen entre las primeras causas la morbilidad materna extrema y el intento de suicidio, condiciones de alto impacto clínico y social, por involucrar a gestantes y a la salud mental respectivamente (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 114)

Inspección, Vigilancia y Control

El municipio de Suaza, cuenta con la Secretaría de Gobierno y Administración, de la cual dependen las funciones de Dirección Local de Salud en quién recae la responsabilidad de estas funciones de inspección, vigilancia y control a nivel municipal, para dar cumplimiento a las responsabilidades señaladas (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Con respecto al aseguramiento según datos del ASIS 2019, la cobertura de afiliación al SGSSS en el municipio para el año 2018 es de 91.66%, similar al 92.36% del departamento. La cobertura del régimen subsidiado fue de 92.44% (17711) afiliados, del régimen contributivo de 5.28% (993) y la de excepción de 0.5% (94) (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

En el régimen subsidiado la aseguradora con mayor cobertura es Comfamiliar con 53.14% (9411) afiliados, en segundo lugar, la EPS Asmet Salud con el 45.37% (8035) afiliados, en tercer lugar, Medimás con 0.98% (173) afiliados y en cuarto lugar Nueva EPS con 0.52% (92) afiliados (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

En el régimen contributivo la EPS con mayor cobertura es La Nueva EPS con 45.22% (449) afiliados, en segundo lugar, Medimás con 38.07% (378) afiliados, en tercer lugar, Comfamiliar con 11.08% (110) afiliados, en cuarto lugar Asmetsalud con 5.54% (55) afiliados y la EPS Servicio Occidental de Salud SA EPS SOS SA con 1 afiliado (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Salud Pública

En el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023”, se concibe la salud pública como el conjunto de políticas que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva y es principalmente una responsabilidad estatal, intersectorial y con el apoyo comunitario. En el país, la comprensión del comportamiento de la salud pública, se enmarca entre las dimensiones del Plan (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Decenal de Salud Pública

De acuerdo con lo anterior, a continuación, se realiza un diagnóstico del Municipio, de cada una de las dimensiones del plan decenal de Salud Pública.

Dimensión salud ambiental.

Teniendo en cuenta lo estipulado en el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), esta dimensión comprende aspectos relacionados con la afectación de las condiciones ambientales en la salud de las personas, incluyendo las condiciones de saneamiento básico y calidad del agua y del aire, condiciones de vivienda y movilidad. Asegura también, que este último cobra especial relevancia para el municipio de Suaza, dado que la accidentalidad en tránsito en una de las principales causas de muerte en hombres en el municipio (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

El documento relaciona que desde el año 2005 al 2018 ha ocasionado 75 defunciones, principalmente en jóvenes y adultos jóvenes. Su importancia, adicionalmente radica en la pérdida de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) y ocasionar muertes en población económicamente activa (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión vida saludables y condiciones no transmisibles.

En esta dimensión el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), incluye el gran grupo de las enfermedades cardiovasculares, sumado a la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y las neoplasias, con subgrupo particular de las condiciones de esta dimensión. Es importante señalar, que esas condiciones están fuertemente determinadas por los hábitos de vida, como la dieta y la actividad física, habiéndose dicho ya que son la principal causa de mortalidad y morbilidad en el municipio, situación que le concede una importancia central en las condiciones de salud de la población Suazeña (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión convivencia social y salud mental.

Entre estas condiciones el ASIS 2019 señala tres problemáticas particulares:

El consumo de sustancias psicoactivas, que, si bien es cierto que no está bien diagnosticado el problema, contando sólo con información a nivel departamental gracias a las Encuestas Nacionales de Consumos de Sustancias Psicoactivas, es una percepción ciudadana la problemática que genera este consumo principalmente en los jóvenes, señalado en las rondas comunitarias para la construcción del Plan. El dato más cercano con el que se cuenta es de 1,2% de prevalencia de personas con consumo abusivo de estas sustancias en el departamento del Huila (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020, pág. 18).

Otra problemática que aborda esta dimensión es el índice de suicidios, en el municipio de Suaza, la tasa de suicidio está en 4,57 x 100.000 habitantes para el año 2018, consecuencia de 1 suicidio al año (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión seguridad alimentaria y nutricional.

El diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), relaciona que la prevalencia de desnutrición en el municipio y el departamento se ha comportado de la siguiente manera:

Desnutrición Global (bajo peso para la edad):

Un porcentaje correspondiente al 1.7% (33) niños y niñas hubo reducción en 0.5 puntos porcentuales comparado con el año 2017 (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Desnutrición agua (bajo peso para la talla):

Relacionado con la talla el 1,0% (11) niños y niñas presentan desnutrición aguda en el municipio (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Sobrepeso - obesidad:

De acuerdo a lo relacionado en el documento, el 5.9% de los niños presentan obesidad, el 18% presentan sobrepeso guardando similitud al comportamiento departamental con el 17.9% (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Adicionalmente, el bajo peso al nacer con 7,1% supera a la media departamental que alcanza un 6,87% siendo necesaria su intervención, relacionado con los cuidados maternos y prenatales (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos

Según especifica el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), el comportamiento del embarazo en adolescentes con una tasa específica de fecundidad en niñas de 10 a 14 años que ha variado entre 5 y 3 por 1.000 niñas de 10 a 14 años, en los últimos años, según ASIS municipal. Para las adolescentes de 15 a 19 años, las tasas específicas de fecundidad se han mantenido superiores a 100 nacimientos por 1.000 adolescentes en las últimas dos décadas (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles.

El diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), sostiene que el comportamiento del dengue tiene una tasa de 671 x 100.000 habitantes, siendo la tasa más alta presentada en los últimos 10 años, de 525 x 100.000 habitantes para el año 2012 (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Por otro lado, la tuberculosis con una tasa de 22,38 x 100.000 habitantes y con 5 casos presentados en el año 2019, debe hacer siempre parte de la agenda en salud pública del municipio y del departamento (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión salud pública en emergencias y desastres

Relacionado con el tema de salud pública en emergencia y desastres el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), enfatiza que el municipio tiene identificadas las zonas de riesgo de amenazas geográficas y tiene implementado su política de gestión del riesgo, que debe continuar fortalecida. Sin embargo, el año 2020 la llegada del coronavirus se ha convertido en una emergencia sanitaria de importancia internacional y ha sido declarado una pandemia por parte de la OMS, obligando a tomar medidas como nunca antes un evento de interés en salud pública lo había hecho, siendo una de las más importantes el aislamiento obligatorio (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

Dimensión Salud y Ámbito Laboral

Relacionada con el tema de seguridad y salud en el trabajo, el municipio no tiene datos claros o precisos relacionados, pero sin lugar a dudas existen riesgos ocupacionales claros asociados a la vocación agrícola del municipio, y el uso frecuente de plaguicidas en estas labores, que pueden ocasionar afectaciones en la salud de los agricultores, sumado al hecho que en la mayoría de los casos es trabajo no formal sin cubrimiento de ARL y demás aseguramientos en salud (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión transversal gestión diferencial de poblaciones vulnerables

De acuerdo con el Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), esta dimensión corresponde a aquellos grupos poblacionales que por su condición o situación merecen una especial atención por parte de la sociedad, incluyendo los niños, niñas y adolescentes, los adultos mayores, el enfoque de género, las poblaciones víctimas de violencias y la población con discapacidad (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dando continuidad a esta línea el documento señala que la mortalidad infantil y de la niñez con tasas de 12,69 y 15,23 por 1.000 nacidos vivos supera el comportamiento departamental, según este, en su mayoría, son causas evitables de muerte, identificándose las causas externas como una de las principales, además de las infecciosas y perinatales. Siendo necesario advertir, que las coberturas de vacunación para el municipio son óptimas con porcentajes incluso por encima del 100% y las cuales deben continuar fortalecidas (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

El diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), afirma que la población con discapacidad, según el RCLPCD para el municipio de Suaza se registraban un total de 1034 personas con discapacidad, representando el 4,66% de la población, 45,3% son mujeres y el 53,2% son mayores de 60 años (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020)

De igual manera, las víctimas del conflicto, que para el año 2019, registraban un total de 7.324 personas que habían declarado esta condición, de las cuales 4.237 eran víctimas de desplazamiento forzado (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Finalmente, es importante considerar que aunque la pirámide poblacional siga ancha en su base, la población Suaceña tiene un lento proceso de envejecimiento, el índice de vejez pasó de 15,9% en 2005 a 24,3% en 2020, es decir hay cerca de 10 personas mayores de 65 más por cada 100 menores de 15 años, actualmente que hace 15 años (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Dimensión fortalecimiento de la autoridad sanitaria

De manera resumida el diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023” (2020), desde componente de inspección, vigilancia y control, describe la prestación de servicios de salud, indicando que se cuenta con una institución prestadora de servicios de salud en el municipio, correspondiente a la ESE Nuestra Señora de Fátima, se encuentra en buena condiciones financieras, según lo registrado en la Resolución 1342 del 29 de mayo de 2019, por la cual se efectúa la caracterización del riesgo financiero de las Empresas Sociales del Estado. (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020), ahora se tiene el reto de impulsar nuevos servicios como la telemedicina y la telesalud, ahora nuevamente fomentados en el marco de la pandemia que vive nuestra sociedad a causa del COVID-19; todo ellos con el propósito de continuar aportando en el mejoramiento de la calidad de vida con dignidad para nuestra población suaceña (Alcaldía Municipal de Suaza- Huila, 2020).

Estudio De Mercado

Estudio de mercado

Para realizar el estudio de factibilidad para la construcción de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza Huila, es indispensable realizar un estudio de mercado que permita ubicarnos, conocer el entorno, las características y necesidades de los clientes/usuarios. Esto con el fin de conocer información importante para la toma de decisiones dentro del proyecto. Se detalla el producto/servicio, la demanda, la oferta, el mercado, la formación de precios y la comercialización.

Producto

Un centro de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila, con un área construida 320,6 m² (incluyendo circulación interna y área de acceso cubierta), la cual tendrá 5 espacios de servicio para la población.

Servicio

Prestación de servicios médicos de consulta general, consulta odontológica, consulta de psicología, Servicio farmacéutico, servicios relacionados con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, los cuales se detallarán más adelante.

Demanda

De acuerdo con la información reportada en el Diagnóstico integral del plan de desarrollo del Municipio de Suaza, correspondiente al año 2020– 2023, el Censo Nacional realizado por el DANE en el año 2018 arrojó la siguiente información relacionada con el número de habitantes de las trece (13) veredas objeto de estudio y beneficiadas del proyecto; en total son 5576 habitantes, correspondientes a 1394 familias. De acuerdo con lo relacionado, este será el total de

habitantes que se beneficiaran del proyecto, incluyendo todos los géneros y edades, considerando que el proyecto abarcara diferentes frentes en los cuales la cobertura de servicios sea integral (para toda la familia).

Método

La encuesta aplicada corresponde a la encuesta piloto Acceso a Servicios de Salud (EASS), diseñada por Marcela Arrivillaga, Juan Carlos Aristizabal, Mauricio Pérez, y Victoria Eugenia Estrada. Aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia. El objetivo del diseño de la encuesta es “Diseñar y validar una encuesta de acceso a servicios de salud dirigida a hogares en Colombia para aportar una herramienta metodológica de país que permita ir acumulando evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana” (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016).

De acuerdo a lo anterior, la herramienta contiene todas las variables necesarias para realizar el análisis correspondiente de las necesidades de salud de la población Rural de las trece (13) veredas que se beneficiarían del proyecto, de donde concluiremos la viabilidad del proyecto en cuanto al impacto Social.

El número de personas que se toman como muestra para responder la encuesta es de 75 habitantes de estas trece (13) veredas objeto de estudio.

Las preguntas que se aplican corresponden a las aprobadas por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia, diseñadas por (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016).

De acuerdo con la encuesta (EASS) las preguntas se distribuyen en cinco (5) módulos de la siguiente manera:

Módulo 1: perfil sociodemográfico del jefe o de la jefa del hogar o persona adulta informante; nueve ítems que evalúan sexo, edad, etnicidad, nivel de educación más alto, estado civil actual, última ocupación, EPS, régimen o tipo de afiliación al sistema de salud (contributivo –para personas con vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, pensionados y sus familias–, subsidiado –para población pobre, sin capacidad de pago–, o especial –para fuerzas militares y policía, personal civil del Ministerio de Defensa, profesores del sector público y empleados de Ecopetrol –), e ingresos (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016).

Módulo 2: perfil socioeconómico del hogar; cuatro ítems que evalúan el estrato socioeconómico de la vivienda, los ingresos del hogar, el tipo de vivienda y la ubicación (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016)

Nota: La pregunta sobre la ubicación no se aplicó, teniendo en cuenta que ya conocemos que la ubicación de la población, es rural.

Módulo 3: acceso a servicios preventivos; 12 ítems que evalúan la promoción de servicios por parte de la EPS en el último año, el número de personas en el hogar por grupo de edad, el uso de servicios en el último año, todo por grupos de edad y sexo cuando aplica, nombre de la EPS, medio de transporte para llegar al servicio y tiempo de desplazamiento (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016)

Módulo 4: acceso a servicios curativos y de rehabilitación; 30 ítems que evalúan el acceso a servicios de urgencias, hospitalización y consulta médica general y con especialista. Para todos los servicios mide la oportunidad, la atención de la necesidad, la calidad de la atención, las barreras y la fuente de recursos para el pago de servicios (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016)

Módulo 5: gasto de bolsillo en acceso; seis ítems que miden el pago en pesos colombianos de cuotas moderadoras y copagos, medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados por las EPS, y gastos en transporte y manutención (Arrivillaga, Aristizabla, Perez, & Estrada, 2016).

Capacitación

La encuesta diseñada, contiene el manual sobre el proceso de aplicación de la misma, de igual manera indica detalladamente las características de cada pregunta, la forma como se aborda la persona encuestada y la manera de diligenciar la encuesta, esta información se socializo con la persona que realizo la recolección de la información. Se explicó el alcance, el objetivo, el proceso, el contenido de cada módulo y el resultado al cual se quieren obtener, de igual manera se aclaran términos relacionados con el servicio de salud y las enfermedades.

Resultados de la encuesta

A continuación, se presenta el resultado de la encuesta aplicada a 75 habitantes de las trece (13) veredas objeto de estudio, las cuales se verán beneficiadas por el proyecto.

Módulo 1: perfil sociodemográfico del jefe o de la jefa del hogar o persona adulta informante

Identificación del Hogar.

Las tres (3) primeras preguntas de la encuesta corresponden a:

Primero: Nombre del encuestado

Segundo: Cedula de ciudadanía

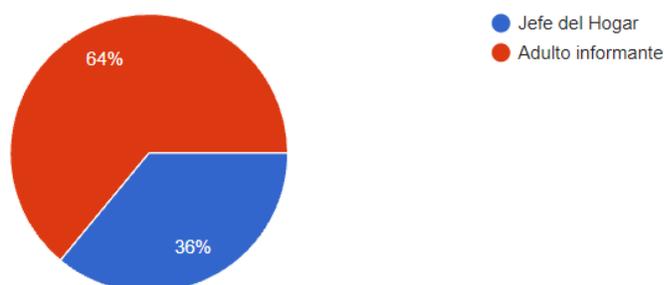
Tercero: Teléfono

Esta información se recolecto sin novedad, los 75 encuestados responden a la pregunta y se deja evidencia en cada uno de los formularios registrados.

Los resultados de las demás respuestas se detallan a continuación.

Figura 4

Tipo

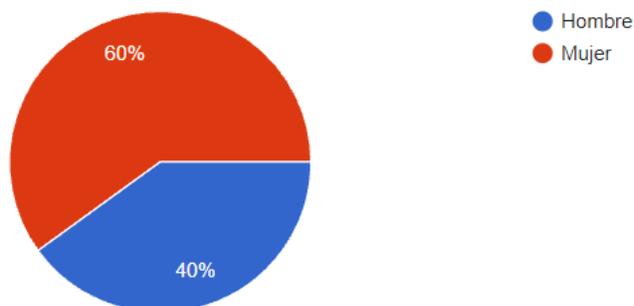


Fuente: Autor

En la figura anterior se observa que de las 75 personas que respondieron la encuesta, el 36% (27 personas) son jefes del hogar, mientras que el 64% (48 personas) son adultos informantes.

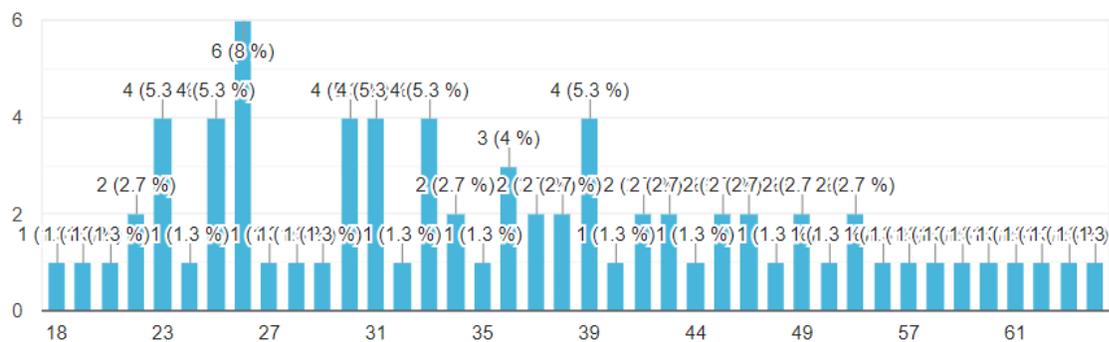
Figura 5

Genero



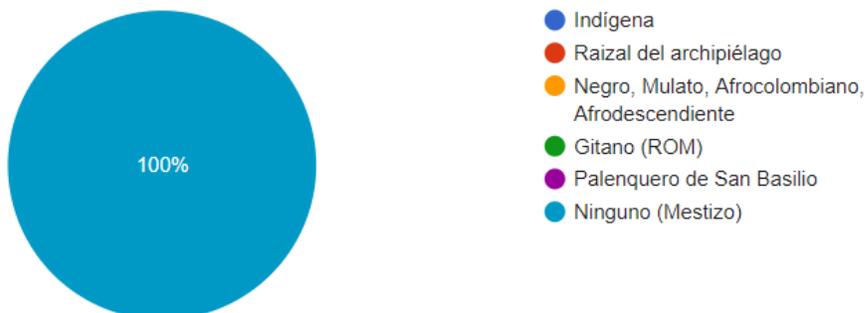
Fuente: Autor

En el resultado que se observa en la figura No. 5 Relacionada con el género del encuestado, se puede indicar que el 60% (45 personas) corresponde a mujeres y un 40% (30 personas) son hombres, en la encuesta no se plantearon otras variables opcionales, sin embargo, se dio la posibilidad de no responder.

Figura 6*Edad de los encuestados*

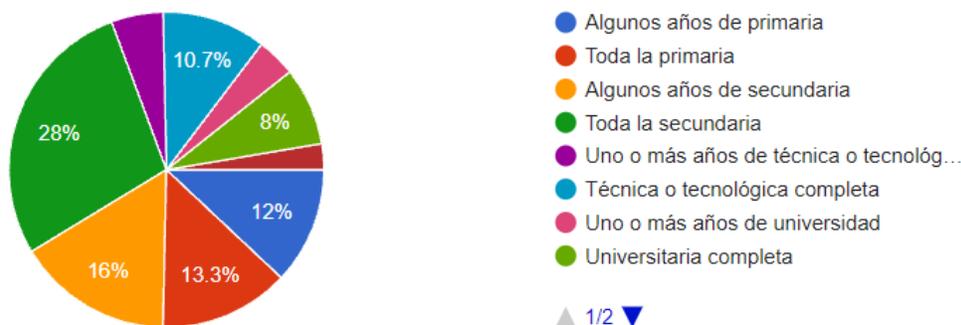
Fuente: Autor

De acuerdo con lo anterior, la edad de las personas que respondieron la encuesta oscila entre los 18 y 61 años, siendo la edad de los 18 a los 39 la de mayor número de respuestas (49 personas), es importante aclarar que este perfil define las edades de los pacientes que atendieron o dieron respuesta a la encuesta, más adelante se discriminan las edades de las personas de acuerdo con el rango y las características de los servicios que requiere la población.

Figura 7*Condición cultural*

Fuente: Autor

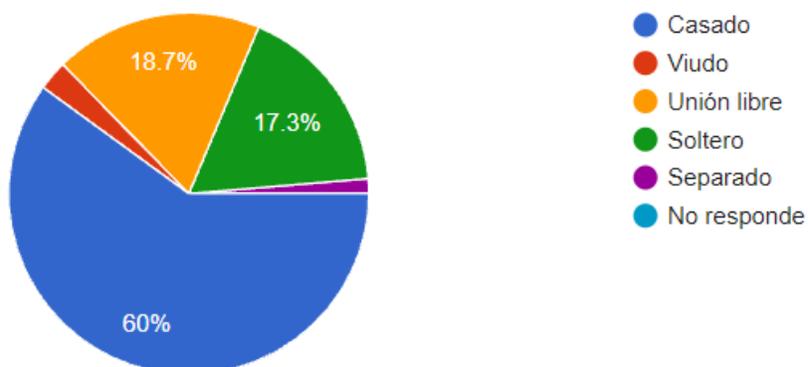
Relacionado con la pregunta De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ¿usted se reconoce como? El 100% de los encuestados no pertenecen a ningún pueblo indígena o Afrodescendiente. Es necesario aclarar que en algunas de las veredas objeto de estudio, se encuentran familias que se radicaron en estas comunidades, las cuales se han visto desplazadas por el conflicto armado y pertenecen a comunidades indígenas o islas costeras del océano pacífico colombiano.

Figura 8*Nivel de educación*

Nota: Autor

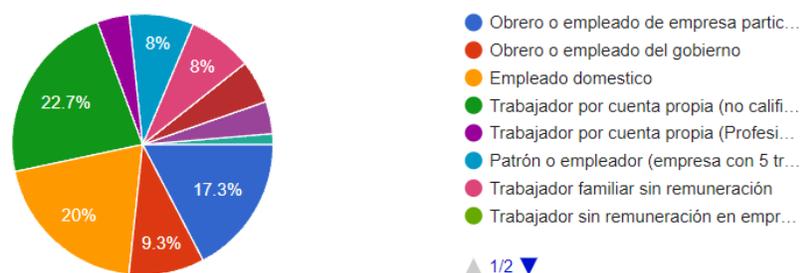
Relacionado con la pregunta, ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado del Jefe/a del Hogar?, se observa que el 28% de los encuestados (21 personas) terminaron la secundaria, el 16% (12 personas) realizaron algunos años de la secundaria, el 13,3% (10 personas) solamente realizaron la primaria, el 12% (9 personas) no alcanzaron a terminar la primaria, el 10.7% (8 personas) son técnicos o tecnólogos en alguna área, el 8% (6 personas) son profesionales (en su mayoría docentes del Colegio de la vereda la Unión), el 5,3% (4 personas) no terminaron la tecnología, el 4% (3 personas) no terminaron su carrera universitaria, por último el 2,7% (2 personas) no tienen ningún nivel de escolaridad.

De lo anterior, se puede concluir que la mayoría de la población encuestada no es analfabeta, sin embargo, es alto el porcentaje de la población que no ha logrado terminar sus estudios secundarios, técnicos o universitarios.

Figura 9*Estado civil*

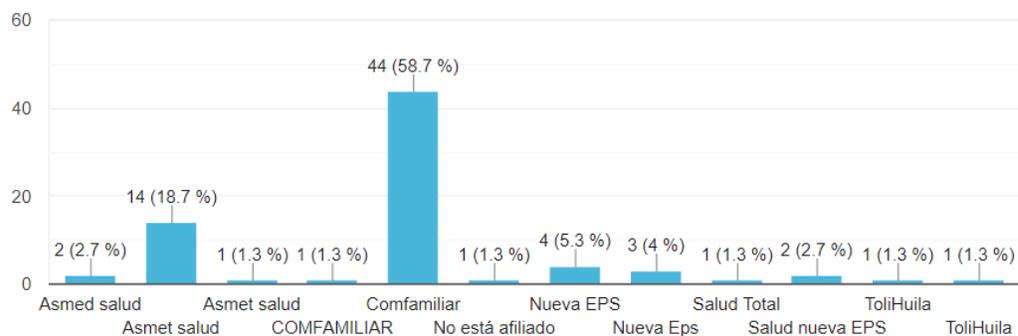
Fuente: Autor

De acuerdo con la figura anterior, se observa la respuesta a la pregunta, ¿Cuál es su estado civil actual?, a lo cual, el 60% (45 personas) de las personas encuestadas son casadas, el 18.7% (14 personas) viven en unión libre, 17,3% (13 personas) son solteras, 2,7% (2 personas) son viudas y el 1,3% (1 persona) es separada.

Figura 10*Situación laboral*

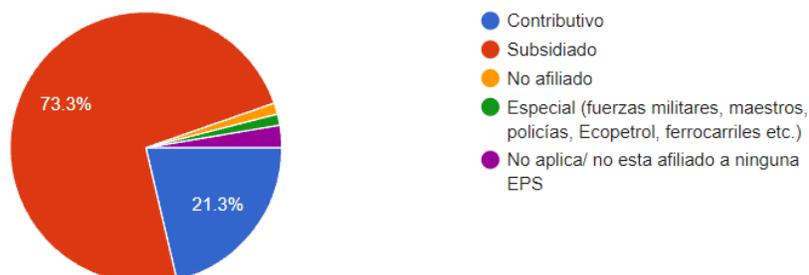
Fuente: Autor

A la pregunta; “*Marque la opción o perfil que más se ajuste a la situación laboral u ocupacional del Jefe/a del Hogar en el momento actual o de la última ocupación:*”, en el resultado se observa que el 22,7% (17 personas) trabajan por cuenta propia (en su mayoría propietarios de fincas o terrenos para labrar la tierra, algunos pequeños comerciantes), el 20% (15 personas) son empleadas domésticas (en este grupo de personas se incluyeron las mujeres que en la familia se dedican a las labores del hogar, sin sueldo de remuneración), 17,3% (13 personas) le trabajan a alguien más, catalogándose como obreros, el 9,3% (7 personas) son empleados del gobierno (algunos docentes y personas que trabajan en la alcaldía Municipal), 8% (6 personas) trabajan en fincas con más de 5 empleados, el 8% (6 personas) son trabajadores familiares que no reciben ninguna remuneración, 5,3% (cuatro personas) son jornaleros o peones, 4% (tres personas) trabajan por cuenta propia, 4% (3 personas) ejecuta otras actividades y 1,3% (1 persona) no respondió a la pregunta realizada.

Figura 11*Eps afiliado*

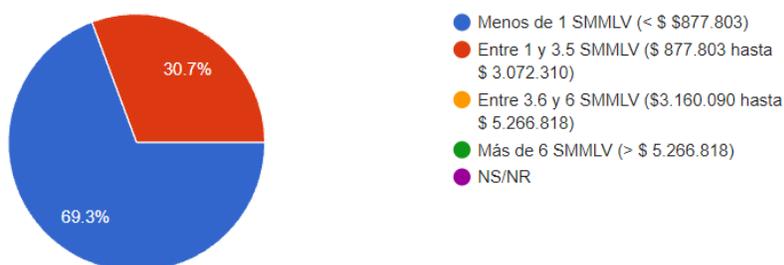
Fuente: Autor

De acuerdo con los resultados observados en la figura anterior, la EPS con mayor número de afiliados es Comfamiliar con un 58,7% (44 personas) actualmente afiliados a dicha entidad y Asmetsalud con el 18,7% (14 encuestados) actualmente afiliados, la Nueva EPS con el 5,3% (4 personas) afiliados a su entidad, los demás con una menor proporción de afiliados corresponden a otras EPS con mejor presencia en el Municipio. Es necesario tener en cuenta que los miembros del hogar se encuentran afiliados a una misma EPS y los servicios que se evaluarán más adelante son responsabilidad de la entidad en las cuales se encuentran afiliados los hogares encuestados.

Figura 12*Régimen de salud*

Fuente: Autor

En la figura anterior, se observa el resultado de la pregunta ¿Su régimen de salud es?, la mayoría de las personas pertenecen a régimen subsidiado 73,3% (55 personas) y el 21,3% (16 personas) pertenecen al régimen contributivo, 4% (3 personas) no están afiliados a ninguna EPS y el 1,3 (1 persona) pertenece a las fuerzas especiales.

Figura 13*Ingresos económicos jefe del hogar*

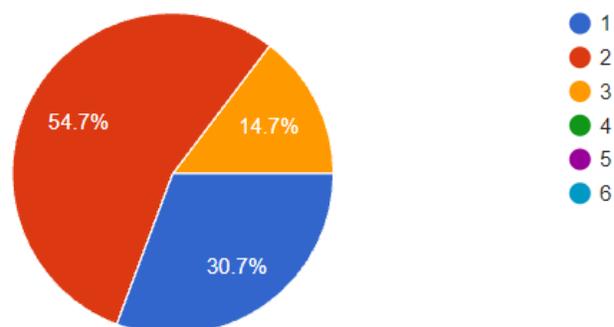
Fuente: Autor

A la pregunta ¿Cuál es el ingreso del Jefe/a del Hogar?, el 69.3% (52 personas) ganan menos de un salario mínimo (< \$ 877.803) y solamente el 30.7% (23 personas) ganan Entre 1 y 3.5 SMMLV (\$ 877.803 hasta \$ 3.072.310).

Análisis del Módulo 2. Perfil socioeconómico del Hogar

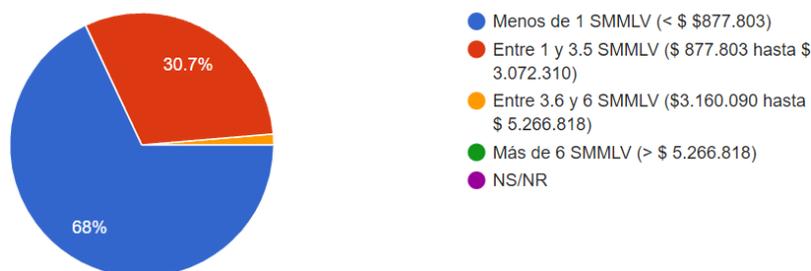
Figura 14

Estrato socioeconómico de la vivienda



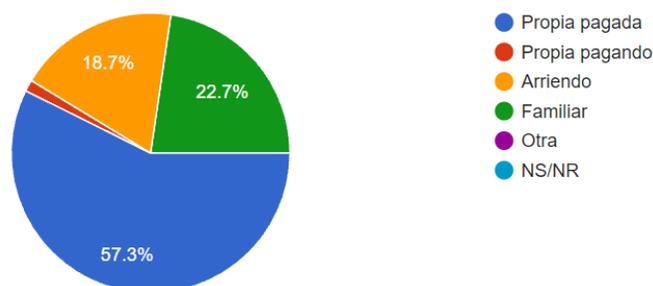
Fuente: Autor

Relacionado con el estrato socioeconómico de la vivienda encuestada, el 54,7% (41 hogar) pertenecen al estrato dos (2), el 30,7% (23 hogares) pertenecen al estrato No. 1 y solamente el 14,7% (11 hogares) pertenecen al estrato uno (1).

Figura 15*Ingresos generales mensuales*

Fuente: Autor

A la pregunta, ¿Cuál considera usted que son los ingresos mensuales de su hogar?, se puede identificar que el 1,3% corresponde a un hogar en el cual los ingresos son entre 3.6 y 6 SMMLV (\$3.160.090 hasta \$ 5.266.818), el 68% (51 hogar) viven con menos de un salario mínimo y el 30,7% (23 hogares) viven con entre 1 y 3.5 salarios mínimo mensual legal vigente.

Figura 16*Vivienda*

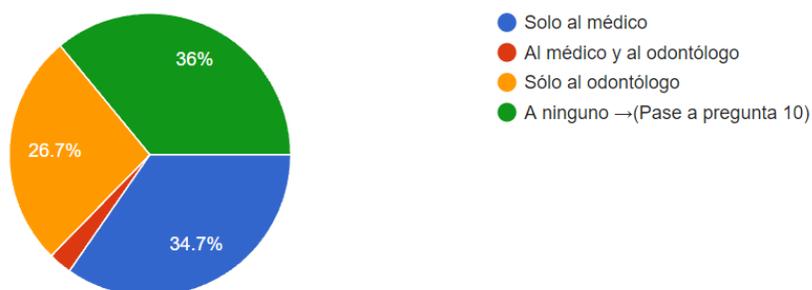
Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta, ¿La vivienda que ocupa este hogar es?, el 57,3% (43 hogares) viven en casa propia, el 22,7% (17 hogares) son hogares familiares, es decir, viven con sus padres y hermanos, el 18.7% (14 hogares) viven en casa arrendada y el 1,3% (1 familia) está pagando la vivienda en la cual habita actualmente.

Análisis Módulo 3: Acceso a Servicios Preventivos

Figura 17

Consulta médica por prevención



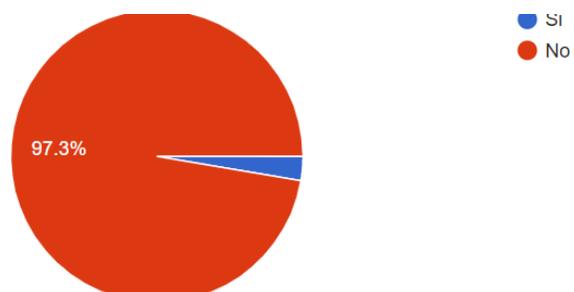
Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta, “*Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted o algún miembro de este hogar consultó en el último año?*”, el 36% (27 personas) no han consultado servicio médico por prevención, el 34,7% (26 personas) asistieron al médico general a consulta de rutina, el 26,7% (20 personas) asistieron a control por odontología, 2,7% (2 personas) consultaron al médico general y al odontólogo.

Servicios preventivos primer año de vida

Figura 18

Niños menos de 1 año

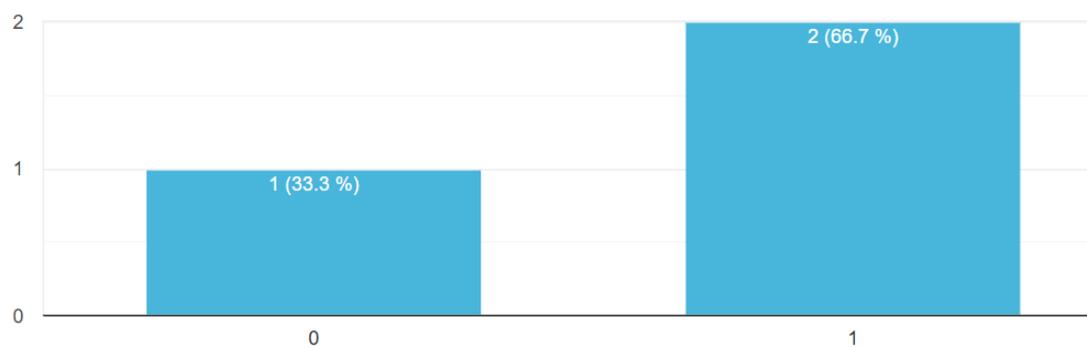


Fuente: Autor

A la pregunta “*¿En este hogar hay niños menores de 1 año?*” De los 75 hogares encuestados solamente en el 2,7% (2 hogares) hay niños menores de un año.

Figura 19

Cantidad de niños menos de 1 año



Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta “*Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿cuántos niños menores de 1 año hay en el hogar?*” De acuerdo con la figura No 19, En los dos (2) hogares que respondieron afirmativo, hay respectivamente un niño menor de un año.

Figura 20

Servicios ofrecidos por la EPS (niños menores de un año).



Fuente: Autor

De acuerdo con lo que se observa en la figura anterior, el resultado corresponde a la pregunta “¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año? (hogares donde hay niños menores de un año)”, de los servicios que debe ofrecer la EPS a niños menores de un año (Control post-parto, valoración integral del recién nacido, visita domiciliaria al recién nacido, controles de niño sano, consejería en lactancia materna, suplemento con hierro, actividades de educación en puericultura y vacunación), se identifica que solamente han ofrecido; control posparto, valoración integral del recién nacido, controles de niño sano y vacunación.

Figura 21

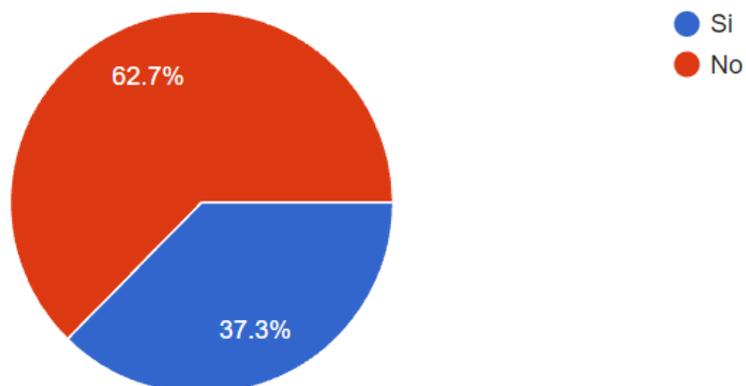
Servicios consultados en el último año (niños menores de 1 año).



Fuente: Autor

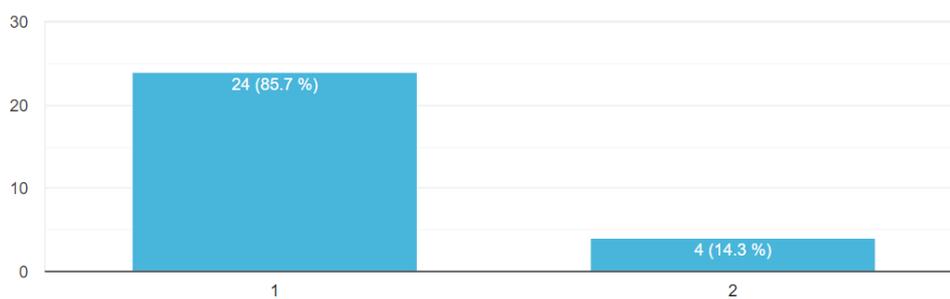
Relacionado con la pregunta “¿*Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?*”, los servicios ofertados fueron los mismos consultados, evidenciando que los servicios no ofertados y no consultados son los siguientes; visita domiciliaria al recién nacido, consejería en lactancia materna, suplemento con hierro, actividades de educación en puericultura.

Servicios preventivos 1 a 5 años de vida

Figura 22*Niños entre 1 y 5 años*

Fuente: Autor

De acuerdo con lo evidenciado en la figura anterior, el 62,7% (47 hogares), no hay niños entre 1 y 5 años y en el 37,3% (28 hogares) si los hay.

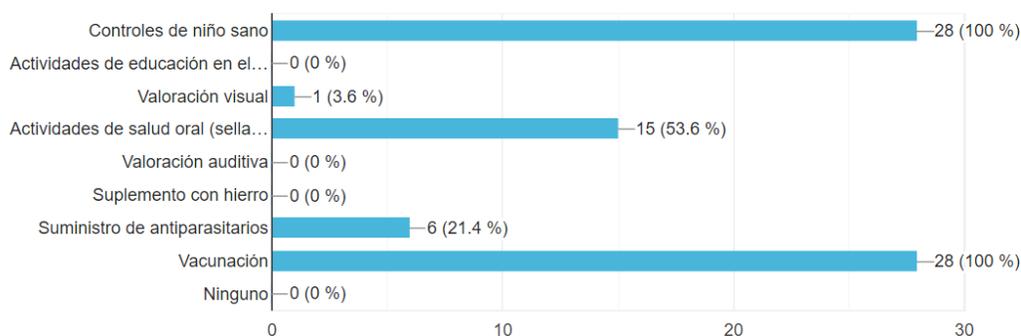
Figura 23*Cantidad de niños entre 1 y 5 años en el hogar*

Fuente: Autor

Relacionado con la cantidad de niños en edades entre 1 a 5 años en cada hogar, en el 85,7% (24 hogares) hay un niño en dicho rango de edad, mientras que en el 14,3% cuatro (4 hogares) hay dos niños en ese rango de edad.

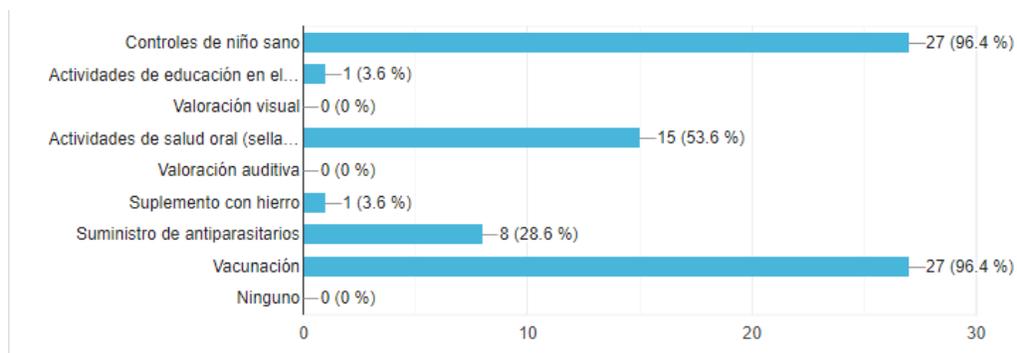
Figura 24

Servicios ofrecidos por la EPS (niños de 1 a 5 años).



Fuente: Autor

De los servicios que requieren los niños en un rango de edad de 1 a 5 años (Control del niño sano, actividades de educación en el cuidado, valoración visual, actividades de salud oral, valoración auditiva, suplemento de hierro, suministro de antiparasitarios y vacunación) La EAPBS a las cuales pertenecen esta población, no han ofrecido actividades de educación en el cuidado, valoración visual, valoración auditiva y suplemento de hierro. Los demás servicios ofertados son los necesarios y básicos en los niños en la edad consultada.

Figura 25*Servicios consultados niños de 1 a 5 años*

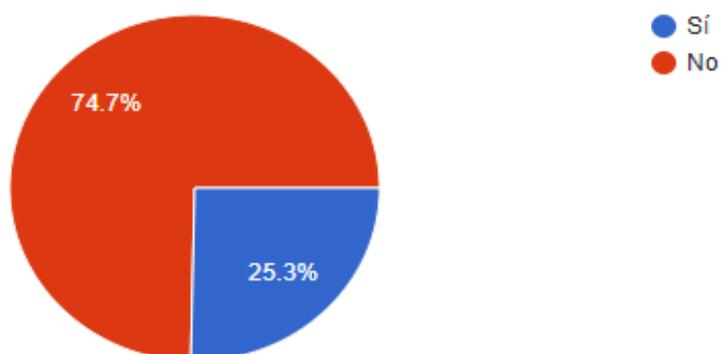
Fuente: Autor

En la figura anterior, se observa que los servicios que la EAPBS ofertó durante el periodo, son los mismos, y en la misma proporción fueron consultados; control del niño sano, actividades de educación en el cuidado, actividades de salud oral, suplemento de hierro, suministro de antiparasitarios y vacunación, ninguno de los niños en esta edad recibió valoración visual ni valoración auditiva.

Servicios preventivos 6 a 10 años de vida

Figura 26

Niños entre 6 a 10 años

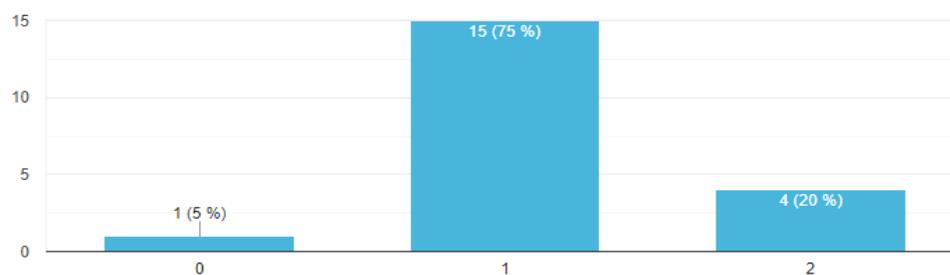


Fuente: Autor

Al observar los resultados de la figura anterior, se observa que de las 75 personas que respondieron la encuesta, el 74,7% (56 hogares) no hay niños en la edad de 6 a 10 años, mientras que en el 25,3% (19 hogares) si los hay.

Figura 27

Cantidad de niños de 6 a 10 años

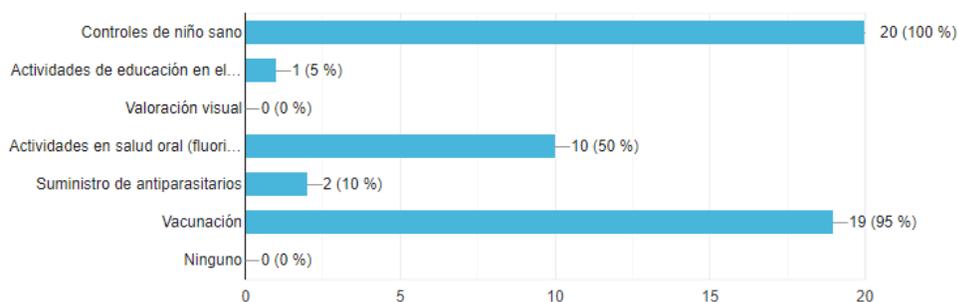


Fuente: Autor

Se observa que de los 19 hogares en los cuales hay niños de 6 a 10 años, en el 75% (15 hogares) hay un (1) solo niño en esta edad y en el 20% (4 hogares) hay dos (2) niños de 6 a 10 años.

Figura 28

Servicios ofrecidos por la EPS a niños de 10 a 6 años.

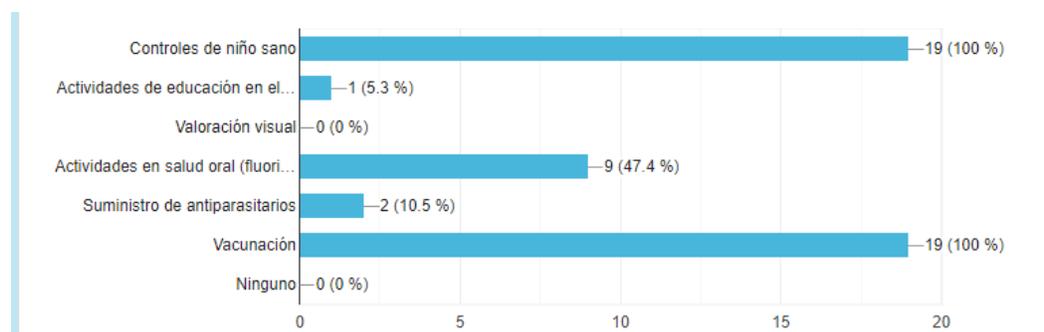


Fuente: Autor

Teniendo en cuenta la figura anterior, la EPS debe ofrecer a los niños de 6 a 10 años los siguientes servicios: atención del niño sano, actividades de educación en el cuidado, valoración visual, actividades de salud oral (fluorización y sellantes), suministro de antiparasitario y vacunación, de acuerdo con los resultados, se observa que de estos servicios básicos, solamente ofreció atención del niño sano, actividades de educación en el cuidado (solo una persona), actividades de salud oral (fluorización y sellantes) (10 seleccionaron esta opción), suministro de antiparasitario (2 seleccionaron esta opción) y vacunación. No se ha ofrecido actividades de educación en el cuidado ni valoración visual en niños de esta edad.

Figura 29

Servicios recibidos por niños de 6 a 10 años.



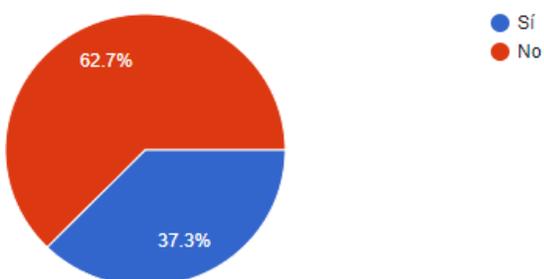
Fuente: Autor

Al igual que la figura sobre los servicios ofertados por la EPS, los niños en la edad de 6 a 10 años, han recibido los mismos servicios en el último año; actividades de educación en el cuidado (solo una persona), actividades de salud oral (fluorización y sellantes) (10 seleccionaron esta opción), suministro de antiparasitario (2 seleccionaron esta opción) y vacunación. No se ha recibido actividades de educación en el cuidado ni valoración visual en niños de esta edad.

Servicios preventivos 11 a 19 años de vida

Figura 30

Jóvenes entre 11 y 19 años

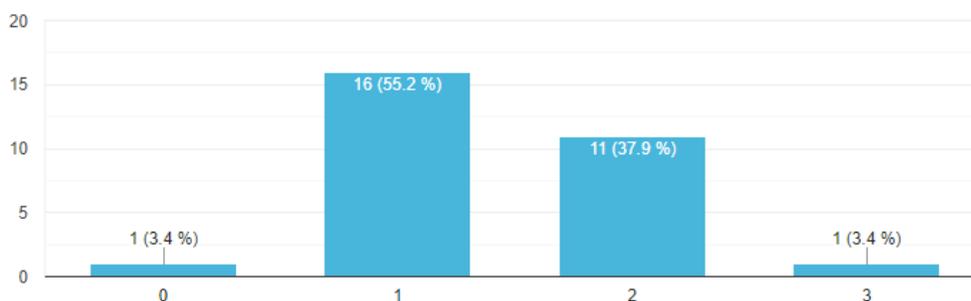


Fuente: Autor

De acuerdo con las respuestas entregadas por los encuestados y como se observa en la figura anterior, de los 75 hogares encuestados, solamente en el 37.3% (28 hogares) hay jóvenes en la edad consultada, mientras que en el 62,7% (47 hogares) no hay jóvenes en estas edades.

Figura 31

Cantidad de jóvenes en edad de 11 a 19 años.

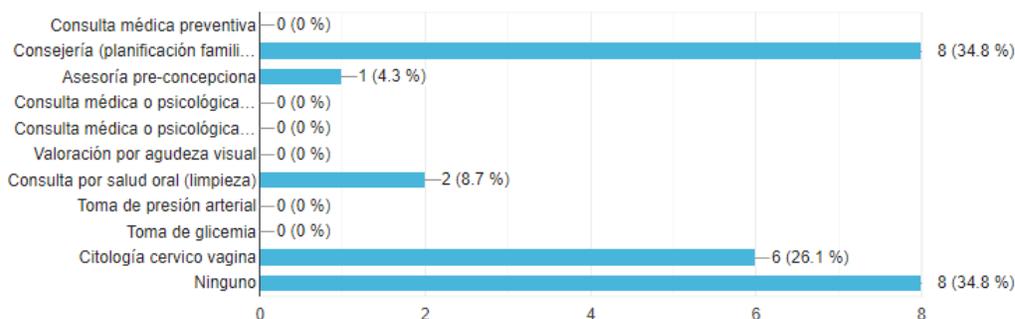


Fuente: Autor

De acuerdo con los resultados presentados en la figura anterior se evidencia que en el 55,2% (16 hogares) hay solamente un (1) joven en estas edades, mientras que en el 37,9% (11 hogares) hay dos (2) jóvenes en esta edad y en el 3,4% (1 hogar) hay tres (3) jóvenes en este rango de edades.

Figura 32

Servicios ofrecidos por la EPS a mujeres de 11 a 19 años.



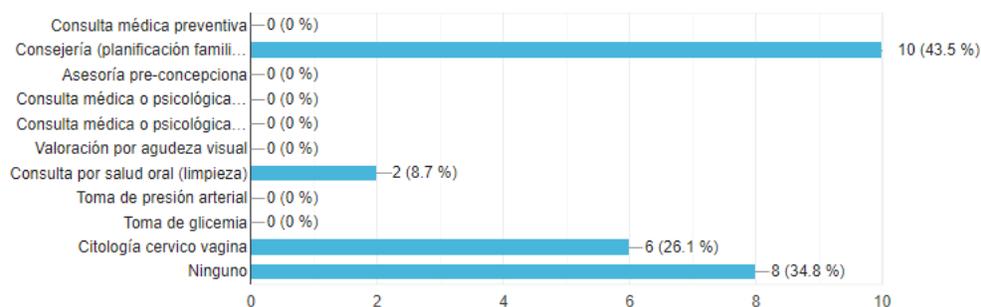
Fuente: Autor

De acuerdo con los resultados de la figura anterior, los servicios que se deben ofrecer y requieren las mujeres entre 11 y 19 años son los siguientes: consulta médica preventiva, consejería (planificación familiar), asesoría pre-concepción, consulta médica o psicológica, valoración por agudeza visual, consulta por consulta oral (limpieza), toma de presión arterial, toma de glicemia, citología cérvico vaginal. De dichos servicios solamente se ofrecieron los siguientes; consejería en planificación familiar 34,8% (ocho (8) de las 23 mujeres en esta edad), asesoría pre-concepción 4,3% (una (1) de las 23 mujeres en este rango de edad), consulta por salud oral 8,7% (dos (2) respuestas de las 23 encuestadas en esta edad), citología cervico vaginal 2,1% (seis (6) mujeres de las 23 encuestadas), y 34,8% (ocho (8) responden que no les han ofrecido ninguno de los servicios básicos).

Figura 33*Servicios consultados por mujeres de 11 a 19 años*

SELECCIONE UNO DE LOS CASOS DE UNA MUJER JOVEN EN EL HOGAR ¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?

23 respuestas

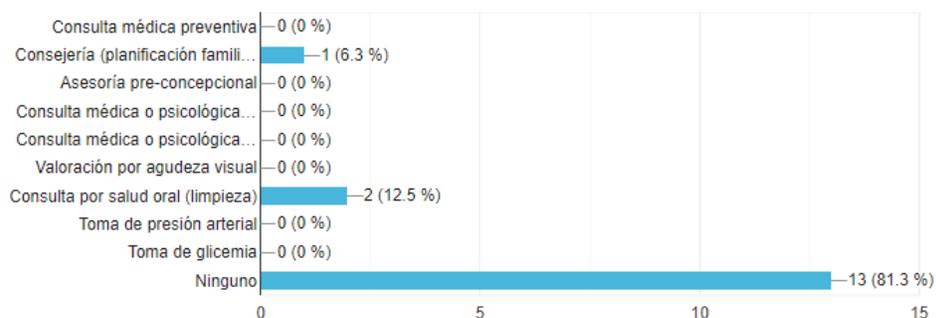


Fuente: Autor

Teniendo en cuenta el resultado de la figura anterior, se observa que las mujeres de 11 a 19 años solamente han consultado los siguientes servicios; Consejería en planificación familiar 43,5% (diez (10) de las 23 encuestadas), consulta por salud oral 8,7% (dos (2) de las 23 encuestadas), citología cérvico vaginal 26,1% (seis (6) de las 23 encuestadas) y ninguno 34,8% (ocho (8) de las 23 mujeres en esta edad). Ninguna de las mujeres de 11 a 19 años ha asistido a consulta médica preventiva, asesoría pre – concepción, consulta médica o psicológica, valoración por agudeza visual, toma de presión arterial, toma de glicemia.

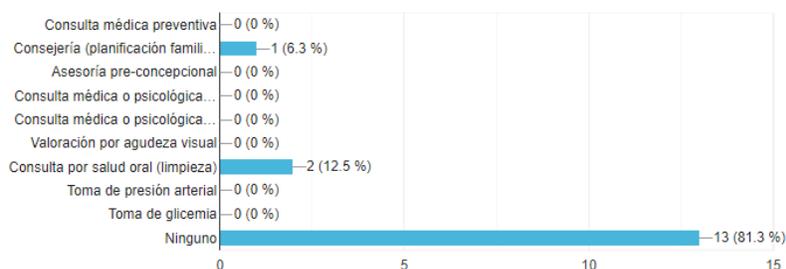
Figura 34

Servicios ofrecidos por la EPS a jóvenes de 11 a 19 años



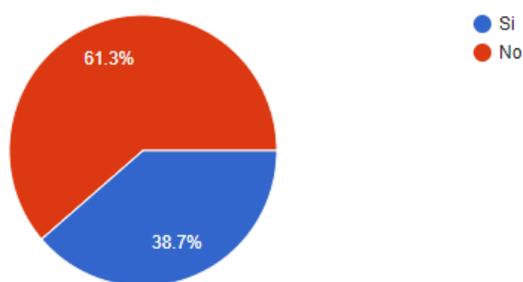
Fuente: Autor

Relacionado con los jóvenes de 11 a 19 años (hombres) se deben realizar los siguientes servicios básicos al menos una vez al año; consulta médica preventiva, consejería planificación familiar, asesoría pre concepcional, consulta médica o psicológica, valoración por agudeza visual, consulta de salud oral (limpieza), toma de presión arterial y toma de glicemia. De lo anterior, se evidencia que solamente se ha ofrecido, consejería de planificación familiar un joven de los 16 encuestados, consulta por salud oral (limpieza) a dos de los 16 encuestados y no se ha ofrecido ningún servicio a 13 de los encuestados.

Figura 35*Servicios consultados por jóvenes de 11 a 19 años*

Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, los servicios ofrecidos fueron los mismos consultados en las mismas cantidades, hay un porcentaje significativo de jóvenes que no han consultado ninguno de los servicios básicos que deberían asistir en su edad; consulta médica preventiva, asesoría pre- concepcional, consulta médica o psicológica, valoración por agudeza visual, toma de presión arterial, toma de glicemia.

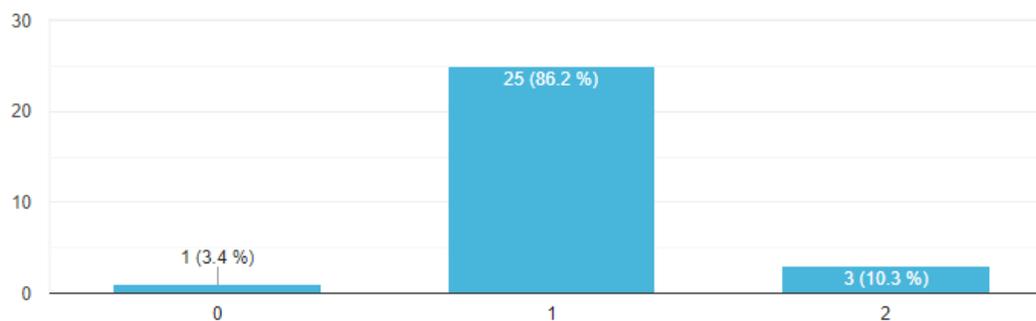
*Servicios preventivos 20 a 29 años de vida***Figura 36***Mujeres entre 20 y 29 años*

Fuente: Autor

Respecto a la pregunta, ¿En este hogar hay mujeres entre 20 y 29 años?, 46 hogares respondieron que no (61,3% de los encuestados) y 29 respondieron que Si, (38,7% de los encuestados).

Figura 37

Cantidad de mujeres de 20 a 29 años en el hogar

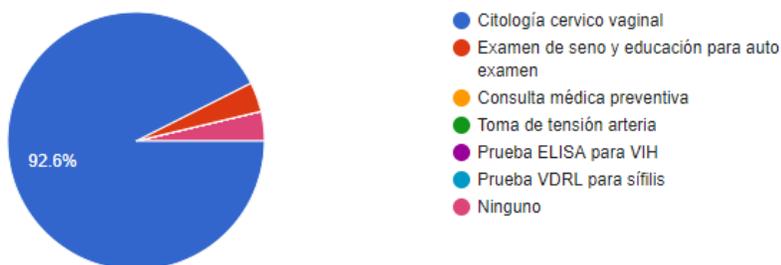


Fuente: Autor

Relacionado con la cantidad de mujeres de 20 a 29 años en los hogares, en el 86,2% (25 hogares) hay una mujer en este rango de edades, mientras que en el 10,3% (3 hogares) hay dos (2) mujeres con ese rango de edad. En total tenemos una población de 28 mujeres en este rango de edades.

Figura 38

Servicios ofrecidos por la EPS mujeres de 20 a 29 años

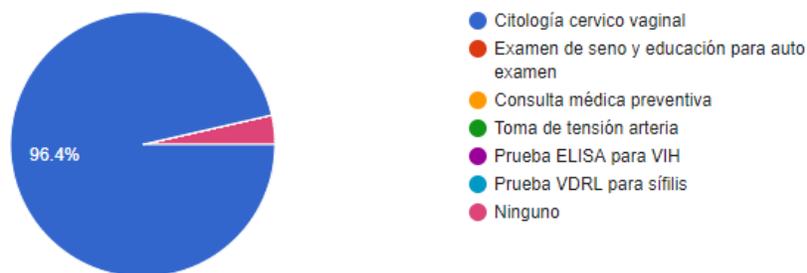


Fuente: Autor

De acuerdo con la figura anterior, los servicios que debe ofrecer la EPS a mujeres con edades de 20 a 29 años son los siguientes: Citología cérvico vaginal, examen de seno y educación para auto examen, consulta médica preventiva, toma de tensión arterial, prueba ELISA para VIH y prueba VDRL para sífilis, de los cuales el 92,6% (25 mujeres) indican que solo se ha ofrecido Citología cérvico vaginal, 3,7% (una (1) mujer) responde que le han ofrecido el examen de seno y el 3,7% (una (1) mujer) comenta que no le han ofrecido ningún servicio.

Figura 39

Servicios recibidos mujeres de 20 a 29 años

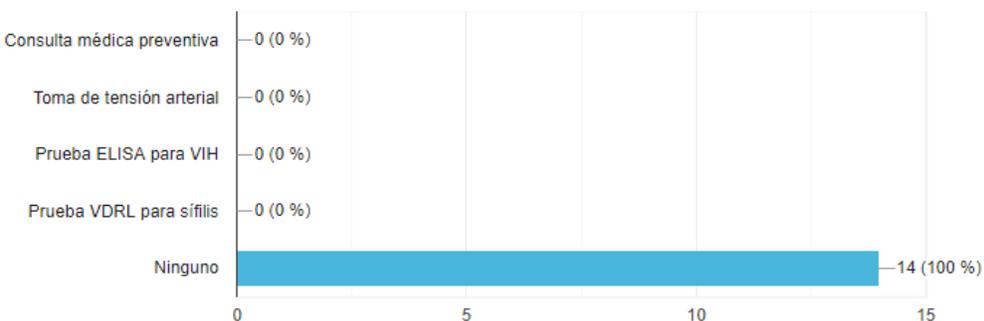


Fuente: Autor

Teniendo en cuenta las respuestas relacionadas con la pregunta, ¿Cuáles de dichos servicios el caso seleccionado ha consultado o ha recibido en el último año?, el 96, 4% (27 mujeres), manifiestan que solo han recibido el servicio de Citología cérvico vaginal y 3,6% (una (1) mujer) asegura no haber recibido ninguno de los servicios. Esto significa que ninguna de las mujeres en edad de 20 a 29 años no han recibido en el último año los siguientes servicios; Examen de seno y educación para auto examen, consulta médica preventiva, toma de tensión arterial, prueba ELISA para VIH y prueba VDRL para sífilis.

Figura 40

Servicios ofrecidos por la EPS a hombres en edad de 20 a 29 años.

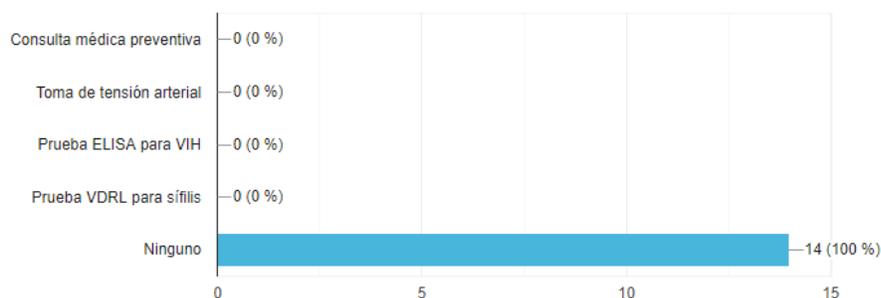


Fuente: Autor

De acuerdo con la pregunta, ¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año? (Hombre de 20 a 29 años), los servicios que debe ofrecer la EPS son los siguientes: Consulta médica preventiva, toma de tensión arterial, prueba ELISA para VIH, prueba VDRL para sífilis. El 100% (14 hombres) que respondieron la pregunta, aseguran que sus EPS no les han ofrecido ningún servicio.

Figura 41

Servicios recibidos por la EPS hombres de 20 a 29 años



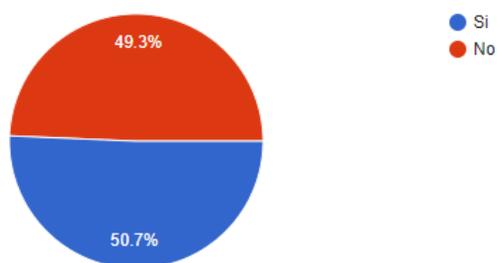
Fuente: Autor

De acuerdo con las respuestas recibidas, la figura anterior nos muestra que el 100% de las respuestas sobre los servicios consultados o recibidos por su EPS indican que no han recibido Ningún servicio.

Servicios preventivos 30 a 44 años de vida:

Figura 42

Mujeres entre 30 y 44 años

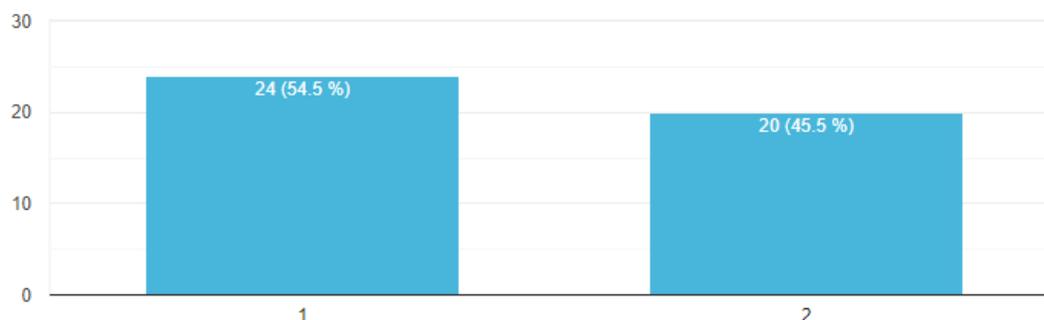


Fuente: Autor

De acuerdo con los resultados observados en la figura anterior, de los 75 hogares encuestados, en 38 hogares si hay mujeres en este rango de edad, equivalente al 50,7% de los hogares encuestados, mientras que en 37 hogares no las hay, esto equivale al 49,3% de las familias encuestadas.

Figura 43

Cantidad de adultos de 30 a 44 años en cada hogar

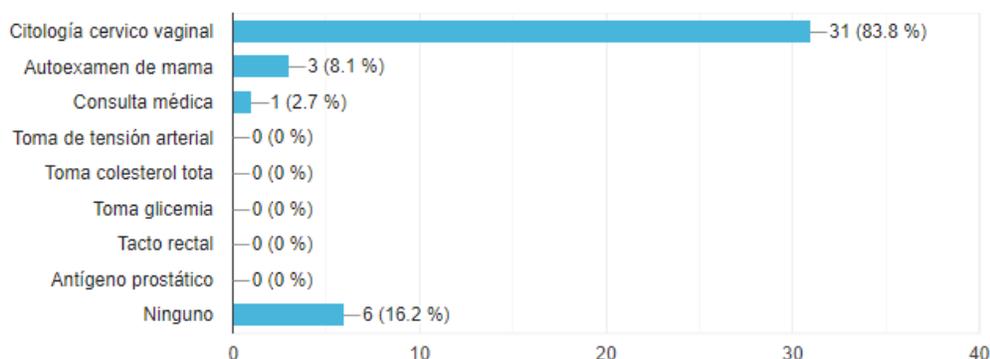


Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta, ¿cuántos adultos de 30 a 44 años hay en el hogar?, en 24 hogares hay un adulto en dicho rango de edad, equivalente al 54,5% de los que respondieron a esta pregunta, mientras que en 20 de los hogares hay dos (2) personas en estas edades, equivalente al 45,5% de los que respondieron afirmativo a la pregunta anterior.

Figura 44

Servicios ofrecidos por la EPS a mujeres en edad de 30 a 44 años

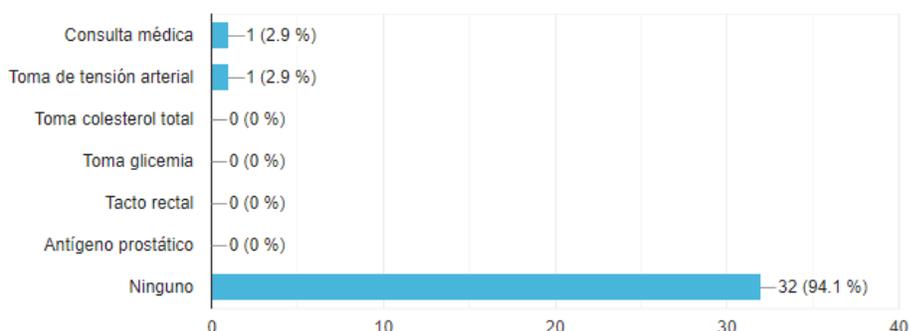


Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta, ¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año? (mujeres de 30 a 44 años), el 83,8% de las personas (31), manifiesta que solo le ha ofrecido citología cérvico vaginal, el 8.1% de las personas (3), aseguran que solo les han ofertado el autoexamen de mama, mientras que una (1) responde que le han ofrecido consulta médica y un 16,2% comentan que no les han ofrecido ninguno de los servicios necesarios en este rango de edad (Citología cérvico vaginal, autoexamen de mama, consulta médica, toma de tensión arterial, toma colesterol total, toma glicemia).

Figura 45

Servicios ofrecidos por la EPS a hombres en edades de 30 a 44 años.

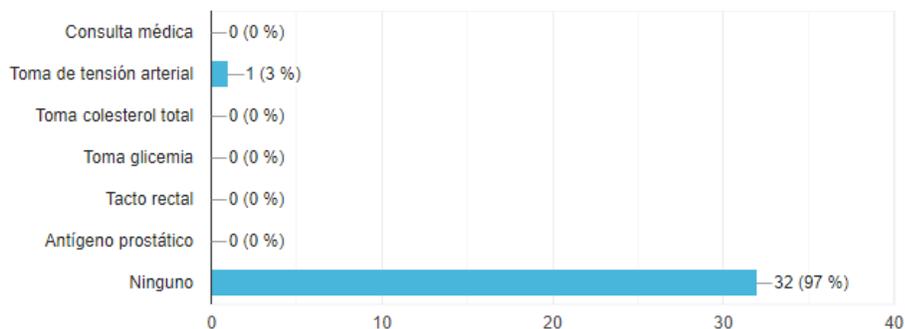


Fuente: Autor

Teniendo en cuenta los resultados a la pregunta, ¿Cuáles de los siguientes servicios su EPS le ha ofrecido en el último año? (hombre de 30 a 44 años), una (1) persona responde que solo le han ofrecido consulta médica, una (1) persona asegura que solo le han ofrecido la toma de tensión arterial, mientras que un 94,1% (32) de las personas que responden la preguntan, comentan que no les han ofrecido ningún servicio.

Figura 46

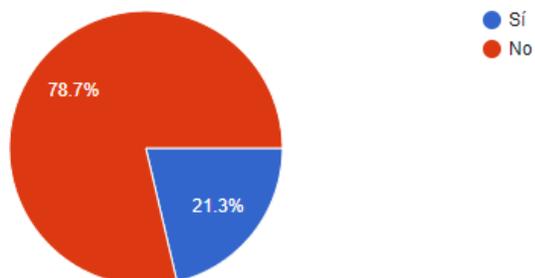
Servicios recibidos o consultados hombres de 30 a 44 años de edad



Fuente: Autor

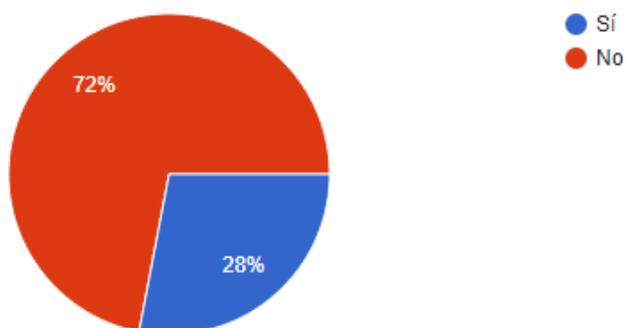
Teniendo en cuenta lo observado en la figura anterior, los hombres en edades de 30 a 49 años deben consultar al menos una vez al año los siguientes servicios: Consulta médica, toma de tensión arterial, toma colesterol total, toma glicemia, tacto rectal, antígeno prostático. De las 33 respuestas a esta pregunta, una sola persona manifiesta haber consultado por toma de tensión arterial, equivale al 3%, mientras que el 97% (32 personas), manifiestan no haber recibido ninguno de estos servicios.

Servicios preventivos Mayores de 45 años

Figura 47*Mujeres mayores de 45 años*

Fuente: Autor

De acuerdo con la pregunta ¿En este hogar hay mujeres mayores de 45 años?, un 78,7% de los encuestados manifiestan que no los hay (59 respuestas), mientras que un 21,3%, equivalente a 16 personas, responden que Si hay mujeres en este rango de edad en sus hogares.

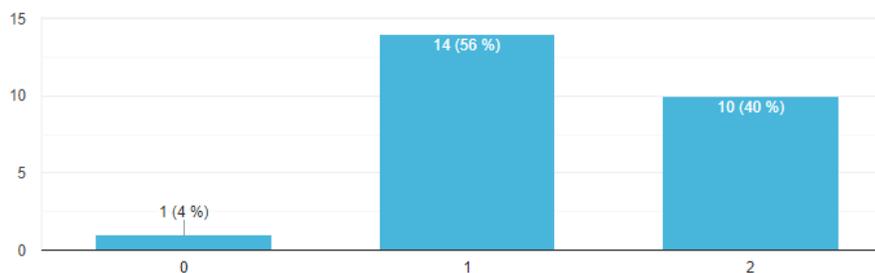
Figura 48*Hombres mayores de 45 años*

Fuente: Autor

En la figura anterior se observa la respuesta a la pregunta ¿En este hogar hay hombres mayores de 45 años?, en el 72%, (54 respuestas) de los hogares no hay hombres mayores de 45 años, mientras que en el 28% (21 respuestas) si los hay.

Figura 49

Cantidad de adultos mayores de 45 años en el hogar

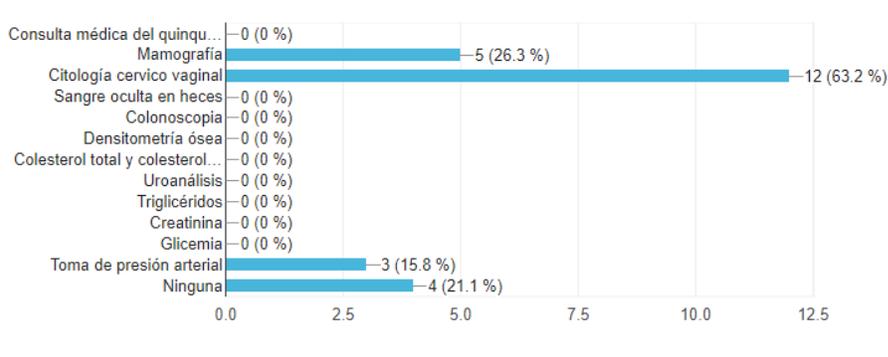


Fuente: Autor

En relación a la pregunta, Si las dos respuestas anteriores son afirmativas, ¿cuántos adultos mayores de 45 años hay en el hogar?, en el 56% de los hogares (14) hay un solo adulto mayor de 45 años, mientras que en el 40% (10 hogares) hay 2 adultos mayores de 45 años. Esta relación es de hombres y mujeres.

Figura 50

Servicios ofertados por la EPS a mujeres mayores de 45 años

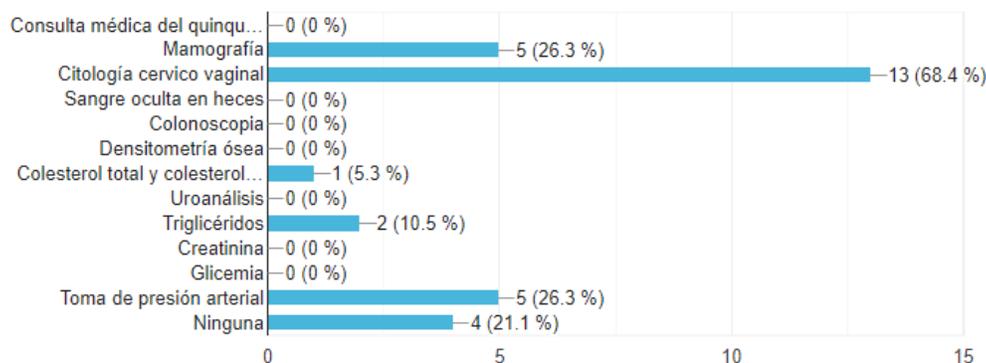


Fuente: Autor

Teniendo en cuenta los servicios que debe ofrecer la EPS a mujeres mayores de 45 años, se observa que cinco (5) de las 19 respuestas, el 26,3% solamente les han ofrecido el servicio de mamografía, a un 63,2% (12 respuestas) les han ofrecido Citología cérvico vaginal, mientras que solamente a tres (3) mujeres, equivalente al 15,8% les han ofrecido toma de presión arterial, mientras que al 21,1% (4 mujeres), no les han ofrecido ningún servicio.

Figura 51

Servicios consultados o recibidos mujeres mayores de 45 años

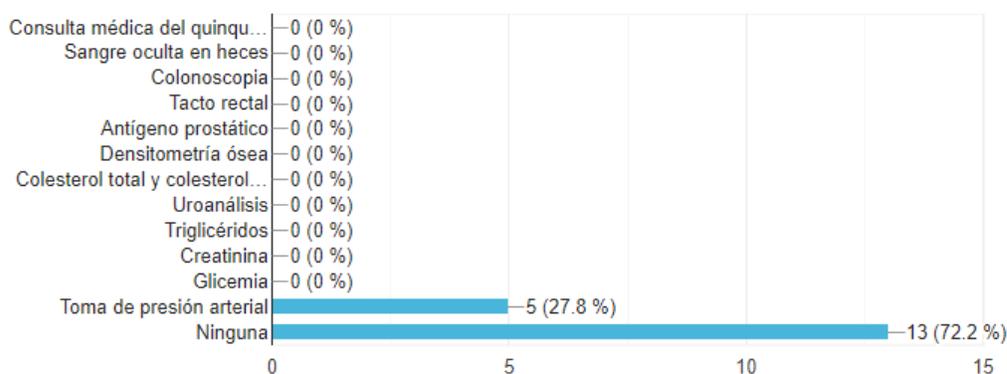


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, en donde se indaga a mujeres mayores de 45 años sobre los servicios consultados en el último año, cinco (5) mujeres equivalente a 26,3% de las respuestas, comentan que se han realizado la mamografía, 13 mujeres (68,4%) se han realizado la citología cervico vaginal, una (1) mujer se ha realizado la prueba de colesterol, dos (2) mujeres se han realizado la prueba de triglicéridos, cinco (5) mujeres han acudido al servicio para la toma de tensión arterial, y en el 21,1% (cuatro mujeres) informan que no han acudido a ninguno de los servicios. Esto significa que ninguna mujer asistió a consulta médica de quinquenio, no se han realizado la prueba de Sangre oculta en heces, colonoscopías, Densitometría ósea, uroanálisis, creatina, glicemia.

Figura 52

Servicios ofrecidos por la EPS a hombres mayores de 45 años.

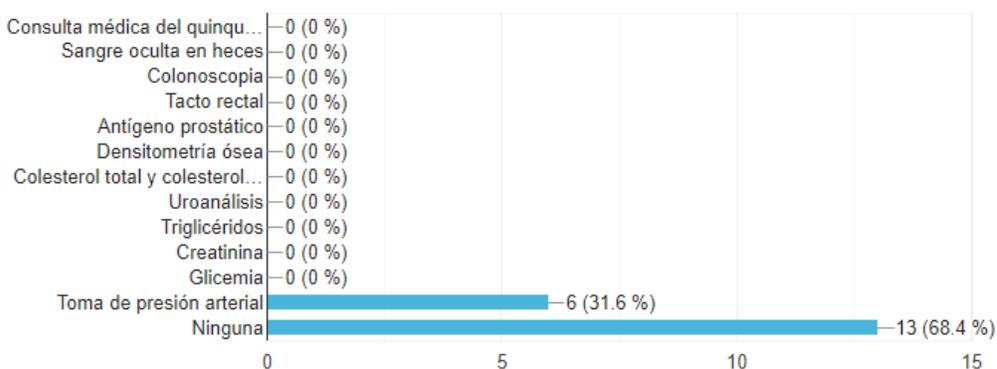


Fuente: Autor

Según observamos en la figura anterior, los servicios que debe ofrecer las EPS a los hombres mayores de 45 años son los siguientes; Consulta médica del quinquenio (cada 5 años en donde dan recomendaciones de hábitos como: ejercicio y alimentación adecuada), sangre oculta en heces, colonoscopia, tacto rectal, antígeno prostático, densitometría ósea, colesterol total y colesterol HDL, uroanálisis, triglicéridos, creatinina, glicemia y toma de presión arterial, de los cuales cinco (5) equivalente al 27,8% de las 18 respuestas informan que solo se les ha ofrecido la toma de tensión arterial y el 72,2% (13 respuestas) informan que no se les ha ofertado ninguno de los servicios.

Figura 53

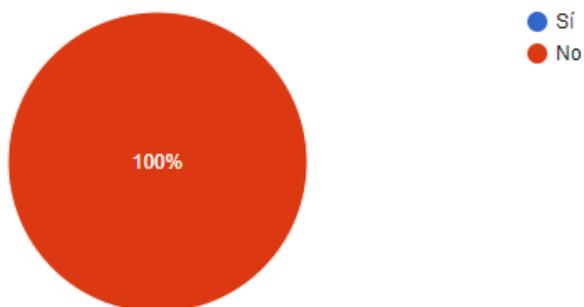
Servicios recibidos en el último año hombres mayores de 45 años



Fuente: Autor

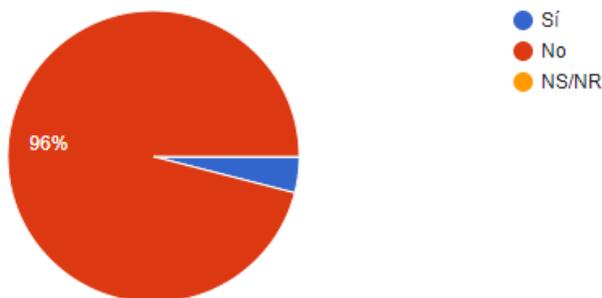
De acuerdo con las respuestas registradas en la gráfica anterior, de las 19 respuestas, solamente seis (6) personas 31,6% responden que se les ha tomado la tensión, los demás (68,4%) informa que no han recibido ningún servicio de los requeridos en este rango de edad. Significa que ningún hombre mayor de 45 años se ha recibido los siguientes servicios básicos para la salud y la prevención de la enfermedad; Consulta médica del quinquenio (cada 5 años en donde dan recomendaciones de hábitos como: ejercicio y alimentación adecuada), sangre oculta en heces, colonoscopia, tacto rectal, antígeno prostático, densitometría ósea, colesterol total y colesterol HDL, uroanálisis, triglicéridos, creatinina y glicemia.

Servicios preventivos durante el Embarazo

Figura 54*Mujeres embarazadas*

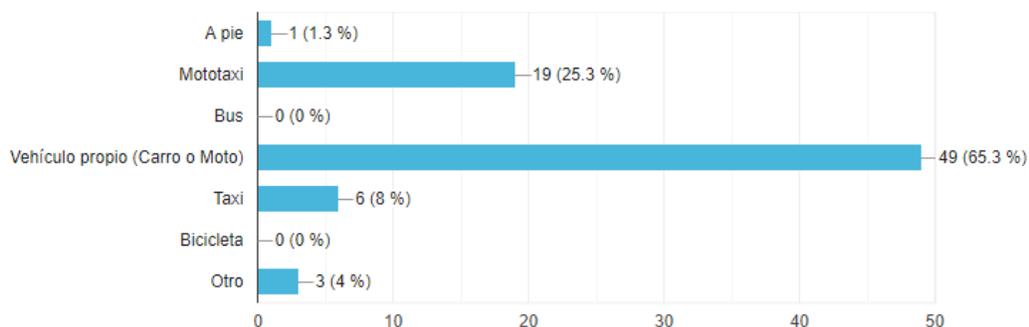
Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, en la totalidad de los 75 hogares encuestados no hay mujeres en estado de embarazo.

Figura 55*Medios de transporte para desplazamiento hasta el servicio de atención básico en salud.*

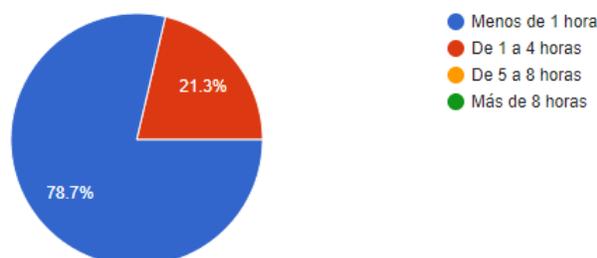
Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta, ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de ATENCIÓN BÁSICO EN SALUD, usted o su familia utiliza más de un medio de transporte?, el 96% de los encuestados manifiesta que no utiliza más de un medio de transporte para trasladarse hasta el servicio de atención básico en salud (72 respuestas), mientras que un 4% (3 respuestas), manifiesta que si debe utilizar más de un medio de transporte para poder llegar al lugar donde le van a prestar el servicio en salud.

Figura 56*Medio de transporte frecuente*

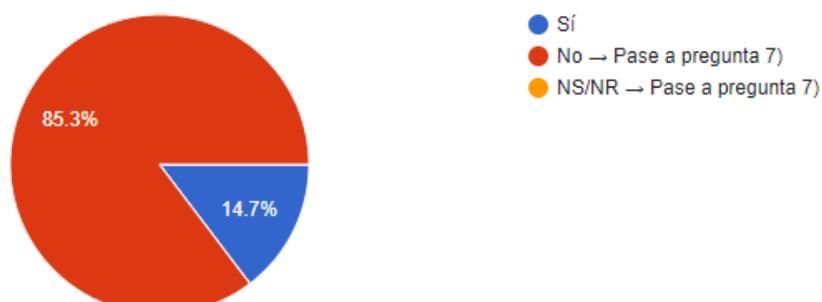
Fuente: Autor

En la figura anterior se relaciona la respuesta a la pregunta, ¿Cuál(es) utiliza más frecuentemente? (Puede marcar varias opciones), se evidencia que una (1) persona no utiliza medio de transporte (se traslada caminando), 19 personas utilizan el servicio de moto taxi, equivalente al 25,3% de los encuestados, y en 49 encuestados responden que utilizan medio de transporte propio, ya sea moto o carro, equivalente a un 65,3%, solamente seis (6) personas utilizan taxi (8%), y tres (3) utilizan otros medios (4%).

Figura 57*Tiempo para llegar al puesto de salud*

Fuente: Autor

De acuerdo con la imagen anterior, al preguntar a los encuestados ¿en cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud?, el 78,7% (59 personas) responden que menos de una hora, mientras que el 21,3% (16 personas), responden que de 1 a 4 horas. Ninguna persona de las encuestadas se demora más de 4 horas en llegar a recibir atención

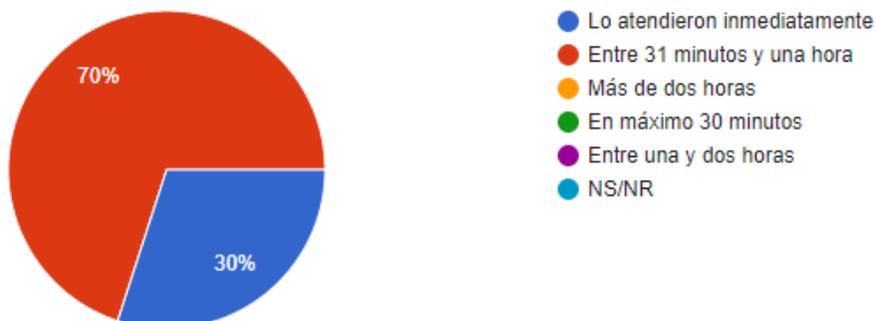
Módulo 4: Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación**Figura 58***Acudió a servicios de salud en los últimos 6 meses*

Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta si en los últimos 6 meses, ¿usted o algún miembro de su familia tuvo que acudir al servicio de urgencias en una institución prestadora de servicios pública o privada?, el 85,3% de los encuestados (64 personas) responden que no, mientras que el 14,7% (11 personas) responden que Sí.

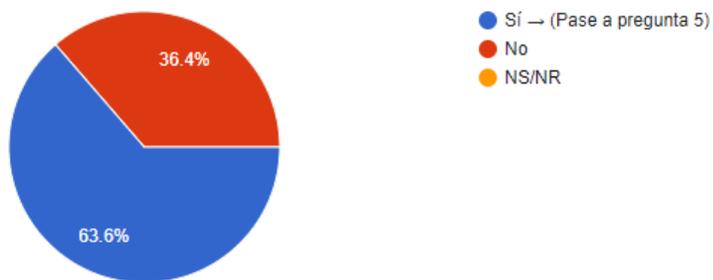
Figura 59

Tiempo transcurrido para recibir la consulta médica



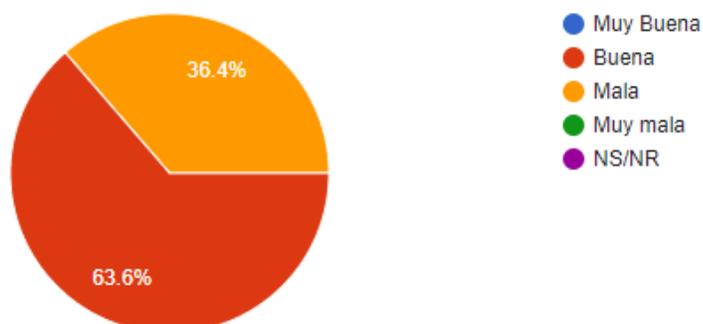
Fuente: Autor

A la pregunta ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y la consulta médica? Se recibieron diez (10) respuestas, de las cuales el 70% (7 personas) informa que luego de llegar al servicio de urgencias recibieron atención entre 31 minutos a una hora, y al 30% (3 personas) los atendieron inmediatamente.

Figura 60*Atención necesaria en el servicio de urgencias*

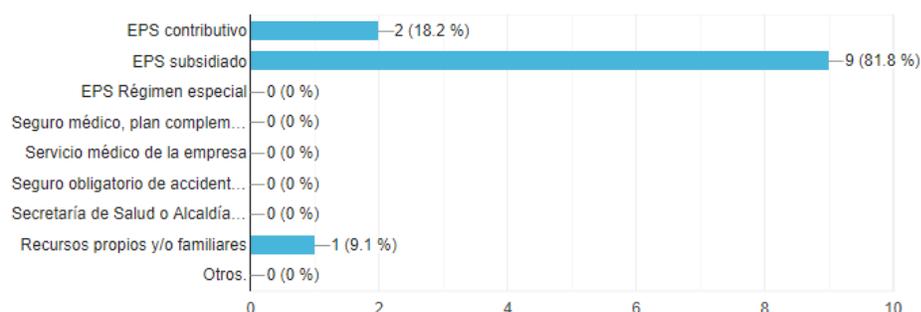
Fuente: Autor

Relacionado con la figura anterior, en donde se pregunta, ¿Durante su estancia en el servicio de urgencias usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud?, el 63,6% se sienten satisfechos con la atención recibida en el servicio (siete (7) de once personas que respondieron la pregunta) y un 36,4% de las personas comentan que no se sienten satisfechos (equivalente a cuatro (4) de las once personas que respondieron la pregunta).

Figura 61*Calidad en el servicio de urgencias*

Fuente: Autor

Relacionado con las consideraciones de la calidad del servicio de urgencias, el 63,6% (7 personas) consideran que fue buena y 36,4 consideran que fue mala (4 personas).

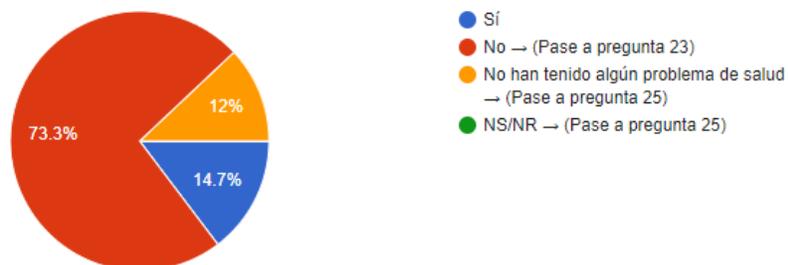
Figura 62*Fuentes de recursos*

Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de atención en urgencias?, las once (11) personas que respondieron confirman lo siguiente: 18,2% (2 personas) fueron cubiertos por la EPS contributivo, el 81,8% (9 personas) informan que fue cubierto por la Eps régimen subsidiado, mientras que 9,1% (una persona) utiliza recursos propios para cubrir los costos de la atención.

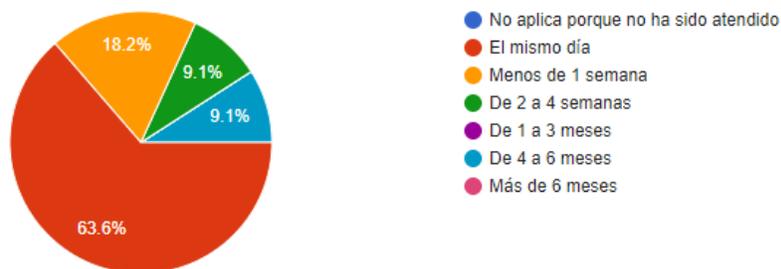
Figura 63

Consulta a médica general cuando presenta problemas de salud



Fuente: Autor

En la figura anterior se observa la respuesta a la pregunta, ¿En los últimos 6 meses usted o algún miembro de su familia, cuando han tenido algún problema de salud, ha consultado a médico general?, se evidencia que un 73,3% (55 personas) no han consultado a médico general, mientras que un 14,7% (11 personas) si lo han hecho y el 12% (9 personas) no han tenido problemas de salud.

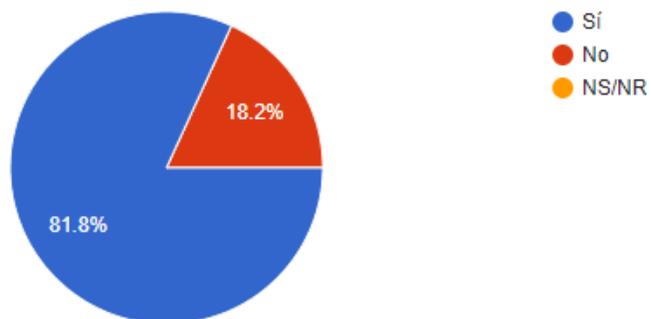
Figura 64*Oportunidad en la cita médica*

Fuente: Autor

De acuerdo con los resultados evidenciados en la figura anterior, en donde se responde a la pregunta ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general?, el 63,6% de los encuestados responden que el mismo día (7 personas), el 18,2% responden que menos de una semana (dos (2) encuestados), el 9,1% responde que de 2 a 4 semana (1 persona) y el mismo porcentaje (9,1%) comenta que de 4 a 6 meses.

Figura 65

Atención oportuna para el problema de salud

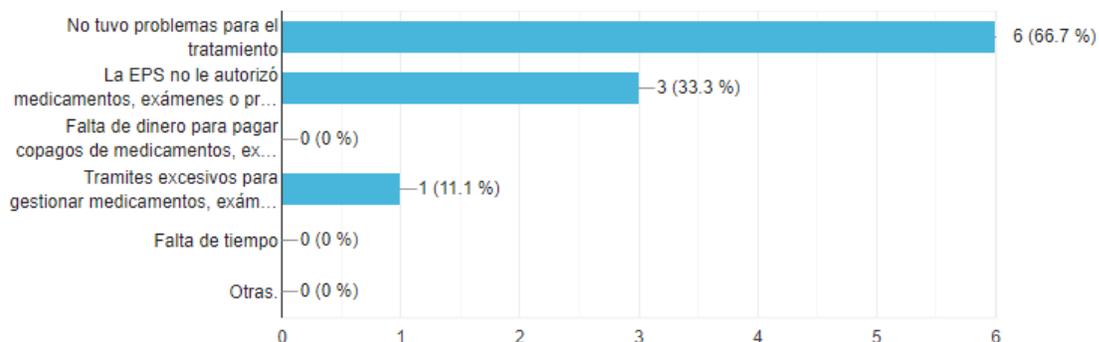


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, en donde se pregunta a los encuestados que han requerido consulta médica en los últimos seis (6) meses; ¿El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud? Un 81,8% de las personas responden que si (9 encuestados), mientras que el 18,2% consideran que no (dos personas).

Figura 65

Problemas relacionados con el tratamiento ordenado

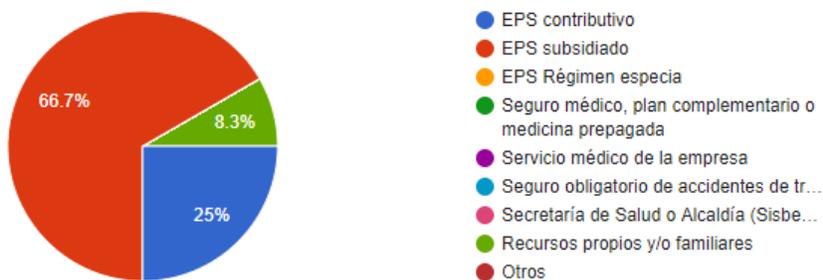


Fuente: Autor

De acuerdo con lo que se observa en la figura anterior, en donde se evidencia la respuesta a la pregunta, ¿Luego de la consulta médica general tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento?, nueve personas (9) responden la pregunta, de las cuales el 66,7% no tuvo problemas para el tratamiento (seis (6) personas), la EPS no le autorizo exámenes, procedimientos y medicamentos, al 33,3% encuestados (tres (3) personas) y un 11,1% (1 persona) comenta que los tramites son excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS.

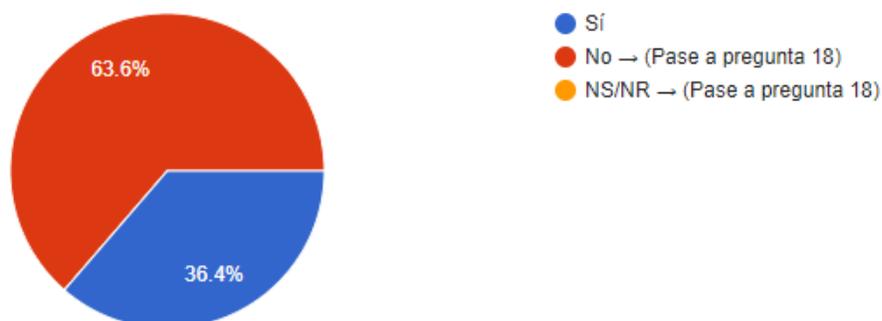
Figura 66

Fuente de recursos para cubrir viáticos



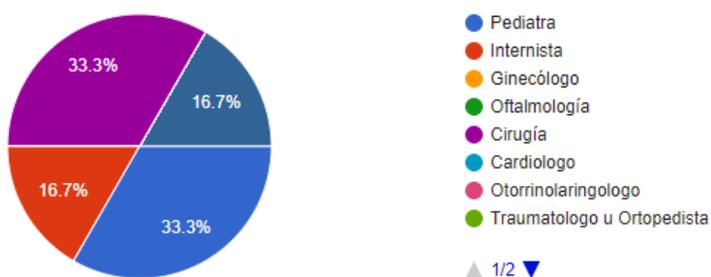
Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta, ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la consulta médica general?, 66,7% responden que quién cubrió los costos de la consulta médica fue su EPS del régimen subsidiado (8 personas), mientras que un 25% responde que la EPS régimen contributivo (3 personas), un 8,3% asegura que los costos de la consulta fueron cubiertos con recursos propios o de familiares (una persona).

Figura 67*Remisiones*

Fuente: Autor

De acuerdo con la pregunta, ¿Fue remitido a especialista por el médico general?, el 63,3% de las personas responden que no fueron remitidos a otra especialidad (7 personas), 36,4% si fueron remitidos a otra especialidad (4 personas).

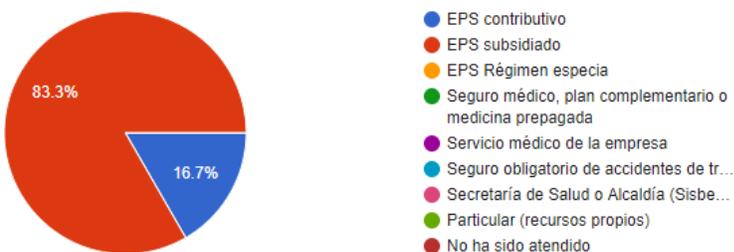
Figura 68*Especialidad remitido*

Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta ¿A qué especialista fue remitido?, el 33,3% responden que a cirugía (2 personas), en igual porcentaje son remitidos a pediatría, el 16,7% son remitidos al internista (1 persona) y el mismo porcentaje a otra especialidad.

Figura 69

Recursos utilizados para consulta con el especialista

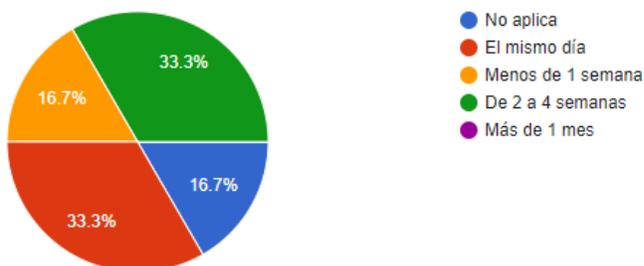


Fuente: Autor

Relacionado con la pregunta ¿El especialista que lo atendió fue por? El 83,3% responden que por EPS subsidiado (5 personas) y el 16,7% responden que por la EPS régimen contributivo (1 persona).

Figura 70

Tiempo entre la solicitud de la cita y la autorización

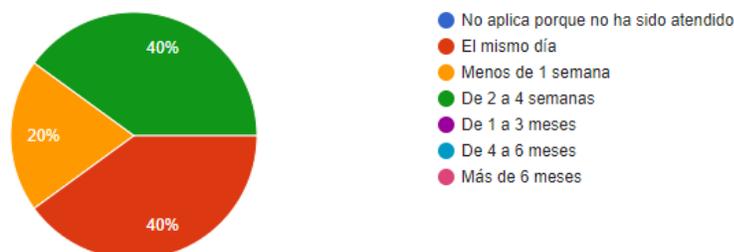


Fuente: Autor

De acuerdo con la pregunta ¿Cuántos tiempos transcurrió entre el momento de la solicitud de la cita con especialista y la autorización a la EPS? Las respuestas relacionadas en la figura No. Son las siguientes: el 33,3% de los encuestados comentan que la cita se la dieron el mismo día que la solicito (2 personas), el mismo porcentaje asegura que se demoraron de dos (2) a cuatro (4) meses, el 16,7% confirma que se la dieron la misma semana (1 persona), el mismo porcentaje responde “no aplica”.

Figura 71

Tiempo transcurrido para la prestación del servicio con el especialista

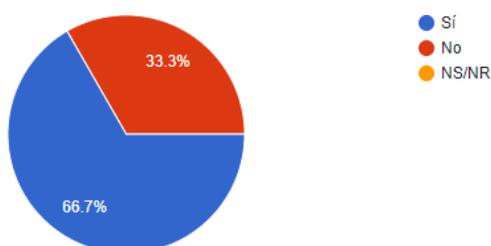


Fuente: Autor

De las personas que respondieron a la pregunta ¿Cuánto tiempo transcurrió entre la autorización a la EPS y la consulta con el especialista?, un 40% informa que la consulta con el especialista se la dieron el mismo día que la autorizaron (2 personas), el mismo porcentaje informa que se demoraron de dos (2) a cuatro (4) semanas, y un 20% (1 persona) comenta que la consulta se demoró menos de una semana.

Figura 72

Oportunidad en la consulta con el especialista

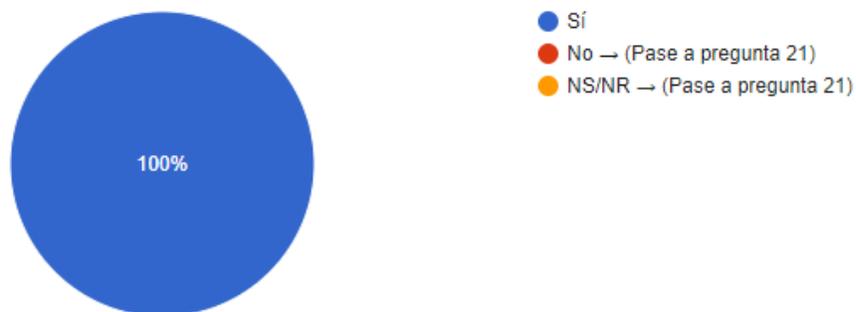


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, las respuestas a pregunta ¿El médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud? Un 66,7% siente que el especialista le brindó la atención que necesitaba (4 personas), mientras que un 33,3% responden que no se brindó la atención necesaria a su problema de salud (2 personas).

Figura 73

Formula de medicamentos

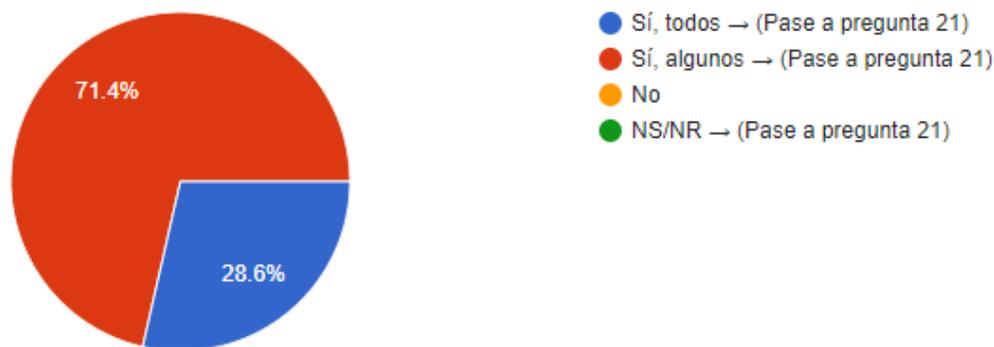


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado a lo observado en la figura anterior, en respuesta a la pregunta, Por la situación consultada, ¿le formularon medicamentos?, el 100% de las personas responde que Si (7 personas).

Figura 74

Entrega de medicamentos por parte de la EPS

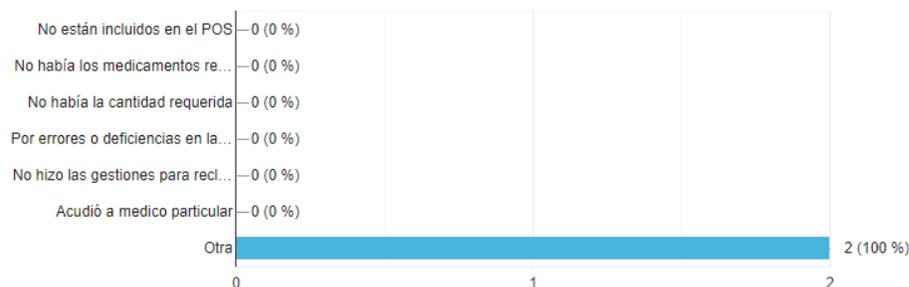


Fuente: Autor

Teniendo en cuenta lo observado en la figura anterior, en donde se da respuesta a la pregunta, ¿Estos medicamentos le fueron entregados por cuenta de la institución a la cual está afiliado?, el 71,4% de los que requieren medicamentos informan que sí (5 personas) y un 28,6% responden que no les entregaron los medicamentos (2 personas).

Figura 75

Razones por las que no fueron entregados los medicamentos

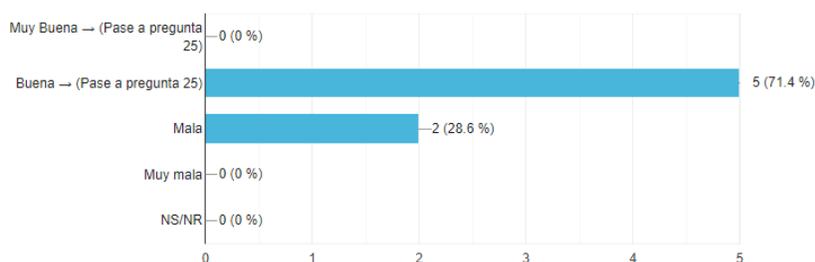


Fuente: Autor

Las dos personas que respondieron que no les fueron entregados en su totalidad los medicamentos, responden a la pregunta ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (algunos o ninguno)? comentan que fue otro el motivo, eran medicamentos incluidos en el Pos, medicamentos que no están desabastecidos, no hay errores en la formulación y se realizó la gestión, pero la EPS no los autorizo.

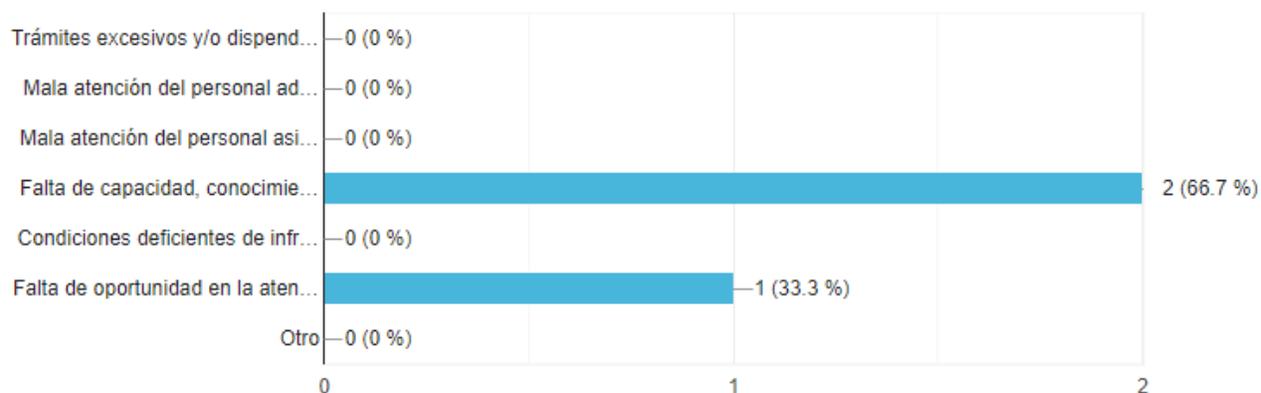
Figura 76

Calidad en la prestación del servicio de salud



Fuente: Autor

En la figura anterior se evidencia el resultado de las respuestas a la pregunta, En general, ¿considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general o medicina especializada) fue?, el 71,4% consideran que fue buena (5 personas) y el 28,6% consideran que fue mala (2 personas).

Figura 77*Percepción en la calidad del servicio*

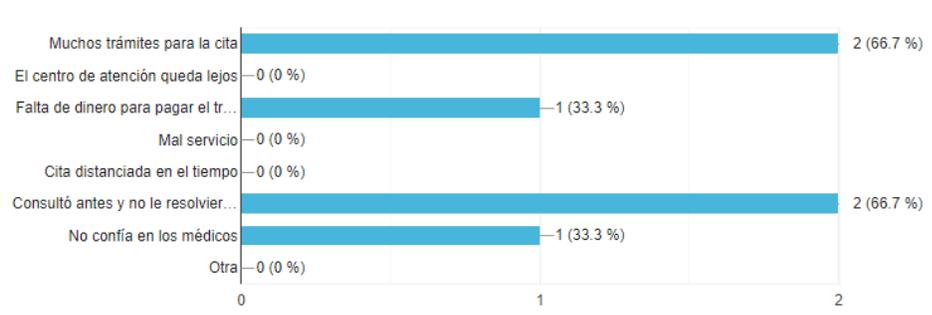
Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, a la pregunta ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?

Dos (2) personas (66,7%) responden que la falta de capacidad, conocimiento o habilidades del personal asistencial y administrativo y una persona (33,3%) responde que falta de oportunidad en la atención. Estas respuestas corresponden a personas que acudieron a médico general o a especialistas para la atención.

Figura 78

Razón por la cual no consulta al médico General

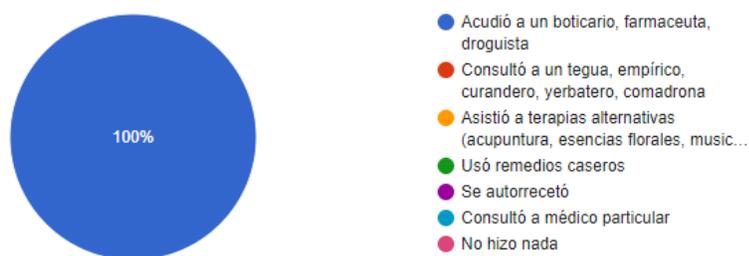


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, se observa respuesta a la pregunta, ¿Cuál fue la razón principal por la que no consultó al médico general?, Dos personas responden (66.7%) que, por los muchos trámites para la cita médica, una persona (33,3%) comenta que falta de dinero para el transporte, dos personas (66,7) consultaron antes y no le resolvieron y una persona (33,3%) no confían en los médicos.

Figura 79

Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?

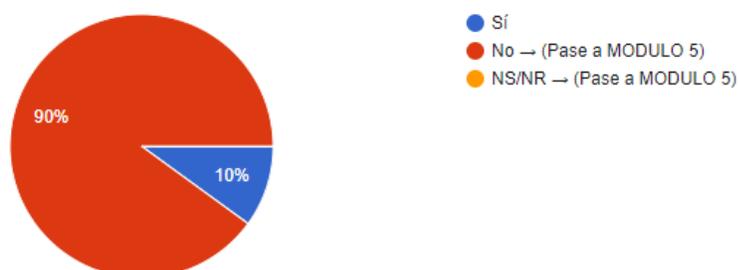


Fuente: Autor

La figura anterior nos muestra las respuestas que se recibieron a la pregunta, Si no consultó, ¿de qué manera resolvió su situación de salud?, en la cual cinco (5) de las personas que enfermaron y solicitaron servicio médico responden que acudieron a la farmacia a que les recomendaran medicamentos para curar la enfermedad.

Figura 80

Servicio de Hospitalizaciones

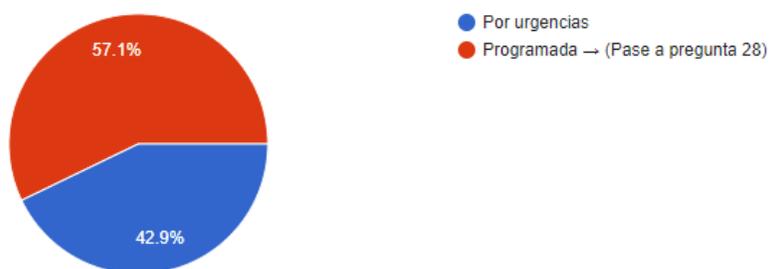


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, en la cual se responde a la pregunta, En los últimos 6 meses, ¿usted o algún miembro del hogar ha tenido alguna hospitalización? El 10% de los encuestados (7 personas), responden que Si, mientras que el 90% (63) responden que no.

Figura 81

Motivo de la hospitalización

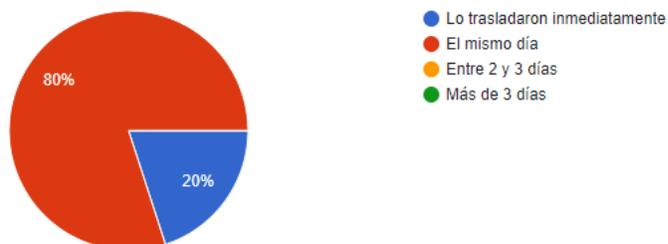


Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, de las siete (7) personas que tuvieron que acudir al servicio de hospitalización, el 57,1% (4 personas) porque estaban programadas y el 42,9% (3 personas) por urgencia.

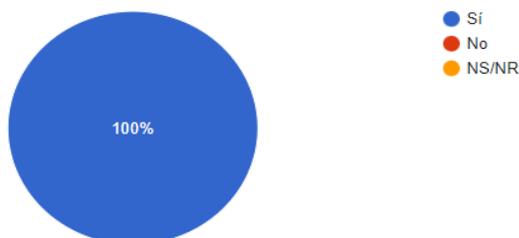
Figura 82

Tiempo transcurrido para traslado a la cama asignada en hospitalización



Fuente: Autor

En la figura anterior se observa la respuesta a la pregunta, ¿Cuánto tiempo transcurrió en urgencias entre la orden de hospitalización y el traslado a la cama asignada? El 80% de los encuestados que requieren el servicio de hospitalización (4 personas), responden que el mismo día, mientras que el 20% restante (1 persona), responde que el traslado de urgencias a hospitalización fue inmediatamente dada la orden.

Figura 83*Satisfacción servicio de hospitalización*

Fuente: Autor

Según observamos en la figura anterior, las respuestas a la pregunta, ¿Durante la hospitalización usted considera que le brindaron la atención necesaria para su problema de salud?, el 100% de las personas que requieren este servicio durante el periodo (7 personas), responden que si le brindaron la atención necesaria de acuerdo con el problema de salud.

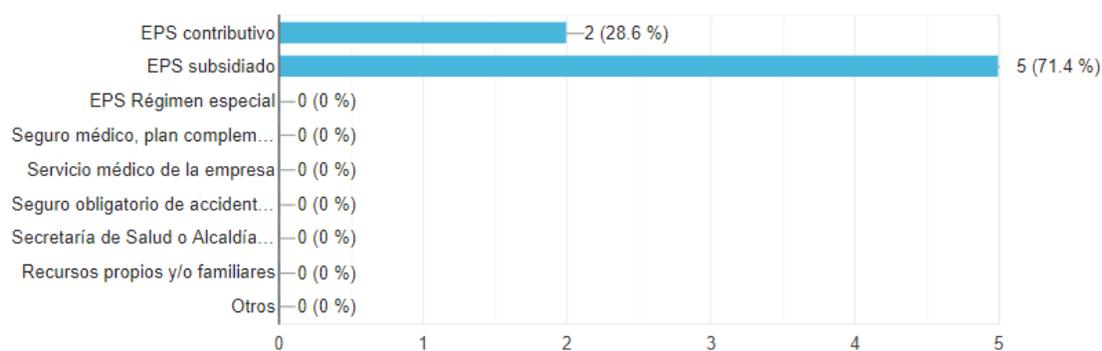
Figura 84*Calidad en la atención en el servicio de hospitalización*

Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, en la cual se responde, ¿En general, considera que la calidad de la hospitalización fue?, la respuesta del 100% de los encuestados que utilizaron el servicio de hospitalización (7 personas), comentan que la atención fue “Buena”.

Figura 85

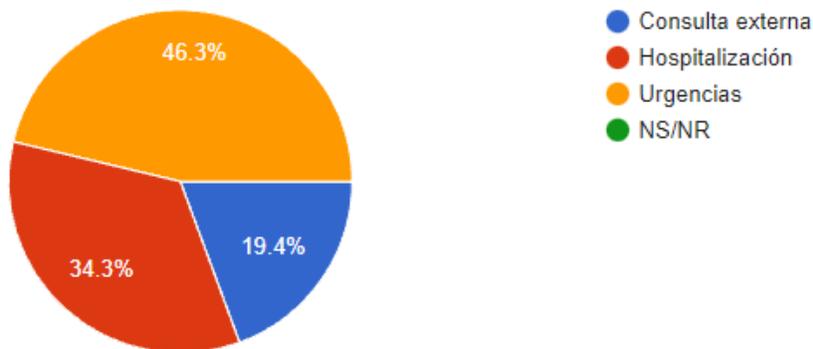
Fuentes para cubrir los costos de la hospitalización



Fuente: Autor

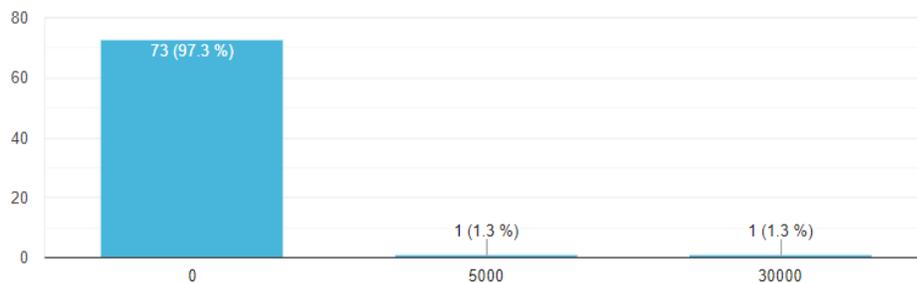
Según se observa en la figura anterior, la respuesta a la pregunta, ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó para cubrir los costos de la hospitalización?, el 28,6 % (2 personas) responden que EPS contributivo y el 71,4% (5 personas), responden que EPS régimen subsidiado.

Módulo 5: Gasto de bolsillo en acceso

Figura 86*Última atención en salud recibida*

Fuente: Autor

De acuerdo con lo observado en la figura anterior, se da respuesta a la pregunta, ¿La última atención en salud de usted o algún miembro de su familia fue?, el 46,3% de los encuestados (31 persona) responde que el último servicio al cual acudió es al servicio de urgencias, el 34,3% (23 personas) responden que al servicio de hospitalización y el 19,4% (13 personas) responden que asistieron al servicio de consulta externa, 67 de las 70 personas respondieron la pregunta, de igual manera, se aclara que no se sesga el tiempo en el cual se acudió a los servicios nombrados.

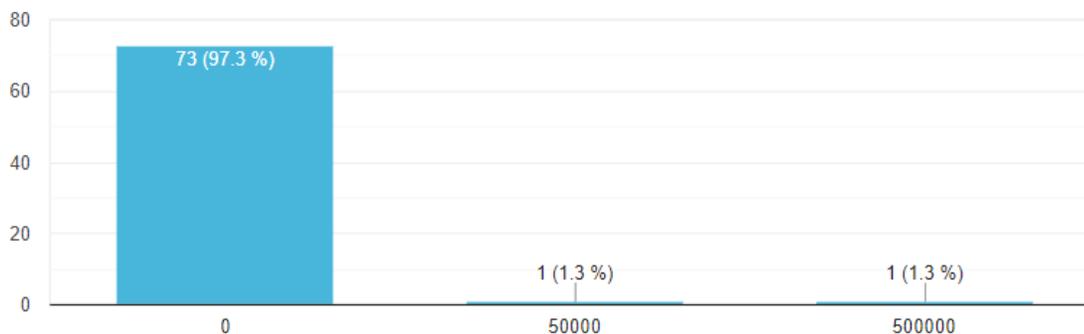
Figura 87*Pagó cuotas moderadoras y/o copagos*

Fuente: Autor

En la figura anterior se observa las respuestas a la pregunta, ¿Cuánto pagó cuotas moderadoras y/o copagos por la última atención recibida?, el 97.3% (73 personas) de los encuestados responden que no pagaron ningún valor por cuotas moderadoras o copagos, mientras que el 1,3% (1 persona) comenta que \$5.000 y el otro 1.3% (1 persona) dice que pago \$30.000.

Figura 88

Pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados

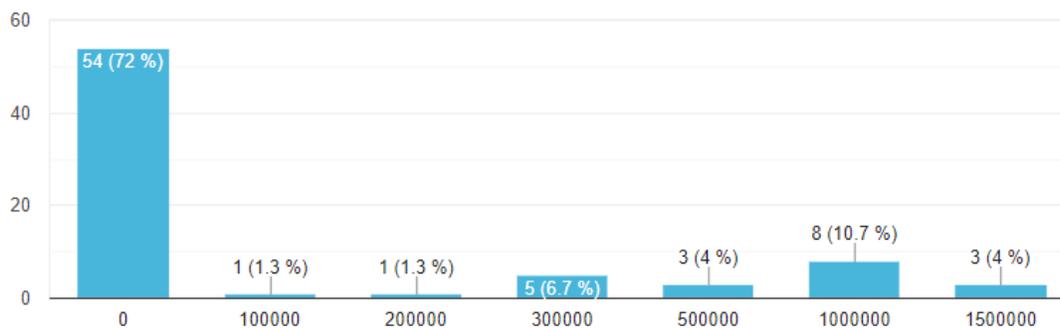


Fuente: Autor

La figura anterior nos muestra el resumen de las respuestas a la pregunta ¿Cuánto pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados o no entregados por la EPS?, de la cual el 97,3% (73 personas) de las encuestados responden que no pagaron ningún valor por atención, mientras que el 1,3% (1 persona) responde que pago \$50.000 por estos servicios y el 1,3% (1 persona) responde que pago un aproximado de \$500.000 por los servicios no autorizados.

Figura 89

Pagó en total por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos

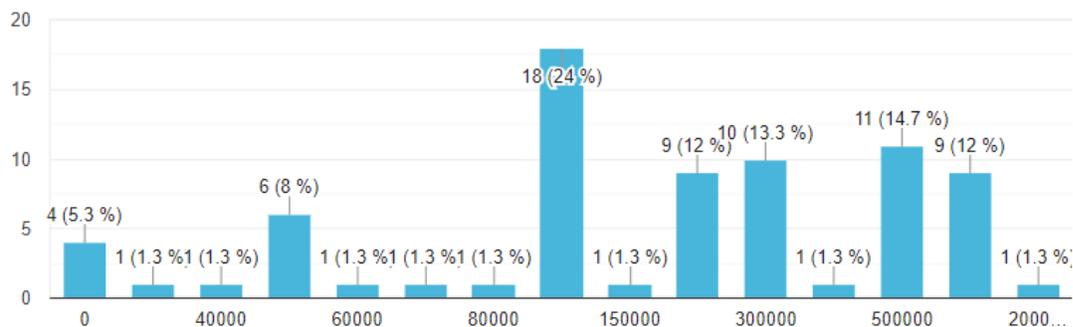


Fuente: Autor

De acuerdo con las respuestas presentadas en la figura anterior, ¿Cuánto pagó en total por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos (muletas, sillas de ruedas, etc.)?, el 72% (54 personas) responden que no pago nada en estos insumos, mientras que el 1,3% (1 persona) responde que pago \$100.000, el mismo porcentaje responde que pago \$200.000, el 6,7% (5 personas) responde que pago \$300.000, el 4% (3 personas) pagaron \$500.000, el 10,7% (8 personas) responden que \$1.000.000 y el 4% (3 personas) responden que invirtieron en estos insumos \$1.500.000.

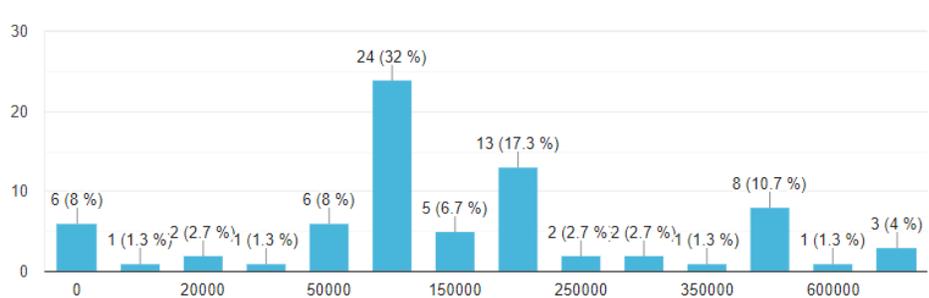
Figura 90

Pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación



Fuente: Autor

Según observamos en la figura anterior, se evidencia el resumen de las respuestas a la pregunta, ¿Cuánto pagó en total en gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?, el 5,3% responde que no pago ningún valor por estos gastos extras, mientras que el 38,5% (29 persona) responde que invirtieron de \$5.000 a \$100.000 en estos gastos extras, el 27,9% (21 persona) responden que invirtieron de \$150.000 a 400.000, 14,7% (11 personas) invirtieron \$500.000, el 12% (9 personas) invirtieron \$1.000.0000 y el 1,3% (1 persona) invirtió \$2.000.000 de sus recursos para gastos extras durante la necesidad de salud presentada.

Figura 91*Otros gastos*

Fuente: Autor

Según observamos en la figura No. 91, el resumen de la respuesta a la pregunta ¿Cuánto destino a otros gastos?, el 8% (6 personas) aseguran que no invirtieron dinero extra durante el servicio recibido, mientras que el 45,3% (34 personas) invirtieron de \$1.700 a \$100.000 en otros gastos, el 30,7% invirtieron de \$150.000 a \$350.000 en otros gastos, el 10,7% (8 personas) invirtieron \$500.000, 1,3% (1 persona) invirtió \$600.000 y el 4% (3 personas) invirtieron en otros gastos \$1.000.000.

Análisis de los resultados

Teniendo en cuenta el objetivo de los cinco (5) módulos aplicados en la encuesta, el análisis de los resultados se hará en tres (3) fases; oportunidad de acceso a los servicios preventivos, acceso a los servicios curativos y gasto de bolsillo para el acceso a los servicios de salud.

Oferta

Oportunidad de acceso a los servicios preventivos

De acuerdo con los resultados de la encuesta relacionado con los servicios preventivos, (oferta de servicios por la EPS), se encontró que en todos los grupos de edades fue igual al uso de servicios realizados por la población (los servicios ofertados por la EPS fueron los mismos

usados por las personas); se encontró también, que la oferta y el uso de los servicios disminuyen a medida que avanza el grupo de edades, concentrándose primordialmente en el primera año hasta los 10 años de vida (se evidencia mayormente en los servicios de vacunación), a partir de los 11 años la oferta y la utilización de los servicios de salud disminuyen notablemente, desde esa edad la EPS deja de ofrecer servicios fundamentales para la prevención de la salud y la promoción de la enfermedad, se encontró que hay servicios que nunca se han ofrecido, por lo tanto nunca se han utilizado por parte de los niños, jóvenes y adultos. Esta información se amplía a continuación:

Niños menores de un año de edad:

Se evidencia que los servicios no ofertados y no consultados son los siguientes; visita domiciliaria al recién nacido, consejería en lactancia materna, suplemento con hierro, actividades de educación en puericultura.

Niños en edades de 1 a 5 años de edad:

Ninguno de los niños en esta edad recibió valoración visual ni valoración auditiva.

Niños de 6 a 10 años de edad:

No se ha recibido actividades de educación en el cuidado ni valoración visual.

Mujeres de 11 a 19 años de edad:

No han asistido a consulta médica preventiva, asesoría pre –concepción, consulta médica o psicológica, valoración por agudeza visual, toma de presión arterial, toma de glicemia.

Hombres de 11 a 19 años de edad:

Hay un porcentaje significativo de jóvenes que no han consultado ninguno de los servicios básicos que deberían asistir en su edad; consulta médica preventiva, asesoría pre-

concepcional, consulta médica o psicológica, valoración por agudeza visual, toma de presión arterial, toma de glicemia.

Mujeres de 20 a 29 años de edad:

Hay un porcentaje significativo de mujeres a las cuales no les han ofertado ni han acudido a servicio de Citología cervico vaginal, examen de seno y educación para auto examen, consulta médica preventiva, toma de tensión arterial, prueba ELISA para VIH y prueba VDRL para sífilis.

Hombres de 20 a 29 años de edad:

Al 100% de hombres en este rango de edad encuestados no les han ofertado ni han acudido a consulta médica preventiva, toma de tensión arterial, prueba ELISA para VIH, prueba VDRL para sífilis.

Mujeres de 30 a 40 años de edad:

Hay un porcentaje significativo de mujeres a las cuales no les han ofertado ni han consultado los servicios de Citología cervico vaginal, autoexamen de mama, consulta médica, toma de tensión arterial, toma colesterol total, toma glicemia.

Hombres de 30 a 44 años de edad:

Una (1) persona responde que solo le han ofrecido consulta médica, una (1) persona asegura que solo le han ofrecido la toma de tensión arterial, mientras que un 94, 1% (32) de las personas que responden la preguntan, comentan que no les han ofrecido ningún servicio de los cuales deben realizarse en este rango de edad; Consulta médica, toma de tensión arterial, toma colesterol total, toma glicemia, tacto rectal, antígeno prostático.

Mujeres mayores de 45 años de edad:

Deberían ofrecer y acudir a consulta médica del quinquenio (cada 5 años en donde dan recomendaciones de hábitos como: ejercicio y alimentación adecuada), mamografía, citología cervico vaginal, sangre oculta en heces, colonoscopia, densitometría ósea, colesterol total y colesterol HDL, uroanálisis, triglicéridos, creatinina, glicemia, toma de presión arterial, pero hay un porcentaje significativo las cuales responden que no les han ofertado ni han acudido a ninguno de estos servicios.

Hombres mayores de 45 años de edad:

Los servicios que debe ofertar la EPS son: Consulta médica del quinquenio (cada 5 años en donde dan recomendaciones de hábitos como: ejercicio y alimentación adecuada), sangre oculta en heces, colonoscopia, tacto rectal, antígeno prostático, densitometría ósea, colesterol total y colesterol HDL, uroanálisis, triglicéridos, creatinina, glicemia y toma de presión arterial, de los cuales cinco (5) equivalente al 27,8% de las 18 respuestas informan que solo se les ha ofrecido la toma de tensión arterial y el 72,2% (13 respuestas) informan que no se les ha ofertado ninguno de los servicios, por lo tanto no se han realizado ninguno de los exámenes preventivos.

Acceso a los servicios curativos.

Relacionado con el acceso a los servicios curativos, el 85.3% de los encuestados no han acudido a servicios de salud en los últimos 6 meses, el 14,7% de personas que si lo han hecho. De las personas que no han acudido a médico general algunas de ellas, si han tenido problemas de salud, pero acuden a la farmacia por medicamentos (automedicación). De los servicios curativos de los cuales se ampliará información es del servicio de urgencias, consulta a médico general, consulta con especialistas y servicio de hospitalización.

Servicio de urgencias.

El 63,6% consideran que la atención fue buena y 36,4% consideran que fue mala.

Consulta con médico general.

Se evidencia que un 73,3% no han consultado a médico general, mientras que un 14,7% si lo han hecho, el 12% no han tenido problemas de salud.

Tratamiento ordenado por el médico general.

El 66,7% no tuvo problemas para el tratamiento, al 33,3% encuestados la EPS no le autorizo exámenes, procedimientos y medicamentos, el 11,1% comentan que los tramites son excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS.

Servicio de hospitalización.

El servicio de hospitalización fue valorado como satisfactorio por las personas que acudieron al mismo.

Gasto de bolsillo para el acceso a los servicios de salud

De las personas que acudieron a los servicios de urgencia, hospitalización, consulta con médico general, consulta con especialista o tratamientos, en algunos de los servicios el 100% no realizo pago de copagos o cuotas moderadoras, el 97.3% no invirtieron recursos propios en el pago de medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados, el 72% no invirtió dinero en lentes, audífonos o aparatos ortopédicos, los gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación oscilan desde los \$5.000 hasta los \$2.000.000.

Mercado

El resultado del estudio de mercado realizado es satisfactorio, teniendo en cuenta que se logró determinar la demanda, uso y mercado potencial de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila. De acuerdo a los resultados de la encuesta, en relación con los servicios preventivos (oferta de servicios por la EPS), se encontró que en todos los grupos de edades este ítems es igual al uso de servicios

realizados por la población (los servicios ofertados por la EPS fueron los mismos usados por las personas); se encontró también, que la oferta y el uso de los servicios disminuyen a medida que avanza el grupo de edades, concentrándose primordialmente en el primera año hasta los 10 años de vida (se evidencia mayormente en los servicios de vacunación), a partir de los 11 años la oferta y la utilización de los servicios de salud disminuyen notablemente, desde esa edad la EPS deja de ofrecer servicios fundamentales para la prevención de la salud y la promoción de la enfermedad, algunos servicios nunca se han ofrecido, por lo tanto, nunca se han utilizado.

Se evidencia la necesidad de Articulación de intervenciones entre los actores: EAPB, IPS, municipio y comunidad en acciones de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación, como también, la accesibilidad a servicios de Salud, en este sentido, de manera urgente es necesario el fortalecimiento de las acciones para la prevención, la detección temprana y control de enfermedades, de igual manera, la educación sobre estilos de vida saludables, importantes para reducir los daños causados a la salud de la población.

Relacionado con el acceso a servicios, el 85.3% de los encuestados no han acudido a servicios de salud en los últimos 6 meses, el 14,7% de personas que si lo han hecho. De las personas que no han acudido a médico general algunas de ellas, si han tenido problemas de salud, pero acuden a la farmacia por medicamentos (automedicación). Se concluye que la comunidad carece de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estos servicios consisten en ejecutar acciones, procedimientos e intervenciones integrales, encaminadas a que la población, tanto individuos y familias, mejoren sus condiciones de vida y gocen de una vida saludable. Los servicios que son necesarios ofrecer se encuentra; consulta con médico general, consulta con especialista en ginecología, consulta de

odontología, consulta con enfermería, servicio de farmacia y ejecución de programas de prevención y promoción de manera continua.

En cuanto a la formación de precios, según el ministerio de salud, los servicios relacionados con la prevención de la salud, hacen parte del plan de beneficios con cargo a la UPC “Son los beneficios a los cuales tienen derecho todos los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia” (Ministerio de Salud y Protección Social , 2018)

Estudio Técnico

En esta fase se presenta el estudio Técnico, con el fin de conocer la viabilidad del proyecto, se presenta el cronograma, la localización, la infraestructura de servicios, tecnología, volumen de ocupación, capacidades y el proceso constructivo. Esta fase se realiza gracias al resultado obtenido en el estudio de mercado anterior.

Cronograma

El cronograma se realiza teniendo en cuenta la proyección para la ejecución del proyecto.

Figura 92

Cronograma de ejecución del proyecto

Actividad	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	Mes 11	Mes 12
<i>Diseño</i>	■											
<i>Construcción</i>		■	■									
<i>Obras Civiles</i>				■	■							
<i>Acabados</i>						■						
<i>Arquitectura</i>							■					
<i>Instalaciones</i>								■				
<i>Electricas, hidrosanitarias, aire acondicionado</i>									■			
<i>Mobilidad</i>										■		
<i>Instalaciones de equipos y sistemas</i>											■	
<i>Imprevistos</i>												■

Fuente: Autor

La figura anterior nos muestra las actividades que se realizarán durante la ejecución del proyecto y el tiempo que transcurrirá cada una de las actividades.

Localización

Macrolocalización

El puesto de salud se construirá en la vereda la Unión, en el Municipio de Suaza – Huila.

Figura 93*Macrolocalización*

La figura anterior nos ubica de manera precisa la vereda en la cual se realizará el proyecto, en este sentido, la vereda la unión se encuentra en el Municipio de Suaza, en el departamento del Huila en Colombia. Fuente: (Galindez, 2012)

Figura 94*Microlocalización*

La imagen nos muestra el lote en el cual se tiene previsto realizar el proyecto, está ubicado al lado del mega colegio de la vereda la Unión, es un lote amplio el cual, de manera general cumple con lo requerido para la construcción del mismo, sin embargo es necesario realizar todos los estudios técnicos de suelo requeridos para evaluar el terreno. Fuente: (GPM ingenieros, 2018)

Infraestructura de servicios

Criterios previos a la construcción

Figura 95

Criterios para la implementación del modelo de diseño de infraestructura básica de salud

ASPECTO	DETALLE	REQUISITO	
Lote	Área mínima (m ²)	754	
	Pendiente máxima transversal (%)	5	
	Pendiente máxima longitudinal (%)	2	
Población	Rango de población	1.000 a 5.000	
Condición climática al interior del prototipo de salud	Temperatura (°C)	En climas cálido y frío, óptima 19 a 24	
	Humedad (%)	50 a 65	
	Ruido (dBA)	45	
	Calidad del Aire	Normal	
Suelo	Capacidad portante mínima (T/m ²) por tipo de suelo (NSR 10)	A y B	550 kPa
		C y D	200 kPa
		E	30 kPa
	Zona amenaza sísmica (NSR 10)	Baja, Intermedia y Alta	
Ubicación	Tipo zona	Urbana y Rural	
Servicios	Servicios públicos	Energía	
		Acueducto	
		Alcantarillado	
		Conectividad	
	Infraestructura	Accesibilidad	

Teniendo en cuenta la información anterior, se debe dar cumplimiento a algunos criterios establecidos por el Ministerio de Salud y Protección Social para que pueda ser construido por el municipio, distrito, departamento o una Empresa Social del Estado ESE. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

De acuerdo con lo relacionado en el documento Proyecto tipo realizado por el Departamento Nacional de Planeación, para hacer cumplir los criterios mencionados anteriormente se deben hacer algunos estudios y diseños los cuales se relacionan a continuación:

Levantamiento Topográfico

Según el Departamento Nacional de Planeación, una vez definido el sitio y adquirida la propiedad del terreno por la autoridad competente, se debe realizar el levantamiento topográfico, donde la localización del predio y la localización proyectado el prototipo de Salud a construir deben soportarse con planos que representen norte, escala, cuadrícula de coordenadas, cuadro de áreas, abscisados con detalle de puntos de inicio, puntos de referencia y amarre utilizados, cuadro de convenciones, rótulos, hitos especiales (redes, quebradas, etc.), perfiles de terreno, cuadro de convenciones, ubicación de obras de drenaje existentes (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Se tomará documentación topográfica sobre toda el área definida para el proyecto con su área de influencia, más la zona aferente que por las condiciones del proyecto se considere necesaria para el desarrollo del mismo (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Análisis de amenaza y riesgos

El documento Construcción y dotación de infraestructura básica en salud, menciona lo establecido en la ley 1523 de 2012 en el artículo 38 y resalta lo siguiente:

Todos los proyectos de inversión pública que tengan incidencia en el territorio, bien sea a nivel nacional, departamental, distrital o municipal, deben incorporar apropiadamente un análisis de riesgo de desastres cuyo nivel de detalle estará definido en función de la complejidad y naturaleza del proyecto en cuestión. Este análisis deberá ser considerado desde las etapas primeras de formulación, a efectos de prevenir la generación de futuras condiciones de riesgo asociadas con la instalación y operación de proyectos de inversión pública en el territorio nacional (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 17).

Inventario de infraestructura básica de salud

Consiste en saber cuáles son las entidades de salud que existen en su entidad territorial o localidad. Se debe determinar el área de cada establecimiento de salud, su estado de funcionamiento, servicio y operación. Esta actividad servirá para conocer la oferta actual de los espacios de salud (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Estudio de suelos

El Departamento Nacional de Planeación relaciona en el proyecto tipo la importancia de realizar el estudio de suelos, y considera lo siguiente:

En esta fase se realiza una serie de investigaciones del subsuelo, los análisis y recomendaciones de ingeniería necesarios para el diseño y construcción de las obras en contacto con el suelo. De estos estudios se obtiene la capacidad portante del suelo (T/m²), el tipo del suelo y se identifica la zona sísmica en donde se encuentra ubicado el predio. Este prototipo contempla un rango de resistencias del suelo para diferentes condiciones de zona de amenaza sísmica. Al ubicarse en el rango, cambian las dimensiones de los elementos de cimentación, por lo que es necesario que se contemple la modificación posible a las dimensiones de esos elementos (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Certificaciones de disponibilidad de servicio del operador de la red correspondiente

Relacionado con el aspecto eléctrico, el documento señala lo siguiente:

Se requiere contar con certificación donde se aclare que para el proyecto existe un transformador de distribución y una red en baja tensión (BT) cercana y con capacidad para brindar el servicio (por lo cual no sería necesario proyectar nuevos transformadores) o que la red en media tensión (MT) tiene la capacidad para brindar el servicio a través de

la energización del transformador del proyecto. De no contar con una fuente de abastecimiento por red de suministro, deberá incluir un estudio hidrogeológico para identificar fuentes de abastecimiento alternas y deberá presentar el diseño completo para la obtención de agua potable y posterior vertimiento de aguas residuales (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Plan de manejo ambiental

Este plan deberá establecer de manera detallada, las acciones que se implementarán para prevenir, mitigar, corregir o compensar los impactos y efectos ambientales que se causen por el desarrollo del proyecto, obra o actividad (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Por otro lado, el documento aclara que se debe contar con certificación de existencia de canteras u otras fuentes de materiales para el proyecto indicando lo siguiente: nombre de la cantera, ubicación, productos que ofrece y disponibilidad, descripción del proceso que realiza, permisos mineros y ambientales, precios y datos de contacto. Se requiere además contar con resolución de aprobación de la Corporación Autónoma Regional de la zona de disposición de materiales y escombros (ZODME) elegida para el proyecto (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Certificado de que el proyecto se encuentra dentro del Plan Bienal de Inversiones Públicas en Salud del departamento

Certificado en el que se muestre que el proyecto se registró en la Red Pública de Prestadores de Servicios de Salud del Ministerio de Salud para la habilitación de los servicios a ofrecer (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Si se cumple con las condiciones de implementación mencionadas anteriormente, se procede a realizar lo siguiente:

Diseños

Diseño arquitectónico

En cuanto al diseño arquitectónico del proyecto, se tiene en cuenta lo relacionado por el Departamento Nacional de Planeación, el cual resalta la importancia de tener los planos de diseño con Planos de implantación, movimientos de tierras y huellas de las edificaciones; plantas arquitectónicas; fachadas; cortes; plano de iluminación; cuadro de puertas, ventanas y muebles; detalles por espacio; detalles constructivos; planos de acabados de piso, cielos rasos y muros (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Diseño estructural

De acuerdo con lo descrito por el Departamento Nacional de Planeación, los aspectos a considerar para la realización del diseño estructural son los siguientes; descripción básica; materiales; código y especificaciones técnicas; consideraciones de diseño – correlación con los planos del estudio de suelos; hipótesis de carga; parámetros geométricos; parámetros sísmicos de diseño; procedimiento de diseño de elementos; especificaciones de elementos no estructurales; datos de entrada; diseños de placa de piso, graderías, cimentación, columnas, cubierta; plano estructurales; plano de elementos no estructurales; planos con cuadro de cantidades y memorias de cálculo, plantas, cortes, detalles y despieces (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Diseño eléctrico

Relacionado con diseño eléctrico, el Departamento Nacional de Planeación tiene en cuenta los contenidos de acuerdo con el RETIE y RETILAP (normas de aplicación

específica) que como mínimo debe tener el diseño eléctrico el cual se compone de lo siguiente: certificado de disponibilidad de servicio del operador de red; consideraciones de diseño; cuadros de carga y memorias de cálculo eléctrico; detalle de instalaciones eléctricas; cuadro de cargas tablero de distribución y de iluminación; detalle sistema puesta a tierra; planta de distribución de elementos con convenciones de redes internas; cuadro de cantidades y memorias de cálculo; distancias de seguridad; análisis de riesgos eléctricos; estudio fotométrico (curva isométrica, configuración, potencia, tipo y cantidad de luminarias); planos eléctricos (planta, diagrama unifilar y cortes de subestación cuando aplique); diseño hidrosanitario (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Por otro lado, los productos de acuerdo con la NTC 1500 (código nacional de fontanería) que como mínimo debe tener el estudio del diseño hidrosanitario serán los siguientes: diseño de drenaje en cubierta; diseño de acometida de agua potable (si se considera para inclusión); diseño de red contra incendios y red de detección de incendios: Planos, memorias etc. En caso que aplique dependiendo de las características de la edificación; cuadro de cantidades y memorias de cálculo; plantas, cortes, detalles, especificaciones técnicas, de la red y de cajas de inspección, indicando cotas, diámetros, etc; diseño de drenaje. Verificar norma NTC1500 – Código de Fontanería, curvas IDF; drenaje cubiertas. El diseño de este sistema de drenaje considera la construcción de canales, recibiendo las aguas lluvias de la cubierta, las bajantes de estas canales permitirán la conducción de las aguas hasta un tanque que permitirán su aprovechamiento (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Proceso constructivo

Figura 96

Proceso constructivo



Fuente: Autor

La figura anterior, nos presenta el diagrama en el cual se relacionan los procesos básicos que se ejecutan en el proceso constructivo del puesto de salud, de acuerdo con lo realizado por el Departamento Nacional de Planeación (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Actividades previas a la ejecución del proyecto

Realizar obras preliminares

Dentro de estas actividades se encuentran aquellas necesarias para empezar la ejecución de la obra, tales como: localización y replanteo (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Construir la estructura

El Departamento Nacional de Planeación especifica que dentro de estas actividades para construir la estructura se encuentran aquellas necesarias para empezar la ejecución de la obra, tales como:

Descapotes, excavaciones manuales, rellenos, demoliciones (si se requieren), cargue y retiro de escombros, movimiento de tierras, entre otras necesarias para la construcción de la estructura. Entre ellas se encuentran: cimentación, estructuras en concreto y cubierta (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Cimentación

De acuerdo a lo relacionado por el Departamento Nacional de Planeación, en el proceso de cimentación se realizan las siguientes actividades; excavación mecánica, descapote nivel 0.00 incluye retiro, h: 30 cms. (m³); excavación manual, incluye retiro de sobrantes (m³); movimiento de tierras en volúmenes pequeños y a poca profundidad, necesarios para la ejecución de zapatas, vigas de amarre, vigas de rigidez, muros de contención y otros; concreto pobre de 105 Kg/cm² (1500 PSI) de limpieza e= 0,05 m (m²); vigas de cimentación en concreto de 210Kg/cm² 3000 PSI (m³); zapatas en concreto de 210 kg/cm² 3000 PSI (m³); placa contrapiso de 0,10 m concreto 210 kg/cm² 3000 PSI (m²); acero de refuerzo cimentación (Kg); suministro, corte, figuración, amarre y colocación del refuerzo de acero de 4200 Kg/cm² (60000 PSI) para elementos en concreto

reforzado según las indicaciones que contienen los planos estructurales (el refuerzo y su colocación deben cumplir con la norma NSR 10); relleno de material, recebo compactado (m^3); polietileno, protección contra humedad placa contra piso (m^2) (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Estructura en concreto reforzado

Por otro lado, para la estructura en concreto reforzado se debe tener en cuenta las siguientes características; columnas en concreto de 280 kg/cm^2 (4000 PSI) a la vista (m^3); vigas aéreas en concreto de 280 kg/cm^2 (4000 psi) a la vista (m^3); placa maciza $E=0.12$ incluye impermeabilización 280 kg/cm^2 4000 PSI (m^2); acero de Refuerzo (Kg); suministro, corte, figuración, amarre y colocación del refuerzo de acero de 4200 Kg/cm^2 (60000 PSI) para elementos en concreto reforzado según las indicaciones que contienen los Planos Estructurales. El refuerzo y su colocación deben cumplir con la norma NSR 10 (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Estructura metálica

Relacionado con la estructura metálica, el Departamento Nacional de Planeación relaciona las siguientes actividades a realizar:

Estructura metálica para cubierta; manufactura, suministro e instalación de elementos arquitectónicos y estructurales en acero tales como correas, anclajes, tensores, vigas, estructuras metálicas. Incluyendo pintura de estos elementos; instalar redes; se consideran las actividades que se requieren para la implementación de las redes eléctricas, de agua potable y desagües (hidrosanitarias) (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 42).

Instalaciones eléctricas

El Departamento Nacional de Planeación relaciona lo siguiente:

Para la construcción y montaje se aplicarán la Norma ICONTEC 2050 (Código Eléctrico Colombiano), el Reglamento Técnico de Instalaciones Eléctricas (RETIE) y las recomendaciones de los fabricantes de los equipos a instalar y las recomendaciones indicadas en esta sección del manual. Todos los materiales utilizados para la construcción de las instalaciones eléctricas deben tener y se requiere adjuntar la respectiva certificación y homologación RETIE de materiales (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Instalaciones de baja tensión

En cuanto a las instalaciones de baja tensión, el Departamento Nacional de Planeación considera necesario realizar:

Punto de conexión y condiciones de servicio, en donde se aplicarán los factores de demanda establecidos la norma TC 2050; bancos de ductos; las conducciones de cables localizadas en la parte exterior de las instalaciones, las cuales serán subterráneas y con tubería conduit PVC. Que este con certificado de producto de acuerdo a RETIE; cajas de paso en mampostería; las cajas de halado deberán construirse en mampostería de acuerdo con lo mostrado en los planos sus dimensiones serán de 40x40cm, y 60x60cm según norma del operador de red; cables de baja tensión y accesorios; los cables que se utilicen en las instalaciones de alumbrado y tomacorrientes, deberán ser de cobre rojo electrolito 99% de pureza temple suave y aislamiento termoplástico para 600 Voltios; cajas Galvanizadas, se debe dar cumplimiento al artículo 370.28 de la NTC 2050., estas recomendaciones se aplicarán en los bancos o grupo de tuberías, que se utilicen en las tuberías no incrustadas en placa y superiores a Ø 1”; instalaciones Interiores y exteriores;

canaleta metálica; ducto portacables; todo lo relacionado con el sistemas de telecomunicaciones que se instalará debe cumplir con lo relacionado en la RETIE 2013 articulo 20.3; tuberías de PVC; tuberías EMT; tomacorrientes normales y reguladas las cuales deben estar aprobadas por las ICONTEC o de una entidad internacionalmente reconocida. En todos los tomacorrientes el neutro deberá ser claramente identificado; interruptores; UPS; tableros para el control de iluminación; tableros de distribución parcial y general CD; barajes y aisladores; totalizador T-GEN; Interruptores termomagnéticos tableros, normales, regulados y T-GEN; Sistema de puesta a tierra y protección contra descargas atmosféricas, se debe cumplir los requerimientos del Código Nacional Eléctrico de los Estados Unidos (NEC) y la norma ICONTEC 2050 y el RETIE (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 18)

Instalaciones telecomunicaciones

Redes telefónicas

La conexión de telefonía se debe realizar con cable multipar, desde el strip principal (regleta S66) con kit de tierras, al Patch Panel de 24 bocas, conexión en rack principal (Departamento Nacional de Planeación, 2018, pág. 42)

Salidas Telefónicas

Las tomas telefónicas para la conexión de los aparatos telefónicos serán del tipo plug americano doble (RJ 45) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Strip Telefónico

El strip telefónico será un gabinete tipo Atlantic de legrand IP 55, de 50X40X20cm, compuesto por dos regletas de 10 pares, cada una con picoprotectores a gas, dos regletas Simeón

S66 de 10 pares para espejo de líneas, con cubierta y marbete de identificación (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Redes de datos

Todos los elementos de cableado estructurado que conformarán el canal de comunicación deberán ser de una única MARCA producidos o fabricados por un único FABRICANTE (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Gabinete de comunicaciones

Los gabinetes de datos que se instalarán deberá tener una puerta frontal en acrílico transparente color humo, construido en lamina cold rolled Cal.16 (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Patch panels para y datos

Según el Departamento Nacional de Planeación los patch panel de terminación deben soportar las aplicaciones apropiadas de categoría 6, facilitarán la conexión cruzada y la interconexión empleando cordones de conexión modulares; salidas para datos RJ45; serán RJ45 categoría 6 extendida, instaladas sobre cada Face Plate; cable UTP; el sistema de Cableado estructurado de Voz y Datos, estará constituido por un cableado UTP de categoría 6, para todas las componentes del canal (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Iluminación

Todo lo relacionado con el tema de iluminación debe cumplir con las siguientes características; bala LED 20W, 120V de sobreponer; aplicar LED 20W, 120V; luminaria LED 40W hermética; los tres insumos tendrán las mismas características; suministro e instalación de luminaria bala LED 20W 120V de sobreponer, según especificaciones del

fabricante; luminaria LED 35W tipo alumbrado público; aplique de pared tipo tortuga 15W, 4100K (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Instalaciones hidrosanitarias

Teniendo en cuenta la importancia de estas Instalaciones, se debe con algunas características especiales dando seguimiento a las normas ICONTEC 382, 2295 y 2536 y ASTM D2211 para tubería e ICONTEC 1339 para accesorios, las cuales se relacionan a continuación:

Los fabricantes deberán cumplir con las normas ISO 9000 o ISO 9002 de aseguramiento de calidad. Los tubos deben estar marcados en forma continua y permanente, indicando la presión de trabajo, las dimensiones y el RDE; acometida agua potable polietileno 3/4", incluye excavación y relleno; medidor de agua 1/2", incluye caja; tubería pvc-pres. diámetro 1/2", 3/4", 1", 1 1/4", 1 1/2", incluye soportes y accesorios; registro bola, cuarto de vuelta, bronce cromado 1/2", 3/4", 1", 1 1/2" astm-b-62, incluye tapa de inspección; punto hidráulico para aparato en los siguientes diámetros: 1/2" llave manguera y/o poceta aseo, 1/2" lavaplatos y/o lavamanos y/o ducha, 1/2" sanitario tanque, 1/2" orinal llave, 1 1/4" sanitario discapacitados fluxómetro, 1 1/2" odontología, 1/2" ducha, 1/2" poceta de aseo, 1/2" nevera; tuberías de pvc sanitaria, para las redes internas y externas de aguas residuales ø 2", 3", 4" y pvc-1 2"; tubería De Drenaje PVC Corrugada Sin Filtro; tubería De Drenaje PVC Corrugada con filtro; salidas sanitarias (lavamanos, lavaplatos, inodoros, orinales, sifón duchas, sifones.); tapón de inspección 3", incluye tapa de inspección pvc 20 x 20 cm; tuberías de pvc sanitaria, novaloc y novafort para las redes internas y externas de aguas pluviales ø 4", 6", 8", 10"; caja de inspección 0,6 x 0,6 metros; caja, sumidero en concreto 0.60m x 0.60m; rejilla prefabricada de concreto gris claro; filtro en grava 0,6m*0,20m; conexión a red pública 4", incluye excavación y relleno; Niples Pasamuro; manómetro; válvulas de control y retención; válvulas de control de nivel; válvulas de

seguridad; anclajes, soportes y sellantes; tapones de limpieza; cámaras de aire; tanque 5000 litros, incluye flotador, válvulas y accesorios (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Realizar acabados

Mampostería

De acuerdo a lo relacionado por el Departamento Nacional de Planeación, todo el tema relacionado con mampostería, debe cumplir con las siguientes características:

Mampostería en bloque N°4 (m²); ejecución de muro en bloque en arcilla según planos arquitectónicos y planos de detalles, Incluye: mortero de pega para ranurado o rebite (diseño y aprobación de mezcla para la pega en obra, cumpliendo norma que aplique a este tipo de mezclas) según color indicado por el diseñador, retenedor de agua para el mortero, ensayos de resistencia mortero, dilataciones o juntas frías donde sean necesarias, lavado para entrega (sin uso de ácido); mampostería en bloque N°4 (ml); enchape: mampostería en bloque N°4 (ml); elementos no estructurales; alfajía en concreto de 0,14x 0,05 m 210 kg/cm² 3000 psi para muros (ml); ejecución de alfajía en concreto acabado liso según localización y dimensiones expresadas en los planos Arquitectónicos y Planos Estructurales, se colocaran bajo vanos que no lleguen hasta la placa inferior;

Incluye refuerzo; dintel en concreto 0,13 x 0,15 m 210 kg/cm² 3000 psi para muros (ml); columnetas de confinamiento 210 kg/cm² 3000 psi para muros (ml); viga de confinamiento de 0,25x0, 25 m 210 kg/cm² 3000 psi (ml); viga cinta de 0,07x0, 13 m 210 kg/cm² 3000 psi para muros (ml); viga canal aérea de 4000 psi; muros en plomadas en diagonal de 12 cms en concreto (m³); gárgola prefabricada en concreto (un); muro fundido en concreto gris con acabado arquitectónico (ml); muro divisorio en superboard

$h=2.0\text{m}$ (m^2); poyo en concreto fundido gris (ml); mesones en concreto. incluye refuerzo (ml); acero de refuerzo (Kg) (El refuerzo y su colocación deben cumplir con la norma NSR 10.); grafil de acero 4mm (Kg) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Pañete

Por otro lado, el pañete debe cumplir con las siguientes características, las cuales se relacionan en el proyecto tipo presentado por el Departamento Nacional de Planeación:

Pañete liso interior 1:4 incluye fillos y dilataciones (m^2); ejecución de recubrimientos de muros con capas de mortero definiendo las superficies de los mismos, incluye fillos y dilataciones de acuerdo con lo señalado en los Planos Arquitectónicos y en los Cuadros de acabados arquitectónicos; pañete liso interior 1:4 incluye fillos y dilataciones (ml); pañete liso exterior impermeabilizado 1:4 incluye fillos y dilataciones (m^2); pañete liso exterior impermeabilizado 1:4 incluye fillos y dilataciones (ml) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Pisos y bases

Al igual que el pañete, los pisos y las bases del puesto de salud deben cumplir con lo siguiente:

Afinado pisos en mortero 1:3 $e= 4\text{ cm}$ (m^2); nivelación y preparación de superficies irregulares y brúscas de losas estructurales o placas de contrapiso, para recibir acabados de pisos, a los niveles señalados en los Planos arquitectónicos y en los Cuadros de acabados; afinado pisos en mortero impermeabilizado 1:3 $e= 4\text{ cm}$ (m^2); afinado y terminado de pisos con allanadora o palustradora mecánica de aspas horizontales tipo helicóptero y junta cortada con disco diamantado, sellada cordón flexible (m^2) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Acabado Pisos

Según se relaciona por el Departamento Nacional de Planeación, los acabados de piso deben ser en baldosín de granito 0.30m x 0.30m color blanco huila grano 1. (m²); la instalación de acabado de piso en baldosín de granito 0.30m x 0.30m color blanco huila grano 1 incluye, pega, destronque, brillada y pulida, de acuerdo con la localización y las especificaciones establecidas en los Planos Constructivos y en los Planos Arquitectónicos y de Detalle; guarda escoba media caña en granito pulido (ml); guarda escoba media caña en mortero y acabado epoxico (ml) (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Enchapes

A continuación, se relaciona especificaciones de los enchapes que se deben realizar en el puesto de salud de acuerdo a lo descrito por el Departamento Nacional de Planeación:

Enchape muros para baños blanco 0,30x0, 30 m incluye win (m²); enchape de muros en baldosín cerámico de 30 x 30 color blanco mate para áreas Húmedas, en formatos nominales de acuerdo con la localización y las especificaciones establecidas en los Planos Constructivos y en los Planos Arquitectónicos. Verificar el tono de acabado en los planos (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Pinturas

Al igual que los demás acabados, la pintura tiene unas especificaciones especiales las cuales se relacionan a continuación:

Estuco + pintura biocida muros internos incluye filos y dilataciones (m²); aplicación de estuco y pintura biocida (2 manos) muros internos, en dos capas de pintura, de acuerdo, con la localización y las especificaciones establecidas dentro de los Planos

Arquitectónicos y de Detalle; estuco + pintura biocida muros internos incluye filos y dilataciones (ml); estuco + pintura exterior de alta resistencia en la interperie incluye filos y dilataciones (m²) (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Aparatos sanitarios y accesorios

Las características de los aparatos sanitarios y accesorios se relacionan a continuación:

Lavamanos de colgar línea institucional, color blanco (un); Incluye instalación y conexiones; sanitario de tanque, color blanco (un); orinal de llave, color blanco, orificio de conexión 5/8" (un); grifería mono control para lavamanos de colgar (un) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Relacionado con las barras de seguridad del baño para personas con discapacidad o condiciones especiales serán los siguientes:

Barra de seguridad tipo I, de acero inoxidable, con una dimensión de 0.40m; barra de seguridad tipo II, de acero inoxidable, con una dimensión de 0.76m; rejillas piso con sosco incluye instalación (un); llave terminal tipo jardín pesada (un); dispensador de papel higiénico en acero inoxidable anti vandálico (un); secador de manos en acero inoxidable (un); secador de manos en acero inoxidable (un). Los insumos anteriores se adquirirán teniendo en cuenta la localización y las especificaciones contenidas dentro de los planos arquitectónicos y detalles. (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Otros accesorios son los siguientes:

Dispensador de toallas en acero inoxidable (un); ducha y grifería monocontrol (un); poceta en acero inoxidable (un); espejo en cristal 4mm flotado y biselado (m²); gabinete contra incendios clase II con salida y manguera de 1 y 1/2" (un); según norma NTC1669 de 77x77x22cms en lámina metálica galvanizada cal 20, acabado pintura epoxica color rojo, según

especificaciones del fabricante, según localización y dimensiones expresadas en los planos arquitectónicos y detalles (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Carpintería metálica

De acuerdo a lo relacionado por el Departamento Nacional de Planeación, esta especificación se refiere a los requisitos exigidos para el suministro e instalación de toda la ventanería, puertas y puertas ventana metálicas según el diseño de los planos de detalle; Iniciamos con la carpintería metálica en lámina de acero (un) la cual se relaciona a continuación con las características requeridas:

Tabla 2*Puertas metálicas*

Puerta	Descripción
Descripción Puerta P01 (a-b)	2.10 x 1.0 Marco y hoja en Lamina CR cal 18, según diseño puerta interior batiente en lamina fenólica 5cm y manija en acero inoxidable para clima frio con vidrio laminado 3+3, película opalizada, incluye suministro e instalación, cerraduras y herrajes
P02	2.10 x 0.80 Marco y hoja en Lamina CR cal 18, según diseño puerta interior batiente en lamina fenólica 5cm y manija en acero inoxidable con rejilla en madera, incluye suministro e instalación, cerraduras y herrajes.
P03	2.20 x 1.05 Marco y hoja corrediza en Lamina CR cal 18, según diseño puerta interior deslizante con rodachinas, riel omega en cold roll y hoja en lamina fenólica 5cm y manija en acero inoxidable, incluye suministro e instalación, cerraduras y herrajes.
P04	2.20 x 2.10 Puerta de acceso, marco y estructura en lamina cold rolled calibre 18, tableros de vidrio laminado 6+4 con cerraduras antipánico, según diseño, incluye suministro e instalación, cerraduras y herrajes.

P05	2.20 x 2.10 Marco y hoja en lamina CR cal 18, según diseño, incluye suministro e instalación, cerraduras y herrajes.
P06	2.10 x 1.02 Marco, hoja y rejilla en lamina CR cal 18, según diseño, Incluye suministro e instalación, cerraduras y herrajes.

Nota: En la tabla No.2, se evidencia la cantidad de puertas y las características de las mismas, de acuerdo con las requeridas para la construcción del puesto de salud. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Ventanería (un).

De acuerdo con lo relacionado por el Departamento Nacional de Planeación, esta actividad se refiere a la fabricación, suministro e instalación de ventanas con perfilaría en aluminio serie 7638 o similar; perfilaría horizontal ref. Tipo aln-168, aln-169, aln-170, perfilaría vertical aln-167, aln-169, aln-183, vidrio laminado 3+3 con película de seguridad excepto en las ventas de baños y consultorios en las cuales debe ser opalizado (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Tabla 3*Ventanas metálicas*

Ventana	Descripción
V01 (a- b)	1.60 x 0.4 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio laminado 3+3, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, - jaciones y anclajes.
V02 (a- b)	1.70 x 0.90 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio laminado 3+3, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, - jaciones y anclajes.
V03	2.70 x 0.70 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio laminado 3+3, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V04 (a- b)	2.70 x 1.65 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio laminado 3+3 para clima frío y bloque en concreto calado para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes
V05	0.50 x 1.85 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio laminado 3+3, con basculante, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V06 (a- b)	2.70 x 5.30 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio laminado 3+3 para clima frío y bloque en concreto calado para clima

	cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes
V07 (a-	2.70 x 3.90 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	laminado3+3 con basculante para clima frio y bloque en concreto calado para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes
V08 (a-	1.65 x 2.70 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V09 (a-	1.65 x 1.60 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V010 (a-	1.65 x 2.64 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V11 (a-	1.65 x 1.85 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.

V12 (a-	1.65 x 2.50 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.

V13 (a-	1.65 x 1.65 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.

V14 (a-	1.65 x 1.20 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.

V15 (a-	1.65 x 1.80 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.

V16 (a-	1.65 x 2.20 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	opalizado templado de 8 a 10mm, con basculante de mayor dimensión para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes

V17 (a-	2.70 x 2.58 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	laminado 3+3 para clima frio y bloque en concreto calado para clima

	cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V18 (a-	2.70 x 3.57 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	laminado 3+3 para clima frio y bloque en concreto calado para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, jaciones y anclajes.
V19 (a-	0.30 x 0.70 En aluminio acabado anodizado natural + vidrio
b)	laminado 3+3 basculante para clima frio y persiana para clima cálido, según diseño, incluye suministro e instalación, empaques, alfajía, - jaciones y anclajes.

Nota: En la tabla No. 2 observamos la cantidad y las características de ventanas que el Departamento Nacional de Planeación recomienda para construcción del puesto de salud, de igual manera deberá tener divisiones en acero inoxidable (m²) en donde se incluye suministro, instalación, marco, puertas, chapetas, pasador y platinas. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Cubierta

Cubierta teja termo acústica tipo trapezoidal de 2,5 mm de color azul (m²); esta actividad se refiere a la construcción de techos con cubiertas en aluzinc cal 28 tipo sándwich con lamina intermedia de poliuretano y bandeja interna perforada, acabado en pintura azul chino, los cuales serán construidos de conformidad con los diseños, materiales, dimensiones y detalles mostrados en los planos (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

De igual manera se debe realizar el suministro, instalación y construcción en estructura de aluminio para marquesinas (m²); Poliurea impermeabilizante (m²)

(Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Cielorrasos

En lo relacionado con los Cielorraso, el Departamento Nacional de planeación especifica las siguientes características que se deben tener en cuenta:

Cielorraso en lamina de yeso resistente a la humedad; suministro, instalación y construcción de cielorraso en lámina de yeso resistente a la Humedad (lámina RH Verde) incluye estructura en lámina galvanizada, lámina en yeso RH e=15.9mm + perfiles de fijación, anclajes laterales y a estructura de cubierta, masilla y cinta para juntas y en general todos los elementos requeridos para su correcta construcción e instalación.

Incluye construcción de salidas para inspección (dim=0.60X0.60m) y salidas de iluminación. Incluidas las tapas de las caras laterales y superiores, estructura, lámina, malla, masilla, tornillería y en general todos los elementos necesarios para su correcta instalación y terminado. (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Señalización

El Departamento Nacional de Planeación plantea que la señalización debe ser vertical, señal exterior y se debe realizar el suministro e instalación (un)

Por esta razón se debe garantizar el suministro e instalación de señalización informativa, normativa, reglamentaria y preventiva de acuerdo, con la localización y las especificaciones establecidas dentro de los Planos Arquitectónicos y de Detalle. (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Obras exteriores y paisajismo

El Departamento Nacional de Planeación afirma que las obras de exteriores y paisajismo serán las actividades que se ejecutan fuera de la estructura, para complementar y mejorar su funcionamiento, y con fines de protección o decoración. Esta especificación del manual contempla los requisitos exigidos para el suministro e instalación de adoquines, mobiliario, la colocación de tierra vegetal y grama perfilada según medidas y niveles requeridos de acuerdo con los planos arquitectónicos (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Adicional a lo anterior, contempla los requisitos exigidos para los trabajos finales de aseo y limpieza;

Conformación del terreno para plazoleta y andén en adoquín (m^2); concreto pobre de 105 kg/cm^2 (1500 psi) de limpieza $e= 0,05 \text{ m}$ (m^2); relleno de material, recebo compactado (m^3); placa contrapiso de $0,10 \text{ m}$ concreto 210 kg/cm^2 3000 psi (m^2); acero de refuerzo 4200 Kg/cm^2 60000 psi (Kg); bordillo en concreto $0,35 \times 0,20 \text{ m}$ (ml); cañuela en concreto incluye acero de refuerzo y rejilla metálica (ml); cunetas en concreto de 210 kg/cm^2 (3000 psi) incluye acero de refuerzo (ml); bancas en concreto. Incluye bases anclajes, refuerzo y platinas metálicas (ml); bancas prefabricadas en obra, en concreto arquitectónicos a la vista, según, localización, Cerramiento en malla plastificada (incluye postes- malla-) altura $2,20 \text{ m}$ incluye viga de cimentación y base en muro pintado (ml) (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Aseo

En esta fase se realiza el retiro de escombros y el aseo general de la obra.

Diseño puesto de salud

El diseño del puesto de salud que se necesita en la vereda la unión del Municipio de Suaza Huila, se basa en el propuesto por el Departamento Nacional de Planeación, en el proyecto Tipo. De acuerdo con la propuesta del prototipo, consta de un área construida de 320,6 m² (incluyendo circulación interna y área de acceso cubierta).

De acuerdo con el Departamento Nacional de planeación, el prototipo de salud se compone de cinco módulos; modulo 1, consultorio (medicina general y PYP); modulo 2, consultorio (toma de muestras ginecologías, toma de muestras de laboratorio y odontología), modulo 3; recepción y área técnica; modulo 4, sala de espera y dispensación, modulo 5; técnico y basuras. Posibilidad; módulo 6, alternativa para implementación de vivienda médica (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

El exterior del prototipo de salud se compone de una plazoleta de acceso, zona de circulación y área de acceso cubierta con las siguientes características:

Plazoleta de acceso tendrá 91.43 m²; la zona de circulación y acceso cubierto ocupará 81.4 m² (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Figura 97

Vista general prototipo de salud



Nota: en la figura anterior se observa la vista general de la propuesta del prototipo de salud, prototipo que se quiere realizar en la vereda la unión. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 98

Vista posterior prototipo de salud



Nota: La figura anterior, nos muestra el diseño del prototipo de salud desde otro ángulo, desde el ángulo posterior al proyecto. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

A continuación, se presentan los planos arquitectónicos para la construcción, de acuerdo a los estudios realizados por el DNP y las características de la zona.

Sistema Modular

El Departamento Nacional de Planeación propone, que el programa se divida en 6 módulos funcionales; consultorios, servicios, espera y dispensación, área técnico, vivienda médica, con la virtud de que todos se pueden implementar dentro un único módulo estructural (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

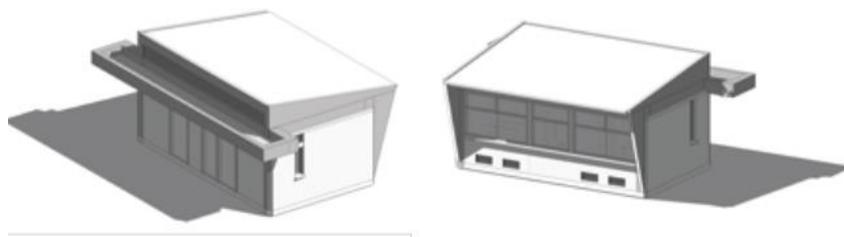
Modulo estructural

El Departamento Nacional de Planeación recomienda los módulos estructurales, porque dentro de estos módulos es posible implementar cualquiera de los seis módulos.

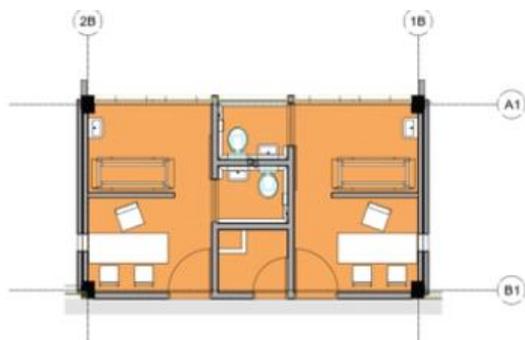
El proyecto estructural se basa en un sistema de pórticos de concreto, con luces de 7.60m por 4.30m, que cuenta con una viga-canal en voladizo desde los pórticos, la cual funciona como cubierta de la circulación central que se genera al implementar los diferentes módulos, dentro de un proyecto arquitectónico específico (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 99

Esquema modulo estructural

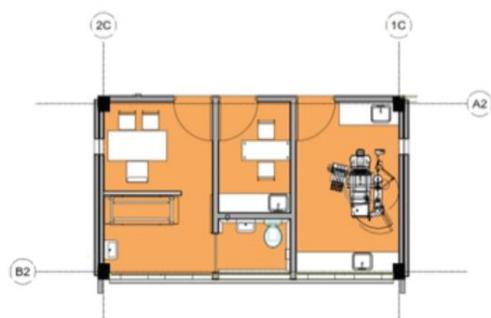


Nota: La figura anterior nos muestra el esquema de modulo estructural propuesto para la construcción del puesto de salud en la vereda la unión. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

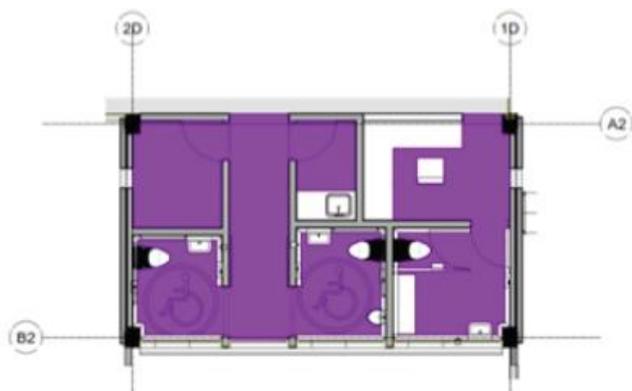
Figura 100*Módulo 1 - Consultorios tipo 1*

Nota: Este módulo está compuesto por los consultorios de medicina general y PYP, con sus respectivos baños, y un espacio para almacenamiento de elementos de aseo. Tiene un área total construida de 59.65 m², contando el área cubierta por la viga-canal y por el voladizo de la cubierta hacia el exterior, el área neta de espacios "útiles" es de 37.94 m². Fuente:

(Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 101*Módulo 2 - Consultorios tipo 2*

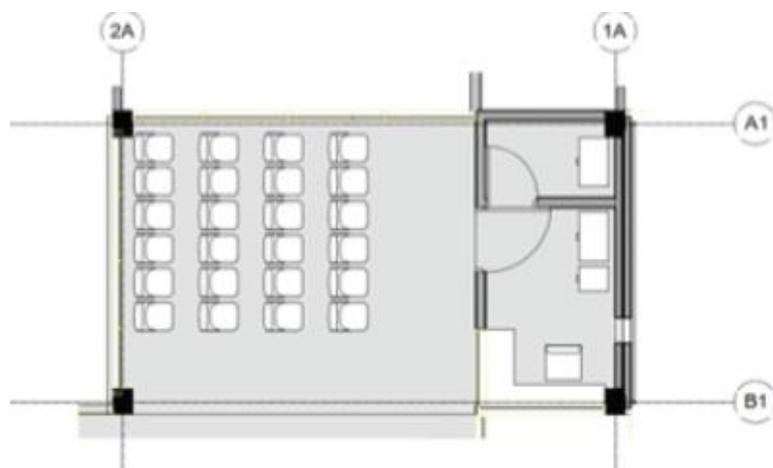
Nota: Este módulo está compuesto por un consultorio de odontología y un espacio para toma de muestras ginecológicas, con sus respectivos baños, y un espacio para toma de muestras de laboratorio. Tiene un área total construida de 59.65m², contando el área cubierta por la viga-canal y por el voladizo de la cubierta hacia el exterior, el área neta de espacios "útiles" es de 37.94m². Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 102*Módulo 3 - Servicios*

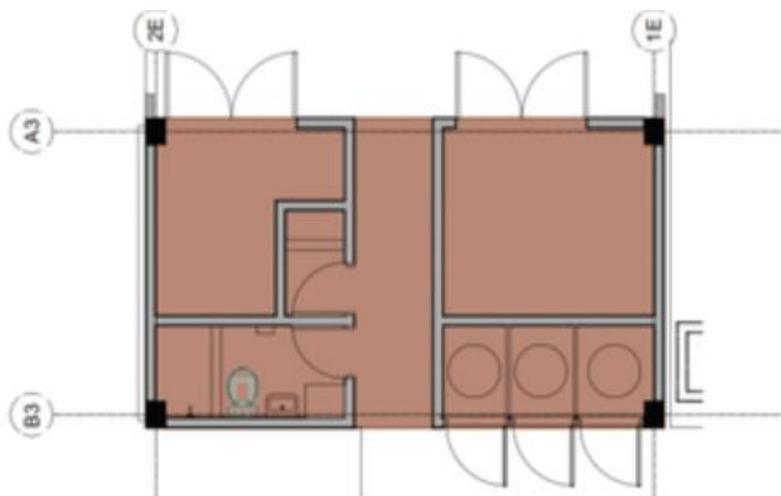
Nota: Este módulo está compuesto las áreas de apoyo necesarias para el funcionamiento del equipamiento como son: baños para el público, baño y vestir para personal médico, espacio para atención, manejo de historias clínicas y caja, depósito y cuarto de café. Tiene un área total construida de 59.65m², contando el área cubierta por la viga-canal y por el voladizo de la cubierta hacia el exterior, el área neta de espacios "útiles" es de 37.94m². Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Figura 103

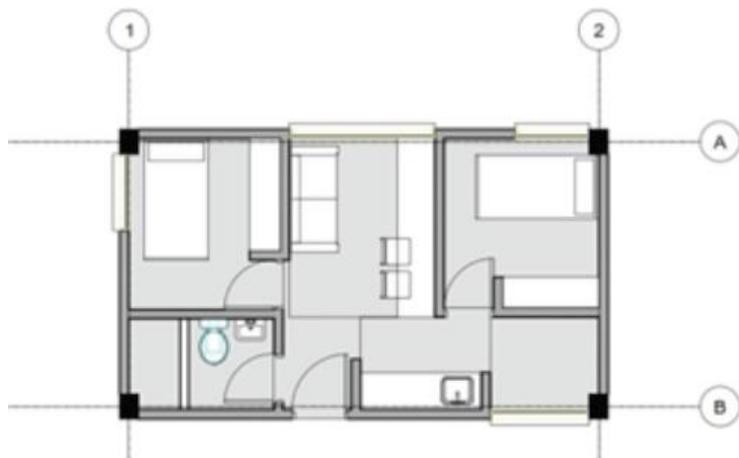
Módulo 4 - Espera y dispensación



Nota: Este módulo está compuesto por la sala de espera y el espacio para almacenamiento y dispensación de medicamentos, el cual cuenta con un espacio de mayor seguridad para medicamentos de alto costo y permite la atención desde el exterior para evitar aglomeraciones en la sala de espera. Tiene un área total construida de 59.65m², contando el área cubierta por la viga-canal y por el voladizo de la cubierta hacia el exterior, el área neta de espacios "útiles" es de 37.94m². Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 104*Módulo 5 - Técnico*

Nota: Este módulo está compuesto por el espacio para tableros eléctricos y compresor, espacio para planta de tratamiento de aguas residuales hospitalarias, espacio para manejo de residuos y baño-vestier para servicios generales. Tiene un área total construida de 59.65m², contando el área cubierta por la viga-canal y por el voladizo de la cubierta hacia el exterior, el área neta de espacios "útiles" es de 37.94m². Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 105*Módulo 6 - Vivienda Médica*

Nota: Este módulo corresponde a una de las alternativas para la ampliación, sin embargo, en el "apartado de condiciones del lote" se contemplan los requerimientos especiales que debe tener la implementación de este módulo, ya que su funcionamiento debe ser independiente del resto del edificio, en caso de implementar este módulo el lote debe tener un área mayor a la mínima requerida. Está compuesto por dos habitaciones independientes un área social compartida, baño, cocina y área de ropas. Tiene un área total construida de 59.65m², contando el área cubierta por la viga-canal y por el voladizo de la cubierta hacia el exterior, el área neta de espacios "útiles" es de 37.94m². Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Adaptación Climática

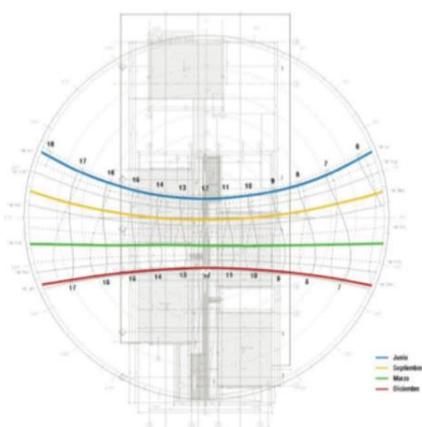
De acuerdo con lo planteado por el Departamento Nacional de Planeación en su proyecto Tipo, dependiendo de la condición ambiental del lugar de implantación, se definen recomendaciones bioclimáticas con el fin de obtener las mejores condiciones interiores ambientales en los distintos espacios que integran el proyecto por medio de la aplicación de diversas estrategias para climas cálidos y fríos en nuestro caso, las

condiciones se deben adaptar a un clima frío (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Se trata de tener en cuenta la orientación respecto al sol, la orientación respecto al viento, la ventilación natural (calidad aire), capacidad de energía del sol (directa o indirecta), características técnicas de las superficies (inercia), control del viento, manejo de vegetación (obstrucción, vegetación) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 106

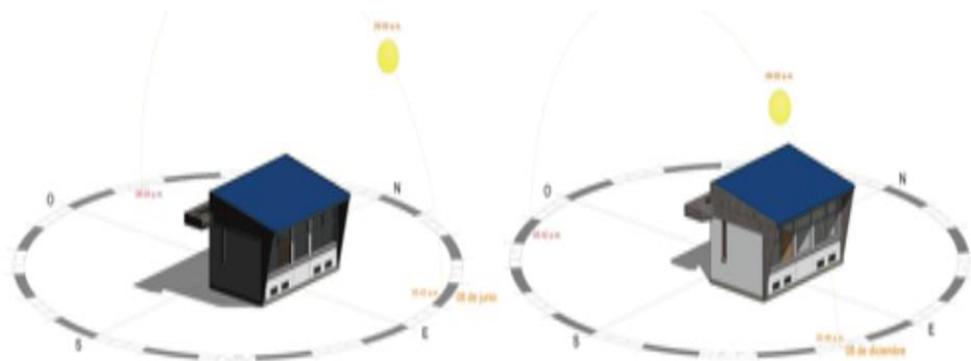
Orientación recomendada respecto al sol para climas fríos



Nota: En climas fríos, Las fachadas largas se orientan siguiendo el eje norte - sur para buscar que la radiación solar de las mañanas y de las tardes impacte el proyecto y sea transmitida al interior de los espacios. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Figura 107

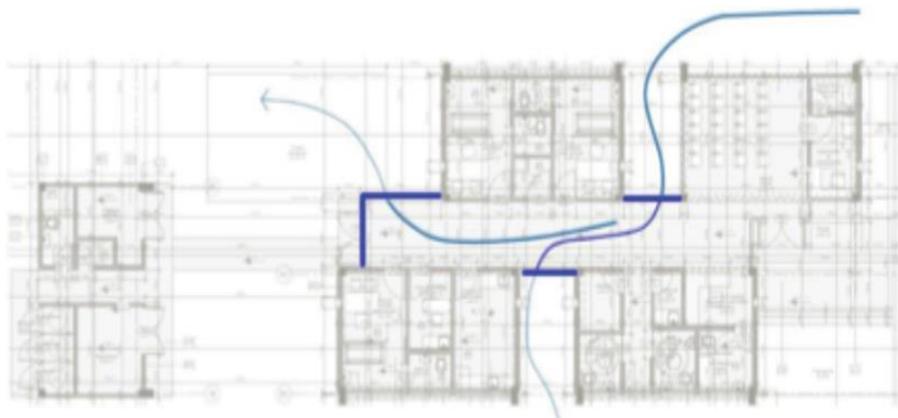
Incidencia solar en modulo, climas fríos



Nota: En la figura anterior se presenta la propuesta de módulo de acuerdo con la incidencia solar en los climas fríos. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 108

Movimiento del aire en módulos- clima frio



Nota: En climas fríos, El proyecto ha de evitar que el viento se canalice entre edificaciones mediante cerramientos permeables en un 30%. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Características del predio

El Departamento Nacional de Planeación recomienda que el predio elegido para la construcción del prototipo de salud debe estar ubicado en un lugar de fácil acceso para toda la población, siendo la entidad territorial titular del mismo y que tenga las siguientes características; proporción ideal 1:2 pero puede ir desde 1:1 hasta 1:2.8 de 754m² sin vivienda médica u 850m² con vivienda médica a 1002m² medidas aprox. 42.4m x 17.8m a 31.66m x 31.66m, con mínimo una fachada colindante con la calle o el espacio público (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Por otro lado, el cerramiento si es un lote en medianeras se dará sobre la fachada conectada al espacio público únicamente en los espacios vacíos, permitiendo que la fachada del edificio sirva como punto de contacto con la calle (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Teniendo en cuenta las recomendaciones anteriores, y al analizar las características del predio disponible para el proyecto, se identifica que es un lote que no está aislado (central) y es de fácil acceso a toda la población.

Figura 109

Posibilidades de lote e implementación



Nota: Relacionado con las posibilidades de implementación, se refiere a la dirección para la construcción del puesto de salud, de acuerdo con las características del predio disponible.

Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

El Departamento Nacional de Planeación afirma que el área debe ser de mínimo 754m² con una inclinación transversal máxima de 5% y longitudinal máxima de 2%. Aislamiento perimetral mínimo 3m. Separación mínima entre bloques de 2.4m entre fachadas cerradas (cortas), igual a la altura del volumen 4.36m min entre fachadas con aberturas (largas). Debe contar con disponibilidad de todos los servicios públicos y garantizar la prestación de los mismos. Debe contar con la conexión a vías de acceso (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Lo recomendado por el Departamento Nacional de Planeación es verificar que en el predio seleccionado para la construcción del puesto de salud, tenga las características requeridas según el uso del suelo definido en el Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT) (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Presupuesto

Figura 110

Presupuesto para la construcción y dotación del puesto de salud en la Vereda la Unión

Nombre del proyecto	Construcción y dotación puesto de salud Vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila							
Código del proyecto								
Objetivo central del Proyecto	Garantizar el derecho a la salud mediante la prestación de servicios básicos en salud de la zona Rural del Municipio de Suaza- Huila							
Causas directas	Objetivos indirectos	Producto	Unid.	Cant.	Actividad	Etapas	Costo Total	
No hay disponibilidad de infraestructura para atención Básica en salud	Disponer de un sitio apto para la atención básica en salud	Construcción infraestructura a Básica en salud	m2	269,6m2	Realizar obras preliminares	Pre-Inversión	\$ 712.458	
					Construcción de estructura	Inversión	\$ 251.938.314	
					Instalación de redes	Inversión	\$ 218.627.612	
					Realizar acabados	Inversión	\$ 312.895.740	
					Realizar obras exteriores	Inversión	\$ 101.294.570	
	COSTOS DIRECTOS						\$ 885.468.754	
	Interventoria						\$ 67.322.820	
	COSTO TOTAL CONTRUCCIÓN						\$ 952.791.574	
	Proveer dotación y mobiliario adecuado y en buen estado	Dotación infraestructura a básica en salud	#		38	Dotar la infraestructura básica en salud con los equipos y mobiliario necesarios para su operación	Inversión	\$ 120.122.953
	COSTO TOTAL DOTACIÓN						\$ 120.122.953	
TOTAL DEL PROYECTO						\$ 1.072.914.527		

Nota: El Departamento Nacional de Planeación, en su proyecto Tipo, relaciona unos valores los cuales tienen como base proyectos ejecutados en el país. Sin embargo, aclaran que estos valores pueden cambiar de acuerdo a las características del proyecto a implementar. Fuente:

(Departamento Nacional de Planeación, 2018).

Dotación mobiliaria y equipos

La dotación de mobiliarios y equipos para cada uno de los módulos se debe hacer de acuerdo a los estándares mínimos de habilitación establecidos en la resolución 3100 de

2019 la cual Inicio a regir a partir del año 2021. A continuación, se realiza la descripción por cada una de las áreas donde se va a prestar el servicio.

Figura 111

Presupuesto para la dotación de mobiliaria y equipos

Items	Espacio	Numero	Valor Aprox
1	Consultorio Medicina General		\$ 21.322.068,1
2	Consultorio PYP		\$ 21.322.068,1
3	Consultorio Odontológico		\$ 33.213.411,6
4	Toma de muestras de laboratorio		\$ 7.119.000,0
5	Toma de muestras ginecológicas		\$ 21.322.068,1
6	Recepción		\$ 5.009.943,6
7	Sala de espera		\$ 4.743.200,0
8	Dispensador de medicamentos		\$ 6.071.175,7
	TOTAL		120.122.935,03

Nota: Las especificaciones y características de cada uno de los elementos y equipos que se deben suministrar en los servicios a ofertar se encuentran descritos en la Resolución 3100 de 2019. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018)

Figura 112*Presupuesto de operación y mantenimiento*

Items	Cantidad	Costo mensual	Total
Médico	2	\$ 4.000.000,00	\$ 8.000.000,00
Odontólogo	1	\$ 2.500.000,00	\$ 2.500.000,00
Enfermero	1	\$ 1.800.000,00	\$ 1.800.000,00
Aux de enfermería	1	\$ 1.250.000,00	\$ 1.250.000,00
Aux de servicios Farmacèuticos	1	\$ 1.250.000,00	\$ 1.250.000,00
Servicios generales	1	\$ 737.717,00	\$ 737.717,00
Mantenimiento	1	\$ 737.717,00	\$ 737.717,00
Vigilancia	2	\$ 1.475.434,00	\$ 2.950.868,00
SUBTOTAL PAGO DEL PERSONAL			\$ 19.226.302,00
Servicio de suministro de energía eléctrica(externa y planta de emergencia)	1	\$ 600.000,00	\$ 600.000,00
alcantarillado	1	\$ 400.000,00	\$ 400.000,00
Manejo y disposición de residuos	1	\$ 150.000,00	\$ 150.000,00
Conectividad y telefonía	1	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00
Insumos de aseo	1	\$ 200.000,00	\$ 200.000,00
Insumos administrativos y médicos	1	\$ 350.000,00	\$ 350.000,00
SUBTOTAL PAGOS DE SERVICIOS E INSUMOS			\$ 1.900.000,00
Mantenimiento infraestructura y equipos	1	\$ 2.500.000,00	\$ 2.500.000,00
TOTAL			\$ 23.626.302,00

Nota: El presupuesto relacionado con operación y mantenimiento puede variar de acuerdo al costo del Salario Mínimo Legal Vigente cada año, de igual manera, se debe tener en cuenta la rotación del personal y teniendo en cuenta la necesidad se puede agregar o disminuir el mismo. Alguna de la información anterior se tomó del Proyecto Tipo, pero se ajustaron algunos valores. Fuente: (Departamento Nacional de Planeación, 2018).

De acuerdo a lo planteado por el Departamento Nacional de Planeación en el Proyecto Tipo, para garantizar la vida de los proyectos hay que asegurarse de que los encargados de su mantenimiento y operación (gobierno, comunidad, individuos, etc.) dispongan de lo siguiente:

Capacidad técnica y de gestión necesaria para mantener las actividades o bienes generados por el proyecto; recursos suficientes para financiar los gastos de operación (salarios de personal, reparaciones, compra de equipos) que generará dicho mantenimiento a mediano y largo

Conclusión del estudio técnico

Gracias al trabajo realizado se logró identificar las dimensiones y características del puesto de salud, es una propuesta realizada por el Departamento Nacional de Planeación, en donde se estipulan los detalles técnicos del puesto de salud y el costo del mismo. El resultado nace del análisis de las necesidades de salud de la comunidad de trece (13) veredas de la zona rural del Municipio de Suaza- Huila, en este sentido, gracias a la identificación de la demanda del servicio se logró adoptar las características de la infraestructura requerida en el puesto de salud, de igual manera los recursos para su mantenimiento y operación.

En el estudio se presentan los diseños a validar para conocer si cumplen con las condiciones de implementación, entre los diseños analizados se tienen; diseño arquitectónico, diseño estructural, diseño eléctrico, diseño hidrosanitario y drenaje y cubiertas. Se presenta el presupuesto y el cronograma de la obra. Teniendo en cuenta los servicios a ofertar se determinaron la capacidad técnica del proyecto; el tamaño óptimo del puesto de salud, su localización, características físicas, requerimientos legales y especificaciones de construcción.

Estudio económico- Financiero

Las tarifas para el cobro de insumos son tomadas de acuerdo al DECRETO 2423 DEL 31 DE DICIEMBRE DE 1996 ACTUALIZADO A 2021 DECRETO 1785 DE 2020 - SMLV \$ 908.526 - VALOR DIARIO \$ 30284,2. (Consultorsalud, 2021).

ARTÍCULO 46: Para el reconocimiento de las estancias hospitalarias que se contraten, se tendrá en cuenta la siguiente clasificación de las Instituciones a que hace referencia el Decreto 1760 de 1.990.

Figura 114

Tarifas

Producto	Servicio	Tarifa	Cantidad/mes	Total	Aumento anual	Cantidad anual	Costo	Costo anual
Producto 1	Consulta medicina general	\$ 57.800	528	\$ 30.518.400	1,91	6336	\$ 25.000	\$ 158.400.000
Producto 2	Consulta psicologica (brigadas mensuales)	\$ 24.800	240	\$ 5.952.000	0,82	2880	\$ 10.000	\$ 28.800.000
Producto 3	Consulta especializada (brigadas mensuales)	\$ 42.700	240	\$ 10.248.000	1,41	2880	\$ 25.000	\$ 72.000.000
Producto 4	Actividad individual o grupal de promoción,	\$ 11.200	264	\$ 2.956.800	0,37	3168	\$ 5.000	\$ 15.840.000
Producto 5	Atención de salud oral, incluidas las acciones	\$ 10.300	264	\$ 2.719.200	0,34	3168	\$ 5.000	\$ 15.840.000
Total		\$		52.394.400				\$ 290.880.000

Meses laborales	12
Días laborales Mensual	22
Total de habitantes	5576

Fuente: Autor

Evaluación económico- financiero

Figura 115

Evaluación económica - Financiero

Entradas	
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 1 AÑO 1	6336
INCREMENTO ANUAL UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 1	3%
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 1 AÑO 2	6.526
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 1 AÑO 3	6.722
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 1 AÑO 4	6.924
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 1 AÑO 5	7.131
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 2 AÑO 1	2.880
INCREMENTO ANUAL UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 2	3%
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 2 AÑO 2	2.966
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 2 AÑO 3	3.055
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 2 AÑO 4	3.147
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 2 AÑO 5	3.241
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 3 AÑO 1	2.880
INCREMENTO ANUAL UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 3	3%
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 3 AÑO 2	2.966
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 3 AÑO 3	3.055
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 3 AÑO 4	3.147
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 3 AÑO 5	3.241
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 4 AÑO 1	3.168
INCREMENTO ANUAL UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 4	3%
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 4 AÑO 2	3.263
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 4 AÑO 3	3.361
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 4 AÑO 4	3.462
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 4 AÑO 5	3.566
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 5 AÑO 1	3.168
INCREMENTO ANUAL UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 5	3%
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 5 AÑO 2	3.263
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 5 AÑO 3	3.361
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 5 AÑO 4	3.462
UNIDADES VENDIDAS PRODUCTO 5 AÑO 5	3.566
PRECIO DE VENTA UNITARIO PRODUCTO 1	\$ 57.800
PRECIO DE VENTA UNITARIO PRODUCTO 2	\$ 24.800
PRECIO DE VENTA UNITARIO PRODUCTO 3	\$ 42.700
PRECIO DE VENTA UNITARIO PRODUCTO 4	\$ 11.200
PRECIO DE VENTA UNITARIO PRODUCTO 5	\$ 10.300
AUMENTO ANUAL PRECIO UNITARIO DE VENTA	1,91%
COSTO UNITARIO TOTAL PRODUCTO 1	10.000
COSTO UNITARIO TOTAL PRODUCTO 2	8.000
COSTO UNITARIO TOTAL PRODUCTO 3	10.000
COSTO UNITARIO TOTAL PRODUCTO 4	5.000
COSTO UNITARIO TOTAL PRODUCTO 5	5.000
AUMENTO ANUAL COSTO UNITARIO TOTAL	2%
GASTOS OPERACIONALES	19.626.302
AUMENTO ANUAL GASTOS OPERACIONALES	6%
TASA DE INFLACION	6%
TASA DE IMPUESTOS	19%
TASA DE OPORTUNIDAD INVERSIONISTA	0%
COSTOS FIJOS ANUALES	290.880.000
AUMENTO ANUAL COSTOS FIJOS	0
DEPRECIACION Y AMORTIZACION ANUAL	12.012.295
VALOR DE RESCATE (Solamente para el método economico)	
TASA REAL O CONSTANTE	22,64%

Fuente: Autor

Calculo de inversión inicial

Figura 116

Calculo de la inversión inicial

CALCULO DE LA INVERSION INICIAL						
TERRENOS						-
CONSTRUCCIONES						\$ 952.791.574
MAQUINARIAS Y EQUIPOS						\$ 120.122.953
CAPITAL DE TRABAJO						\$ -
ACTIVOS DIFERIDOS						\$ -
TOTAL INVERSION INICIAL						\$ 1.072.914.527
NUMERO DE PERIODOS DEL ANALISIS						5

Fuente: Autor

Figura 117

Costos unitarios

ITEM	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
COSTO UNITARIO P1	25.000	26.500	28.090	29.775	31.562	33.456
COSTO UNITARIO P2	10.000	10.600	11.236	11.910	12.625	13.382
COSTO UNITARIO P3	25.000	26.500	28.090	29.775	31.562	33.456
COSTO UNITARIO P4	5.000	5.300	5.618	5.955	6.312	6.691
COSTO UNITARIO P5	5.000	5.300	5.618	5.955	6.312	6.691
		1,06	1,06	1,06	1,06	1,06

CALCULO DEL PRECIO DE VENTA UNITARIO

ITEM	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
PRECIO DE VENTA P1	57.800	61.268	64.944	68.841	72.971	77.349
PRECIO DE VENTA P2	24.800	26.288	27.865	29.537	31.309	33.188
PRECIO DE VENTA P3	42.700	45.262	47.978	50.856	53.908	57.142
PRECIO DE VENTA P4	11.200	11.872	12.584	13.339	14.140	14.988
PRECIO DE VENTA P5	10.300	10.918	11.573	12.267	13.004	13.784
		1,06	1,06	1,06	1,06	1,06

CALCULO DE LOS GASTOS OPERACIONALES

ITEM	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5
GASTOS OPERACIONALES	19.626.302	20.803.880	22.052.113	23.375.240	24.777.754	26.264.419
		1,06	1,06	1,06	1,06	1,06

Fuente: Autor

Flujo de caja

Figura 118

Flujo de caja

FLUJO DE CAJA DEL PROYECTO							
TERMINOS CORRIENTES							
ITEM	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
VENTAS		75.220.992	82.126.279	89.665.471	97.896.762	106.883.684	
OTROS INGRESOS GRAVABLES						-45.061.477	
GASTOS OPERACIONALES		20.803.880	22.052.113	23.375.240	24.777.754	26.264.419	
COSTOS DE PRODUCCION		33.580.800	36.663.517	40.029.228	43.703.912	47.715.931	
OTROS EGRESOS DEDUCIBLES							
DEPRECIACION		12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	
UAI		8.824.017	11.398.353	14.248.708	17.402.801	-24.170.437	
IMPUESTOS CAUSADOS		1.676.563	2.165.687	2.707.255	3.306.532	-4.592.383	
IMPUESTOS PAGADOS		0	1.676.563	2.165.687	2.707.255	3.306.532	-4.592.383
DEPRECIACION		12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	
VALOR DE RESCATE						-	
OTROS INGRESOS NO GRAVABLES						60.061.477	
OTROS EGRESOS NO DEDUCIBLES							
FLUJO NETO DE EFECTIVO	-1.072.914.527	20.836.312	21.734.086	24.095.316	26.707.842	44.596.802	4.592.383
VALOR DEL VPN	-930.351.786	NO SE ACEPTA EL PROYECTO					
VALOR DE LA TIR	-39,85%	NO SE ACEPTA EL PROYECTO					

Fuente: Autor

Análisis del proyecto con financiamiento

Figura 119

Análisis del proyecto con financiamiento

CALCULO DEL COSTO DE CAPITAL

FUENTE	MONTO	C.D.I	% PARTICIP.	C.P.P.
INVERSIONISTA	1.037.914.527	0,00%	96,74%	0,00%
PASIVOS	35.000.000	22,87%	3,26%	0,75%
TOTAL	1.072.914.527		100,00%	
COSTO DE CAPITAL				0,75%

FLUJO DE CAJA DEL PROYECTO

TERMINOS CORRIENTES

ITEM	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6
VENTAS		75.220.992	82.126.279	89.665.471	97.896.762	106.883.684	
OTROS INGRESOS GRAVABLES		-	-	-	-	-45.061.477	
GASTOS OPERACIONALES		20.803.880	22.052.113	23.375.240	24.777.754	26.264.419	
COSTOS DE PRODUCCION		33.580.800	36.663.517	40.029.228	43.703.912	47.715.931	
OTROS EGRESOS DEDUCIBLES		-	-	-	-	-	
DEPRECIACION		12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	
UAI		8.824.017	11.398.353	14.248.708	17.402.801	-24.170.437	
IMPUESTOS CAUSADOS		1.676.563	2.165.687	2.707.255	3.306.532	-4.592.383	
IMPUESTOS PAGADOS		0	1.676.563	2.165.687	2.707.255	3.306.532	-4.592.383
DEPRECIACION		12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	12.012.295	
VALOR DE RESCATE						-	
OTROS INGRESOS NO GRAVABLES						60.061.477	
OTROS EGRESOS NO DEDUCIBLES							
FLUJO NETO DE EFECTIVO	-43.000.000	22.260.000	16.679.600	17.627.876	18.633.049	55.404.336	-9.835.958
VALOR DEL VPN	74.830.851	SE ACEPTA EL PROYECTO					
VALOR DE LA TIR	42,11%	SE ACEPTA EL PROYECTO					

Fuente: Autor

Evaluación de resultados

De acuerdo al resultado presentado en la evaluación económica del proyecto, se evidencia que el proyecto es viable gracias a la financiación del mismo, en este caso, no se realiza una inversión de un particular, esta inversión inicial se realiza por el Gobierno Nacional y Departamental. A medida que se van prestando los servicios habilitados (cinco productos) se puede evidenciar la sostenibilidad financiera del puesto de salud, teniendo en cuenta que los egresos son menores a los ingresos.

Conclusiones

Gracias a la investigación realizada sobre el diagnóstico actual del sector salud del Municipio de Suaza- Huila, se logró identificar las necesidades en salud de los habitantes que conforman Trece (13) veredas del Municipio de Suaza- Huila. Se evidencia una carencia de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Si bien, se realizan actividades de manera aislada propuestas por la gobernación del Departamento, vinculando a la ESE Nuestra Señora de Fátima, como intermediaria en el proceso, dichas actividades no son suficientes para suplir la necesidad de la población, una necesidad constante. El Municipio cuenta con un solo lugar funcionando, en donde se prestan servicios de salud, la “ESE Nuestra Señora de Fátima”, esta entidad atiende población Suaceña, tanto de la zona Rural y urbana del Municipio. Se evidencia que la capacidad instalada de la ESE no es suficiente teniendo en cuenta el número de habitantes del Municipio, de igual manera, los programas para fortalecer el sector no son suficientes para prevenir la enfermedad y promocionar la salud de los habitantes de dichas zonas.

Se evidencia la necesidad de Articulación de intervenciones entre los actores: EAPB, IPS, municipio y comunidad en acciones de promoción y prevención, tratamiento y rehabilitación, como también la accesibilidad a servicios de Salud, en este sentido, de manera urgente es necesario el fortalecimiento de las acciones para la prevención, la detección temprana y control de enfermedades, de igual manera, la educación sobre estilos de vida saludables, importantes para reducir los daños causados a la salud de la población.

El resultado del estudio de mercado realizado es satisfactorio, teniendo en cuenta que se logró determinar la demanda, uso y mercado potencial de un puesto de salud en la vereda la Unión del Municipio de Suaza- Huila. De acuerdo a los resultados de la encuesta relacionado con los servicios preventivos, (oferta de servicios por la EPS), se encontró que en todos los grupos de

edades fue igual al uso de servicios realizados por la población (los servicios ofertados por la EPS fueron los mismos usados por las personas); se encontró también, que la oferta y el uso de los servicios disminuyen a medida que avanza el grupo de edades, concentrándose primordialmente en el primera año hasta los 10 años de vida (se evidencia mayormente en los servicios de vacunación), a partir de los 11 años la oferta y la utilización de los servicios de salud disminuyen notablemente, desde esa edad la EPS deja de ofrecer servicios fundamentales para la prevención de la salud y la promoción de la enfermedad, hay servicios que nunca se han ofrecido, por lo tanto nunca se han utilizado por parte de los niños, jóvenes y adultos.

Relacionado con el acceso a servicios, el 85.3% de los encuestados no han acudido a servicios de salud en los últimos 6 meses, el 14,7% de personas que si lo han hecho. De las personas que no han acudido a médico general algunas de ellas, si han tenido problemas de salud, pero acuden a la farmacia por medicamentos (automedicación).

Se llegó a la conclusión que la comunidad carece de servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, estos servicios consisten en ejecutar acciones, procedimientos e intervenciones integrales, encaminadas a que la población, tanto individuos y familias, mejoren sus condiciones de vida y gocen de una vida saludable. Los servicios que son necesarios ofrecer se encuentra; consulta con médico general, consulta con especialista en ginecología, consulta de odontología, consulta con enfermería, servicio de farmacia y ejecución de programas de prevención y promoción de manera continua.

Luego de realizar el estudio de mercado, se continúa con la determinación de las capacidades técnicas del proyecto, considerando aspectos relacionados con el tamaño óptimo, su localización, características físicas, requerimientos legales y especificaciones de construcción,

instalación y capacidad. En esta fase se logró identificar las dimensiones y características del puesto de salud, es una propuesta realizada por el Departamento Nacional de Planeación, en donde se estipulan los detalles técnicos del puesto de salud y el costo del mismo. El resultado nace del análisis de las necesidades de salud de la comunidad de trece (13) veredas de la zona rural del Municipio de Suaza- Huila, en este sentido, gracias a la identificación de la demanda del servicio se logró adoptar las características de la infraestructura requerida en el puesto de salud, de igual manera los recursos para su mantenimiento y operación. Se debe construir un puesto de salud en un área aproximada de 754 metros cuadrados, considerando las características de la población, condiciones climáticas, suelo, ubicación y acceso a los servicios.

En el estudio se presentan los diseños a validar para conocer si cumplen con las condiciones de implementación, entre los diseños analizados se tienen; diseño arquitectónico, diseño estructural, diseño eléctrico, diseño hidrosanitario y drenaje y cubiertas. Se presenta el presupuesto y el cronograma de la obra. Teniendo en cuenta los servicios a ofertar se determinaron la capacidad técnica del proyecto; el tamaño óptimo del puesto de salud, su localización, características físicas, requerimientos legales y especificaciones de construcción.

Por último, se realiza el estudio de factibilidad económica-financiera del proyecto en donde se presenta una evaluación de los aspectos relacionados con la inversión, fuente de financiamiento y retorno de inversión. Se identificó que el proyecto no sería viable si se realizara una inversión inicial (construcción y dotación), con recursos propios, sin embargo, se realizó el análisis en donde se evidencia que si estos costos de financiación inicial se realizan por medio del estado (asignación de presupuesto para la construcción y dotación del puesto de salud), el proyecto será viable. En este sentido, se puede evidenciar que los egresos por costos y gastos operacionales son menores que los ingresos por los servicios que se van a prestar en el puesto de salud.

Recomendaciones

De acuerdo a los resultados encontrados en la primera fase del proyecto, se recomienda a los entes Municipales, gestionar de manera oportuna la información relacionada con los informes del estado actual de salud de la población en general, teniendo en cuenta que la información existente relacionada con el sector, es limitada y el último informe del Análisis de situación de (ASIS) presentado al Municipio corresponde al año 2018, pueden ser significativos los cambios presentados en el transcurso de los años siguientes. Aunque en el Diagnóstico Integral del Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila, “Ahora si lograremos el cambio, el campo somos todos, 2020 – 2023”, se presenta alguna información actualizada correspondiente a los resultados DANE, para un estudio a profundidad sobre el estado de salud actual de la población Suaceña, como para la toma de decisiones, la propuesta y ejecución de proyectos, es necesario contar con información actualizada y veraz.

Relacionado con la fase dos (2) del proyecto y el resultado del estudio de mercado realizado, se recomienda ejecutar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de manera urgente y oportuna. La carencia del acceso a este derecho fundamental (salud) es evidente en la población rural objeto de estudio, mayormente en población de hombres y mujeres en edad superior a once (11) años. De acuerdo al Modelo Integral de atención en salud (MIAS) y las rutas integrales de atención en salud (RIAS), los departamentos, Municipios y Entidades administradoras promotoras de beneficio de salud (EAPBS), deben implementar estrategias que garanticen la cobertura total del derecho a la salud de todos los colombianos. Es preocupante que muchas de las personas no hayan recibido ningún tipo de atención encaminada a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad hasta por más de tres (3) años.

De acuerdo al resultado del estudio técnico, se recomienda gestionar la ejecución del proyecto basados en la propuesta del Departamento Nacional de Planeación, esto con el fin de reducir costos al momento de la propuesta, planeación y ejecución del mismo. El Ministerio ofrece herramientas importantes para que estas actividades se puedan gestionar desde los Municipios y departamentos de manera directa. La propuesta presentada en el Proyecto tipo, es completa, clara y se ajusta a las necesidades que se presentan en la población objeto de estudio.

Al estimar la factibilidad económica-financiera se recomienda hacer un análisis exhaustivo de los gastos operacionales, esto con el fin de mitigar los gastos presentados de manera mensual en el puesto de salud, tener en cuenta que los recursos son intermediados por la administración de la ESE Municipal, se recomienda auditar dicha distribución de recursos económicos para que el puesto de salud se mantenga en condiciones dignas para ofrecer la atención necesaria a la población.

A la comunidad se recomienda ejercer la Política de participación social en salud, porque es la comunidad la que debe estar en primera línea velando por los intereses y el bienestar común. En este sentido y de acuerdo a lo estipulado en dicha política, las EAPBS y la ESE Municipal deben; identificar y disponer los canales de comunicación y los medios electrónicos y presenciales para disponer información a la ciudadanía; identificar y desarrollar los mecanismos o espacios institucionales para adelantar procesos de discusión, negociación y concertación; establecer mecanismos para facilitar las veedurías ciudadanas y participación de grupos sociales y de ciudadanos en el control social a la gestión institucional; identificar, por área misional, las iniciativas temáticas sobre las cuales se pueden hacer ejercicios de participación; establecer diálogos participativos en las instancias del sector salud; garantizar el reconocimiento de los

representantes elegidos de forma democrática; implementar la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación para facilitar el acceso a la información y brindar espacios a los ciudadanos para expresar sus opiniones sobre los temas de interés en salud; implementar los diálogos participativos como espacios de encuentro entre las autoridades y la comunidad con la finalidad de recoger comentarios en forma directa y presencial. Lo anterior, se describe en la Política de participación Social en Salud y es importante y necesario que toda la comunidad lo conozca y lo ponga en práctica, considero que es la única manera en la cual se puede garantizar la continuidad del éxito del proyecto y demás proyectos que se ejecuten en la comunidad.

Referencias bibliográficas

- American Health Organization (AHO). (2019). *Promoción de la salud*. Washington, D.C.
- Alcaldía Municipal de Suaza- Huila . (2020). *Diagnostico Integral -Plan de Desarrollo del Municipio de Suaza Huila*. Suaza-Huila: Alcaldía Municipio de Suaza, Huila.
- AlmaNatura. (18 de 02 de 2016). *La importancia de los Centros de Salud en el Desarrollo Rural*. Recuperado el 10 de 01 de 2021, de AlmaNatura: -
<https://almanatura.com/2016/02/importancia-los-centros-salud-desarrollo-rural/>
- Arrivillaga, M., Aristizabla, J. C., Perez, M., & Estrada, V. E. (2016). Encuesta De Acceso A Servicios De Salud Para Hogares Colombianos –Eass-2016. *Pontificia Universidad Javeriana de Calid*.
- Baca Urbina, G. (2010). *Evaluación de proyectos*. Mexico: Interamericana Editores, S.A. De C.V.
- Chain, N. S., & Chain, R. S. (2015). *Preparación y evaluación de proyectos*. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana S.A.
- Consultorsalud. (2021). *Manual Tarifario SOAT de Salud 2021*. Bogota.
- Departamento Nacional de Planeación. (2018). *Proyecto Tipo. Construcción y dotación de infraestructura básica en salud*. Bogota D.C: Ministerio De Salud.
- Escorza, T. E. (2018). *Claves identificativas de la investigación evaluativa: Análisis desde la práctica*. Zaragoza : Universidad de Zaragoza.
- Executive master Project Management. (2020). *Modulo 6. El cierre del proyecto*. Bogota D.C: MDAP.

- Galindez, A. (10 de 11 de 2012). *Las tic vergel suaza huila*. Recuperado el 31 de 10 de 2021, de slideshare.net: <https://es.slideshare.net/arceliagalindez/las-tic-vergel-suaza-huila-15254570>
- GPM ingenieros. (03 de 04 de 2018). *Institucion Educativa la Union Municipio de Suaza Huila*. Recuperado el 31 de 10 de 2021, de <https://www.youtube.com/>: <https://www.youtube.com/watch?v=9hjvO9sY4Q4>
- Hernández-Sampieri, R. F.-C.-L. (2014). *Selección de la muestra. En Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Jesus, T. R. (2010). *Estudio de factibilidad para la construcción de un centro de salud privado especializado en la atención de la mujer*. Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- JJC GRUPOS. (2021). *Ingeniero Control de Calidad - Obra Infraestructura de Salud*. Perú: Bumeran.
- Mencos, D. M. (2020). *Propuesta para la construcción de un centro de salud, en la cabecera municipal de San Juan la laguna, Sololá, Guatemala*. Guatemala: universidad del Istmo.
- Ministerio de Salud. (1996). *Resolución Numero 4288 De 1996*. Bogota D.C.
- Ministerio de Salud. (2020). *Plan de contingencia para responder ante la emergencia por covid 19*. Bogota.
- Ministerio de Salud. (2021). *Gestión integrada para la salud mental*. Bogota D.C.
- Ministerio de Salud y la Protección Social. (25 de 10 de 2021). *Minsalud*. Recuperado el 21 de 10 de 2021, de Minsalud: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/ASIS.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social . (15 de Julio de 2018). *Plan Nacional de Salud Rural* . Recuperado el 10 de 01 de 2022, de Minisalud:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/mmps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (21 de abril del 2016). *Resolución 1441 de 2016*. Bogota D.C.

Nueva Eps. (01 de 10 de 2021). *Tarifas*. Recuperado el 31 de 10 de 2021, de nuevaeps.com.co:
<https://www.nuevaeps.com.co/personas/regimen-contributivo/tarifas>

Project Management Institute. (2017). *Guía del PMBOK*. USA: Global Standard.

Recursos en Project Management. (2016). *Control de proyecto*. Bogota D.C:
<https://www.rekursosenprojectmanagement.com/>.

Salazar, R. C. (2013). *Plan estratégico del puesto de salud Taype - Perú*. Perú.

Sanz, R. (2017). *De la Gerencia del Proyecto a la Gerencia de la PMO*. Nextop formación y consultoría sl.

Secretaria de Salud Departamental de Salud-Dirección Local de Salud. (2017). *Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, Suaza 2017*. Suaza.

Tapias, D. (2014). *Tipos de Proyectos*. Madrid: Escuela Politécnica Superior.

Universidad Of OXFORD . (29 de 09 de 2020). *Multidimensional Poverty Peer Network*.
 Recuperado el 25 de 10 de 2021, de Red de pobreza multidimensional:
<https://mppn.org/es/pobreza-multidimensional/por-que-el-ipm/>

Vanegas, L. J., & Navarro, F. S. (2018). *Diseño de un modelo para el gobierno y gestión de proyectos de ti en sedes territoriales de entidades publicas colombianas: entidad estadística nacional*. barranquilla: universidad del norte.