

ESTUDIO DE VIABILIDAD PARA INICIAR UN HOGAR GERIÁTRICO EN
CHÍA CUNDINAMARCA

Trabajo de grado para optar al título de
Especialista en Gerencia de Servicios de Salud
Institución Universitaria Colegios de Colombia
UNICOC

SANDRA MILENA MEDINA MARTÍNEZ
NIDIA VIVIANA VÁSQUEZ CANASTO.
AGOSTO 2015.

UNICOC. INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO.
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

El presente proyecto busca la viabilidad financiera para iniciar un Hogar Geriátrico en el municipio de CHIA, para población con estratificación social 3, donde se oferte servicios de atención al Adulto Mayor en condiciones de calidad, que le proporcione bienestar en este ciclo vital.

El problema identificado es el abandono del Adulto Mayor por parte de su núcleo familiar, lo que se pretende a través de este proyecto es proporcionarle un ambiente donde el adulto mayor se sienta acogido y se relacione con otros adultos con características similares.

Para satisfacer las necesidades en este ciclo vital el Hogar Geriátrico contará con personal idóneo y con la infraestructura necesaria para brindar la atención según los servicios ofertados.

ABSTRACT

This project seeks to initiate a financial viability Geriatric Home in the town of Chia, for people with social stratification 3 where care services are offered to seniors in terms of quality, to provide you welfare in this life cycle.

The identified problem is the abandonment of the Elderly by your household, the aim through this project is to provide an environment where older adults feel welcome and relate to other people with similar characteristics.

To meet the needs in this life cycle will Geriatric Home with qualified personnel and with the necessary care to provide the services offered by infrastructure.

PALABRAS CLAVES:

Adulto Mayor, Hogar Geriátrico, Proyecto, Atención En Salud, Estudio de mercado, Viabilidad Financiera.

ABSTRACT.....	iii
PALABRAS CLAVES:.....	iii
Lista de tablas	vi
Lista de figuras.....	vii
Capítulo 1 ESTUDIO DE VIABILIDAD PARA INICIAR UN HOGAR GERIÁTRICO EN EL MUNICIPIO DE CHIA - CUNDINAMARCA.....	1
INTRODUCCIÓN:.....	1
1.1. JUSTIFICACIÓN	2
1.1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.2. MARCO TEÓRICO.....	3
1.2.1.DEFINICIÓN ADULTO MAYOR:.....	4
1.2.2.CARACTERIZACIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR:.....	5
1.2.3.LA GERIATRÍA.....	6
1.2.4.OBJETIVOS DE LA GERIATRÍA	7
1.2.5.TIPOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO	7
1.2.6.CONCEPTO DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS	9
1.2.7.CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.....	11
1.2.8.COMPONENTES NECESARIOS EN LA CREACIÓN DE UN HOGAR GERIÁTRICO	12
1.2.9.LA ESTRATEGIA COMPETITIVA	13
1.3. LA DISCIPLINA DEL VALOR	16
1.3. OBJETIVOS	17
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	17
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
1.4. METODOLOGIA.....	17
Capítulo 2.DISCUSIÓN Y RESULTADOS.....	18
2.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR	18
2.1.1. CONTEXTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN COLOMBIA	18
2.1.2 ESPERANZA DE VIDA AL NACER COLOMBIA.....	20
2.1.3.MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN COLOMBIA:	20
2.1.4.CONTEXTO POBLACIONAL Y CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA.....	22
2.1.5.ESPERANZA DE VIDA DEL MUNICIPIO DE CHIA	28
2.1.6. INDICADORES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE CHIA.....	29
2.1.7.CONTEXTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN CHIA	31
2.1.8.CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO DEL MUNICIPIO DE CHIA.....	32
2.2. ESTUDIO DE MERCADO DEL PROYECTO	34
2.2.1 GENERALIDADES	34
2.2.2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA:	34
2.2.3. OFERTA DE SERVICIOS:.....	36
2.2.4.DÉFICIT REAL:.....	37

2.2.5. DÉFICIT TEÓRICO:.....	37
2.2.6. ANÁLISIS DEL MERCADO:	38
2.2.7. MATRIZ DOFA	40
2.2.8. PORTAFOLIO DE SERVICIOS:	42
2.3. RECURSOS HUMANOS Y FISICOS DEL PROYECTO	42
2.3.1. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO:	42
2.3.2. RECURSO HUMANO DEL PROYECTO	44
2.4.INFRAESTRUCTURA	45
2.5. VIABILIDAD FINANCIERA DEL PROYECTO	46
2.5.1. PROYECCIÓN FINANCIERA DEL PROYECTO:.....	46
2.5.2. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN:.....	46
2.5.3.RETORNO DE LA INVERSIÓN:	48
<u>CAPITULO 3 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	49
3.1.CONCLUSIONES	49
3.2.RECOMENDACIONES.....	49
Apéndice	53

Lista de tablas

vi

Tabla 1. Características de Ciclo de Vida	5
Tabla.2. Indicadores Demográficos 2005-2020	19
Tabla.3. Distribución Poblacional por Edad y Sexo del Municipio de Chía 2013	25
Tabla.4. Crecimiento poblacional por grupo de Edad Chía 1985-2020	26
Tabla.5. Indicadores de Estructura demográfica Municipio de Chía. 2005-2020	28
Tabla.6. Proyección de Esperanza de Vida. Chía 2010- 2020	29
Tabla.7. Causas de Morbilidad 2005-2011 Municipio de Chía.	30
Tabla.8.Distribución de población Municipio de Chía. 2012	33
Tabla.9. Ocupación de los Hogares para Adulto Mayor en Chía	35
Tabla.10. Estimación de la Demanda Potencial del Proyecto	36
Tabla.11. Oferta teórica del Proyecto	36
Tabla.12. Déficit Real del Proyecto	37
Tabla.13. Déficit Teórico del Proyecto	37
Tabla.14. Matriz DOFA	41
Tabla.15. Perfiles y Competencias del Recurso Humano del Proyecto	44
Tabla.16. Presupuesto Inicial de Gastos del Hogar Geriátrico	47
Tabla.17. Presupuesto de Ingresos y Gastos del Hogar Geriátrico	48

Lista de figuras

vii

Figura.1. Las 5 fuerzas del mercado de Porter	14
Figura.2. Pirámide Poblacional Colombia 2005-2020	19
Figura.3. Esperanza de Vida al nacer por Sexo - Colombia 1985-2020	20
Figura.4. Causas de Mortalidad Colombia 2005-2012	22
Figura.5. Población de Cundinamarca por género 2012-2014	23
Figura.6. Pirámide Poblacional por sexo. Cundinamarca 2005-2013	23
Figura.7. División Política Chía – Cundinamarca	24
Figura.8. Distribución Poblacional 2005- 2020 Chía.	26
Figura.9. Población por sexo y grupo de Edad. Municipio Chía 2013	29
Figura.10. Causas de Mortalidad Municipio Chía- 2005-2011	30
Figura.11. Estructura organizacional	43

Capítulo 1

ESTUDIO DE VIABILIDAD PARA INICIAR UN HOGAR GERIÁTRICO EN EL MUNICIPIO DE CHIA - CUNDINAMARCA

INTRODUCCIÓN:

El proyecto es iniciar la creación de un Hogar Geriátrico dirigido a cualquier persona: hombre o mujer mayor de 60 años, pensionados, no pensionados, adultos mayores, de los estratos 3-4 en el municipio de Chía. El objetivo principal de esta idea de negocio es crear un nuevo concepto sobre el cuidado en la última etapa de la vida, que pretende ofrecer al adulto mayor el bienestar, la atención y la independencia que necesita junto con un excelente servicio y de la mejor calidad.

De acuerdo a lo normado en la Ley Nacional 1315 de 2009 se establecen las condiciones mínimas que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención, ya que en muchas ocasiones y por diversos motivos, el cuidado y la atención de las personas mayores, es confiado a personas ajenas al grupo familiar, lo cual demanda profesionalismo, respeto, responsabilidad, eficiencia y tolerancia, además de una significativa atención en salud.

Actualmente se presenta un aumento progresivo de la población de adultos mayores que demandan mayor atención y cuidado en este ciclo vital ya que se evidencia un mayor deterioro de su estado físico y mental, razón por la cual se hace necesario crear un establecimiento que brinde el cuidado y bienestar que por falta de tiempo o de voluntad no les puede brindar la familia.

Lo que se busca con la iniciación y creación del Hogar Geriátrico es que el adulto mayor no se sienta apartado de la vida social, sino que pueda generar vínculos con personas de sus mismas características o afinidades sociales, compartiendo con otros, sus experiencias y habilidades logradas a largo de su vida, sintiéndose útiles y activos en la sociedad.

El presente proyecto tiene como objetivo principal estudiar la viabilidad financiera de iniciar un Hogar Geriátrico para el cuidado del Adulto Mayor Residente en el Municipio de Chía y sitios aledaños, brindando una atención basada en la promoción, prevención, asistencia y bienestar social en su proceso de envejecimiento atendiendo sus necesidades básicas.

El trabajo mostrará inicialmente la caracterización de la población del municipio de Chía, buscando determinar el grupo objetivo que se beneficiará con este proyecto,

identificando la oferta existente de los Hogares Geriátricos en el municipio, teniendo en cuenta las determinantes en el manejo del adulto mayor en hogares geriátricos.

Luego se identificarán los recursos humanos y físicos requeridos para el proyecto y finalmente se realizará mediante un estudio financiero su viabilidad, con las conclusiones y recomendaciones generales del proyecto.

Este proyecto es un estudio descriptivo de la viabilidad de creación de un Hogar Geriátrico en el Municipio de Chía, teniendo en cuenta el estudio de mercado de las instituciones existentes actualmente a través de un análisis DOFA y utilizando como instrumentos de recolección de información la búsqueda activa en base de datos y estadística del municipio.

1.1.JUSTIFICACIÓN

1.1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios demográficos muestran un crecimiento progresivo de la población de Adulto Mayor en países desarrollados, congruentemente en Colombia se sigue esta tendencia. El envejecimiento constituye un proceso en el que participan componentes biológicos, psicológicos y sociales; donde el adulto mayor experimenta cambios en su físico como en la disminución de sus funciones, la capacidad mental además de los cambios sociales del medio en el que habita.

Las condiciones actuales de la sociedad y la variabilidad en la estructura y clasificación de la familia hace en muchos casos, que el adulto mayor sea separado o aislado de su núcleo, abandonado en otros casos, por considerarse que su nivel productivo es mínimo, que su salud mental y física se han deteriorado con consecuencias que demandan más tiempo y atención de sus cuidadores o familiares y que éstos por voluntad propia o por su rol en la sociedad no se encuentran en capacidad de responder hacia las necesidades de sus adultos mayores.

En Colombia, las estadísticas del DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas- DANE, 2.012) muestran que para el año 2020 habrá en el país alrededor de 6.500.000 personas mayores, lo que marca un crecimiento del 39,2% con respecto a 2011. Bogotá y sus alrededores registra un 55%; Atlántico un 43,2%; Antioquia un 42,2% y Córdoba un 38,8% se encuentran entre las ciudades y departamentos que más crecimiento porcentual tendrán para ese año.

Lo anterior demuestra que en Colombia es necesario generar y fortalecer los programas que permitan que la sociedad y los adultos mayores entiendan el envejecimiento en todas sus dimensiones y con sus implicaciones.

Según cifras del Departamento de Cundinamarca (Gobernación de Cundinamarca, 2014), el crecimiento poblacional que ha presentado el municipio de Chía y municipios aledaños, al igual que su crecimiento económico del 2000 a 2012, evidenciado en la aprobación de proyectos residenciales para estratos 3 y 4 que corresponden al 34,6% de los proyectos que se están desarrollando en el municipio. Además de ser un punto estratégico del desarrollo con Colegios, Universidades, empresas de bienes y servicios y otras actividades de negocio, lo proyectan como un punto de alta concentración de población.

De acuerdo con las estadísticas del Municipio de Chía (Alcaldía de Chía, 2014), la población de Adulto Mayor a 2011 corresponde a 8.867 personas que se encuentran en un rango de edad de 65 a más de 80 años; representando el 7,34% del total de la población del municipio. La proyección de crecimiento poblacional de Adulto mayor será de 8.2% para el 2020 en el municipio de Chía.

Por lo anterior, lo que se pretende con este proyecto es sustentar la viabilidad financiera de iniciar un hogar geriátrico en el municipio de Chía que dé respuesta a las necesidades sociológicas, físicas y sociales de la población Adulto Mayor que requiera de estos servicios.

Por otro lado, no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el transcurso de su vida; es decir, la vejez se construye desde la juventud. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida, lo que conlleva a que el adulto mayor que no pueda estar al cuidado de sus familiares, haga parte del hogar geriátrico que tendrá a su disposición los servicios que el necesite.

1.1.2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Falta de atención a las necesidades del adulto mayor por parte de su grupo familiar o cuidador residentes en el municipio de Chía?

1.2.MARCO TEÓRICO

Para la creación del hogar geriátrico, se realizó una revisión de literatura basada en conceptos relacionados con el tema.

1.2.1.DEFINICIÓN ADULTO MAYOR:

El envejecimiento constituye un proceso en que participan factores biológicos, psicológicos y sociales. El envejecimiento biológico es tanto de órganos como de funciones que se producen a diferentes niveles: celular, sistémico, estructural y funcional y los cambios presentados en su vida diaria por parte del Adulto Mayor modifican su calidad de vida por factores sociales y psicológicos.

Con el fin de poder definir las características y necesidades de las personas que hacen parte del nicho objetivo se debe señalar cuales son las características que definen a un adulto mayor, ya que existen diversas consideraciones para delimitar el concepto donde dependiendo de la fuente la definición cambia, por ejemplo en diversos países se consideran adultos mayores a personas mayores de 80 años (un ejemplo de esto es el Reino Unido), países en los cuales el promedio de edad es mucho mayor en comparación a países como los Latinoamericanos. De otro lado la Organización Mundial de la Salud realiza sus estudios poblacionales por grupos de edad y se consideran ancianos a los mayores de 65 años. En el caso de La Organización Panamericana de la Salud los considera a partir de los 60 años.

Otra fuente que se encuentra es la definición dada en la medicina geriátrica del llamado "Paciente Geriátrico" (E., 2001), en esta definición se contemplan conceptos como la presencia de diversas enfermedades crónicas que provocan incapacidad y riesgo social, se puede tomar la siguiente definición "Sujeto normalmente de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas, múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas o psíquicas. Además, suelen ser personas que tienen problemas sociales sobreañadidos y, con mucha frecuencia, trastornos de comportamiento.

En el año 1978 se realizó una propuesta, en la cual se integran aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Y en donde aunque la edad hasta cierto punto entra a definir las etapas, no es la característica fundamental para esta determinación, ya que se toma solo como una parte del proceso, se hablan de 4 etapas, pre adulta, adultez temprana, adultez media y adultez tardía la cual según Levinson (J.A, 1997) se da después de los 60 años.

La adultez tardía se diferencia por diversas características tanto fisiológicas como psicológicas, como se muestra a continuación:

Tabla 1. Características de Ciclo de Vida

Adulthood TEMPRANA (18-40)	Supone la culminación del ciclo vital.	Época propicia para materializar los sueños de juventud: 1. Selección de una profesión. 2. Conseguir un lugar en la sociedad. 3. Fundar y crear la propia familia. 4. Adquirir una ideología propia.
Adulthood INTERMEDIA (40-60)	Algunas habilidades, capacidades y destrezas decrecen, pero son suplidas por la experiencia y madurez.	Época de estabilidad. Se preocupa: 5. De la crianza y educación de los hijos. 6. Mantiene la competencia en el campo profesional y laboral. 7. Proyección hacia el mundo exterior: comienza a interesarse por actividades y responsabilidades de grupo, asuntos económicos y comunitarios. 8. Aceptar los cambios fisiológicos de la edad y adaptarse a ellos.
Adulthood TARDÍA (65 en adelante)	Decive de la fuerza, habilidades y destrezas físicas.	9. Se repliega e interioriza: pérdida de responsabilidades profesionales y familiares. 10. Se vuelve más realista. 11. Se interesa más por las recompensas a corto plazo. 12. Debe asumir la pérdida del cónyuge e incluso su propia vida.

Fuente: *Etapas y Consideraciones para el Aprendizaje*, Luis Amador Muñoz, Universidad Pablo de Olavide, Sevilla.

1.2.2. CARACTERIZACIÓN FÍSICA DEL ADULTO MAYOR:

Cuando se empieza a estudiar el tema del envejecimiento (Villanueva, 2003), es importante empezar por mencionar, que a nivel físico existen muchas teorías que explican la existencia de este fenómeno estas teorías son, la teoría del deterioro, la teoría celular, la teoría metabólica y la teoría de la muerte celular programada.

Teoría del deterioro: o teoría del desgaste como también se le conoce propone que el cuerpo se deteriora gradualmente, a medida que se usa, hasta llegar a un punto donde se desgasta totalmente. Esta teoría explica de una buena forma muchos de los síntomas presentados durante el proceso de envejecimiento.

Teoría celular: más que una única teoría es un conjunto de teorías, las cuales se basan en el estudio del funcionamiento interno de la células humanas, y propone que durante el periodo de vida las células acumulan en su interior sustancias nocivas que no son eliminadas, sino por el contrario se acumulan, lo que provoca el deterioro de las células en el largo plazo, lo cual es lo que genera el envejecimiento, como un síntoma de este proceso.

Teoría metabólica: se concentra en explicar el envejecimiento por medio del estudio de aspectos del metabolismo corporal humano, siendo los procesos de la ingestión de calorías y el estrés los más importantes, esta teoría argumenta que la dieta y la forma como se maneja el estrés tiene efectos directo como se comporta el organismo humano, y por ende de estos depende la manera y la velocidad de envejecimiento del ser humano.

Teoría de la muerte celular programada: esta teoría establece que el envejecimiento es un proceso genéticamente programado, es decir el tiempo de vida y por ende el momento de nuestra muerte está programado en nuestros genes, y a medida que nos acercamos a este momento las celular empiezan un proceso de autodestrucción.

1.2.3.LA GERIATRÍA

Según Devesa, la geriatría (Devesa, 1992) es la rama médica dedicada al cuidado de los adultos mayores que toca aspectos preventivos, terapéuticos, rehabilitatorios y paliativos integrando los aspectos sociales y familiares. Proporciona herramientas para la atención del adulto mayor enfermo en etapas agudas, subagudas y crónicas.

El interés por el estudio y tratamiento de las condiciones patológicas que afectan al ser humano a medida que envejece se remonta a 2800 a.C., en el antiguo Egipto, donde se consideraba que el proceso debilitante del envejecimiento era debido a «la purulencia en el corazón». Si bien la medicina de Hipócrates consideró al envejecimiento como un estado «frío y húmedo» y la medicina galénica lo definió como un estado «frío y seco», podemos inferir que la discrepancia sólo se debió a la heterogeneidad del proceso de envejecimiento.¹ Tanto en América como en Europa, el inicio del siglo XX se presentaba propicio para los movimientos revolucionarios, la lucha por los derechos laborales y contra la discriminación. Es en este contexto donde el Dr. IL Nascher dirigió su atención a los adultos mayores, pugnando por un mejor modelo de cuidado médico, que tomara en consideración los daños orgánicos y mentales causados por el paso del tiempo.

Décadas más tarde, en Gran Bretaña, Marjorie Warren impulsó el establecimiento de normas científicas en apoyo a este modelo. Al tomar a su cargo el área de pacientes ancianos e inválidos en el Hospital de West Middlesex, en 1930, innovó los modelos de cuidado e introdujo programas rehabilitatorios activos, modificaciones ambientales y estimulación tanto cognitiva como afectiva, lo que permitió la reintegración social y familiar de sus pacientes, otrora abandonados.

Los resultados de este trabajo se abordan en los 27 artículos que dedicó a la geriatría. En México, los antecedentes de esta disciplina se remontan a 1957, cuando se realizó en la Ciudad de México el Primer Congreso Panamericano de Geriatría. Sin embargo, la atención geriátrica dio inicio más de una década después, en 1979, con el Servicio de Consulta Externa Geriátrica en el Hospital General de México. Y no fue sino hasta 1988 cuando se creó la Unidad de Geriatría dentro del Pabellón 110 de Medicina Interna, destinándose 12 camas de hospitalización para tal propósito, mismas que se mantienen hoy en día.

1.2.4.OBJETIVOS DE LA GERIATRÍA

El objetivo prioritario de la geriatría es lograr el mantenimiento y la recuperación funcional del adulto mayor para conseguir el máximo nivel de autonomía e independencia, de tal manera que se facilite su reinserción a una vida autosuficiente en el núcleo familiar y el entorno habitual.⁵ Este propósito primordial se complementa con otras acciones que en su conjunto dan sostén al desarrollo de dicha especialidad, a saber:

1. Manejo de las condiciones comunes que afectan a los adultos mayores englobadas en los llamados síndromes geriátricos: demencia, delirium, depresión, caídas, trastornos de la marcha y el equilibrio, de privación sensorial, trastornos del sueño, incontinencia, dependencia funcional, trastornos de la motilidad, desnutrición, trastornos orales y dentales, dolor, úlceras de presión, fragilidad, síncope, sarcopenia, entre otros.
2. Gestión de la enfermedad crónica para afecciones prioritarias en los adultos mayores: diabetes, síndrome metabólico, falla cardíaca, cáncer.
3. Reconocimiento de la heterogeneidad y la complejidad del proceso de envejecimiento y sus desenlaces: adulto mayor sano, fragilidad precoz, riesgo de discapacidad, enfermedad terminal.
4. Comprensión y reconocimiento de la interacción entre el envejecimiento, la enfermedad, el estado clínico y el estado funcional del paciente.
5. Comprensión del uso apropiado de los medicamentos, evitando así los daños potenciales.

1.2.5.TIPOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

Si bien el envejecimiento es un fenómeno universal y ubicuo, existen múltiples factores que pueden influir en él. Un acercamiento al concepto de envejecimiento siempre tiene que ver con el sentido dinámico de la vida humana y con el hecho de que la vejez es resultado de etapas anteriores, así como de interacciones biogeográficas, económicas, familiares, psicosociales, ambientales y biológicas. (V. Diaz, 2003) Algunos de los factores más importantes a considerar son: • Carga genética y capital biológico • Familia de origen • Educación • Alostasis o respuestas adaptativas al estrés y medio ambiente • Hábitos y exposiciones ambientales • Morbilidad A partir de la construcción de indicadores del estado de salud (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo) se pueden definir cuatro tipos de envejecimiento.

1.2.5.1.TIPOS DE ENVEJECIMIENTO

Los tipos de envejecimiento se pueden clasificar así (Ribera, 2006) (SABE, 2001):

Envejecimiento ideal: cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.

Envejecimiento activo: cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.

Envejecimiento habitual: cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.

Envejecimiento patológico: en estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros.

Determinantes del Estado de Salud del Adulto Mayor

Un estudio basado en la realización de encuestas en el 2001 sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) aplicadas en 5 países de América Latina y el Caribe, (Argentina, México, Uruguay, Brasil y Chile), permitió proyectar las necesidades en materia de la salud de la población adulto mayor encuestada, determinando que a la hora de definir políticas sanitarias deben tenerse en cuenta aspectos ambientales como el lugar de residencia o las condiciones en las primeras etapas de la vida, intervienen en la tasa de mortalidad de los adultos mayores (Costa 1997 y 2000, y Mete 2005).

A su vez, la salud de los niños está estrechamente relacionada con el promedio del ingreso del hogar en el largo plazo, en este sentido, el efecto adverso sobre la salud de un ingreso bajo de manera permanente, se extiende a lo largo de todo el ciclo de vida del individuo (Case *et al.*2001) afectando su última etapa del ciclo de vida.

Siguiendo el modelo de Grossman (1972a, 1972b) se analizaron las siguientes variables: Edad, sexo, actividad realizada a lo largo de la vida, hábitos (alcohol y cigarrillo), estado nutricional, educación, ingresos económicos, cobertura en salud, estado civil, obteniendo como resultados una relación negativa con las variables de salud y positiva con respecto a la productividad. Es decir que la aplicación de las conductas preventivas reduce el riesgo de presentar un estado negativo de salud en la etapa de adulto mayor, no siendo significativo el rango de edad.

La inversión en salud, la educación y tener cobertura privada de salud tienen un impacto positivo en el estado actual del adulto mayor. Finalmente, los determinantes como la

salud y la situación económica en los primeros quince años de vida– determinan positivamente su estado de salud actual.

Otra conclusión de este estudio es que se estimaron los determinantes del estado de salud, medido a través de una autoevaluación de los individuos. Apareciendo con mayor riesgo sanitario: los menos educados, los sedentarios, los mal nutridos, las mujeres y los que tienen una cobertura pública de salud (lo cual está asociado con bajo nivel socioeconómico).

1.2.6. CONCEPTO DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS

La atención integral de un adulto mayor (Celia, 2013), donde el envejecimiento de la población constituye un factor importante en los sistemas económicos, políticos, culturales y sociales y que está presentando una creciente concientización de este grupo de edad como un grupo definido e identificable. La población adulta mayor se caracteriza como un grupo necesitado socialmente y al cual se debe responder para satisfacer sus necesidades básicas.

Las residencias para ancianos han sufrido altas y bajas en cuanto a prestigio o imagen social en la historia de los servicios sociales dirigidos a la atención y cuidado de personas mayores y el miedo a esta marginación hacía que los ancianos prefirieran vivir de forma precaria antes que internarse en uno de estos centros.

El origen de los hogares geriátricos nace en Europa en el siglo XVI y es destinado para las personas con alguna dificultad o problema mental, a mediados del siglo XX algunas incorporan el concepto de rehabilitación y a partir de la década del ochenta se comienza a pensar en términos de promoción de la salud.

En la década de los ochenta se presentaron cambios importantes para las personas mayores españolas: se generalizó el sistema de pensiones, el acceso al sistema sanitario y un proceso mucho más rápido de implantación del sistema público de servicios sociales. A partir de este cambio conceptual, la intervención social cambia y se centra en el concepto de ofrecer ayuda respetando la autonomía de los individuos sin tener por ello, que desprenderse de su medio habitual de vida. En este momento es cuando empiezan a aparecer los Servicios de Ayuda a Domicilio, los Centros de Día y la teleasistencia sanitaria.

Actualmente las principales características que pueden definir la situación actual de las personas mayores y de la sociedad que les rodea son:

- Importante extensión de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.
- Cambios en las relaciones familiares.
- Deficitaria coordinación entre el sistema sanitario y los servicios sociales.
- La incorporación de la mujer al mercado laboral.
- Insuficiente apoyo a las familias cuidadoras.

- La inestabilidad de los matrimonios (con separaciones y divorcios).
- La movilidad geográfica de los miembros de una misma familia
- Escaso aprovechamiento de la iniciativa social.
- El fenómeno creciente de la inseguridad ciudadana, afectando de manera muy particular a las personas mayores más vulnerables, por su situación de soledad o aislamiento social.
- El aumento de personas mayores residentes en España pero procedentes de otros países debido al aumento de la migración.

Este conjunto de circunstancias ha sometido a la familia a importantes tensiones de adaptación, la cual sigue cumpliendo sus funciones clásicas, pero además, se ha visto obligada a hacer frente a nuevas demandas, como resultado del retraso en el proceso de independencia de los hijos y de la mayor carga de cuidados que supone el incremento en el número de personas dependientes.

En los últimos años se ha producido una incorporación progresiva y creciente de la población femenina al trabajo, cada vez más cualificadas y con mayor nivel formativo. Al mismo tiempo, la difícil conciliación entre la vida familiar y laboral provoca que las mujeres tarden más tiempo en tener hijos o tengan menos, incrementando de esta forma el envejecimiento de la población y la disminución de la natalidad.

Pero la población cuidadora no sólo asume el costo directo del tiempo, sino que incurre, además, en costos personales en el ámbito de las relaciones sociales, trabajo, estudio, ocio y/o otros costos de oportunidad.

El tipo de hábitat dónde residen los mayores es una cuestión importante para la política social y la planificación de servicios. En la ciudad, la concentración de personas de edad permite desarrollar una serie de dispositivos y redes de asistencia sanitaria y social que permita cubrir las necesidades de las personas mayores obteniendo al mismo tiempo la máxima eficiencia en recursos y gasto social.

Por el contrario, la dispersión de personas mayores que existe en el medio rural en pequeños núcleos dificulta la prestación de servicios que sí se pueden ofrecer en las zonas urbanizadas.

El concepto de Hogar geriátrico ha venido presentando una transformación positiva ya que cambia el viejo paradigma de que las personas adultas mayores sigan siendo visualizadas como no útiles o servibles para la sociedad.

Existen varios tipos de hogares cuya finalidad es la estancia temporal o permanente del Adulto Mayor. Los hogares de larga estada, en general siguen manteniendo las viejas concepciones, el desafío es lograr iniciar el camino de la transformación pasando de un modelo tradicional a instituciones inteligentes.

La atención, organización y los fines de los hogares, se relacionan directamente con las concepciones que se tienen acerca del envejecer y de esta etapa de la vida.

El propósito hacia los residentes es lograr la contención y seguridad institucional, respetando las individualidades de sus integrantes, es procurar el desarrollo de las potencialidades, sin obligar a participar de actividades que no resulten placenteras, son conciliar intereses entre residentes, personal y directivos favoreciendo y respetando sus diferencias.

Actualmente este sentimiento ha evolucionado y las residencias se han convertido en lugares donde esta población tiene derecho a disfrutar del tiempo libre, aprender y vivir con los cuidados y la atención necesaria según la situación de cada uno. La “nueva residencia” se sitúa en el centro de la nueva concepción de la vejez.

Se destaca la importancia de los elementos específicamente sociales, pues es la manera más segura de evitar el aislamiento en el centro y poder relacionarse con el resto de residentes y el entorno. Esto proporciona una mejora de la salud mental y cultiva los vínculos con la familia y las amistades. Por lo tanto, todo esto repercute de manera positiva sobre la autoestima del anciano.

El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico social y mental durante toda la vida con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez

Lograr transformar un hogar de ancianos, no es cuestión de grandes inversiones financieras, incorporación de tecnologías de última generación ni cambios sustantivos de personal, es básicamente concordar en la reflexión sobre nuevos paradigmas donde los conceptos sobre el “deber ser”, de los hogares de ancianos debe empezar en la educación de la primera infancia para evitar concepciones erróneas sobre el concepto de adulto mayor.

1.2.7.CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.

El estudio comparativo realizado en Venezuela (Arraga & Marisela, 2007) en dos grupos de adultos mayores, los del grupo A que se encuentran en instituciones geriátricas, y los del grupo B que residen en sus hogares del municipio de Maracaibo, con 50 personas para cada grupo.

Se utilizó como técnica la observación mediante encuestas y como instrumento un cuestionario que estuvo conformado por preguntas abiertas, sin respuestas sugeridas. Se recopiló información sobre la variable “recreación”, definida conceptualmente como el conjunto de actividades inherentes a la trayectoria de vida de los seres humanos, Para la dimensión actividades se tomó como indicador: actividades realizadas; para la dimensión

intereses los indicadores fueron: deportivos, recreativos y culturales y para habilidades el indicador fue tipo de habilidades.

Lo que se encontró respecto a la población A, que en ninguna de las dos instituciones donde se efectuó el estudio; se realizan en forma planificada actividades recreativas, deportivas o culturales para la diversión o la ocupación del tiempo libre a diferencia del grupo B.

Al comparar a ambos grupos, se evidencian mayores diferencias, con mayores frecuencias en el grupo de residentes en actividades como películas, cine, teatro y ver Televisión y mayor ocurrencia de respuesta en los particulares en la pintura, la música y visitar iglesias y museos.

Al comparar las opiniones respecto a los beneficios que les proporcionan estas actividades, ambos grupos coinciden. Tanto quienes viven en instituciones geriátricas como los que viven en sus hogares o en el de sus familiares manifestaron en entrevistas que éstas los entretiene, les permite ocupar el tiempo haciendo cosas agradables, cosas que les gustan y que les hacen bien, les divierte y los ayuda a mantener ocupados, activos y acompañados.

Se concluye que las actividades culturales enfocadas hacia mejorar los estilos de vida favorecen un estado de bienestar hacia el adulto mayor y su entorno.

La implementación de actividades recreativas proporciona la liberación de la rutina, de la ansiedad y el aburrimiento, con las correspondientes satisfacciones, lo cual posibilita mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Se recomienda fortalecer acciones concretas para que los adultos mayores se mantengan activos, procuren un funcionamiento cognoscitivo óptimo y se comprometan con otros, fomentándose actividades de participación real donde las personas además de llevar a cabo actividades recreativas para liberar el sedentarismo y el aburrimiento, desempeñen roles donde se sientan capaces y productivos, lo cual generará sentimientos de satisfacción, promoviendo el desarrollo y la calidad de vida.

1.2.8.COMONENTES NECESARIOS EN LA CREACIÓN DE UN HOGAR GERIÁTRICO

Según lo explicado en el trabajo de Creación de una nueva empresa: Centro residencial para la tercera edad (Bravo, 2002) , el número de personas adulto mayor va en aumento de usuarios potenciales de los Hogares Geriátricos, sumado a los cambios sociales en la estructura de la familia, (incorporación de la mujer en el mundo laboral, familias de un solo progenitor, o unipersonales), generando necesidades concretas de cuidado y atención en la población Adulto Mayor.

La regulación de este mercado en aspectos de infraestructura, permisos de constitución y de personal calificado ha sido palpable, a tal punto que es necesario contemplar subsidios para familias con personas dependientes, lo que supone que éstos piensen en adquirir un cupo en una residencia para adultos mayores.

La gran demanda de este tipo de servicios ha entrado en la dinámica de regulación de precios hacia la baja y a que se compita con servicios de calidad, a la vez que aparecen gran cantidad de pequeñas y medianas residencias con la consigna de una atención personalizada.

En el análisis del sector y su estructura se clasifican los centros por el número de usuarios, por el tipo de usuario (validos, asistidos), por el tipo de plaza (permanente o temporal) o de financiamiento de la plaza (pública o privada) y por el tipo de atención (atención a ancianos con todo tipo de problemáticas o se centran en una patología determinada).

La alta demanda de personal calificado para la atención de centro o residencia, es insuficiente y presenta una alta rotación.

Otro elemento planteado es la adquisición de primas de seguros adicionales que cubran los riesgos propios de las condiciones de los pacientes, las cuales pueden ser de responsabilidad civil por parte de la Residencia o con cargos al paciente.

Finalmente es importante contemplar que para lograr el éxito del negocio y su crecimiento es necesario diferenciar sus servicios ya sea creando un sistema de ayudas eficaz, reforzar los programas que permitan mantener más tiempo y con mejor calidad de vida a las personas en sus domicilios como tele asistencia, creación de programas y mecanismos que permitan mejorar la formación y captación y remuneración de los profesionales del sector.

1.2.9.LA ESTRATEGIA COMPETITIVA

El Modelo (Porter, 1990) de Estrategia Competitiva de Michael Porter, nos habla sobre el modelo de las cinco fuerzas competitivas del mercado, el cual nos enseña que una empresa está rodeada de cinco factores fundamentales dentro de un sector y hay que aprender a controlarlos muy bien para sobrevivir en el mercado y tomar buenas decisiones, de tal manera que nos lleven al éxito tomando en cuenta altas tasas de rentabilidad.

A continuación se muestra en el siguiente gráfico, las cinco fuerzas de las Ventajas Competitivas de Michael Porter:

Figura.1. Las 5 fuerzas del mercado de Porter



Fuente: Estrategia Competitiva

El modelo del análisis de la competencia de las cinco fuerzas de Porter, es usado como un instrumento para elaborar estrategias. La intensidad de la competencia entre empresas varía mucho de un sector a otro. Según Porter, se puede decir que la naturaleza de la competencia de una empresa está compuesta por cinco fuerzas.

1.La rivalidad entre las empresas que compiten: La rivalidad entre empresas que compiten suelen ser la más poderosa de las cinco fuerzas. Las estrategias que sigue una empresa sólo tendrán éxito en la medida en que le ofrezcan una ventaja competitiva en comparación con las estrategias que siguen empresas rivales.

Cuando una empresa cambia de estrategia se puede topar con contraataques por represalia, por ejemplo bajar los precios, mejorar la calidad, aumentar las características, ofrecer más servicios, ofrecer garantías y aumentar la publicidad. El grado de rivalidad entre las empresas que compiten suele aumentar conforme los competidores se van igualando en tamaño y capacidad, conforme la demanda de los productos del segmento del mercado disminuye y conforme la reducción de precios resulta común y corriente.

La rivalidad también aumenta cuando los consumidores pueden cambiar de una marca a otra con facilidad, cuando hay muchas barreras para salir del mercado, cuando los costos fijos son altos, cuando el producto es perecedero, cuando las empresas rivales difieren en cuanto a estrategias, origen y cultura, y cuando las fusiones y las adquisiciones es común en el mercado. Conforme la rivalidad entre las empresas que compiten se intensifica, las utilidades de la industria van disminuyendo, en ocasiones al grado de que una industria pierda su atractivo inherente.

2. La entrada potencial de competidores nuevos. Siempre que exista la posibilidad de que empresas nuevas entren en una industria particular sin gran dificultad, aumentará la intensidad de la competencia entre las empresas. Así pues, las barreras contra la entrada pueden incluir la necesidad de obtener economías de escala rápidamente, la necesidad de obtener tecnología y conocimientos especializados, la falta de experiencia, la sólida lealtad del cliente, la clara preferencia por la marca, el cuantioso capital requerido, la falta de canales de distribución adecuados, las políticas reguladoras del gobierno.

Las tarifas, la falta de acceso a materias primas, la posesión de patentes, las ubicaciones indeseables, los contraataques de empresas atrincheradas y la posible saturación del mercado. A pesar de que existan infinidad de barreras de entrada, en ocasiones las empresas nuevas pueden entrar al mercado mediante productos de calidad superior, precios más bajos y recursos sustanciales para la comercialización.

Por consiguiente, la estrategia tiene que identificar las empresas nuevas que podrían entrar en el mercado, vigilar las estrategias de las nuevas empresas rivales, contraatacar conforme se requiera, y capitalizar las fuerzas y oportunidades existentes.

3. El desarrollo potencial de productos sustitutos. En muchos sectores las empresas compiten ferozmente con los fabricantes de producto sustitutos de otras empresas.

La presencia de productos sustitutos pone un tope al precio que se puede cobrar antes de que los consumidores opten por un producto sustituto. Las presiones competitivas que surgen de los productos sustitutos aumentan conforme el precio relativo de los productos sustitutos disminuye y los costos de los consumidores por cambiar a otro producto bajan.

La fuerza competitiva de los productos sustitutos se puede medir con base en los avances que logran esos productos en su participación en el mercado, así como en los planes de esas empresas para aumentar su capacidad y su penetración en el mercado.

4. El poder de negociación de los proveedores. El poder de negociación de los proveedores afecta la intensidad de la competencia en una industria, especialmente cuando existe una gran cantidad de proveedores, cuando sólo existen unas cuantas materias primas sustitutas buenas o cuando el costo por cambiar de materias primas es especialmente caro. Con frecuencia, los proveedores y los productores hacen bien en ayudarse mutuamente con precios razonables, mejor calidad, desarrollo de servicios nuevos, entregas justo a tiempo y costos bajos de inventarios, reforzando así la rentabilidad a largo plazo para todas las partes interesadas.

Las empresas pueden seguir una estrategia de integración hacia atrás para adquirir el control o el dominio de los proveedores. Esta estrategia es especialmente eficaz cuando los proveedores no son confiables, son demasiado caros o no son capaces de satisfacer las necesidades de la empresa en forma consistente. Por regla general, las empresas pueden

negociar términos más favorables con los proveedores cuando la integración hacia atrás es una estrategia bastante usada por las empresas rivales de un mercado.

5. El poder de negociación de los consumidores. Cuando los clientes están muy concentrados, son muchos o compran grandes volúmenes, su poder de negociación representa una fuerza importante que afecta la intensidad de la competencia de una industria. Las empresas rivales pueden ofrecer amplias garantías o servicios especiales para ganarse la lealtad del cliente en aquellos casos en que el poder de negociación de los consumidores es considerable. El poder de negociación de los consumidores también es mayor cuando los productos que compran son estándar o no tienen diferencias. En tal caso, es frecuente que los consumidores tengan mayor poder de negociación para los precios de venta, la cobertura de garantías y los paquetes de accesorios.

1.3.LA DISCIPLINA DEL VALOR

Según Treacy y Wiersema en su libro de estrategia la Disciplina del Valor, una empresa no puede ser buena en todo al mismo tiempo, debe seleccionar en cuál de las “disciplinas de valor” quiere sobresalir: Mejor producto, mejor costo o mejor solución.

Los clientes buscan un mejor desempeño de las empresas, aunque tienen un límite de cuánto están dispuestos a pagar, el precio no es lo más importante para ellos. El desempeño, la calidad, la novedad, etc. lo son. El servicio y asesoría personalizada: aunque el precio nuevamente es importante, prefieren pagar un poco más para recibir una mejor atención. El costo: para ellos si es el precio la consideración fundamental. El costo total se refiere a la cantidad que los clientes están dispuestos a pagar por el tiempo que les vaya a durar el producto o servicio – comienza con el costo inicial, pero incluye reparaciones, mantenimiento, etc. Por eso es que la confiabilidad es un componente importante.

Las tres disciplinas de valor corresponden a los tres diferentes tipos de expectativas de clientes definidas:

La excelencia operativa: Las empresas operacionalmente excelentes ofrecen a sus clientes una sola cosa: el costo más bajo posible por un producto. Para las empresas tradicionales, el mejor costo significa el precio más bajo – encontrar una forma de fabricar y distribuir un producto más barato, para venderlo al mejor precio.

El liderazgo de producto: Los líderes de producto son empresas innovadoras, que ofrecen productos o servicios nunca antes ofrecidos. Una vez que lo logran, comienzan nuevamente a tratar de inventar algo mejor. El desempeño de sus productos es el valor clave que sus clientes esperan. Este desempeño se puede medir o definir

Intimidad con el cliente: Las empresas que tienen intimidad con sus clientes no les ofrecen lo último en innovación, ni los precios más bajos. Van más allá del producto y el

precio para ofrecerles a sus clientes las mejores soluciones para sus problemas. Estas soluciones ofrecen un mejor valor al cliente

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Estudiar la viabilidad de la creación de un hogar geriátrico en el municipio de Chía Cundinamarca.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la pirámide poblacional de adulto mayor en el municipio de Chía.
- Determinar la oferta del mercado de competencia de hogares geriátricos en el municipio.
- Identificar los recursos humanos y físicos requeridos para el proyecto.
- Determinar la viabilidad financiera del hogar geriátrico.

1.4.METODOLOGIA

Este proyecto es un estudio descriptivo de la viabilidad de creación de un Hogar Geriátrico en el Municipio de Chía, teniendo en cuenta el estudio de mercado de las instituciones existentes actualmente y utilizando como instrumentos de recolección de información la búsqueda activa en base de datos y estadística del municipio.

Para la caracterización de la población Adulto Mayor objeto del estudio se basó en informes estadísticos del Ministerio de Protección Social, Análisis de Situación de Salud 2.013 de la Alcaldía e información de la Gobernación de Cundinamarca respecto a estadísticas del Departamento.

Se utilizaron modelos administrativos de Estudio de mercado y metodología descriptiva para determinar la oferta, demanda y la población objetivo. En este aparte se recolectó información relacionada con la operación del negocio de los hogares geriátricos que se encuentran presentes en el Municipio de Chía. Para el análisis de Recurso Humano y de Infraestructura se tomó en cuenta la información obtenida mediante las visitas a los Hogares Geriátricos.

Con relación a la viabilidad financiera se realizó un presupuesto y flujo de caja con proyección a 5 años.

Capítulo 2

DISCUSIÓN Y RESULTADOS

2.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN DE ADULTO MAYOR

2.1.1. CONTEXTO DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN COLOMBIA

Según lo analizado por el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014), al igual que la mayoría de los países de América Latina, experimenta la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas. Para 2005, por cada 100 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) había 38 niños entre 0 y 4 años; para 2014 esta cifra descendió a 34 y se proyecta que para 2020 se mantenga igual.

Así mismo, en 2014 la población menor de 15 años corresponde al 27.01% (12.872.589) de toda la población, es cuatro puntos porcentuales menor que en 2005, y se proyecta que para 2020 continúe descendiendo hasta representar el 25,39% de la población. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representa el 7,32% de toda la población, mostrando incremento en un punto porcentual con respecto a 2005, y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta llegar a un 8,79%.

El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos nueve años. En 2005, de cada 100 personas entre 15 y 64 años dependían 59,41 personas menores de 15 y mayores de 65 años; en 2014 el número de dependientes es de 52,26, y se proyecta que para 2020 continúe la tendencia al descenso hasta llegar a 51,27. Se estima que por el periodo de 44 años, comprendido entre 1998 y 2042, la relación de dependencia se mantendrá por debajo de dos dependientes por cada tres personas en edades activas.

Mientras que el índice de dependencia infantil ha disminuido, pasando de 49,44 menores de 15 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en 2005 a 41,12 en 2014; el índice de dependencia de mayores ha aumentado, pasando de 9,97 personas mayores de 65 años por cada 100 personas entre 15 y 64 años en 2005, a 11,14 en 2014; se estima que estos índices continúen con las tendencias observadas y para 2020 haya más dependientes mayores de 65 años y menos menores de 15 años dependientes. Aunque el índice de Friz ha pasado de 156,97 en 2005 a 139,37 en 2014, la población colombiana aún se considera joven, pero se observa su tendencia al envejecimiento, en 2020 de acuerdo con el índice de Friz, será de 128,50. Como se observa en la siguiente tabla:

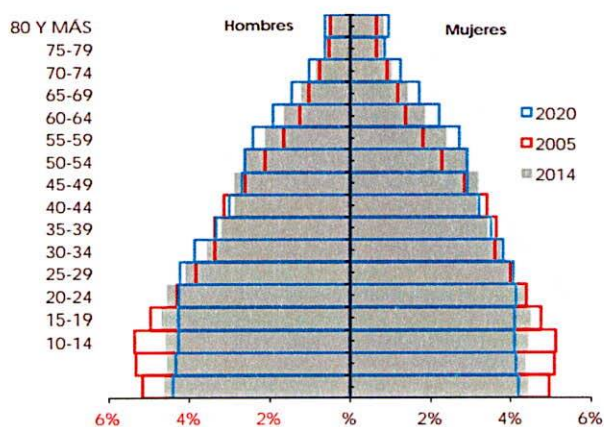
Tabla.2. Indicadores Demográficos 2005-2020

Índice demográfico	Año		
	2005	2014	2020
Población total	42.888.592	47.661.787	49.269.081
Población masculina	21.169.835	23.531.670	24.130.117
Población femenina	21.718.757	24.130.117	25.138.964
Relación hombres:mujer	97,47	97,52	95,99
Razón niños:mujer	38	34	34
Índice de infancia	31,01	27,01	26,24
Índice de juventud	26,28	26,27	25,87
Índice de vejez	6,25	7,32	8,79
Índice de envejecimiento	20	27	33
Índice demográfico de dependencia	59,41	52,26	51,27
Índice de dependencia infantil	49,44	41,12	38,41
Índice de dependencia mayores	9,97	11,14	12,86
Índice de Friz	156,97	139,37	128,50

Fuente: Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 nacional, departamental y municipal por sexo, grupos quinquenales de edad. Información a junio 30 de 2012.

La pirámide poblacional de Colombia es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para 2014, comparado con 2005; los grupos de edad donde hay mayor cantidad de población son los intermedios, y a medida que avanza la edad se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además del descenso en la mortalidad. Se proyecta que para 2020 la pirámide poblacional se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas, como se muestra a continuación:

Figura.2. Pirámide Poblacional Colombia 2005-2020



Fuente: DANE. Estimaciones de Población por Sexo, grupos quinquenales de Edad. 2012

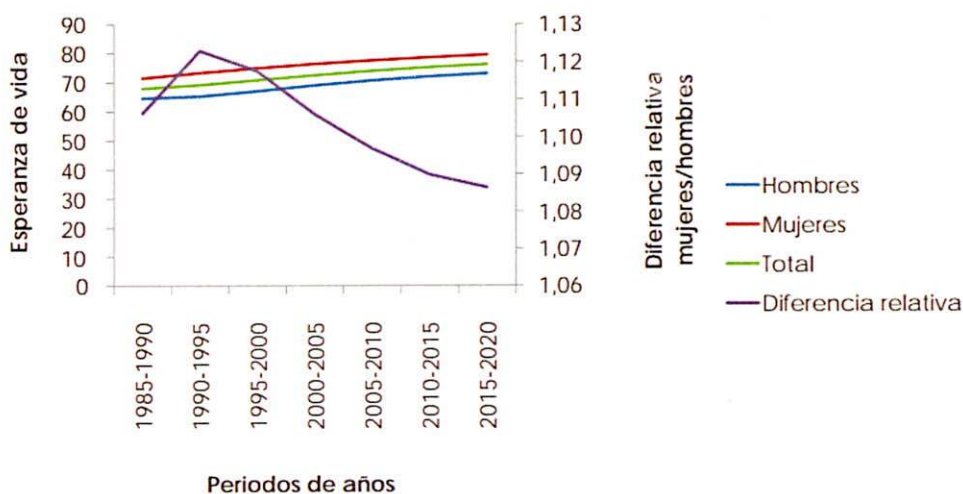
2.1.2 ESPERANZA DE VIDA AL NACER COLOMBIA

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con que los individuos se desarrollan en la sociedad. En el mundo la esperanza de vida se incrementó en seis años durante 1990 a 2012; en promedio cada persona vive 70 años, y hay diferencias por sexo: las mujeres viven 73 y los hombres 68,15 años. Mientras en los países de ingresos medio altos el promedio de años que se espera que una persona viva es de 74,16, en Colombia se espera que para el quinquenio 2010-2015 sea de 75.17.

Las proyecciones poblacionales estimaron un comportamiento ascendente en la esperanza de vida en Colombia. El incremento sostenido pasó de 67,99 años en el quinquenio 1985-1990 a 75,22 años en el quinquenio 2010-2015. Entre 2010 y 2015 se espera un incremento de 1,22 años con respecto al quinquenio inmediatamente anterior.

Por sexo se observa que la esperanza de vida tiende a ser más alta en las mujeres que en los hombres, aunque con el tiempo la brecha tiende a disminuir; para los años 2010-2015 se espera un incremento de 1,03 y 1,40 años respectivamente, con una ganancia media anual de 0,28 años en los hombres y 0,21 años en las mujeres.

Figura.3. Esperanza de Vida al nacer por Sexo - Colombia 1985-2020



Fuente: DANE. Indicadores Demográficos 1985-2020

2.1.3.MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN COLOMBIA:

Entre 2005 y 2012 la principal causa de muerte en la población general fueron las enfermedades del sistema circulatorio, y aunque han seguido una tendencia descendente en el tiempo pasando de 166,43 a 147,00 muertes por cada 100.000 habitantes, causaron

el 29,80% (466.665) de las defunciones y el 16,01% (6.228.441) de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

El grupo de las demás causas que se consolida como una agrupación de diagnósticos residuales, conformado por 14 subgrupos, entre los que se cuentan la diabetes mellitus, las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la cirrosis y ciertas otras enfermedades crónicas del hígado, entre otras, produjo el 24,20% (378.960) de las muertes y el 20,37% (7.925.017) del total de AVPP.

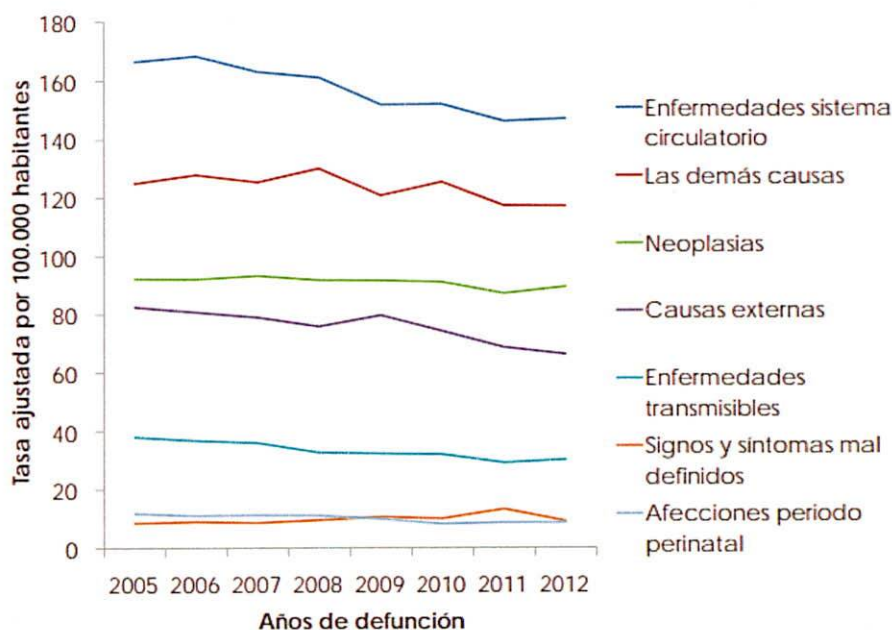
En tercer lugar, las neoplasias aportaron un 17,59% (275.419) de las muertes y el 14,27% (5.554.785) de los AVPP. Las causas externas constituyen la cuarta causa de muerte con un 17,08% (267.450) del total de la mortalidad en el periodo, y aunque no son la primera causa de deceso, son las que mayor número de AVPP generan: en efecto, durante el periodo 2005-2012 aportaron el 30,76% (11.968.667) de todos los AVPP y a pesar de experimentar una reducción del 21%, para 2012 se generaron 2.880,81 AVPP por cada 100.000 habitantes.

Las enfermedades transmisibles produjeron el 6,81% (106.652) de las muertes y fueron las que mayor reducción en AVPP mostraron, con un 29% pasando, de una tasa ajustada por edad de 1.099,78 a 786,14. Las afecciones originadas en el periodo perinatal produjeron el 2,49% (39.055) de los decesos.

Entre 2005 y 2012, las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio en hombres disminuyeron en un 9%, aunque fueron la causa más frecuente de muerte provocando el 26,79% (240.349) del total de la mortalidad en este sexo y el 13,64% (3.299.503) de los AVPP.

El grupo de las demás causas tomó la delantera en 2010 sobre las causas externas generando el 21,11% (189.368) de las muertes, y aunque su tendencia descendiente muestra una reducción del 6% durante el periodo, provocaron el 16,30% (3.942.515) de los AVPP. Las causas externas produjeron el 25,59% (229.508) de los decesos, y a pesar de que para 2012 se redujeron en un 20% con respecto a 2005, provocaron el 42,32% (10.238.234) de todos los AVPP, para 2012 se estiman 4.996,32 AVPP por cada 100.000 habitantes. Las afecciones del periodo perinatal son un 28% menos frecuentes, con un 2,50% (22.440) del total de muertes en hombres.

Figura.4. Causas de Mortalidad Colombia 2005-2012



Fuente: ASIS 2014. Min. Salud y Protección Social

El análisis de la morbilidad atendida muestra resultados congruentes con los hallazgos en el análisis de mortalidad; alrededor del 50% de las atenciones se dan por enfermedades no transmisibles, que aparecen como primera causa de atención a partir de la adolescencia en todos los ciclos vitales y en todos los departamentos del país. Cobra relevancia entonces mencionar la importancia de la Prevención de la cronicidad a través del fomento de la dieta sana, la actividad física constante y el abandono de hábitos como el consumo de tabaco y de alcohol, entre otros.

La Enfermedad Renal Crónica ERC en estado 5 afecta en su mayoría a hombres entre 50 y 75 años; la prevalencia es más alta en el régimen contributivo que en el subsidiado, evidenciando una brecha de desigualdad alrededor del 60%. Así mismo, se observan diferencias según ubicación geográfica. De igual manera, las principales consultas se presentan por enfermedades crónicas como Diabetes e Hipertensión.

2.1.4.CONTEXTO POBLACIONAL Y CARACTERIZACIÓN DEL MUNICIPIO DE CHÍA

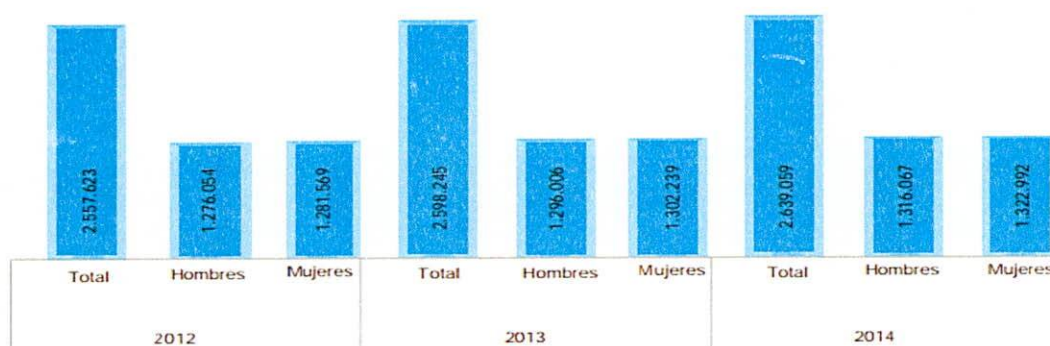
Según el informe de Estadísticas Catastrales de Cundinamarca 2012 (Alcaldía de Chia, 2012), la densidad poblacional en el departamento de Cundinamarca, se presentan 112,28 habitantes 1 por cada kilómetro cuadrado (km²) de superficie. Por municipios, los más densamente poblados son Soacha (2.696,39 hab. por km²), Chía (1.586,11 hab. por km²), Cajicá (1.091,85 hab. por km²), Funza (1.032,98 hab. por km²) y Girardot (822,29 hab.

por km²). Los menos densamente poblados son Medina (8,31 hab. por km²), Gutiérrez (8,77 hab. por km²), Paratebueno (9,13 hab. por km²), Cabrera (10,30 hab. por km²) y Jerusalén (12,25 hab. por km²). (Gobernación de Cundinamarca, 2014)

Según la proyección hecha por el DANE, la población de Cundinamarca para el año 2013 fue de 2.598.245 personas, de las cuales el 49,9% (1.296.006) eran hombres y el 50,1% (1.302.239) mujeres. Pero adicionalmente, la proyección planteó un crecimiento de la población masculina respecto al año 2012 de 1,56%, mientras que el crecimiento para la población femenina fue de 1,61%, lo cual implica que la mayor proporción de mujeres tenderá a aumentar. Los municipios más poblados fueron Soacha (488.995 personas, equivalentes al 18,82% de la población total del departamento), Fusagasugá (129.301), Facatativá (127.226), Chía (120.719) y Zipaquirá (118.267), que conjuntamente sumaron más del 37,9% de la población del departamento. (Gobernación de Cundinamarca, 2014)

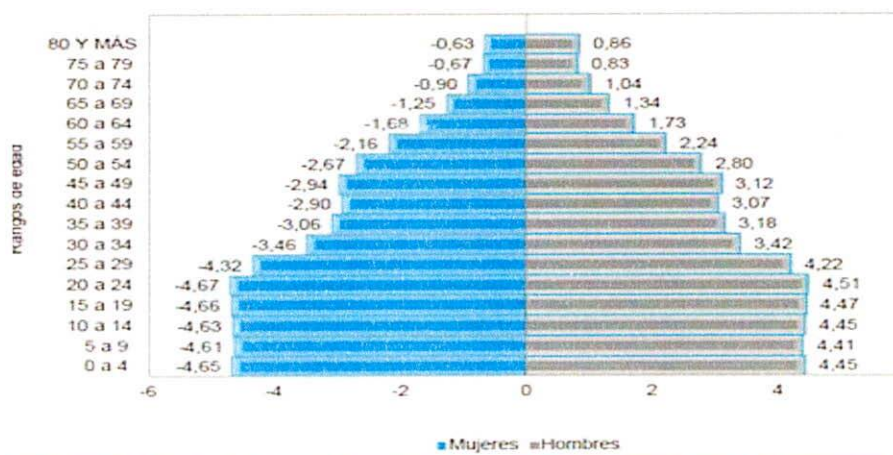
En el siguiente cuadro se muestra el crecimiento poblacional de Cundinamarca 2012-2014 por género:

Figura.5. Población de Cundinamarca por género 2012-2014



Fuente. Estadísticas Cundinamarca. Informe de Aspectos demográficos 2012-2013.

Figura.6. Pirámide Poblacional por sexo. Cundinamarca 2005-2013



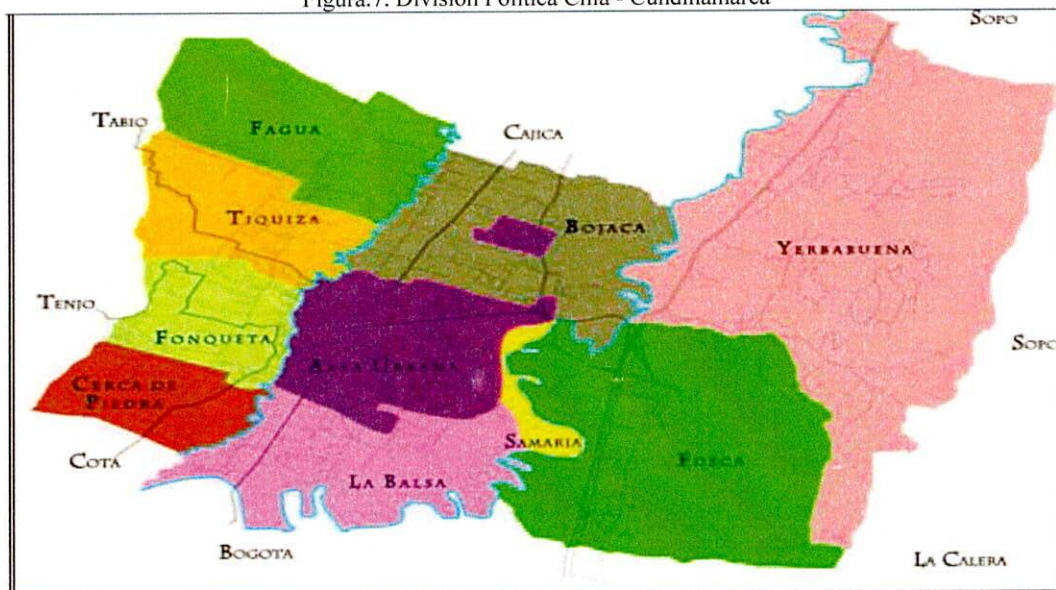
Fuente. Estadísticas de Cundinamarca 2012-2013.

El municipio de Chía está ubicado en el Departamento de Cundinamarca, cuenta con una población de 120.719 habitantes, (Alcaldía de Chia, 2014) tiene una densidad de 1.586,11 hab. por km². Se encuentra a 10 kilómetros del norte de Bogotá. Es llamada la ciudad de la luna, por la etimología de su nombre. Tiene un área total de 17 km² en área urbana, y un área total aproximadamente de 79 km². Sus límites corresponden al sur con el Distrito capital con las localidades de Usaquén, Suba y Cota, al occidente colinda con los municipios de Tenjo y Tabio, al norte con Cajicá, y al oriente con Sopo.

El Municipio de Chía está dividida en 11 veredas, más el área Urbana (zona centro), como se muestra en la siguiente figura:

Cerca de piedra
Fonquetá
Fusca
Fagua
La Balsa
Tiquiza
Samaria
Yerbabuena
Bojacá
Área urbana

Figura.7. División Política Chía - Cundinamarca



Fuente: Informe de Gestión 2013. Alcaldía Chía

La distribución poblacional en el Municipio de Chía, conforme al Análisis de Situación de Salud ASIS del municipio 2013, se muestra en la siguiente tabla:

Tabla.3. Distribución Poblacional por Edad y Sexo del Municipio de Chía 2013

EDAD	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Total	120.719	58.009	62.71
0-4	10.031	5.123	4.908
5-9	10.223	5.264	4.959
10-14	10.455	5.302	5.153
15-19	10.247	5.094	5.153
20-24	10.804	5.305	5.499
25-29	10.641	5.183	5.458
30-34	8.797	4.287	4.51
35-39	7.746	3.537	4.209
40-44	7.601	3.399	4.202
45-49	8.062	3.684	4.378
50-54	7.34	3.373	3.967
55-59	5.617	2.656	2.961
60-64	4.288	2.037	2.251
65-69	3.143	1.445	1.698
70-74	2.272	978	1.294
75-79	1.695	694	1.001
80 Y MÁS	1.757	648	1.109

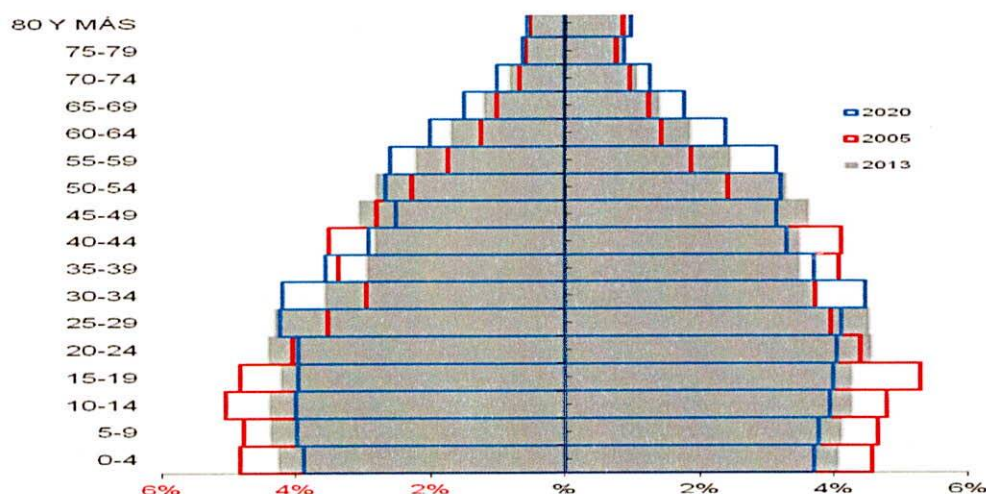
Fuente. Análisis de Situación en Salud de Chia. ASIS 2013

Se muestra que Chia según las estadísticas del Municipio, (Alcaldía de Chia, 2014), presenta un total de 120.719 habitantes en el año 2013, siendo un 18.89% (22.812 habitantes) más poblado que en el año 2005. El 78% (91.689) de la población habita en la cabecera y el 22% (26.097) en el resto.

El 48,05% de la población es de hombres y el 51,95% corresponde a la población de mujeres del municipio. La población mayor a 60 años representa 10,9% del total de la población es decir 13.155 personas.

Se observa que el Municipio de Chía, según datos del Censo poblacional DANE 2005, ha crecido poblacionalmente explicado en el desplazamiento de la población urbana de Bogotá a municipios rurales buscando mejorar la calidad de vida y bienestar social.

Figura.8. Distribución Poblacional 2005- 2020 Chía.



Fuente. Proyecciones Estadísticas DANE 2005- 2020

La Tendencia de la Pirámide del Municipio de Chía es regresiva e ilustra el descenso de la fecundidad y la natalidad con un estrechamiento en su base para el año 2013 comparado con el año 2005; donde hay mayor cantidad de población son los intermedios y a medida que avanza se evidencia el estrechamiento que representa a la población adulta mayor, además el descenso en la mortalidad. Se proyecta para el año 2.020 que la pirámide se siga estrechando en su base y aumente la población de edades más avanzadas.

El crecimiento poblacional del Municipio de Chía ha sido importante y progresivo entre el 1985 a 2013, el cual se cree que será constante y creciente hacia el 2020 como se muestra a continuación:

Tabla.4. Crecimiento poblacional por grupo de Edad Chía 1985-2020

Grupos de edad	Años				
	1985	1993	2005	2013	2020
< 1 año	944	1441	1851	1997	2133
1 - 4 años	3500	5412	7338	8034	8621
5 -14 años	8086	10951	18836	20678	22263
15 - 24 años	9030	10004	18155	21051	22651
25 – 44 años	11094	16989	28625	34785	43277
45 – 59 años	3886	6370	13970	21019	24524
60 – 79 años	2139	4107	7784	11398	16250
> 80 años	183	468	1348	1757	2198
Total	38862	55742	97907	120719	141917

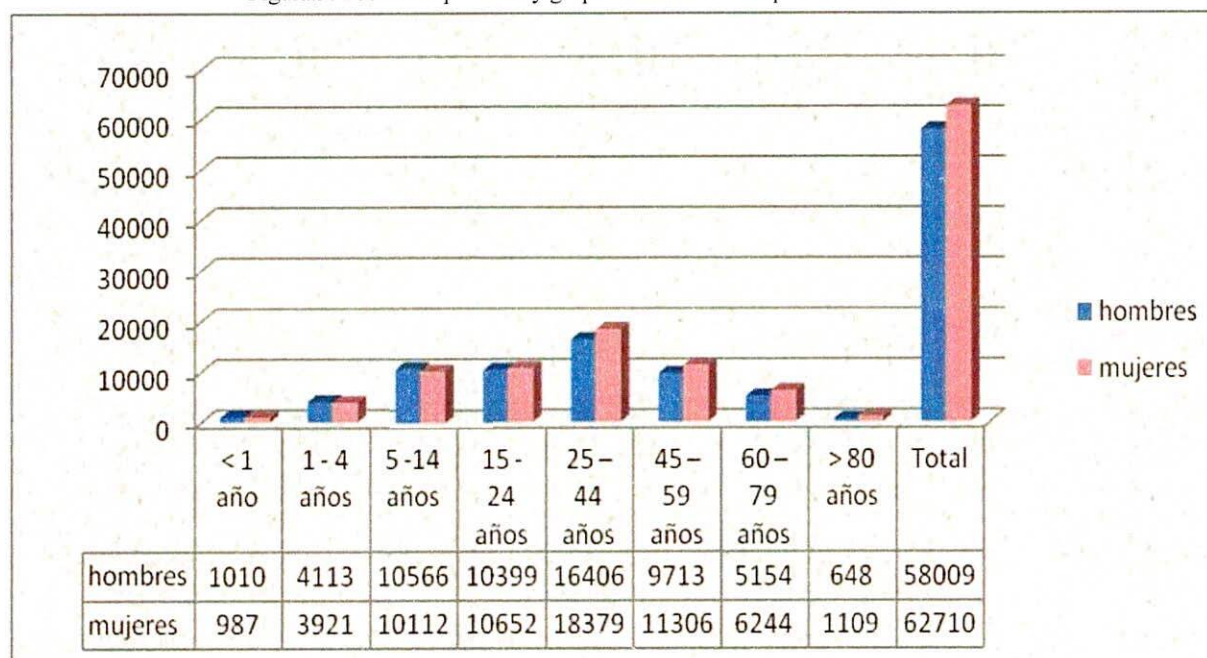
Fuente. Análisis de Situación en Salud. Asís Chía 2013.

Al observar el grupo de menores de un año desde el año 1985 se ha presentado una disminución significativamente durante 27 años, en donde para el año 1985, se registraron 497 menores de un año y para el año 2.013 se registraron 146 menores de un año, comparado con los registrados en el 2005 (1.851); situación relacionada directamente con el comportamiento de las mujeres de tener un número limitado de hijos lo cual ha sido reforzado por las campañas de control de natalidad, salud sexual y reproductiva. El mismo comportamiento tiene los grupos de 1 a 4 años, 5 a 14 años y 15 a 24 años proporcionalmente directo por el comportamiento inicial.

En el grupo de población de 25 a 44 años y la población que le sigue de 45 a 59 años se comienza a observar un aumento.

La población adulta mayor ha aumentado en un 1.08 por ciento en relación al año que se está comparando (2005); se ve el comportamiento natural de la pirámide poblacional del envejecimiento de la población.

Figura.9. Población por sexo y grupo de Edad. Municipio Chía 2013



Fuente: Análisis de Situación en Salud. Municipio de Chia. 2013.

Para entender mejor el contexto y caracterización de la población de Chía se muestra a continuación los indicadores de la estructura demográfica 2.013.

Tabla.5. Indicadores de Estructura demográfica Municipio de Chía. 2005-2020

Indicadores	2005	2013	2020
Razón de hombre: mujer	91.22	92.50	93
Razón de niños: mujer	33	30	28
Índice de infancia	29	25	23
Índice de Juventud	26	26	24
Índice de vejez	7	7	9
Índice de envejecimiento	23	29	37
Índice demográfico de dependencia	54.44	48.77	46.78
Índice de dependencia infantil	44.20	37.85	35.82
Índice de dependencia de mayores	10.24	10.93	12.63
Índice de Friz	139.86	127.17	112.36

Fuente: Población proyectada DANE 2005-2020

Se puede observar en el cuadro anterior, que la relación entre hombre y mujeres en el año 2013 por cada 100 mujeres hay 92.50 hombres.

Razón niños: mujer muestra la relación entre niños y mujeres en edad fértil. En el año 2013 por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hay 30.02 niños y niñas.

El Índice de vejez muestra la relación entre la población mayor de 65 años y la población total. En el año 2013 de cada 100 personas, 7.34 tienen 65 años y más. Mientras que el índice de envejecimiento se relaciona con la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. En el año 2013 por cada 100 niños y jóvenes menores de 15 años hay 28.87 personas mayores de 65 años.

El Índice demográfico de dependencia representa la relación entre la población menor de 15 y mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2013 de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 48.77 menores de 15 y mayores de 65 años. El índice de dependencia demográfica muestra un descenso en los últimos siete años. En el 2005 de cada 100 personas entre 15 y 64 años dependían 54,44 personas menores de 15 años o mayores de 65 años, en el año 2013 el número de dependientes es de 48,77.

Igualmente se registra que el índice de dependencia infantil, muestra la relación entre la población menor de 15 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2013, de cada 100 personas entre 15 y 64 años hay 37.84 personas menores de 15 años. Finalmente el Índice de dependencia de mayores. Representa la relación entre la población mayor de 65 años y la población entre 15 y 64 años. En el año 2013, de cada 100 personas entre 15 y 64 años 10.92 tienen más de 65 años.

2.1.5. ESPERANZA DE VIDA DEL MUNICIPIO DE CHIA

La esperanza de vida es un indicador útil en la evaluación de los niveles de salud de la población y el grado de desarrollo de una comunidad. La disminución de la mortalidad

infantil y mejoramiento de las condiciones de vida, contribuyen a su aumento. Al comparar la esperanza de vida en menores de un año en Chía (75 años) con Cundinamarca se observa que Chía se encuentra por encima del dato que Cundinamarca (73 años), lo anterior hace ver que el Municipio tiene una buena calidad de vida. En el Municipio de Chía la Esperanza de vida en el año 2011 tanto para hombres como para mujeres es igual de 78 años.

Según el último censo realizado por el DANE en el 2005, la proyección de esperanza de vida en la Población de los municipios de Cundinamarca del 2015 al 2020 se proyecta de la siguiente manera:

Tabla.6. Proyección de Esperanza de Vida. Chía 2010- 2020

Año	Mujeres	Hombres
2010 al 2015	77,60	71,36
2015 al 2020	77,98	71,79

Fuente: Estadísticas del Municipio de Chía, 2014.

Con base en los datos mencionados y estadística poblacional del DANE para el Municipio 2014, lo que se espera es obtener mayor cobertura del grupo poblacional femenino y trabajar para una mejora en la calidad de vida según sus condiciones y determinantes sociales.

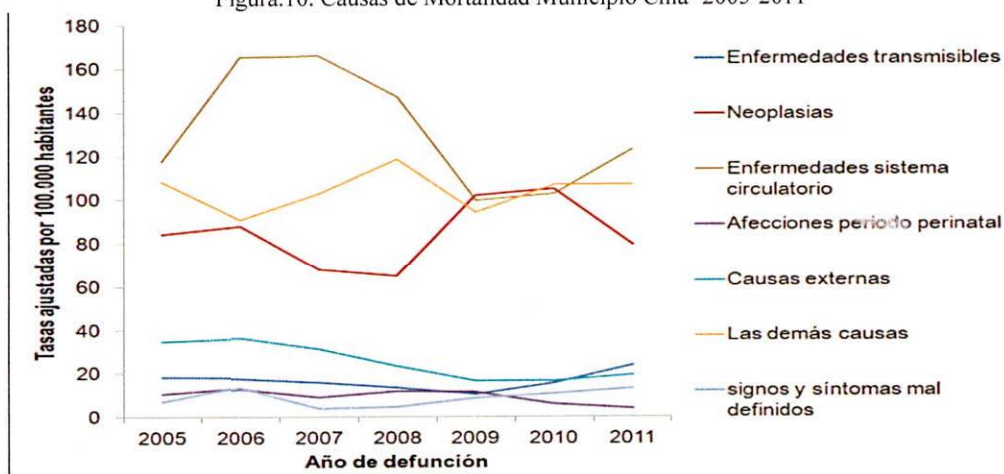
2.1.6. INDICADORES DE MORTALIDAD Y MORBILIDAD EN EL MUNICIPIO DE CHIA

Se puede observar en la siguiente figura que las enfermedades del sistema circulatorio predominaron durante los siete años analizados, teniendo un ascenso en los años 2006 y 2007 y disminución en el 2008. Las Neoplasias le siguieron en importancia a las enfermedades circulatorias con un aumento en el año 2009 y 2010 y disminución significativa en el 2011.

El comportamiento de las mortalidades en hombres durante los siete años observados fueron las enfermedades del sistema circulatorio teniendo el mismo comportamiento que a nivel general hasta el año 2010; para el 2011, estos eventos fueron superados por otro grupo definido como las demás causas cuya definición es inespecífica en la medida en que no se determina una enfermedad puntual sobre la cual establecer mecanismo de intervención en control de factores de riesgo y estrategias de prevención. Las Neoplasias aparecen con gran fuerza en los años 2009 y 2010 como causa importante de muerte.

El comportamiento de las mortalidades en mujeres durante los siete años observados fueron las enfermedades del sistema circulatorio teniendo un pico en el año 2007 y un descenso significativo en el año 2009 y 2010; le siguen las demás causas y las Neoplasias que aparecen con gran fuerza en los años 2009 y 2010.

Figura.10. Causas de Mortalidad Municipio Chía- 2005-2011



Fuente: Análisis de Situación en Salud. Municipio de Chia. 2013.

Las causas de morbilidad más comunes registradas entre el año 2005-2011 se relacionan con enfermedades transmisibles, neoplastias y enfermedades del sistema circulatorio, como se muestra en el cuadro siguiente:

Tabla.7. Causas de Morbilidad 2005-2011 Municipio de Chía.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades transmisibles	18,3	18,0	16,5	14,0	10,8	16,0	24,2
Neoplasias	84,7	88,4	68,1	65,1	102,4	105,4	80,1
Enfermedades sistema circulatorio	118,1	165,7	166,4	147,8	100,1	103,4	123,4
Afecciones periodo perinatal	10,6	13,5	9,5	12,3	12,1	6,4	4,5
Causas externas	35,4	36,8	31,7	23,9	17,0	17,2	20,0
Las demás causas	108,6	91,3	103,4	119,0	94,9	107,5	107,3
signos y síntomas mal definidos	7,1	14,0	4,3	5,1	9,2	11,2	13,8

Fuente: Análisis de Situación en Salud. ASIS Municipio de Chia 2013.

Las acciones en salud reportadas por estadísticas del municipio de Chia, muestran que a través de las promotoras en salud, se identificaron 1.002 pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, donde el más alto porcentaje (38%) se presenta en la población de adultos mayores y de los cuales el 67% corresponde al género femenino.

De otra parte, a través de las IPS de mayor complejidad del Municipio, se encontró que la mayor patología presentada es la Hipertensión Arterial (5.532 pacientes, de los cuales 3.980 pacientes están controlados), en segundo lugar la diabetes (1.809 pacientes, de los cuales 1.177 se encuentran controlados con seguimiento de campo).

Con profesionales en Fisioterapia se realizaron visitas de apoyo y seguimiento a pacientes crónicos, con el fin de fomentar hábitos de auto cuidado y entorno saludables, beneficiando a 50 pacientes.

2.1.7.CONTEXTO SOCIAL DEL ADULTO MAYOR EN CHIA

En la población de Adulto Mayor el interés principal de la Alcaldía del Municipio es protegerlos contra el riesgo social derivado del marginamiento y de la exclusión social; para ello se hizo entrega de 1014 subsidios económicos a adultos mayores en condición de vulnerabilidad, resaltando que para el 2013 se lograron 190 cupos adicionales.

Dentro de la Estrategia de Atención a los Adultos Mayores liderada por la Alcaldía del Municipio, se dio inicio a la descentralización de las acciones en 10 sectores del municipio, alcanzando 240 personas adicionales que son atendidas en sus sectores por los profesionales de la Casa Día de Fagua a través de talleres y actividades, optimizando de esta manera, el tiempo de los participantes y reduciendo los riesgos al momento de traslados.

Entre otras acciones para este grupo poblacional, se resalta el apoyo del SENA en la realización de diferentes talleres como: Manejo de herramientas informáticas básicas, producción ecológica de hortalizas, Patronaje, corte y confección. De igual manera, junto con Ministerio de Educación Nacional se logró la graduación de 30 adultos mayores en el programa de alfabetización; se resalta el apoyo de la Secretaria de Educación que trabajó durante un semestre con clases de lectura y escritura, logrando la alfabetización de los mismos.

Por medio de la Universidad de la Sabana -facultades de enfermería y terapia física-, se atendió a los adultos mayores con talleres de salud y bienestar, realizados los meses de marzo, abril, mayo y agosto.

Por medio de UNIENDO –Unidad Integral de Endocrinología-, se beneficiaron 142 adultos mayores en prevención y tratamiento de problemas óseos. Esta gestión representó un aproximado de \$6 millones en el mes de junio, \$20 millones en agosto y \$2 millones en noviembre, para un total de \$ 28 millones.

Así mismo, se identificaron los adultos mayores más vulnerables y/o en situación de abandono (100 personas), los cuales fueron atendidos bajo la modalidad de visita domiciliaria; brindando atención con el equipo interdisciplinario (Gerontólogo, Psicólogo, Enfermera y terapeuta ocupacional y haciéndoles entrega de un apoyo alimentario de 30 días.

Se realizaron en la vigencia 2013, Talleres y encuentros con 350 adultos mayores, con temas de auto cuidado, proceso de envejecimiento y desarrollo de habilidades de afrontamiento frente a las diferentes pérdidas que ocurren a través del ciclo vital.

Otras acciones realizadas en beneficio de los Adultos Mayores fueron:

-Celebración del día internacional del adulto mayor: se destinaron espacios para la participación de personas de la tercera edad en: presentaciones de muestras culturales, exhibición de productos en la vitrina comercial, tertulia “Recordemos la Chía de Ayer”, jornada de salud y viejoteca con el show de artistas invitados. Se han promovido salidas recreativas a sitios de interés cercano con participación de 610 adultos mayores y en general, se beneficiaron 1.409 Adultos Mayores.

En otras actividades de esparcimiento con el apoyo de El Instituto de Recreación y Deporte facilitó instructores realizando clases en disciplinas deportivas como: ejercicios físicos aeróbicos y tejo. La Casa de la Cultura realizó sesiones de yoga un día a la semana y Dirección de Ambiente y Desarrollo Agropecuario donó semillas y plántulas para la huerta de casa día.

Dentro de la Estrategia para posibilitar la inclusión en el entorno Económico y Social, se dictaron talleres productivos a 150 adultos mayores de diferentes sectores del municipio de Chía, (18 hombres y 132 mujeres), trabajando temas como: bordados, panadería, elaboración de productos de soya, preparación de pernil de cerdo y elaboración de productos de aseo. Los artículos elaborados se vendieron en las vitrinas productivas comerciales implementadas en la celebración del día del Adulto Mayor y en el festival Gastronómico Saboriarte, donde la Secretaría de Desarrollo Económico facilitó un stand para ofrecer y vender productos de soya realizados por los adultos mayores, afianzando sus procesos de emprendimiento e inclusión económica.

También se protegieron a adultos mayores en estado de abandono a través de convenio suscrito con el Hogar San Rafael, que acoge en el momento a 33 adultos mayores a quienes se les brinda alojamiento, vestuario, alimentación y atención terapéutica especializada. Para ampliar la cobertura en este tipo de atención, se creó un convenio con la Beneficencia de Cundinamarca institucionalizando 15 adultos mayores en estado de abandono. Con la protección estos adultos mayores, se ha logrado un total de 48 institucionalizaciones, lo que representa un incremento de casi un 50% de lo que se venía atendiendo, reduciendo de esta manera, los índices de indigencia, desnutrición y enfermedades crónicas de estos adultos mayores.

2.1.8.CONTEXTO SOCIO ECONÓMICO DEL MUNICIPIO DE CHIA

El grado de urbanismo según el Gobierno Municipal en el informe de Análisis de Situación en salud, el 78% de la población de Chía vive en zona urbana, hecho relacionado directamente con el aumento de construcciones de urbanizaciones de niveles 5 y 6, que genera utilidades significativas para los constructores.

Tabla.8.Distribución de población Municipio de Chía. 2012

Municipio	Población urbana		Población rural		Población total	Grado de urbanización
	Población	Porcentaje	Población	Porcentaje		
Municipio 1	91689	78	26097	22	117786	77.84

Fuente. Informe de Gestión Municipio Chía 2012.

En el municipio se calculan aproximadamente 426 urbanizaciones aprobadas. De la relación de viviendas, hogares y personas se evidencia, que en las zonas urbanas 1,6 hogares ocupan una vivienda y 4 personas conforman un hogar. Destacando que los barrios Camino al Edén y Rinconcito tienen 5 personas en promedio conforman el hogar, en contraste los barrios Mórea y Camino a las Delicias lo constituyen entre 2 y 3 personas.

Según las estadísticas presentadas por el departamento de Cundinamarca en el informe de Economía Departamental del documento Estadísticas de Cundinamarca 2011-2013, los municipios que tienen una mayor contribución en el PIB de Cundinamarca son Soacha (11,27%), Tocancipá (5,58%), Cota (5,58%), Mosquera (4,49%) y Chía (4,39%). Se analiza que la mitad de los municipios del departamento, que menos aportan al PIB, solo producen el 11% del valor agregado de Cundinamarca, mientras que los once municipios que más aportan producen más del 50% del valor agregado departamental. Es decir, la relevancia económica del departamento se puede detectar en pocos municipios.

El municipio de Chía se encuentra agrupado por provincias en Sabana Centro, el cual junto con Sabana Occidente y Soacha aportan más del 57,3% de la producción del departamento. Asimismo, por provincias, las que más PIB per cápita presentaron en promedio fueron Sabana Occidente (\$14.564.298), Guavio (\$14.229.840) y Sabana Centro (\$14.152.177).

De otro lado, el DANE, en su boletín de Censo General 2005, (DANE, 2005) sobre el perfil del municipio de Chía, muestra como el 74,5% de las viviendas de Chía son casas, las cuales cuentan en un 98,9% con servicios públicos. El mismo informe muestra que en el 70% de los hogares están conformadas entre 3 y 4 personas como máximo.

El nivel educativo alcanzado por los habitantes de Chía, el 28,1% de la población residente en CHIA, ha alcanzado el nivel básica primaria; el 34,1% ha alcanzado secundaria y el 23,6% el nivel superior y postgrado. La población residente sin ningún nivel educativo es el 4,2%.

La mayoría de la población que habita en el Municipio de Chía no nació en el municipio según el DANE, el 68,3% de la población de CHIA nació en otro municipio o en otro país.

2.2. ESTUDIO DE MERCADO DEL PROYECTO

2.2.1 GENERALIDADES

Se obtuvo un listado a través de la Alcaldía Municipal, de las instituciones que prestan servicios al Adulto Mayor en el Municipio de Chía, de los cuales se identificaron 13 instituciones que fueron visitadas, para obtener información de primera mano sobre los servicios que se prestan, la cantidad de cupos o capacidad, años de experiencia, ubicación y el valor mensual recibido por el servicio prestado al Adulto Mayor, infraestructura y recurso humano. Cabe resaltar que no se logró contacto con 1 institución de las 13 instituciones presentes en el Municipio.

En el Apéndice 1 se encuentran las caracterizaciones de las instituciones visitadas que hacen parte de este estudio.

Para el análisis de Demanda y Oferta de la población que se pretende atender con el proyecto de inicio de un Hogar Geriátrico en el municipio de Chía, Cundinamarca se utilizó la metodología propuesta por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá para la formulación y viabilización de proyectos de salud. (Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, 2007)

Una de las oportunidades de negocio es el crecimiento de la población Adulto Mayor del municipio de Chía como consecuencia de la migración de Bogotá y de otros municipios aledaños, los ingresos socioeconómicos de la población y las características de las familias de estratos 4 y 5 residentes en el municipio.

2.2.2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA:

Es de tener en cuenta que el aumento de la población en el Municipio de Chía que corresponde a Adulto Mayor proyecta un crecimiento de 13.155 adultos mayores en el 2.015 a 18.448 adultos mayores proyectada a 2.020, los cuales requerirán de cuidado especial por parte de familiares o de instituciones especializadas en el cuidado integral de esta población.

La demanda estimada del proyecto se calculó únicamente para los servicios de Hogar Día y de Residencia Permanente del Hogar Geriátrico, que pretende dar respuesta al abandono de los adultos mayores en el Municipio de Chía, por parte de sus familiares sea por causas voluntarias o de fuerza mayor.

Para definir y cuantificar la población objeto del proyecto, se tuvo en cuenta el número de personas con la problemática a resolver, por lo cual se tomó la población que se encuentra en un rango de edad entre los 60 años y 80 años o más de las estadísticas poblacionales del municipio de Chía, para la base del cálculo, comparación y análisis de la demanda potencial o teórica.

Los servicios que se prestarán por parte del Hogar Geriátrico son los de Residencia Permanente y Hogar Día; para determinar la frecuencia de uso de éstos servicios se utilizó los datos recolectados de las Instituciones existentes en el Municipio de Chía. (Ver Apéndice 1), una vez determinada la población y estimada la frecuencia de uso, se calculó la demanda teórica, multiplicando la población objeto por la frecuencia de uso.

En la siguiente tabla se muestra la frecuencia de uso por los servicios de cada uno de las instituciones hoy existentes en Chía.

Tabla.9. Ocupación de los Hogares para Adulto Mayor en Chía

INSTITUCIÓN	SERVICIO HOGAR PERMANENTE (# de adultos Mayores)	SERVICIO HOGAR DÍA (# de adultos Mayores)
Calucé	23	0
La Casa	39	15
Andares Club	12	20
La Macarena	60	0
Hogar San Rafael	67	30
El Sauce Blanco	8	0
Geronto Club	10	15
Apan	8	0
Pura Vida	0	15
Huella del Abuelo	16	0
Próvida	0	50
Mayor de Chía	0	45
TOTALES	243	190

Fuente. Elaboración Propia.

Las estimaciones realizadas se pueden resumir en la siguiente tabla, donde la demanda potencial de las atenciones para los servicios de Residencia Permanente y Hogar Día se calcula para la vigencia 2015 en 243 y 190 adultos mayores atendidos. Se proyecta que conforme a la capacidad de las instituciones actuales se atiendan 250 adultos mayores en Residencia Permanente y en Actividades de Hogar Día 200 adultos mayores. Se proyecta para el 2.020 que conforme al crecimiento poblacional sostenido se pueda atender una demanda de 340 residentes permanentes y 266 cupos para adultos mayores en actividades de Hogar Día

Tabla.10. Estimación de la Demanda Potencial del Proyecto

SERVICIO PRESTADO	ACTUAL (AÑO 2015)		PROYECTADA (AÑO 2020)	
	POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA		POBLACIÓN DEL ÁREA DE INFLUENCIA	
	POBLACIÓN OBJETIVO EN No. HABITANTES	DEMANDA POTENCIAL DE ATENCIONES (atenciones/año)	POBLACIÓN OBJETIVO EN No. HABITANTE S	DEMANDA POTENCIAL DE ATENCIÓN E S (atenciones/añ o)
Residencia Permanente Frecuencia de uso: 0,018472064	13.155 Adultos Mayores	250	18.448 Adultos Mayores	340
Hogar Día Frecuencia de uso: 0,014443177	13.155 Adultos Mayores	200	18.448 Adultos Mayores	266

Fuente: Elaboración Propia

2.2.3. OFERTA DE SERVICIOS:

El cálculo de la oferta real para el proyecto, utilizó las estadísticas recolectadas en los Hogares relacionados, en dónde como se observó anteriormente los servicios de Residencia Permanente en la actualidad se prestan a 243 Adultos Mayores y en actividades de Hogar día a 190 Adultos Mayores. Teniendo en cuenta, que se estima que su capacidad ocupacional es del 90% en el año, con un promedio de día estancia de 328 días del año, para los Residentes permanentes se calcula para el proyecto una Oferta teórica para los servicios de Residencia Permanente y de Hogar Día como se muestra a continuación:

Tabla.11. Oferta teórica del Proyecto

SERVICIO	HORAS/DÍA HORAS/AÑO CONTRATADAS DE PROFESIONALES	OFERTA TEORICA POR R.H. (Atenciones/A ño)	INFRAESTRUC UTURA DISPONIBLE Y HORARIO DEL SERVICIO	OFERTA TEORICA POR I.F. (Atenciones/ Año)
Residencia Permanente PDE 7 días x semana			8 Adultos mayores por año	8 adultos mayores por año
Hogar Día Terapeuta Ocupacional Adultos Mayores: 15 mensual	Un Terapeuta ocupacional medio tiempo 4 horas/día - horas/año	1.040 hr/año	Lunes a Viernes de 1:00 pm a 4:00 p.m.	180 Adultos Mayores/año

Residencia Permanente Enfermería Adultos Mayores: 8 año	Tres enfermeras aux. tiempo completo 8 horas/día - horas/año	8.760 hr/año	L-D 7 am a 2 pm 2 pm a 10 pm 10 pm a 7 am	8 adultos mayores/año
---	--	--------------	---	--------------------------

Fuente: Elaboración Propia

Para el servicio de Residencia Permanente de Adulto Mayor se plantea que el proyecto atienda a 8 adultos mayores en el año. Para las actividades de Hogar día es necesario contar con una Terapeuta Ocupacional que trabaje con 15 adultos mayores en actividades grupales en un horario de lunes a viernes de 1 pm a 4 pm, para lograr que al año sean 180 adultos mayores atendidos, los cuales pueden ser los mismos u otros 15 adultos mayores al mes.

2.2.4.DÉFICIT REAL:

Tabla.12. Déficit Real del Proyecto

SERVICIO:	OFERTA REAL (1)	DEMANDA POTENCIAL ACTUAL (2)	DEFICIT REAL ACTUAL (2) - (1)	DEMANDA POTENCIAL FUTURA (3)	DEFICIT REAL FUTURO (3) - (1)
Residencia Permanente	243	250	7	340	97
Hogar Día	190	200	10	266	76

Fuente Elaboración propia

Se observa que para el año 2015 se presenta una oferta real de 243 cupos para residencia permanente pero el déficit actual es de 7 cupos para Residentes Permanentes. Respecto a Hogar Día la oferta real se el año 2015 es de 190 cupos, presentándose un déficit de 10 cupos en actividades de Hogar Día. Según las proyecciones para el año 2020 se espera que se presente un déficit de 97 cupos para residencia permanente y un déficit de 76 cupos para las actividades de Hogar Día. Debido a que se presenta un déficit positivo mayor a cero para los dos servicios analizados se calcula el déficit teórico a continuación.

2.2.5. DÉFICIT TEÓRICO:

Tabla.13. Déficit Teórico del Proyecto

SERVICIO	OFERTA TEORICA (1)	DEMANDA POTENCIAL ACTUAL (2)	DEFICIT TEORICO ACTUAL (2) - (1)	DEMANDA POTENCIAL FUTURA (3)	DEFICIT TEORICO FUTURO (3) - (1)
Residencia Permanente	250	250	0	340	90
Hogar Día	200	200	0	266	66

Fuente: Elaboración Propia

Se observa que se presenta un déficit teórico a futuro de los servicios ofertados en donde para residentes permanentes para el 2020 se proyecta en 90 cupos y para actividades de Hogar día en 66 adultos mayores que no están recibiendo atención a la problemática

planteada. Lo anterior permite decir que es posible que con el desarrollo del proyecto se atienda la población insatisfecha sin embargo para el año 2020 aún no se ha cubierto la demanda de estos servicios.

2.2.6. ANÁLISIS DEL MERCADO:

2.2.6.1. ANTECEDENTES:

Una de las oportunidades de negocio que se pueden aprovechar es el crecimiento y desarrollo de la Sabana Centro de Cundinamarca, especialmente hacia los municipios de Chia, Cota, Sopó, Cajicá y Zipaquirá y los ingresos familiares de las familias que se están ubicando en el sector.

Con la información recolectada en 12 instituciones que atiende población Adulto Mayor en Chía se puede inferir que son empresas con larga trayectoria en la prestación de los servicios, donde el 77% cuentan con más de 8 años de experiencia. El Hogar más reciente es la Fundación el Sauce Blanco con 3 años desde su constitución.

Los Hogares atienden pacientes funcionales, no funcionales o con patologías crónicas en su gran mayoría. Se encontraron 2 Hogares especializados en la atención de Alzheimer (Geronto Club y Pura Vida) aunque no solo se enfocan en esta población.

Teniendo en cuenta los ingresos por Adulto Mayor mensual para un plan básico de Residente Permanente oscilan entre \$700 mil pesos a \$3.6 millones de pesos mensuales. Si se trata de Centro Día, el valor oscila entre \$1.000.000 a \$1.890.000 al mes.

Los Adultos Mayores atendidos en estos Hogares, pertenecen a diferentes estratos sociales, determinado por el valor mensual de los servicios. Se encontró que en el Hogar la Macarena atienden a población en condición de abandono y vulnerabilidad y en el Hogar San Rafael se cuenta con convenio con la Gobernación de Cundinamarca y la Alcaldía de Chía para atender a 15 Adultos Mayores en condición de vulnerabilidad.

Los servicios que se prestan son similares en plan básico: Alimentación, Alojamiento, actividades lúdicas y ocupacionales y revisión médica periódica. Se encuentran residentes permanentes, temporales o con actividades de hogar día.

Se observa que las instalaciones varían dependiendo el Hogar, en algunos se evidencia hacinamiento entre los pacientes, otras cuentan con habitaciones o cabañas individuales, dependiendo de la capacidad económica del Adulto Mayor o su familia.

Frente a los requisitos de ingreso los parámetros son los mismos: Resumen Historia Clínica, Documentos del Paciente, Afiliación a seguridad social en salud, seguro funerario; se realiza un valoración física y psicológica de ingreso, consentimiento

informado del familiar o paciente cuando se requiera. Se firma un contrato por tiempo y valor.

Se encuentran 5 en área urbana y 7 en el área rural. Se identificó que uno de los Hogares tiene convenio con la Clínica Corpas para que los estudiantes realicen sus prácticas en Geriatria.

Utilizando los elementos del Modelo de Análisis de Competencia de Porter se puede analizar lo siguiente del mercado de Hogares Geriátricos en el Municipio de Chía:

2.2.6.2.COMPETIDORES:

Se presentan 12 instituciones que atienden a la población Adulto Mayor, los cuales presentan gran trayectoria en el mercado, los servicios que prestan son similares, se puede decir que se presenta una inversión importante en la infraestructura, ya sea porque el activo sea propio o porque es arrendado pero con adecuaciones; se encontró que los Hogares con mayor trayectoria cuentan con infraestructura propia. Los competidores buscan su posicionamiento en el mercado a través de implementación de sistemas de calidad y promesas de humanización hacia los clientes.

Lo que busca el proyecto es ingresar al mercado con una estrategia de diferenciación en los servicios que presta logrando un vínculo con el cliente basando la atención en un servicio personalizado.

Referente al acceso de canales de comunicación se encontró que en su mayoría cuentan con página web, pero la manera de captar clientes es el voz a voz.

La estrategia de divulgación planteada para captar los clientes del proyecto, es un boletín mensual de actividades que se difundirá en la comunidad, en lugares públicos como centros comerciales aledaños, instituciones como clínicas, hospitales, universidades.

Utilización de página web con los servicios prestados y un sistema de referidos y voz a voz.

Una de las barreras que se identifican es el posible cambio del Plan de Ordenamiento Territorial, entre otras normativas que dicten nuevas disposiciones en el cuidado del Adulto Mayor.

2.2.6.3. EL PRODUCTO:

Los servicios ofertados por el proyecto se centran en la residencia permanente de Adultos mayores en un principio, luego se pretende brindar servicios de hogar día.

Frente a las tarifas que se ofrecen son competitivas ya que se busca un ingreso de \$2.000.000 de pesos mensuales por residente permanente, entrando a competir con un enfoque diferencial hacia el cliente.

2.2.6.4.LOS PROVEEDORES:

Se plantea una alianza de cooperación con programas de responsabilidad social de entidades privadas o públicas que se encuentren interesados en mantener la calidad de vida de la población adulto mayor.

Se contempla por ello una estrategia para fomentar la integración con otras entidades gubernamentales o no gubernamentales como Salud, Recreación, Cultura, Educación, que aporten al desarrollo y crecimiento del proyecto, con beneficio mutuo.

2.2.6.5.EL CLIENTE:

Los adultos mayores que se quieren atender son personas en lo posible funcionales de 60 años o más con ingresos económicos medio-altos, con familias que se preocupen por el bienestar y tranquilidad de sus adultos mayores pero que por sus ocupaciones diarias no pueden brindar la atención necesaria a sus familiares.

Se busca que como barrera de salida de los adultos mayores se creen vínculos emocionales de reconocimiento de la atención y calidad de los servicios prestados.

De igual manera apoyados en la Estrategia de Disciplina del valor de Treacy y Wiersema, el valor al cliente es el servicio y asesoría personalizada, donde el Adulto Mayor reciba una mejor atención y mejores soluciones para sus necesidades.

2.2.7. MATRIZ DOFA

Se entiende como matriz DOFA a la herramienta utilizada para la formulación y evaluación de estrategia. Generalmente es utilizada para empresas, Su nombre proviene de las siglas: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas. Fortalezas y debilidades son factores internos a la empresa, que crean o destruyen valor. Incluyen los recursos, activos, habilidades, Oportunidades y amenazas son factores externos, y como tales están fuera del control de la empresa. Se incluyen en estos la competencia, la demografía, economía, política, factores sociales, legales o culturales.

Esta herramienta es también un instrumento metodológico que sirve para identificar acciones viables mediante el cruce de variables

A continuación se presenta el DOFA realizado para este proyecto basado en la información recopilada de los Hogares existentes en el Municipio de Chía teniendo en cuenta los determinantes sociales.

Tabla.14. Matriz DOFA

	FORTALEZAS	DEBILIDADES
ANÁLISIS INTERNO	-Prestación de servicios de manera humanizada. -Contar el personal idóneo. -Se dispone de los recursos económicos con presupuesto estimado inicial para el desarrollo del proyecto.	-No contar con la infraestructura necesaria para la atención con calidad requerida, en la medida que aumenta la demanda de pacientes. -Alta rotación del personal asistencial.
	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS
	-Contar con un programa de selección y contratación de personal que escoja a los profesionales con una calidad humana y técnica en la prestación de los servicios y capacitación de personal en atención integral del adulto mayor y prestación de servicio humanizado. -Buscar un socio capitalista o préstamo para conseguir más recursos para el desarrollo del proyecto.	- Adecuar o construir una infraestructura acorde a la cantidad de pacientes que residan en el Hogar Geriátrico. - Definir un programa de bienestar, remuneración e incentivos para el personal asistencial.
ANÁLISIS EXTERNO	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
	-Crecimiento poblacional por inmigración de Bogotá y Municipios Aledaños. -Políticas nacionales y gubernamentales que se desarrollan en el país en pro del crecimiento y la activación del empleo y que brindan patrocinio y ayuda a proyectos innovadores y emprendedores. -Ingresos económicos de las familias que se están ubicando en el sector, por inmigración de Bogotá u otros sitios buscando mejorar la calidad de vida.	-Cambio en la normatividad relacionada con los Hogares Geriátricos. -Reestructuración en el Plan de Ordenamiento Territorial del Municipio que afecta la viabilidad para la operación del Hogar. -Paradigmas que tiene la población acerca de los sitios para adultos mayores.
	ESTRATEGIAS	ESTRATEGIAS
	-Definir los canales de comunicación para dar a conocer los servicios ofrecidos por la institución (voz a voz, pagina web, emisora, folletos) -Buscar programas que apoyen las iniciativas de nuevos proyectos. -Realizar charlas de conocimiento o eventos de captación de personas interesadas en los programas de servicios al adulto mayor.	- Mantenerse actualizado en la normatividad vigente a través de la asesoría jurídica. - Contar con la asesoría y aprobación de Planeación Municipal para el desarrollo de la infraestructura del proyecto -Desarrollar capacitación y sensibilización sobre el ciclo vital de adulto mayor.

Fuente: Elaboración Propia

Considerando el DOFA anteriormente formulado, se presentan según su análisis las posibles estrategias:

- Se puede realizar una alianza con las redes de apoyo, universidades o instituciones educativas en salud que se encuentren en el municipio para el desarrollo del proyecto, buscando el mutuo beneficio.

- Posicionarse en el mercado como una empresa innovadora y emprendedora con una atención humanizada.
- Ofrecer siempre el mejor portafolio de servicios a los clientes, lograr en el mediano plazo reducir costos y maximizar utilidades
- Utilizar el voz a voz como medio exitoso y oportuno de comunicación de la idea de negocio.
- Lograr romper el paradigma de: “mal servicio y descuido” sobre las instituciones dirigidas exclusivamente al adulto mayor.
- Contribuir a mejorar el trato dado a las personas adultas mayores, y su participación en la sociedad.

2.2.8. PORTAFOLIO DE SERVICIOS:

Nuestro Hogar Geriátrico ofrecerá los siguientes servicios:

- Una habitación privada con baño propio
- Alimentación diaria 5 comidas (desayuno, medias nueves, almuerzo, onces y comida)
- Servicio de enfermería las 24 horas
- Atención medica una vez al mes
- Servicio de lavandería semanal
- Servicio de aseo diario
- Asistencia actividades realizadas por la trabajadora social.
- Actividades formativas, lúdicas y recreativas guiadas por profesionales.

El costo de estos servicios será de \$2.000.000 (dos millones de pesos mensuales)

2.3.RECURSOS HUMANOS Y FISICOS DEL PROYECTO

2.3.1. PLANTEAMIENTO ESTRATÉGICO:

En el planteamiento estratégico del proyecto se definió la misión, visión, valores y políticas y la estructura organizacional del Hogar Geriátrico:

2.3.1.1.MISIÓN – VISIÓN

Nuestra Misión es ofrecer un servicio de cuidado y atención integral óptimo para el adulto mayor, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida

Nuestra Visión será posicionar al hogar geriátrico como una de las instituciones más completa del Municipio, haciendo énfasis en el cuidado y acompañamiento del ciclo de vida del adulto mayor con una gran calidad humana. Todo esto seguido del cumplimiento de la normativa exigida por los entes de control.

2.3.1.2. VALORES Y POLÍTICAS

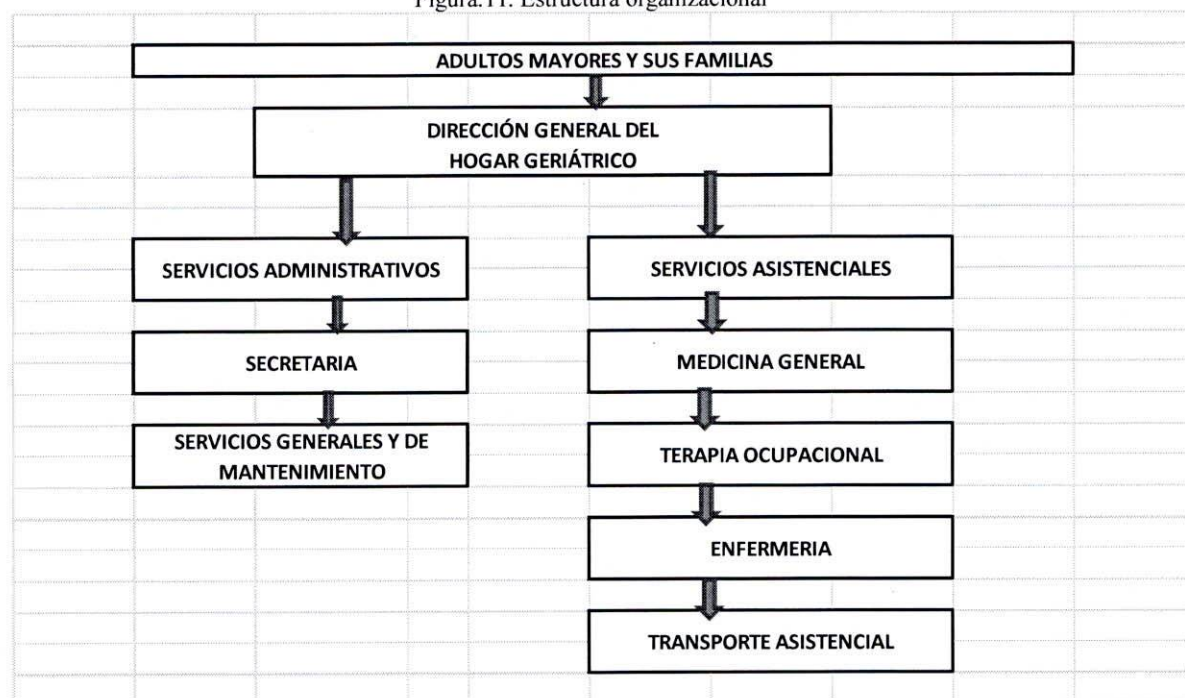
El Hogar geriátrico estará basado en los siguientes valores:

- Respeto por la dignidad humana de cada persona
- Amor en cada uno de los servicios ofertados a los pacientes y familiares
- Compromiso con la institución y cuidado hacia el adulto mayor
- Responsabilidad Social en cada labor realizada

2.3.1.3. ORGANIGRAMA

La estructura organizacional del hogar geriátrico estará conformada de la siguiente manera:

Figura. 11. Estructura organizacional



Fuente. Modelo Propio

Se observa que el adulto mayor y su familia se encuentra en la cabeza de la estructura organizacional para mostrar el compromiso del Hogar con el enfoque centrado en el usuario.

2.3.2. RECURSO HUMANO DEL PROYECTO

2.3.2.1. SELECCIÓN Y CONTRATACIÓN DEL PERSONAL

Para la contratación del personal, se establecerá la verificación de los requisitos, la calidad técnico y humana en las hojas de vida, de acuerdo a los perfiles establecidos por la institución, a través de entrevistas y selección.

En la siguiente tabla se muestran los perfiles y competencias requeridas para el desarrollo del proyecto de Hogar Geriátrico:

Tabla.15. Perfiles y Competencias del Recurso Humano del Proyecto

Profesional	Requisitos	Funciones
Médico	Profesional hombre o mujer, con documentación al día , experiencia (5 años) en adulto mayor	Brindará un servicio de atención y valoración a los pacientes una vez a la semana y con disponibilidad de tiempo
Trabajadora social	Profesional mujer con, documentación al día, experiencia (5 años) en manejo de adulto mayor	Ofrecerá una atención directa a los pacientes y familiares, su objetivo será potencializar el desarrollo de las capacidades y facultades de cada persona para así lograr una mayor integración en el hogar. Realizará planeación y ejecución de actividades educativas a los pacientes y familiares con el apoyo de los practicantes
Auxiliares de enfermería	Certificados, documentación al día, con experiencia en manejos de pacientes con patologías crónicas (3 años)	Realizaran actividades asistenciales (toma de signos vitales, notas de enfermería de evolución de cada paciente, asistencia a baño, acompañamiento de alimentación, remisión de traslado de ambulancia si lo requiere) y apoyo en las sesiones educativas
Limpieza y desinfección	Mujer, con bachiller terminado, con experiencia en manejo del limpieza en instituciones hospitalarias	Realizar limpieza y desinfección en todo el hogar geriátrico, lavado y planchado de sabanas y ropa de los pacientes, rutas de evacuación de desechos contaminados y no contaminados
Nutricionista	Mujer , profesional con experiencia en manejo de pacientes crónicos	Establecer la nutrición alimenticia de los residentes de acuerdo a sus patologías
Personal de cocina	Mujer, con bachiller terminado, experiencia en preparación de alimentos para pacientes con enfermedades crónicas	Manipulación, Preparación y distribución de alimentos a los pacientes (desayuno, medias nueves, almuerzo, onces y comida), limpieza del área de cocina

Fuente: Diseño Propio

El equipo de trabajo para el proyecto más que un grupo de personas, es una comunidad de profesionales en distintas áreas que permiten ofrecer servicios competentes con calidez, dirigidos a intervenir en la condición integral presente en cada uno de nuestros huéspedes.

El recurso humano deberá caracterizarse por su sensibilidad social, carisma y vocación de servicio, habilidades para el abordaje requerido en manejo de envejecimiento sano, que permite atender las necesidades reales e integrales de nuestros huéspedes y sus familiares. Igualmente se pretende como Institución ofrecer las oportunidades que fortalecen el liderazgo y actualización del recurso humano por medio de capacitaciones permanentes

2.4.INFRAESTRUCTURA

De acuerdo a lo observado en la inspección visual realizada a los Hogares Geriátricos visitados, en general cuentan con una zona de habitaciones, zona social: comedor, salón de reunión, zona de televisión compartida, consultorio médico. En cuanto a las habitaciones son individuales o compartidas por 2 o 3 personas con baño privado.

El Hogar Caluce. Andares y San Rafael cuentan con amplias zonas verdes. Los hogares más pequeños como la Huella del Abuelo y Apan, son casas adaptadas que no cuentan con zona verde, pero si patio que es utilizado como zona de encuentro o para la realización de las actividades grupales.

La idea del Hogar Geriátrico del proyecto es que sea una instalación en el área urbana, arrendada inicialmente con capacidad para la atención de 8 adultos mayores de residencia permanente. Con espacio para un consultorio asistencial donde se realicen las valoraciones y controles periódicos de los Adultos Mayores.

Las zonas comunes será un área al aire libre para las actividades de integración y grupales, la zona de comedor y sala de juegos y tv. Se contará con un espacio para la lavandería y cocina.

Para la ubicación de una vivienda que cumpliera con el área necesaria y las habitaciones se realizó una búsqueda a través de buscadores por internet en la cual se encontró que en estrato 3-4 se puede ubicar en la zona urbana casas con un arriendo promedio entre \$1.6 a \$2. millones de pesos compuestas por: 2 plantas, 3 habitaciones, 2 baños, sala y comedor, patio, cocina, zona de lavandería.

Igualmente se realizó una búsqueda de viviendas en estrato 4-5 que en general cuentan con los mismos espacios descritos, encontrando que su valor mensual varía entre \$4 a 6.5 millones de canon de arrendamiento.

Por lo anterior, para el proyecto se eligió la opción de casas 3-4 con un arriendo promedio de \$1,6 a \$2 millones mensuales en la zona urbana, donde se realizaran

adecuaciones en las habitaciones de tal manera que se puedan alojar de 6 a 8 residentes permanentes del Hogar; se realizarían las adecuaciones a los baños y zonas comunes para que se cumpla con las medidas necesarias físicas de atención y disminución de riesgos por posibles accidentes en las instalaciones a los adultos mayores.

Si los residentes permanentes aumentan a más de 8 adultos mayores se plantea el arrendamiento de otra casa con condiciones similares, en un sitio cerca de la sede primera.

En la medida que crezca la demanda de los servicios por parte de los adultos mayores, se plantea la construcción de un amplio Hogar en la zona rural del municipio, se espera que sea a partir del 3 año.

2.5. VIABILIDAD FINANCIERA DEL PROYECTO

2.5.1. PROYECCIÓN FINANCIERA DEL PROYECTO:

De acuerdo a la información recolectada en las visitas realizadas a los Hogares Geriátricos del municipio de Chía, se generó el presupuesto de inversión inicial y el flujo de caja proyectado a 5 años.

Las variables para la elaboración del estudio de viabilidad financiera fueron: Ingresos fijos mensuales por Adulto Mayor, Gastos fijos para el funcionamiento del Hogar, los costos de personal y la inversión inicial para el inicio del proyecto.

2.5.2. PRESUPUESTO DE INVERSIÓN:

Los supuestos que se tuvieron en cuenta en la proyección es un ingreso mensual por paciente de \$2.000.000 mensual, proyectado a 5 años; los gastos fijos de arrendamiento de infraestructura aumenta en la medida que se requieren más habitaciones para la atención de los Adultos Mayores. En el apéndice 2, se muestra la proyección del presupuesto año a año del 2016 a 2020.

El presupuesto de inversión se proyecta a 5 años, con una inversión inicial para el primer mes de \$28.776.750, en los siguientes rubros: Costos y Gastos \$18.645.000; Gastos por servicios \$2.200.000 y Gastos administrativos \$7.931.000. Para iniciar la operación de Hogar se estima por lo menos el ingreso de dos pacientes. A continuación se detalla la distribución de los costos y gastos por cada uno de los rubros para el primer mes de operación:

Tabla.16. Presupuesto Inicial de Gastos del Hogar Geriátrico

AÑO	INICIAL
INGRESOS	
TOTAL PACIENTES	
TOTAL INGRESOS	
ASIGNACION	\$ 28.776.750,00
DISTRIBUCION	
Tramites y licencias	\$ 3.500.000,00
Compras	\$ 15.145.000,00
Total Costos y gastos	\$ 18.645.000,00
Gastos x Servicios	
Aguaaq,luz,gas,telefono	\$ 400.000,00
Alimentacion	\$ 800.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 2.200.000,00
Gastos Administrativos	
Salarios	\$ 5.931.750,00
Arriendos	\$ 2.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 7.931.750,00
Total Costos y Gastos	\$ 28.776.750,00

Fuente: Presupuesto del proyecto

Para la proyección de los 5 años de funcionamiento del Hogar se observa en la siguiente tabla los Ingresos y Gastos correspondientes a cada año, teniendo en cuenta la demanda de pacientes proyectada. Se calcula que el valor mensual por Adulto mayor en residencia permanente será de \$2.000.000 mensual.

Los ingresos del proyecto se estiman que inicialmente se contará con 2 pacientes terminando con la atención de 7 pacientes fijos permanentes en el primer año, para culminar en el año 2020 se esperan 31 pacientes fijos permanentes.

Se observa que los ingresos por servicios ofertados son de \$118 millones frente a unos costos y gastos de operación de \$146,23 millones presentándose un déficit para el primer año de \$26,23 millones. Es de aclarar que con 6 pacientes se logra el equilibrio financiero mensual.

Para el segundo año de operación se proyectan unos ingresos por servicios de \$252 millones con 13 pacientes fijos permanentes y unos costos y gastos de \$165.58 millones para una utilidad al final del año de \$86 millones. Se estima que para el año 2.020 se

obtengan ingresos por \$684 millones por 31 pacientes fijos permanentes y un total de costos y gastos de \$294,92 millones para una utilidad de \$309 millones de pesos.

Tabla. 17. Presupuesto de Ingresos y Gastos del Hogar Geriátrico

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO					
AÑO	TOTAL AÑO 2016	TOTAL AÑO 2017	TOTAL AÑO 2018	AÑO 2019	AÑO 2020
INGRESOS	\$ 118.000.000,00	\$ 252.000.000,00	\$ 396.000.000,00	\$ 540.000.000,00	\$ 684.000.000,00
TOTAL PACIENTES	7	13	19	25	31
TOTAL INGRESOS	\$ 118.000.000,00	\$ 252.000.000,00	\$ 396.000.000,00	\$ 540.000.000,00	\$ 684.000.000,00
ASIGNACION	\$ 146.226.000,00	\$ 165.574.600,00	\$ 203.068.200,00	\$ 253.435.200,00	\$ 294.928.800,00
DISTRIBUCION					
Tramites y licencias	\$ 3.500.000,00	\$ -	\$ -		
Compras	\$ 15.145.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ 18.645.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
				\$ -	\$ -
Gastos x Servicios					
Aguaq,luz,gas,telefono	\$ 6.000.000,00	\$ 9.300.000,00	\$ 12.900.000,00	\$ 16.500.000,00	\$ 20.100.000,00
Alimentacion	\$ 14.400.000,00	\$ 27.600.000,00	\$ 42.000.000,00	\$ 56.400.000,00	\$ 70.800.000,00
REMANENTE	\$ 12.000.000,00	\$ 12.000.000,00	\$ 12.000.000,00	\$ 12.000.000,00	\$ 12.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 32.400.000,00	\$ 48.900.000,00	\$ 66.900.000,00	\$ 84.900.000,00	\$ 102.900.000,00
Gastos Administrativos					
Salarios	\$ 71.181.000,00	\$ 82.674.600,00	\$ 94.168.200,00	\$ 108.535.200,00	\$ 120.028.800,00
Arriendos	\$ 24.000.000,00	\$ 34.000.000,00	\$ 42.000.000,00	\$ 60.000.000,00	\$ 72.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 95.181.000,00	\$ 116.674.600,00	\$ 136.168.200,00	\$ 168.535.200,00	\$ 192.028.800,00
Total Costos y Gastos	\$ 146.226.000,00	\$ 165.574.600,00	\$ 203.068.200,00	\$ 253.435.200,00	\$ 294.928.800,00
Saldo Neto	\$ (28.226.000,00)	\$ 86.425.400,00	\$ 192.931.800,00	\$ 286.564.800,00	\$ 389.071.200,00

Fuente: Presupuesto del Proyecto

2.5.3.RETORNO DE LA INVERSIÓN:

El retorno de la inversión inicial se obtendrá en enero de 2020 con ingresos mensuales por \$52.000.000,00 de 26 pacientes permanentes, unos gastos de operación de \$23.473.000 dejando un saldo a favor de \$28.526.500.

Inicialmente se espera que los ingresos provengan en un 100% de los servicios de atención a residentes permanentes. Sin embargo, después del primer año se ampliará la oferta de servicios, según la demanda a Residentes temporales y Hogar Día, entre otros servicios.

CAPITULO 3

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1.CONCLUSIONES

- Conforme al crecimiento poblacional en el Municipio de Chía se estima que los tasa de fecundidad y natalidad siga disminuyendo en el grupo poblacional de mujer en edad fértil y aumente el indicador de Esperanza de vida en el grupo de etario de adulto mayor de 60 años, dado que la inmigración desde Bogotá y sus alrededores de familias con integrantes entre 3 y 4 personas viene en aumento y lo que se proyecta es que los Adultos mayores lleguen a 18.448 personas; lo que promueve la creación de instituciones que presten un servicio integral al cuidado del Adulto Mayor.
- El estudio de mercado muestra que no se invierte en aspectos tecnológicos para prestar un mejor servicio a los pacientes, pero como diferenciador de prestación de servicio será la atención humanizada a los adultos mayores, buscando su fidelización.
- El proyecto requiere un personal altamente calificado en el manejo del adulto mayor, el cual aumentará con el ingreso de más adultos mayores con el fin de mantener las condiciones de calidad y humanización del servicio.
- De acuerdo al análisis financiero realizado el proyecto es viable y sostenible a partir del 8 mes de funcionamiento con un retorno de la inversión a 5 años.

3.2.RECOMENDACIONES

- Debido al crecimiento de la población hacia Sabana Centro definir mecanismos de captación encaminadas a la promoción de estilos de vida saludable en el adulto mayor.
- Inicialmente el Hogar contará con residentes permanentes, se recomienda que se implementen estrategias de atención como actividades día y de residentes temporales que le permitan expandir la cobertura en el municipio, conforme a las necesidades y expectativas de los familiares y residentes permanentes.
- De acuerdo con las necesidades de los clientes internos se puede diseñar mecanismos de remuneración y retención de personal para asegurar que se mantenga la atención con calidad y calidez del Hogar, una vez sea sostenible el negocio.
- Contar con la normatividad vigente en temas de dotación y de infraestructura de Hogares Geriátricos que brinden a los pacientes la comodidad y seguridad requerida.

- Proyectar la ampliación y remodelación de la infraestructura a medida que se presenta un aumento en la demanda de los pacientes con el fin de evitar el hacinamiento y mantener el bienestar y calidad en el servicio a los usuarios.
- Con el fin que la inversión inicial se recupere en un tiempo menor al proyectado se pueden realizar otras actividades que generen ingresos como el Hogar Día, Residencia Temporal y de esta manera propender por la sostenibilidad y crecimiento del negocio.

LISTA DE REFERENCIAS

- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE (2.012). Informe Anuario Estadístico 2.012. Imprenta Nacional.
- Gobernación de Cundinamarca. (2014). Estadísticas de Cundinamarca 2011-2013. Capitulo 2. Aspectos Demográficos.
- Alcaldía de Chía.(2.014) Informe de Gestión 2013.Eje de Desarrollo Social. Salud.
- Vega García E.(2.001), Atención al Adulto Mayor. Temas de Medicina General Integral. La Habana. Editorial Ciencias Médicas VI.
- Flórez J.A.(1997) Envejecimiento, personalidad y deterioro cognitivo. Barcelona. Edikamed
- Villanueva L.A (2003) Sobre el envejecimiento: Una perspectiva integral. Medellín. Facultad Nacional de Salud Pública
- Devesa, E. (2003) Tipología del Envejecimiento. Geriátría y Gerontología. La Habana. Editorial Tecnico-científica
- Díaz V. Díaz I (2003) Evaluación geriátrica en la atención Primaria. Rev. med Chile.
- Ribera C, José (2006) Características Generales del Paciente Geriátrico. Madrid, Hospital Universitario San Carlos.
- SABE (2001). Informe sobre salud, bienestar y envejecimiento. Chile
- Universidad Católica de Chile. (2007). Algunos cambios asociados al envejecimiento. Escuela de Medicina.
- García Celia (2013). Residencias para la tercera Edad: Un negocio en Crecimiento, Madrid. Emprendedores. España
- Arraga Marisela (2007) Recreación y Calidad de Vida en Adultos Mayores que viven en instituciones geriátricas y en sus hogares. Un estudio Comparativo. Venezuela. Espacio Abierto. Cuaderno de Sociología.

- Bravo Gloria (2002) Creación de una nueva empresa: Centro Residencial para la tercera edad. Valencia. Universidad Politécnica de Valencia. Facultad de Administración y dirección de empresas.
- Porter Michael (1990) Estrategia Competitiva.
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Informe Análisis de la Situación en Salud.
- Alcaldía de Chía (2012). Informe de Estadísticas Catastrales Municipio de Chía.
- Gobernación de Cundinamarca. (2014). Estadísticas Cundinamarca 2012- 2013. Informe de Territorio y Estadísticas Catastrales. Bogotá.
- Gobernación de Cundinamarca (2014) Estadísticas Cundinamarca 2012-2013. Informe de Aspectos Demográficos. Bogotá
- Alcaldía de Chía (2.014) .Estadísticas del Municipio de Chía. Informe de Gestión 2013. Alcaldía Municipal.
- Alcaldía de Chía (2.014) Análisis de Situación en Salud 2013. Municipio de Chía.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. (2005) .Boletín Censo General 2005. Perfil Chía- Cundinamarca.
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (2007) Manual Práctico Para La Formulación y Viabilización de Proyectos de Inversión en Infraestructura Física de Salud. Bogotá
- Treacy y Wiersema. (2007) Disciplina del Valor.

Apéndice 1.

A continuación se presentan las fichas con información recolectada de las instituciones que atienden población Adulto Mayor en el Municipio de Chía y que se utilizó en el desarrollo del proyecto:

Nombre de la Institución y datos de contacto	Caluce. Señor Juan Rojas Esguerra. gerencia@caluce.com.co Sra. Claudia Buitrago bienestar@caluce.com.co Sra. Patricia Largacha comunicaciones@caluce.com.co 8844458 - 8630576
Servicios Prestados	Básico: Habitación sencilla o apartamento, Lavandería, Alimentación (5 comidas), Aseo, Vigilancia, Administración de medicamentos, Enfermería, Actividades de entretenimiento, Medicina especializada en geriatría, Fonoaudiología y Fisioterapia, Acompañamiento espiritual, Mascotas, Trabajo social, Psicología, Terapia ocupacional, Odontología, Parques y Jardines. Complementarios: Asistencia a actividades diarias y supervisión asignada. Adicionales: WI-FI, Peluquería, televisión paga, habitaciones para familiares visitantes residentes en el exterior, servicio de transporte, costurero y clínica de ropa, entretenimiento a través de diferentes alianzas.
Capacidad del Hogar y Ocupación	23 personas – 25 personas
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$3.250.000 mensual servicio básico.
Experiencia en la prestación del servicio	40 años.
Nombre de la Institución y datos de contacto	La Casa Sra. María Isabel Linero Calle 1 Sur No. 6-40, Vereda La Balsa - Chía 862 5522 – 862 5193 3174373251 gerencia@lacasa.com.co info@lacasa.com.co
Servicios Prestados	Básico: Habitación sencilla. Alimentación. Enfermería. Manejo de dieta especial. Terapia física y ocupacional grupal. Servicio de Ambulancia, Aseo y mantenimiento de la habitación. Lavandería, Transporte a Bogotá los días miércoles. Comunicación vía Skype para familiares residentes en el exterior. Salida a Centro Chía cada 15 días. Tarde de tango Servicios Franja 11: Entrenamiento funcional, Recuperación con Pilates, Musicosofía, Almuerzo. Adicionales: Consultas médicas, Exámenes de laboratorio, Terapia respiratoria, Psiquiatría, Acompañante para salidas, Salón de belleza y peluquería, Transporte, Lavandería en seco, Almuerzo para invitados, Medicamentos. Hogar Día: Actividades, Alimentación y transporte.
Capacidad del Hogar y Ocupación	39 personas – 40 personas
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$3.600.000 mensual servicio básico. Franja 11: \$32.000 por día. Hogar Día: \$90.000 día ó \$1.620.000 mes

Experiencia en la prestación del servicio	20 años.
Nombre de la Institución y datos de contacto	Andares Club Hogar Orlando López Vereda Fagua, sector M.G., finca La Fontana- Chía 863 7954 – 863 9506 317 427 8583 – 311 819 1373 andaresch@gmail.com
Servicios Prestados	Básico: Habitación sencilla. Alimentación. Enfermería. Administración de medicamentos, Terapia física y ocupacional grupal. Lavandería. Actividades lúdicas y recreativas Hogar Día: Actividades, Alimentación.
Capacidad del Hogar y Ocupación	12 personas – 15 personas
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$2.800.000 mensual servicio básico. Hogar Día: \$60.000 día ó \$1.000.000 mes
Experiencia en la prestación del servicio	6 años.
Nombre de la Institución y datos de contacto	Hogar la Macarena Hermano Carmelo y Paulina Forero 3202484325 320 211 2977 8624628 hogar.macarenachia@gmail.com
Servicios Prestados	Población Especial en Estado de abandono Básico: Habitación sencilla. Alimentación. Enfermería. Administración de medicamentos, Terapia física y ocupacional grupal. Lavandería. Actividades lúdicas y recreativas
Capacidad del Hogar y Ocupación	60 personas – 60 personas
Costos por Adulto Mayor	Subsidiado por donaciones y convenios del Estado.
Experiencia en la prestación del servicio	30 años.
Nombre de la Institución y datos de contacto	Hogar del Anciano San Rafael Hermana Claudia 318 2649080 963 0239 hogar.sanrafael@yahoo.es administracion@hogarsanrafaelchia.com
Servicios Prestados	Básico: Habitación sencilla. Alimentación. Enfermería. Administración de medicamentos, Terapia física y ocupacional grupal. Lavandería. Actividades lúdicas y recreativas, Apoyo espiritual, Valoración y control por Medicina. Centro Día: Almuerzo, actividades lúdicas y recreativas
Capacidad del Hogar y Ocupación	67 personas – 80 personas

Costos por Adulto Mayor	Subsidiado por donaciones y convenios del Estado. Básico: \$1.000.000 mensual
Experiencia en la prestación del servicio	68 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Fundación el Sauce Blanco Carrera 14 No. 16A-36 Paulina Forero – Marlene Márquez 8851519 3132089656 320 248 4325
Servicios Prestados	Básico: Habitación sencilla. Alimentación. Enfermería. Administración de medicamentos, Terapia física y ocupacional grupal. Lavandería. Actividades lúdicas y recreativas. Servicio de Ambulancia
Capacidad del Hogar y Ocupación	8 personas – 12 personas
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$1.850.000 mensual
Experiencia en la prestación del servicio	3 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Geronto Club Señor Francisco Restrepo Vereda Fonquetá Finca El Nopal a 2 cuadras del Jardín Social Cafam grupogerontoclub@gmail.com
Servicios Prestados	Atención a Adulto Mayor funcional o Alzheimer Básico: Habitaciones individuales con closet y baño privado. Cuidado, atención y servicios las 24 horas. Acompañamiento espiritual. Enfermería. Administración de medicamentos. Toma de signos vitales. Terapias. Recreación y lúdica. Alimentación balanceada. Dietas especiales. Servicio Wi-Fi. Suscripción a diarios y revistas. Tv Internacional. Arreglo, lavado y planchado de prendas. Arreglo de ropa de cama. Acompañamiento a citas médicas y salidas. Seguimiento de actividades diarias. Talleres y asesoría a las familias. Encuentros Familiares. Salidas recreativas y culturales. Club Dia: Dos refrigerios (mañana y tarde), aguas aromáticas, café, jugo y frutas ilimitado, un almuerzo balanceado. Toma de signos vitales y administración de medicamentos. Registro diario de actividades: Cognitivo, actitudinal y afectivo (monitoreo de patologías con demencias). Informe mensual audio visual y escrito de las actividades. Materiales de trabajo ilimitado, Actividades lúdicas y ocupacionales. Servicio de Transporte.
Capacidad del Hogar y Ocupación	10 personas – 11 personas
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$3.560.000 mensual Club día: \$1.500.000 mensual
Experiencia en la prestación del servicio	8 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Hogar Apan Martha León Rey Cll 15 n 11- 51 Chia Teléfono: 8637427 – 3102158292
Servicios Prestados	Básico: Habitaciones individuales. Cuidado, atención y servicios las 24 horas Enfermería. Administración de medicamentos. Recreación y lúdica. Alimentación. Terapia Ocupacional.
Capacidad del Hogar y Ocupación	8 personas – 8 personas
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$1.800.000 mensual
Experiencia en la prestación del servicio	18 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Fundación Pura Vida Claudia Rojas Vereda Bojacá, Finca La Luisa, Sobre la Carrera 9 33 00 vía Bojacá Teléfono: 8621164 – 8709600 – 3107632007
Servicios Prestados	Pura Vida Día. Servicios Terapéuticos: Terapias Físicas, Terapias Ocupacionales y Terapias Alternativas (no invasivas). Actividades Lúdico-terapéuticas. Musicoterapia, Expresión Corporal, Taller Creativo (Arte y Pintura), Expresión Musical, Lúdica Interactiva. Caminatas Campestres y contacto permanente con la naturaleza. Transporte Puerta a puerta acompañado por auxiliar de enfermería. Alimentación Almuerzo y dos refrigerios por día. Servicios de Enfermería: Administración de medicamentos y toma de signos vitales. En caso de que el asistente por su condición física o comportamental requiera asistencia personalizada, este servicio tendrá un costo adicional. Servicios Complementarios: Traslados en casos de emergencia, valoración odontológica y valoración nutricional.
Capacidad del Hogar y Ocupación	15 personas – 15 personas.
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$1.890.000 mensual (L-V: Días hábiles)
Experiencia en la prestación del servicio	9 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Hogar La Huella del Abuelo Blanca Tulia Camelo Calle 16 No. 10-51 8637254 – 3187970040 Diagonal a la frontera,
Servicios Prestados	Básico: Habitaciones individuales. Cuidado, atención y servicios las 24 horas Enfermería. Administración de medicamentos. Recreación y lúdica. Alimentación. Terapia Ocupacional. Acompañamiento a citas de control
Capacidad del Hogar y Ocupación	16 personas – 20 personas.
Costos por Adulto Mayor	Básico: \$700.000 mensual
Experiencia en la prestación del servicio	10 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Próvida Julieta Rodríguez Vereda La Fagua a 5 minutos de Chía. Informes: Carrera 14 No. 83-11 Teléfono: 218 14 33 Bogotá
Servicios Prestados	Centro Día: Actividades lúdico, recreativas y ocupacionales. Subsidios médicos y de alimentación. Consulta Externa, Exámenes de Laboratorio, Optometría.
Capacidad del Hogar y Ocupación	50 personas – 50 personas
Costos por Adulto Mayor	Recursos subsidiados con recursos privados por donación y autogestión de recursos propios
Experiencia en la prestación del servicio	50 años.

Nombre de la Institución y datos de contacto	Fundación María Inmaculada Jovanna García Vereda La Balsa, Sector Colegio Los Caobos 8621371 No contestan
Servicios Prestados	S/D
Capacidad del Hogar y Ocupación	S/D
Costos por Adulto Mayor	S/D
Experiencia en la prestación del servicio	S/D

Nombre de la Institución y datos de contacto	Fundación Adulto Mayor Chía Blanquita de Salazar Carrera 9 No. 10-30 8618693
Servicios Prestados	Centro día: Actividades lúdico, recreativas y ocupacionales. Almuerzo
Capacidad del Hogar y Ocupación	45 personas – 45 personas
Costos por Adulto Mayor	Recursos subsidiados con recursos privados por donación. \$3.000 almuerzo
Experiencia en la prestación del servicio	12 años.

Apéndice 2.
Presupuesto Anual del Proyecto
Año 1- 2016

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO								
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO
INGRESOS								
TOTAL PACIENTES								
TOTAL INGRESOS								
ASIGNACION	\$ 28.776.750,00	\$ 10.131.750,00	\$ 10.131.750,00	\$ 10.381.750,00	\$ 10.381.750,00	\$ 10.631.750,00	\$ 10.631.750,00	\$ 10.881.750,00
DISTRIBUCION								
Tramites y licencias	\$ 3.500.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ 15.145.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ 18.645.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios								
Agua, luz, gas, telefono	\$ 400.000,00	\$ 400.000,00	\$ 400.000,00	\$ 450.000,00	\$ 450.000,00	\$ 500.000,00	\$ 500.000,00	\$ 550.000,00
Alimentacion	\$ 800.000,00	\$ 800.000,00	\$ 800.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.200.000,00	\$ 1.200.000,00	\$ 1.400.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 2.200.000,00	\$ 2.200.000,00	\$ 2.200.000,00	\$ 2.450.000,00	\$ 2.450.000,00	\$ 2.700.000,00	\$ 2.700.000,00	\$ 2.950.000,00
Gastos Administrativos								
Salarios	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00
Arriendos	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00
Total Costos y Gastos	\$ 28.776.750,00	\$ 10.131.750,00	\$ 10.131.750,00	\$ 10.381.750,00	\$ 10.381.750,00	\$ 10.631.750,00	\$ 10.631.750,00	\$ 10.881.750,00
Saldo Neto	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO					
AÑO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL AÑO 2016
INGRESOS					\$ 118.000.000,00
TOTAL PACIENTES					7
TOTAL INGRESOS					\$ 118.000.000,00
ASIGNACION	\$ 10.881.750,00	\$ 11.131.750,00	\$ 11.131.750,00	\$ 11.131.750,00	\$ 146.226.000,00
DISTRIBUCION					
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 3.500.000,00
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 15.145.000,00
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 18.645.000,00
Gastos x Servicios					
Agua, luz, gas, telefono	\$ 550.000,00	\$ 600.000,00	\$ 600.000,00	\$ 600.000,00	\$ 6.000.000,00
Alimentacion	\$ 1.400.000,00	\$ 1.600.000,00	\$ 1.600.000,00	\$ 1.600.000,00	\$ 14.400.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 12.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 2.950.000,00	\$ 3.200.000,00	\$ 3.200.000,00	\$ 3.200.000,00	\$ 32.400.000,00
Gastos Administrativos					
Salarios	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 5.931.750,00	\$ 71.181.000,00
Arriendos	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 24.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 7.931.750,00	\$ 95.181.000,00
Total Costos y Gastos	\$ 10.881.750,00	\$ 11.131.750,00	\$ 11.131.750,00	\$ 11.131.750,00	\$ 146.226.000,00
Saldo Neto	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ (28.226.000,00)

Presupuesto Anual del Proyecto Año 2- 2017

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.017							
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
INGRESOS							
TOTAL PACIENTES							
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
ASIGNACION	\$ 12.100.100,00	\$ 12.100.100,00	\$ 13.350.100,00	\$ 13.350.100,00	\$ 13.600.100,00	\$ 13.600.100,00	\$ 13.850.100,00
DISTRIBUCION							
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios							
Aguaq.luz.gas.telefono	\$ 650.000,00	\$ 650.000,00	\$ 700.000,00	\$ 700.000,00	\$ 750.000,00	\$ 750.000,00	\$ 800.000,00
Alimentacion	\$ 1.800.000,00	\$ 1.800.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 2.200.000,00	\$ 2.200.000,00	\$ 2.400.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 3.450.000,00	\$ 3.450.000,00	\$ 3.700.000,00	\$ 3.700.000,00	\$ 3.950.000,00	\$ 3.950.000,00	\$ 4.200.000,00
Gastos Administrativos							
Salarios	\$ 6.650.100,00	\$ 6.650.100,00	\$ 6.650.100,00	\$ 6.650.100,00	\$ 6.650.100,00	\$ 6.650.100,00	\$ 6.650.100,00
Arriendos	\$ 2.000.000,00	\$ 2.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 8.650.100,00	\$ 8.650.100,00	\$ 9.650.100,00	\$ 9.650.100,00	\$ 9.650.100,00	\$ 9.650.100,00	\$ 9.650.100,00
Total Costos y Gastos	\$ 12.100.100,00	\$ 12.100.100,00	\$ 13.350.100,00	\$ 13.350.100,00	\$ 13.600.100,00	\$ 13.600.100,00	\$ 13.850.100,00
Saldo Neto	\$ (12.100.100,00)	\$ (12.100.100,00)	\$ (13.350.100,00)	\$ (13.350.100,00)	\$ (13.600.100,00)	\$ (13.600.100,00)	\$ (13.850.100,00)

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.017						
AÑO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL AÑO 2017
INGRESOS						\$ 252.000.000,00
TOTAL PACIENTES						13
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 252.000.000,00
ASIGNACION	\$ 13.850.100,00	\$ 14.818.450,00	\$ 14.818.450,00	\$ 15.068.450,00	\$ 15.068.450,00	\$ 165.574.600,00
DISTRIBUCION						
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios						
Aguaq.luz.gas.telefono	\$ 800.000,00	\$ 850.000,00	\$ 850.000,00	\$ 900.000,00	\$ 900.000,00	\$ 9.300.000,00
Alimentacion	\$ 2.400.000,00	\$ 2.600.000,00	\$ 2.600.000,00	\$ 2.800.000,00	\$ 2.800.000,00	\$ 27.600.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 12.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 4.200.000,00	\$ 4.450.000,00	\$ 4.450.000,00	\$ 4.700.000,00	\$ 4.700.000,00	\$ 48.900.000,00
Gastos Administrativos						
Salarios	\$ 6.650.100,00	\$ 7.368.450,00	\$ 7.368.450,00	\$ 7.368.450,00	\$ 7.368.450,00	\$ 82.674.600,00
Arriendos	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 34.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 9.650.100,00	\$ 10.368.450,00	\$ 10.368.450,00	\$ 10.368.450,00	\$ 10.368.450,00	\$ 116.674.600,00
Total Costos y Gastos	\$ 13.850.100,00	\$ 14.818.450,00	\$ 14.818.450,00	\$ 15.068.450,00	\$ 15.068.450,00	\$ 165.574.600,00
Saldo Neto	\$ (13.850.100,00)	\$ (14.818.450,00)	\$ (14.818.450,00)	\$ (15.068.450,00)	\$ (15.068.450,00)	\$ 86.425.400,00

Presupuesto Anual del Proyecto Año 3- 2018

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.018							
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
INGRESOS							
TOTAL PACIENTES							
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
ASIGNACION	\$ 15.318.450,00	\$ 15.318.450,00	\$ 15.568.450,00	\$ 15.568.450,00	\$ 16.536.800,00	\$ 16.536.800,00	\$ 17.786.800,00
DISTRIBUCION							
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios							
Aguaq,luz,gas,telefono	\$ 950.000,00	\$ 950.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.050.000,00	\$ 1.050.000,00	\$ 1.100.000,00
Alimentacion	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.200.000,00	\$ 3.200.000,00	\$ 3.400.000,00	\$ 3.400.000,00	\$ 3.600.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 4.950.000,00	\$ 4.950.000,00	\$ 5.200.000,00	\$ 5.200.000,00	\$ 5.450.000,00	\$ 5.450.000,00	\$ 5.700.000,00
Gastos Administrativos							
Salarios	\$ 7.368.450,00	\$ 7.368.450,00	\$ 7.368.450,00	\$ 7.368.450,00	\$ 8.086.800,00	\$ 8.086.800,00	\$ 8.086.800,00
Arriendos	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 3.000.000,00	\$ 4.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 10.368.450,00	\$ 10.368.450,00	\$ 10.368.450,00	\$ 10.368.450,00	\$ 11.086.800,00	\$ 11.086.800,00	\$ 12.086.800,00
Total Costos y Gastos	\$ 15.318.450,00	\$ 15.318.450,00	\$ 15.568.450,00	\$ 15.568.450,00	\$ 16.536.800,00	\$ 16.536.800,00	\$ 17.786.800,00
Saldo Neto	\$ (15.318.450,00)	\$ (15.318.450,00)	\$ (15.568.450,00)	\$ (15.568.450,00)	\$ (16.536.800,00)	\$ (16.536.800,00)	\$ (17.786.800,00)

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.018						
AÑO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL AÑO 2018
INGRESOS						\$ 396.000.000,00
TOTAL PACIENTES						19
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 396.000.000,00
ASIGNACION	\$ 17.786.800,00	\$ 18.036.800,00	\$ 18.036.800,00	\$ 18.286.800,00	\$ 18.286.800,00	\$ 203.068.200,00
DISTRIBUCION						
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios						
Aguaq,luz,gas,telefono	\$ 1.100.000,00	\$ 1.150.000,00	\$ 1.150.000,00	\$ 1.200.000,00	\$ 1.200.000,00	\$ 12.900.000,00
Alimentacion	\$ 3.600.000,00	\$ 3.800.000,00	\$ 3.800.000,00	\$ 4.000.000,00	\$ 4.000.000,00	\$ 42.000.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 12.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 5.700.000,00	\$ 5.950.000,00	\$ 5.950.000,00	\$ 6.200.000,00	\$ 6.200.000,00	\$ 66.900.000,00
Gastos Administrativos						
Salarios	\$ 8.086.800,00	\$ 8.086.800,00	\$ 8.086.800,00	\$ 8.086.800,00	\$ 8.086.800,00	\$ 94.168.200,00
Arriendos	\$ 4.000.000,00	\$ 4.000.000,00	\$ 4.000.000,00	\$ 4.000.000,00	\$ 4.000.000,00	\$ 42.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 12.086.800,00	\$ 12.086.800,00	\$ 12.086.800,00	\$ 12.086.800,00	\$ 12.086.800,00	\$ 136.168.200,00
Total Costos y Gastos	\$ 17.786.800,00	\$ 18.036.800,00	\$ 18.036.800,00	\$ 18.286.800,00	\$ 18.286.800,00	\$ 203.068.200,00
Saldo Neto	\$ (17.786.800,00)	\$ (18.036.800,00)	\$ (18.036.800,00)	\$ (18.286.800,00)	\$ (18.286.800,00)	\$ 192.931.800,00

Presupuesto Anual del Proyecto Año 4- 2019

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.019							
AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
INGRESOS							
TOTAL PACIENTES							
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
ASIGNACION	\$ 20.255.150,00	\$ 20.255.150,00	\$ 20.505.150,00	\$ 20.505.150,00	\$ 20.755.150,00	\$ 20.755.150,00	\$ 21.005.150,00
DISTRIBUCION							
Tramites y licencias	0	0	0	0	0	0	0
Compras	0	0	0	0	0	0	0
Total Costos y gastos	0	0	0	0	0	0	0
Gastos x Servicios							
Aguaq,luz,gas,telefono	\$ 1.250.000,00	\$ 1.250.000,00	\$ 1.300.000,00	\$ 1.300.000,00	\$ 1.350.000,00	\$ 1.350.000,00	\$ 1.400.000,00
Alimentacion	\$ 4.200.000,00	\$ 4.200.000,00	\$ 4.400.000,00	\$ 4.400.000,00	\$ 4.600.000,00	\$ 4.600.000,00	\$ 4.800.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 6.450.000,00	\$ 6.450.000,00	\$ 6.700.000,00	\$ 6.700.000,00	\$ 6.950.000,00	\$ 6.950.000,00	\$ 7.200.000,00
Gastos Administrativos							
Salarios	\$ 8.805.150,00	\$ 8.805.150,00	\$ 8.805.150,00	\$ 8.805.150,00	\$ 8.805.150,00	\$ 8.805.150,00	\$ 8.805.150,00
Arriendos	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 13.805.150,00	\$ 13.805.150,00	\$ 13.805.150,00	\$ 13.805.150,00	\$ 13.805.150,00	\$ 13.805.150,00	\$ 13.805.150,00
Total Costos y Gastos	\$ 20.255.150,00	\$ 20.255.150,00	\$ 20.505.150,00	\$ 20.505.150,00	\$ 20.755.150,00	\$ 20.755.150,00	\$ 21.005.150,00
Saldo Neto	\$ (20.255.150,00)	\$ (20.255.150,00)	\$ (20.505.150,00)	\$ (20.505.150,00)	\$ (20.755.150,00)	\$ (20.755.150,00)	\$ (21.005.150,00)

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.019						
AÑO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL AÑO 2019
INGRESOS						
TOTAL PACIENTES						
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
ASIGNACION	\$ 21.005.150,00	\$ 21.973.500,00	\$ 21.973.500,00	\$ 22.223.500,00	\$ 22.223.500,00	\$ 253.435.200,00
DISTRIBUCION						
Tramites y licencias	0	0	0	0	0	0
Compras	0	0	0	0	0	0
Total Costos y gastos	0	0	0	0	0	0
Gastos x Servicios						
Aguaq,luz,gas,telefono	\$ 1.400.000,00	\$ 1.450.000,00	\$ 1.450.000,00	\$ 1.500.000,00	\$ 1.500.000,00	\$ 4.800.000,00
Alimentacion	\$ 4.800.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.200.000,00	\$ 5.200.000,00	\$ 9.600.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 12.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 7.200.000,00	\$ 7.450.000,00	\$ 7.450.000,00	\$ 7.700.000,00	\$ 7.700.000,00	\$ 26.400.000,00
Gastos Administrativos						
Salarios	\$ 8.805.150,00	\$ 9.523.500,00	\$ 9.523.500,00	\$ 9.523.500,00	\$ 9.523.500,00	
Arriendos	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	\$ 5.000.000,00	
Total Gtos Admi	\$ 13.805.150,00	\$ 14.523.500,00	\$ 14.523.500,00	\$ 14.523.500,00	\$ 14.523.500,00	\$ -
Total Costos y Gastos	\$ 21.005.150,00	\$ 21.973.500,00	\$ 21.973.500,00	\$ 22.223.500,00	\$ 22.223.500,00	\$ 26.400.000,00
Saldo Neto	\$ (21.005.150,00)	\$ (21.973.500,00)	\$ (21.973.500,00)	\$ (22.223.500,00)	\$ (22.223.500,00)	\$ (26.400.000,00)

Presupuesto Anual del Proyecto Año 5- 2020

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.020								
AÑO	AÑO 2020	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO
INGRESOS	\$ 540.000.000,00							
TOTAL PACIENTES	25							
TOTAL INGRESOS	\$ 540.000.000,00	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
ASIGNACION	\$ 253.435.200,00	\$ 23.473.500,00	\$ 23.473.500,00	\$ 23.723.500,00	\$ 23.723.500,00	\$ 24.691.850,00	\$ 24.691.850,00	\$ 24.941.850,00
DISTRIBUCION								
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios								
Aguaq.luz.gas.telefono	\$ 16.500.000,00	\$ 1.550.000,00	\$ 1.550.000,00	\$ 1.600.000,00	\$ 1.600.000,00	\$ 1.650.000,00	\$ 1.650.000,00	\$ 1.700.000,00
Alimentacion	\$ 56.400.000,00	\$ 5.400.000,00	\$ 5.400.000,00	\$ 5.600.000,00	\$ 5.600.000,00	\$ 5.800.000,00	\$ 5.800.000,00	\$ 6.000.000,00
REMANENTE	\$ 12.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 84.900.000,00	\$ 7.950.000,00	\$ 7.950.000,00	\$ 8.200.000,00	\$ 8.200.000,00	\$ 8.450.000,00	\$ 8.450.000,00	\$ 8.700.000,00
Gastos Administrativos								
Salarios	\$ 108.535.200,00	\$ 9.523.500,00	\$ 9.523.500,00	\$ 9.523.500,00	\$ 9.523.500,00	\$ 10.241.850,00	\$ 10.241.850,00	\$ 10.241.850,00
Arriendos	\$ 60.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 168.535.200,00	\$ 15.523.500,00	\$ 15.523.500,00	\$ 15.523.500,00	\$ 15.523.500,00	\$ 16.241.850,00	\$ 16.241.850,00	\$ 16.241.850,00
Total Costos y Gastos	\$ 253.435.200,00	\$ 23.473.500,00	\$ 23.473.500,00	\$ 23.723.500,00	\$ 23.723.500,00	\$ 24.691.850,00	\$ 24.691.850,00	\$ 24.941.850,00
Saldo Neto	\$ 286.564.800,00	\$ (23.473.500,00)	\$ (23.473.500,00)	\$ (23.723.500,00)	\$ (23.723.500,00)	\$ (24.691.850,00)	\$ (24.691.850,00)	\$ (24.941.850,00)

PRESUPUESTO PARA EL HOGAR GERIÁTRICO 2.020						
AÑO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	AÑO 2020
INGRESOS						\$ 684.000.000,00
TOTAL PACIENTES						31
TOTAL INGRESOS	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 684.000.000,00
ASIGNACION	\$ 24.941.850,00	\$ 25.191.850,00	\$ 25.191.850,00	\$ 25.441.850,00	\$ 25.441.850,00	\$ 294.928.800,00
DISTRIBUCION						
Tramites y licencias	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Compras	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Total Costos y gastos	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
Gastos x Servicios						
Aguaq.luz.gas.telefono	\$ 1.700.000,00	\$ 1.750.000,00	\$ 1.750.000,00	\$ 1.800.000,00	\$ 1.800.000,00	\$ 20.100.000,00
Alimentacion	\$ 6.000.000,00	\$ 6.200.000,00	\$ 6.200.000,00	\$ 6.400.000,00	\$ 6.400.000,00	\$ 70.800.000,00
REMANENTE	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 1.000.000,00	\$ 12.000.000,00
Total Gtos x Servicios	\$ 8.700.000,00	\$ 8.950.000,00	\$ 8.950.000,00	\$ 9.200.000,00	\$ 9.200.000,00	\$ 102.900.000,00
Gastos Administrativos						
Salarios	\$ 10.241.850,00	\$ 10.241.850,00	\$ 10.241.850,00	\$ 10.241.850,00	\$ 10.241.850,00	\$ 120.028.800,00
Arriendos	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 6.000.000,00	\$ 72.000.000,00
Total Gtos Admi	\$ 16.241.850,00	\$ 16.241.850,00	\$ 16.241.850,00	\$ 16.241.850,00	\$ 16.241.850,00	\$ 192.028.800,00
Total Costos y Gastos	\$ 24.941.850,00	\$ 25.191.850,00	\$ 25.191.850,00	\$ 25.441.850,00	\$ 25.441.850,00	\$ 294.928.800,00
Saldo Neto	\$ (24.941.850,00)	\$ (25.191.850,00)	\$ (25.191.850,00)	\$ (25.441.850,00)	\$ (25.441.850,00)	\$ 389.071.200,00