



CARTA DE AUTORIZACIÓN

CÓDIGO

AP-BIB-FO-06

VERSIÓN

1

VIGENCIA

2014

PÁGINA

1 de 1

Neiva, 14 de diciembre de 2018

Señores

CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Ciudad

El (Los) suscrito(s):

Danya Alejandra Vargas Andrade, con C.C. No. 1.075.263.841 de Neiva,

Carmen Ximena Fernández Losada, con C.C. No. 55.067.377 de Garzón,

autor(es) de la tesis y/o trabajo de grado, titulado Estudio de viabilidad Financiera para la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado al Fondo de Empleados del Departamento del Huila – FONEDH, presentado y aprobado en el año 2018 como requisito para optar al título de Especialista en Gestión Financiera;

Autorizo (amos) al CENTRO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN de la Universidad Surcolombiana para que con fines académicos, muestre al país y el exterior la producción intelectual de la Universidad Surcolombiana, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera:

- Los usuarios puedan consultar el contenido de este trabajo de grado en los sitios web que administra la Universidad, en bases de datos, repositorio digital, catálogos y en otros sitios web, redes y sistemas de información nacionales e internacionales "open access" y en las redes de información con las cuales tenga convenio la Institución.
- Permita la consulta, la reproducción y préstamo a los usuarios interesados en el contenido de este trabajo, para todos los usos que tengan finalidad académica, ya sea en formato Cd-Rom o digital desde internet, intranet, etc., y en general para cualquier formato conocido o por conocer, dentro de los términos establecidos en la Ley 23 de 1982, Ley 44 de 1993, Decisión Andina 351 de 1993, Decreto 460 de 1995 y demás normas generales sobre la materia.
- Continúo conservando los correspondientes derechos sin modificación o restricción alguna; puesto que de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación del derecho de autor y sus conexos.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

EL AUTOR/ESTUDIANTE:

Firma:

Vigilada Mineducación



TÍTULO COMPLETO DEL TRABAJO: Estudio de viabilidad financiera para la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado al fondo de empleados del departamento del Huila –Fonedh

AUTOR O AUTORES:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Fernández Losada	Carmen Ximena
Vargas Andrade	Danya Alejandra

DIRECTOR Y CODIRECTOR TESIS:

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Manrique Medina	Alfonso

ASESOR (ES):

Primero y Segundo Apellido	Primero y Segundo Nombre
Salamanca Falla	Carlos Harvey

PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Especialista en Gestión Financiera

FACULTAD: Economía y Administración

PROGRAMA O POSGRADO: Especialización en Gestión Financiera

CIUDAD: Neiva **AÑO DE PRESENTACIÓN:** 2018 **NÚMERO DE PÁGINAS:** 58

TIPO DE ILUSTRACIONES (Marcar con una X):



SOFTWARE requerido y/o especializado para la lectura del documento:

MATERIAL ANEXO:

PREMIO O DISTINCIÓN (En caso de ser LAUREADAS o Meritoria):

PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS:

<u>Español</u>	<u>Inglés</u>	<u>Español</u>	<u>Inglés</u>
1. Envejecimiento	Aging	6. Residencia	Home
2. Adulto Mayor	Elderly	7. Medicina	Medicine
3. Geriatria	Geriatrics	8. Recreación	Recreation
4. vejez	Old age	9. Cuidados	Care
5. Anciano	Old man	10. Atención	Attention

RESUMEN DEL CONTENIDO: (Máximo 250 palabras)

En Colombia la población mayor a 60 años viene presentando un aumento en comparación con la de los jóvenes y niños, ya que para este año hay 40,4 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años, mientras que en el año 2005 eran 28,7. Además, mientras que en 1985 esta población era el 3,98%, en 2018 aumentó a 9,23%. Esta investigación se basó en la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado al Fondo de Empleados del Departamento del Huila - FONEDH, cuyo modelo de cuidado da cuenta de la mejor forma de atención especializada con alta calidad técnica, humana y física, como parte del proyecto de grado de la especialización en Gestión Financiera de la Universidad Surcolombiana.

El documento presenta de manera esquemática el proceso y los contenidos del proyecto



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	3 de 4
--------	--------------	---------	---	----------	------	--------	--------

para la creación de un centro de atención para el cuidado del adulto mayor asociado al Fondo de Empleados del Departamento del Huila - FONEDH que promueva la asistencia adecuada y los tratamientos necesarios para el cuidado, sin descuidar su papel en la sociedad como ciudadanos y su derecho de recorrer los espacios urbanos; para lo cual se enfocó en tres tipos de estudio: mercado, técnico y financiero; cuyo objetivo es demostrar la viabilidad y factibilidad de este; finalmente concluimos que el centro es financieramente autosostenible y además cumple con su función de brindar una rentabilidad social a los usuarios de este.

ABSTRACT: (Máximo 250 palabras)

In Colombia, the population over 60 years old has shown an increase compared between young people and children, In this year there are 40.4 people over 60 years old for every 100 people under 15 years of age, while in the year 2005 were 28.7. In addition, while in 1985 this population was 3.98%, in 2018 it increased to 9.23%. This research was based on the creation of a care center for the elderly associated with El Fondo De Empleados del Departamento del Huila - FONEDH, whose care model provides the best form of specialized care with high technical, human and physical quality, as part of the degree project of the specialization in Financial Management of the Universidad Surcolombiana.

The document is showed in a schematic way which includes the process and the contents of the project for the creation of a center of attention for the care of the older adult associated with El Fondo De Empleados Del Departamento Del Huila- FONEDH that promotes the adequate assistance and the necessary treatments for the care , without neglecting their role in society as citizens and their right to travel through urban spaces; consequently, it is focused in three types of study: market, technical and financial; whose objectives is to demonstrate the viability and feasibility of this; finally we conclude that the



CÓDIGO	AP-BIB-FO-07	VERSIÓN	1	VIGENCIA	2014	PÁGINA	4 de 4
--------	--------------	---------	---	----------	------	--------	--------

center is financially self-sustaining and also fulfills its function by providing a social return to users.

APROBACION DE LA TESIS

Nombre Presidente Jurado: Alfonso Manrique Medina

Firma:

Nombre Jurado: Carlos Harvey Salamanca Falla

Firma:

Nombre Jurado: Ferney Forero Sánchez

Firma:

Estudio de viabilidad financiera para la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado al fondo de empleados del departamento del Huila –Fonedh

**Carmen Ximena Fernández Losada
Danya Alejandra Vargas Andrade**

**Universidad Surcolombiana
Facultad De Economía y Administración
Especialización en Gestión Financiera**

Neiva

2018

Tabla de contenido

Planteamiento del problema	5
Antecedentes	9
Justificación.....	13
Objetivos	15
Estado del arte	16
Marco de referencia.....	20
Marco teórico	20
El adulto mayor como ser integral.	20
Calidad de vida.....	20
Geriatría.....	22
Residencias de adultos mayores.....	22
Entidades sin ánimo de lucro.	24
Marco histórico	25
Vejez.	25
Marco legal.....	26
Marco geográfico y poblacional.....	28
Geográfico.....	28
Demografía.....	30
Fondo de empleados del departamento del Huila.	30
Aspectos demográficos del adulto mayor.	30
Marco conceptual	33
Diseño metodológico	35
Tipo de investigación	35
Población.....	35
Muestra.....	37
Fuentes de información	37
Técnicas de recolección de información	38
Resultados	39
Estudio de mercado	47
Estudio de competencia.....	52
Estudio técnico	53
Conclusiones	56
Referencias.....	57

Resumen

La demanda de cuidado especial para personas mayores de 60 años es una necesidad creciente en la población, por lo que han surgido distintos tipos de modelos de atención para el cuidado. La población mundial está envejeciendo: la mayoría de países del mundo están experimentando un aumento en el número y la proporción de personas mayores. Según datos de la revisión de 2017 del informe «Perspectivas de la Población Mundial», se espera que el número de personas mayores, es decir, aquellas de 60 años o más, se duplique para 2050 y triplique para 2100: pasará de 962 millones en 2017 a 2100 millones en 2050 y 3100 millones en 2100. A nivel mundial, este grupo de población crece más rápidamente que los de personas más jóvenes (Mundial, 2017).

En Colombia la población mayor a 60 años, viene presentando un aumento en comparación con la de los jóvenes y niños, ya que para este año hay 40,4 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años, mientras que en el año 2005 eran 28,7. Además, mientras que en 1985 esta población era el 3,98%, en 2018 aumentó a 9,23%. Esta investigación se basó en la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado al Fondo de Empleados del Departamento del Huila - FONEDH, cuyo modelo de cuidado da cuenta de la mejor forma de atención especializada con alta calidad técnica, humana y física, como parte del proyecto de grado de la especialización en Gerencia Financiera de la Universidad Surcolombiana.

La población de adultos mayores representa no solo un sector de la sociedad, sino un grupo realmente vulnerable no son solamente una minoría sino toda una generación de aportes sociales, económicos y políticos a un país que siempre ha necesitado jóvenes y pareciera menospreciar la vejez, una de las principales causas para que suceda el abandono, es que la persona adulta mayor ya no posea una vida laboral útil y comience a generar gastos en la familia. Situación que causa tensión y transforma el trato de sus hijas e hijos, amistades y parientes cercanos. Es por eso que el objetivo primordial de este trabajo, es responder a la falta de espacios que cumplan con las condiciones necesarias para el cuidado del adulto mayor, en cuanto a su integración con el espacio público.

El documento presenta de manera esquemática el proceso y los contenidos del proyecto para la creación de un centro de atención para el cuidado del adulto mayor asociado al Fondo

de Empleados del Departamento del Huila - FONEDH que promueva la asistencia adecuada y los tratamientos necesarios para el cuidado, sin descuidar su papel en la sociedad como ciudadanos y su derecho de recorrer los espacios urbanos; para lo cual se enfocó en tres tipos de estudio: mercado, técnico y financiero; cuyo objetivo es demostrar la viabilidad y factibilidad de este.

Planteamiento del problema

Los adultos mayores por sus condiciones biológicas y sociales se consideran individuos, vulnerables socialmente, al vivir en situaciones de riesgo determinadas por la carencia de recursos personales, económicos, del entorno familiar, comunitarios y de acceso a las políticas de protección del Estado (Social, de Las Condes, & Av, 2016). El apresurado proceso de envejecimiento demográfico, dado por la tendencias mundiales de menor fecundidad, aumento de las esperanzas de vida y disminución de mortalidad, despierta hoy en día el interés del gobierno y del sector privado por el envejecimiento, generando iniciativas encaminadas a una mejor calidad de vida del adulto mayor, quien hoy en día en una gran proporción sufren de aislamiento, soledad y depresión convirtiéndose en una carga para ellos mismos y las familias comenzando un proceso de disminución físico y psicológico el cual es ocasionado por su inactividad en las actividades y el aislamiento de su entorno social (Cano, Duque, Cardona, & Arango, 2015).

Actualmente se vienen mostrando grandes cambios en la población de nuestro país y en la inversión de la pirámide poblacional, ha sido evidente el aumento del número de personas mayores de 60 años en los diferentes departamentos, generando la necesidad imperiosa de investigar la viabilidad de la creación de un centro especial para la atención del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida y la prestación de los servicios de salud, necesarios para el desarrollo y disfrute de esta etapa de la vida. Ha sido evidente como las falencias en la adecuada dirección de las estrategias en la atención y la falta de alternativas para el cuidado del adulto mayor han generado costos tanto de tipo económico como emocional, no solo para las familias y el usuario, sino también para las instituciones de salud quienes han aumentado las estancias hospitalarias por déficit en la red de apoyo, seguido esto por el aumento del gasto y las pérdidas institucionales (Zapata-López, Delgado-Villamizar, & Cardona-Arango, 2015).

El Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH ve la necesidad de crear un centro para el cuidado del adulto mayor debido a que cuenta con una población que ha manifestado su interés por tener un espacio para la integración y cuidado, además el 37,71% de la población del Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH es mayor de 60 años y el 30,42% se encuentra en edades entre 50 y 59 años, igualmente si

bien no todos los asociados son adulto mayor o se encuentran en edades cercanas a los 60 años, si cuentan con personas en su círculo familiar en este rango de edad.

Al Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH le parece importante desarrollar un proyecto en el que incluya a esta población, permitiendo que se sientan incluidos y cuenten con espacio donde se puedan integrar, tener actividad, además de los cuidados que necesitan. Los asociados se acercan a las oficinas y manifiestan verbalmente la necesidad de acompañamiento en sus rutinas diarias y en actividades cotidianas como el pago de sus obligaciones, además actividades organizadas por la fundación social en las que puedan participar.

Descripción del problema

El mundo entero actualmente tiene una gran problemática con su población, la cual día a día se encuentra envejeciendo, generando traumatismo no solo en los sectores económicos y productivos, sino en el pilar fundamental de la sociedad, la familia, ya que no se cuenta con una cultura sobre este concepto, y nadie se encuentra preparado para ser viejo o para estar a cargo de uno de ellos, en el contexto de América Latina, de 48 millones de adultos mayores en el año 2005 (8.8%) de la población se pasara a 114.5 millones en el 2030 (16.3%). Las proyecciones estadísticas en los países en vía de desarrollo muestran que el crecimiento de la población mayor de sesenta años es más acelerado con respecto a los países desarrollados (Mundial, 2017).

La vejez, en consecuencia, representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano que se produce en función de las identidades de género, experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante los cursos de vida, entre otros aspectos. Es decir, la vejez implica procesos de desarrollo y de deterioro.

Las personas adultas mayores son un grupo de la población que requieren de un cuidado especial debido al proceso natural del envejecimiento, como lo expone Ribera Casado (2005) en su libro de geriatría desde el principio :

“El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal y su característica principal es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en una lentitud e incluso imposibilidad de adaptarse a situaciones de restricción o sobrecarga biológicas, Física, Psicológicas, ambientales y sociales”.

El adulto mayor, desde un punto de vista social, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Para el caso colombiano, las personas adultas mayores constituyen sujetos de especial protección constitucional tal como lo ha precisado la Corte Constitucional, de ésta condición deriva el grueso de las obligaciones públicas para con este colectivo y para con las personas que envejecen.

Según la neuropsicóloga Nury Lugo En Colombia, desde los 55 años ya se les incluye dentro del grupo adulto mayor, los exámenes de control y de rutina, llamados tamizajes, comienzan desde esa edad”.

Por tal razón, en algunas ocasiones esta etapa del ciclo vital es desagradable no solo para quien tiene que vivirla sino también para quienes son expectantes de ella, generando en las personas disminución en su calidad de vida, por ser menospreciados no solo por su núcleo familiar, sino por toda la comunidad (Empresas, amigos, vecinos, entre otros).

Por otra parte, es necesario reconocer al adulto mayor como ser participe en la sociedad actual. Llegar a la edad adulta mayor es un desafío para todos, indica la preocupación de poder cambiar las representaciones sociales construidas dentro de marcos conceptuales aún vigentes, donde esta etapa de la vida debería ser: “sentirse útil, “tenido en cuenta”, “lleno de sabiduría”, “reconocido” y “valorizado”.

Es importante que las personas mayores tengan la posibilidad de disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad; de sus derechos humanos y libertades fundamentales, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Por lo anteriormente planteado y con el fin de aportar en la disminución de los impactos generados por la problemática del adulto mayor, en el presente trabajo de investigación se pretende presentar el estudio de factibilidad para la creación de un centro de atención para el cuidado del adulto mayor de 60 años asociado al Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH; cuyo propósito es proporcionar atención integral y contribuir con un modelo de solución de cobertura y calidad de atención a la población en mención.

Dirigiendo todos los esfuerzos a este fin, en el desarrollo del trabajo investigativo se abarcaran temas relacionados con el análisis de la competencia actual, un estudio de mercadeo para evidenciar la necesidad de la población sobre los servicios ofertados y un estudio financiero que respaldara económicamente las necesidades para la creación del centro de atención, no dejando atrás el estudio de la normatividad vigente para determinar el entorno legal actual de nuestro país identificando tempranamente los requisitos esenciales para evitar cualquier restricción relacionada con la creación del centro.

Formulación del problema

¿Cuál es la viabilidad financiera de la creación de un hogar para el cuidado del adulto mayor asociado al Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH?

Antecedentes

Las primeras referencias conocidas con respecto a los ancianos son en el antiguo Egipto, donde se consideraba que vivir hasta los 110 años era una recompensa por haber sido una persona “virtuosa y bien balanceada”. En aquellas épocas remotas se recomendaban prácticas preventivas para limpiar el cuerpo y el medio ambiente. En el papiro quirúrgico de Edwin Smith (1600 a.c) se denominaba una formula llamada para transformar al hombre viejo en un joven de 20, primera referencia de la búsqueda de la inmortalidad; así como el papiro de Ebers (1500 a.c) describe el tratamiento de múltiples enfermedades de la vejez y contiene la primera explicación sobre el envejecimiento “la debilidad a través del decaimiento senil es debido a la purulencia en el corazón”. La cultura china ha sido la que más importancia a dado al envejecimiento, aun en la actualidad, en la india (años 400 d.c) existía la creencia de que los humanos tenían tendencias mórbidas e innatas, con una expectativa de vida limitada (Ardila Ospina, 2015).

Los griegos y romanos realizaron las primeras descripciones de los padecimientos más comunes del anciano, Hipócrates fue el primero en realizar un abordaje multidimensional de la ancianidad. Así mismo las primeras referencias de enfermedades y de siete fases de la edad, en donde Aristóteles diferencia la vida humana en juventud, plenitud y vejez. Luego Galeno toma elementos de ambos y hace referencia al envejecimiento comparando la ancianidad con enfermedad (Ardila Ospina, 2015).

La sociedad medieval continuaba con conceptos galénicos acerca de la vejez, en el renacimiento ya se llamaba geriatría o gerontología en tratados sobre higiene y cuidados para el adulto mayor. El hospital Salpetriere en Francia con 2000 a 3000 ancianos recluidos fue el primer centro geriátrico conocido, allí Charcot dio las primeras lecturas sobre la vejez quien dio las primeras lecturas sobre la vejez, con temas especiales de enfermedades de los viejos, diferencias individuales y la discusión de envejecimiento vs enfermedad.

A finales del siglo XIX las investigaciones acerca del tema se multiplicaron, Ignatius L. Nascher es considerado el padre de la geriatría moderna, creando en 1909 11 una rama de la medicina llamada Geriatría, en 1912 se crea la sociedad de geriatría de New York. Marjorie Warren en el reino unido en 1930 demostró que mucha gente crónicamente enferma podría ser exitosamente rehabilitada, luego traslado estos conceptos a la geriatría y

los aplico al tratamiento de enfermos crónicos para liberar camas hospitalarias, considerándose la precursora de la valoración geriátrica multidimensional que fundamentalmente estaba dirigida a ancianos frágiles con grandes síndromes como el de inmovilidad, caídas, confusión o incontinencia (Ardila Ospina, 2015).

En Colombia la gerontología se inicia en 1954, año en el cual Guillermo Marroquín, Santiago Perdonó y Miguel Villamil asistieron al primer curso de posgrado en gerontología en la universidad de Madrid. Al año siguiente el Dr. Marroquín fue nombrado jefe del departamento del anciano de la secretaria nacional de asistencia social de la presidencia de la república, se hace el primer censo de las instituciones de asistencia a la vejez y se proclaman los derechos de la ancianidad; así mismo, el primer congreso panamericano de gerontología se aprueba el 28 de agosto como día del anciano, posteriormente se proclama como el día colombiano de la ancianidad.

Entre 1957 y 1959 la beneficencia de Cundinamarca crea la dirección científica de geriatría de los asilos para ancianos, se transmiten programas sobre la salud del anciano por la radiodifusora nacional y se crea el primer consultorio privado de atención geriátrica, realizando varios eventos de tipo científico y en 1973 se funda la sociedad colombiana de geriatría y gerontología en Bogotá. En 1977 se crea en el Ministerio de la salud la sección de geriatría, la cual desapareció posteriormente y en la actualidad es el programa de salud del anciano, que está dentro del programa de enfermedades crónicas y degenerativas (Ardila Ospina, 2015).

El país, desde 1948, ha seguido con interés los desarrollos sobre envejecimiento y vejez a nivel internacional. La Asamblea General de las Naciones Unidas lo abordó en forma indirecta aprobando la Resolución 213 (III) relativa a la Declaración de los Derechos de la Vejez. En 1977 se hizo énfasis en Viena en 1982 y donde se aprobó el “Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento”, documento se recomendaba medidas en los temas de empleo y seguridad económica, salud y nutrición, vivienda, educación y bienestar social, para una población con aptitudes y necesidades especiales. En 1991 se aprobaron los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad y se establecieron normas universales para ese grupo poblacional en cinco ámbitos principales: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad.

La Constitución Política de 1991, establece en Colombia que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos.

En Colombia la Política Nacional, tras la organización de mesas de concertación con actores como representantes de: “Ministerio de la Protección Social, Educación Nacional, Comunicaciones, Agricultura, Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial; el Departamento Nacional de Planeación, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; el Comité Consultivo Nacional de persona Mayor, organizaciones de personas mayores; universidades con programas relacionados; investigadores, profesionales independientes interesados y comprometidos con el tema y las entidades territoriales” en consenso llegan a plantear los temas críticos centrales, para abordar el reto de la garantía de los derechos de las personas adulto mayor y para ello enmarcan el desarrollo de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez en cuatro aspectos de compromiso del Estado que son: el envejecimiento biológico y su relación con el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral bajo los cuales se busca “una concepción de la Protección Social, desde la perspectiva de derechos y no de caridad, bajo la cual el Estado comienza a formular las políticas de población que teniendo carácter universal velen por la protección de los más vulnerables ejerciendo una justicia distributiva para lograr la equidad; asumiendo los retos del envejecimiento demográfico, la enfermedad, la discapacidad, la dependencia y la calidad de vida de las personas mayores, condiciones de exclusión social e imaginario cultural adverso y representaciones sociales discriminatorias del envejecimiento y la vejez así como la erradicación del hambre y de la pobreza extrema en la población de persona mayor, en condiciones de vulnerabilidad.

En consecuencia los cuatro ejes de la Política Publica son Promoción y Garantía de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, Protección Social Integral, Envejecimiento Activo y Formación del Talento Humano e Investigación.

Delgado (2010) refiere que atendiendo a los lineamientos internacionales, regionales y nacionales en materia de envejecimiento, la Gobernación del Huila con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, se propuso trazar el horizonte para la promoción del desarrollo de las personas mayores en el Departamento del Huila, por lo que

era necesario tener la Política Pública de Envejecimiento Humano y Vejez, en atención al acelerado proceso de envejecimiento demográfico, la estrategia pretende crear reflexión en la población huilense, para emprender acciones tendientes a lograr un envejecimiento activo, y no dependiente del Estado. Para esto mediante Decreto 0183 de 2.018 la Gobernación del Huila, conformó e instaló el Comité Departamental de Envejecimiento y Vejez, las funciones del Comité serán, entre otras, establecer un plan de acción con vigencia anual que permita proteger a los adultos mayores de los diferentes municipios que se encuentren en condición de vulnerabilidad.

Promover, de igual manera, una comunicación coordinada y permanente con los organismos del Estado e instituciones privadas dedicadas al tema de protección del ser humano en su etapa de envejecimiento.

Las políticas Públicas no pueden estar ajenas al sentir y a las necesidades de la población para las cuales se formulan, por esta razón la Política Pública para el Adulto Mayor del Departamento del Huila, recoge el sentir de las personas mayores, organizaciones sociales, entidades gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con y para este grupo poblacional. Trabajo que se viene adelantado a través de mesas de trabajo, donde intervienen entidades como la Defensoría del Pueblo, Policía Nacional, Cruz Roja, representantes de los adultos mayores elegidos por los Municipios y Secretarías de la Gobernación del Huila. Todo esto con el fin de identificar necesidades prioritarias y proponer posibles acciones de solución que incluyen a su vez, compromisos frente a lo planteado. (Delgado, 2010).

Justificación

Los asociados mayores de 60 años del Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH, han manifestado la necesidad de tener un lugar adecuado y acondicionado, que cuente con áreas especializadas, alimentación especial, cuidados las 24 horas, terapias de rehabilitación física, mental y ocupacional, servicios de enfermería, recreación, entre otros que mejoren la calidad de vida del adulto mayor de 60 años asociado al Fondo de Empleados del Departamento de Huila FONEDH. Por lo anterior el Fondo de Empleados del Departamento del Huila, generó la inquietud de si era posible la creación de un centro dedicado a su cuidado, adoptando un modelo en donde la atención y el confort se fusionen para prestar servicios integrales de calidad y oportunos a estos asociados.

Es claro que el envejecimiento poblacional tiene repercusiones grandes en el desarrollo de los países e impacta a los sectores de la salud, la educación, la infraestructura y el comercio; el envejecimiento en América Latina comparado con el de países desarrollados ha registrado un ritmo acelerado en el aumento de la población adulta mayor, esto también caracterizado por la alta incidencia de pobreza, inequidad social, escaso desarrollo institucional y cobertura inadecuada de salud; cómo podemos observar, no muy distante de la realidad de nuestro país, donde la inequidad de la atención, el acceso a los sistemas de salud y la presencia de un sistema poco solidario son evidentes.

En Colombia, aproximadamente el 11% de la población pertenece al grupo de adultos con edades superiores a 60 años, en su mayoría con necesidades y cuidados especiales los cuales no son atendidos de forma adecuada y oportuna. La población antes mencionada se enfrenta a problemas económicos, de salud, discriminación, maltrato físico y emocional por parte de su círculo familiar y social, por lo que son llevados a los pocos centros gerontológicos creados en el país, los cuales no cuentan con espacios y personal adecuado que dignifique la vida del adulto mayor.

El Fondo de Empleados del Departamento del Huila – FONEDH lleva 47 años al servicio de sus asociados, cuenta con una base social de personas mayores de 60 años, quienes se vincularon desde los inicios de la entidad y han trabajado por el fortalecimiento de esta; teniendo en cuenta estos aspectos y las inquietudes manifestadas por los asociados, nace la idea de crear un lugar adecuado que cubra las necesidades físicas y emocionales de

esas personas que depositaron su confianza en esta entidad y que siguen haciendo uso de los servicios financieros que allí se ofrecen, como forma de retribuir el esfuerzo y el trabajo de años; para lo cual se consideraron las siguientes aspectos:

- El Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH adquirió un lote en donde se desarrollará el proyecto de la sede social.
- Que las entidades solidarias buscan soluciones a las necesidades de sus bases sociales.
- El Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONETH, cuenta con 2.275 asociados, de los cuales el 37,71% representa los asociados mayores de 60 años, población cataloga en Colombia como personas de la Tercera Edad, los cuales requieren de cuidados especializados, alimentación sana, soporte en sus convalecencias, un lugar que le garantice tranquilidad tanto a los asociados como a sus familiares, en cuanto a la atención de alta calidad, al bienestar y progreso de recuperación del adulto mayor.
- La mayor parte de la población adulta mayor del Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH vive sola y necesita de cuidados especiales.
- La población adulta mayor de Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH manifiesta la necesidad de mantenerse activa y sentirse útil, para lo cual se crearán centros de formación en artes y oficios, huertas, zonas para la integración y la recreación, entre otras.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la viabilidad financiera de la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado a FONEDH, para brindar un servicio integral, de calidad que pueda contribuir al desarrollo personal, social, cultural, espiritual y recreativo del adulto mayor.

Objetivos específicos

1. Elaborar un estudio de la competencia actual en la ciudad de Neiva.
2. Realizar un estudio de la normatividad vigente que regula los centros de atención para el adulto mayor.
3. Realizar un estudio de mercado para determinar si la población está interesada en los servicios ofrecidos por la entidad.
4. Realizar una evaluación financiera de la construcción y puesta en marcha del centro de atención para el adulto mayor asociado a FONEDH.

Estado del arte

El envejecimiento es definido por la OMS (2015) como el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida, esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales. Existen diversos conceptos que deben definirse al hablar de envejecimiento y adulto mayor, dentro de los que encontramos:

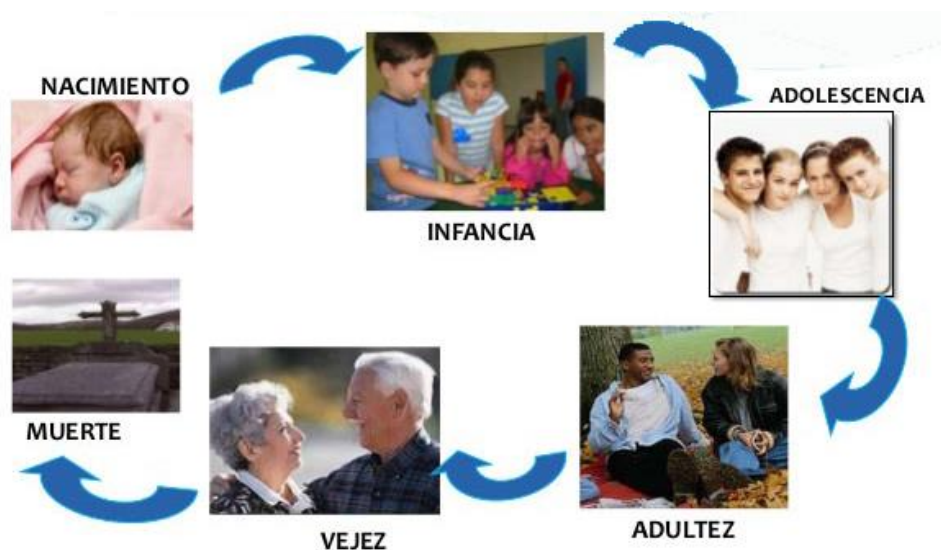


Figura 1. Ciclo de vida

En América Latina el ritmo de crecimiento de la Población Adulta Mayor (PMA) ha incrementado dramáticamente en los últimos años, en comparación con naciones unidas desarrolladas. El nivel de envejecimiento en Europa logro en 100 años lo alcanzará América Latina en 50 años, lo que significa que tendrá menos tiempo para adaptar sus sistemas y políticas públicas al nuevo escenario de una población con mayor vejez (Mundial, 2017).

La modificación en la estructura por edades de la población, tiene como resultado el irrefrenable proceso del envejecimiento de las sociedades modernas. Si bien en 1975 la PMA en la región era de 21.000.000 de personas (6,5% de la población total), en solo 25 años este grupo ascendió a 41.000.000 de personas (81%). En las próximas décadas aumentarán aún más las tasas de crecimiento de la PAM. de manera que en 2025 este grupo de edad será de alrededor de

100.000.000 de personas (14,1%) y en 2050 cerca del doble de (23,4%) representando la cuarta parte de la población total. Las proyecciones de Fondo de Población de las Naciones Unidas (2004) estiman que en el año 2050, veinte países latinoamericanos contarán con una esperanza de vida superior a los 75 años y 5 de ellos habrán rebasado los 75 años y 5 años de ellos habrán rebasado los 80 años de vida promedio, situación que implica que habrá 113 personas de edad por cada 100 jóvenes y niños (Mundial, 2017).

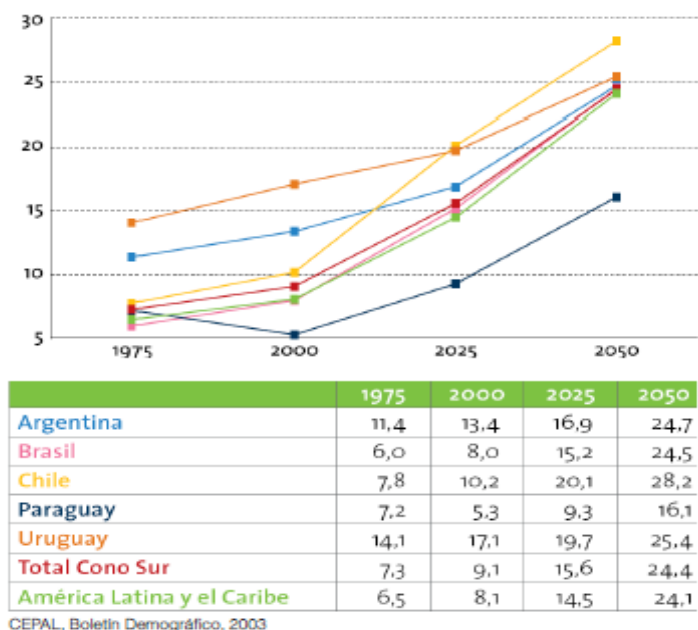


Figura 2. Porcentaje de adultos Mayores, Países cono Sur, América Latina y el Caribe

México

En México, existen iniciativas de la empresa privada y del gobierno. La iniciativa privada cuenta con las agencias de servicios para adultos mayores; estas, con poco personal especializado (choferes, cocineras, enfermeras, personal de limpieza, acompañantes y telefonista) ofrecen servicios de: transporte, administración del hogar, cuidados médicos, limpieza, cocina, reparaciones menores del hogar, entretenimiento, medicamentos, recordatorios, visitas médicas, y todo tipo de soluciones que el cliente (adulto mayor) necesita para vivir mejor.

Ahora bien, las soluciones que presenta el sector privado, están dirigidas hacia las clases media y alta, que buscan cambiar el concepto de las tradicionales casas de retiro,

funcionando como condominios con servicios de Hoteles 5 estrellas y actividades de esparcimientos especializadas para los adultos mayores.

Una de estas empresas es Residencia Villazul Ubicada en Ciudad de México, con más de 20 años de servicio ha tenido un éxito rotundo. Puesto que, ofrece a sus asociados libertad, independencia y comodidad; el carácter diferenciador está, en que el usuario pagando su membrecía mensual (la que depende del tipo de habitación que escoja cuyo valor está entre los 20,500 y 38,000 pesos) deja de preocuparse por el sostenimiento de una vivienda, como el pago de las cuentas, el mercado, y sobre todo contando con seguridad.

Por otro lado, en la residencia los usuarios cuentan con total autonomía para decorar su habitación e independencia para recibir visitas, siempre contando con el control de la Residencia Villazul. Otros servicios que están incluidos dentro de la mensualidad son el de cafetería, enfermería, servicio médico, salón de juegos, biblioteca, salón de belleza, entre otros.

Adicionalmente se ofrece por el sector privado la atención domiciliaria, especialmente de servicios médicos. La finalidad de este servicio, es brindar a los adultos mayores una opción para continuar con calidad de vida sin tener que dejar su hogar. Por tanto, ofrecen todos los bienes necesarios para cubrir casi cualquiera de sus necesidades. Desarrollan un historial de cada uno de sus clientes, tomando en cuenta su edad, estado de salud, estilo de vida, alimentación, sus necesidades y gustos.

Una muestra de ellos es AGER MEXICO, es una de las empresas más reconocidas que presta servicios domiciliarios a la tercera edad, enfocados principalmente en los servicios de salud, con la finalidad de asesorarlas para que obtengan la forma más óptima de mejorar sus condiciones de salud y de aprender cómo reintegrarse o mantenerse en un plano ideal de integración social, de tal manera que se recupere la actividad y las aptitudes durante la última etapa de la vida (Salazar, 2013).

Entre los principales servicios se maneja el concepto del “Hospital en su casa”, que con el apoyo de profesionales médicos, no médicos y paramédicos, entre los que cabe destacar, fisioterapeutas, médicos especialistas, médicos bioenergéticos, enfermeras, radiólogos, y profesionales en laboratorio clínico; brindan soluciones integrales para atender a los pacientes. Además de esto, se brinda asesoría legal para diferentes casos como interdicciones o testamentos, traslados en ambulancias para pacientes graves o no graves y

asesoría en instituciones como asilos, casas de retiro, grupo de jubilados, entre otros. (Apoyo y Soluciones Geriátricas S.A. de C.V).

Asimismo, el gobierno en cabeza de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), desarrolla la política pública a favor de las personas mayores de 60 años, en donde se procura por un desarrollo integral que involucra empleo, retribuciones justas, asistencia y oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida orientando a reducir las desigualdades extremas y las inequidades de género que aseguren sus necesidades básicas y desarrollen su capacidad e iniciativas en un entorno social incluyente

ESPAÑA

En España, hoy en día “son considerados establecimientos residenciales para personas mayores que tienen como fin brindar servicios de alojamiento, alimentación, higiene, recreación activa o pasiva y atención médica y psicológica no sanatorial al Adulto Mayor de 60 años, en forma permanente o transitoria, a título oneroso o gratuito.”⁷

Este tipo de residencias se conciben dentro de los servicios sociales, que se utilizan para describir aquellas actividades organizadas, cuyo objetivo es ayudar a la adaptación mutua entre los individuos y su ambiente social. Son organizaciones que nacen y se desarrollan bajo concepciones de acogida y de servicios asistenciales, es a mediados del siglo XX cuando se incorpora el concepto de rehabilitación; a partir de la década del ochenta se orienta hacía el servicio de la salud y calidad de vida del Adulto Mayor. Los tipos de residencias que se conocen son: “hogar día” o “centros día” y “Hogar Residencial” (Bayter & Ramos, 2016).

Marco de referencia

Marco teórico

El adulto mayor como ser integral.

El adulto mayor se define como aquellas personas que han perdido un 60% de las condiciones fisiológicas, es decir una disminución de sus capacidades físicas atribuibles a la edad, es importante identificar las necesidades que tiene el adulto mayor como ser integral para orientar los esfuerzos del proyecto al cubrimiento de las mismas. Con el fin de proporcionarle bienestar y calidad de vida, es un reto que la sociedad debe asumir con responsabilidad (Guevara, 2016).

“Hay una realidad concreta y precisa que nos obliga a enfrentar el estudio de la tercera edad como un fenómeno que repercute directamente sobre la ciudad humana y sus diferentes esferas, y esto es que el mejoramiento de las condiciones de la vida, el desarrollo de la ciencia y la técnica han permitido y permitirán cada vez más el incremento de la duración de la vida” (Quintero Rincón & Miranda Rodríguez, 2017).

Un gerontólogo Suizo ha expresado “La vejez no es enfermedad”. Piensa Versar, que la vejez es la continuidad de la vida, pero con una capacidad limitada para la adaptación. Esta adaptación puede lograrse siempre y cuando prevean unas condiciones necesarias para que cada ser humano, según envejezca, pueda cuidar de su cuerpo, conocer sus cambios y buscar orientación con tiempo suficiente para prevenir complicaciones.

La vejez no es sinónimo de enfermedad e invalidez para transformarse en vida capaz de transmitir paz, tranquilidad, conocimiento y convertirse así en una etapa en la cual la persona sea útil socialmente.

Calidad de vida.

El concepto de calidad de vida ha sufrido transformaciones en las tres últimas décadas, el mismo hace referencia a un proceso dinámico que ha ido evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los

aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida de las personas (González-Celis Rangel & Mendoza Madrigal, 2017).

En la actualidad, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida a lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo y la segunda está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida “Estado de bienestar” (García Puello, Herazo Beltrán, & Tuesca Molina, 2015).

Para (Vinaccia & Orozco, 2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. La aparición y el desarrollo del constructo calidad de vida para estudiar e intervenir en la enfermedad, la salud y el bienestar, es una muestra de integración y progreso de las ciencias del comportamiento –y en particular de la psicología– que se debe aprovechar trabajando en su fundamentación teórica y metodológica, en sus conceptos y terminología, en la construcción de instrumentos y en la búsqueda de su aplicabilidad y eficacia (García Puello et al., 2015).

El proceso del envejecimiento del organismo humano no se debe reducirse a un mero proceso biológico, se debe analizar el contexto la naturaleza compleja del hombre que es un ser biológico – cultural – social – mental y espiritual integradamente y la naturaleza compleja de las sociedades humanas: ecológico, ambiental, social, económico, cultural (González-Celis Rangel & Mendoza Madrigal, 2017).

Por su parte, Lazarus (1998; 2000) menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan pérdidas funcionales son cada vez más grandes. Las personas de la tercera edad, temen perder su buen funcionamiento mental y físico, y esto puede agudizarse si la persona presenta depresión e impotencia, ya que los mismos generan la pérdida del control de sus propios cuerpos. Estos problemas muchas veces general que los ancianos se aíslen y se sientan inútiles haciendo que su vida sea cada vez más complicada. El deterioro que se presente tanto físico como mental, hace que la persona reduzca su redes sociales y emocionales, posibilitando así la depresión y que las

enfermedades crónicas se vuelvan más nocivas para la persona (Royo, Garatachea, Vila-Maldonado, & Gómez-Cabello, 2012).

Geriatría.

El concepto de geriatría como rama de la medicina, es aquella que se ocupa de los estudios físicos, psicológicos, funcionales y sociales del anciano o adulto mayor (Perlado, 1995). Su función es la de prevenir, tratar y rehabilitar las enfermedades que comúnmente se presentan en los adultos mayores para su posterior reinserción social, un ejemplo son las constantes actividades motrices, como el de la ilustración 17, para la recuperación de la movilidad (Marín, Guzmán, & Araya, 2004)

En la medicina moderna, según Paulo Marín (2004), desde la década de 1990 se ha integrado una herramienta tecnológica conocida como Valoración Geriátrica Integral, cuyo fin es reconocer y cuantificar los distintos problemas físicos, sociales y psíquicos para la determinación de un plan de tratamiento. Hoy en día, hospitales generales o de servicio público de los países desarrollados poseen un departamento de estudios geriátricos, con tratamientos que se realizan en el equipamiento, así como en el domicilio del paciente.

Residencias de adultos mayores.

Según Bize y Vllier (1983), dos de las más importantes preocupaciones que el adulto mayor tiene en la etapa final de su vida son:

- El hábitad, pues la jubilación trae consigo la disminución de recursos económicos, la cual puede generar un cambio de vivienda.
- Los recursos económicos, ya que se pasa del sentimiento de autonomía y el atesoramiento al sentimiento de dependencia (Teixeira, 2004).

Estas dos principales preocupaciones pueden ocasionar que los familiares o el adulto mayor tome la decisión de trasladarse a una residencia de adultos mayores.

De acuerdo con Nuevo Benítez, Montorio Cerrato, Márquez González, Fernández de Trocóniz, and Losada Baltar (2004), esta es una alternativa cuando el adulto mayor tenga más de 65 años, otra es quedarse en su contexto familiar. Sin embargo para algunos familiares mayores la opción de tomar cualquiera de estas alternativas es voluntaria, mientras que para otros, la alternativa se convierte en una necesidad a causa de enfermedades crónicas, discapacidad funcional, soledad, entre otras. El nuevo domicilio se convertirá en su nuevo hogar.

Un gran problema que enfrentan las residencias de adultos mayores es la opinión que de ellas se tienen. Ya que existen consistentes resultados empíricos que indican que las personas que viven en su propio domiciliario tienen visión negativa de las residencias d adultos mayores y que solo en casos extremos se irían a vivir a una residencia, por ejemplo al no valorarse por sí mismo por razones económicas.

Sin embargo, los autores citados, dicen que si bien en algún momento la valoración de los hogares y centros no han sido muy positiva, una evaluación más profunda muestra el importe papel que estos centros han desempeñado y desempeñan, contribuyendo a reforzar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

De acuerdo con De Nicola (1981), las residencias deben proporcionarle al adulto mayor, apoyo moral y médico adecuado y regular y no deben considerarse como depósitos ya que este enfoque contribuyen al decaimiento del adulto mayor por falta de tratamiento adecuado, por el abandono psicológico y por el estado de ánimo que poco a poco se va deteriorando ya que el adulto mayor considera que la residencia es un tipo de prisión en la que pasará el resto de sus días.

Así mismo el autor cita algunas características importantes de una residencia de adultos mayores:

- La asistencia médica, psicológica y social, sobre todo para aquellos adultos mayores que están sanos ya que es necesario vigilar y mantener la buena salud.
- Los cuartos individuales no son recomendables por razones de seguridad.

- Las residencias con una capacidad media, menos de 100 adultos mayores, son preferibles ya que permiten una mejor atención.

Entidades sin ánimo de lucro.

Las Entidades Sin Ánimo de Lucro son personas jurídicas que se constituyen por la voluntad de asociación o creación de una o más personas (naturales o jurídicas) para realizar actividades en beneficio de asociados, terceras personas o comunidad en general. Las entidades sin ánimo de lucro no distribuyen las utilidades o excedentes obtenidos sino que son reinvertidos en el mejoramiento de los procesos y actividades que fortalecen la realización de su objetivo misional.

Marco histórico

Vejez.

En la actualidad muchos autores coinciden en sostener que el término de vejez es relativo y complejo de definir, en primer lugar se dice que es relativo por cuanto resulta difícil establecer un punto de corte cronológico que delimite el final de la edad adulta y el principio de la edad mayor, ya que desde que uno nace, se comienza a envejecer, extendiéndose este proceso biológico, en una forma gradual e irreversible hasta el final de la vida del ser humano, tal situación está caracterizada por la manifestación de cambios en la capacidad física y psíquica, provocados por factores internos y externos, que sin duda son los que influyen en la aceleración o aparición de tales cambios. Por tal motivo resulta erróneo realizar una definición de la vejez en la que únicamente se considere los cambios corporales ya que quedaría incompleta sino se tomara en cuenta también otros aspectos como lo son los psicológicos, sociales y cronológicos (Castellano Fuentes, 2014; Sosa, 2016).

En segundo lugar se dice que es compleja de definir porque éste término puede ser referido a fenómenos distintos según sea el tipo de enfoque o tratamiento científico, político o profesional que se le brinde como por ejemplo, para la Medicina “el proceso de envejecimiento se concreta en una serie de 2 transformaciones del organismo que modifican su estado de salud y que van limitando sus capacidades físicas y psíquicas” (Borge, Hernández, & Egea, 1999), entonces, para esta rama la vejez está referida al paso del tiempo, al desgaste, en síntesis está relacionada a la transformación degenerativa mientras que para el ámbito de las Ciencias Sociales, el proceso de envejecimiento “se mide a través de los cambios de actitudes y de capacidades de los seres humanos, que se producen en razón de sus edades tanto biológicas como cronológicas, siendo estas a las que se les presta más atención, por cuanto tiene carácter oficial, es decir implicaciones legales” (Borge et al., 1999) en cuanto a la perspectiva Económica tal proceso de envejecimiento “se relaciona sobre todo con las modificaciones de la relación entre población económicamente activa y población dependiente” (Borge et al., 1999).

Lo anterior genera un poco de confusión ya que tales definiciones son en sí mismas ciertas, porque dicen algo que se verifica en la realidad pero también pueden volverse falsas cuando se emplean como si expresaran la totalidad de la vejez.

La solución no puede ser otra, que la de interpretar a la vejez a través de una visión que sea suficientemente global como para expresar su totalidad tal como lo señala Jacques Laforest, por lo que la definición que más se aproxima a dar cumplimiento a lo anterior es la que el mismo nos brinda la cual es: “La vejez es el estado de una persona que, por razón de su crecimiento en edad, sufre una decadencia biológica de su organismo y un receso de su participación social” (Pérez Hernández, 2015).

Abordado este primer problema se tiene que afrontar otro, igual o más complejo, el cual está relacionado a la confusión de términos que existe para nombrar a aquellos que han llegado a las puertas de la sexta década de existencia, pues sin darse cuenta la gran mayoría suele llamarles indistintamente ancianos, viejos, senectos, longevos, seniles, adultos mayores o personas de tercera edad a tal población.

Marco legal

Constitución Política Colombiana. Artículo 38. Se garantiza el derecho de libre asociación para el desarrollo de las distintas actividades que las personas realizan en sociedad.

Ley 1315 del 2009 muestra cómo se implementan los derechos de las personas mayores, estableciendo las condiciones mínimas en los servicios que dignifican la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención, cuyo objeto es garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad en las instituciones de atención a personas mayores.¹⁰

Ley 1276 de 2009 A través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del adulto mayor en los centros vida. Teniendo como objeto la protección a las personas mayores de niveles I y II del SISBEN, a través de los centros vida como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida, aplicando para todo el territorio nacional donde se haya implementado el cobro de la estampilla.

Ley 1251 de 2008 Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, la cual tiene por objeto proteger, promover, reestablecer y defender los derechos de los adultos mayores, estableciendo principios como la corresponsabilidad del Estado, la familia, la sociedad civil y las Personas Mayores para promover, asistir y fortalecer la participación activa en la planificación, ejecución y evaluación de los programas planes y acciones que se desarrollen en torno a su inclusión en los diferentes ámbitos.

Ley 1171 de 2007 por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas Mayores, con el fin de conceder a los personas mayores de 62 años beneficios para el derecho a la educación, recreación a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida. Entre ellos se encuentra el artículo cinco donde cita que los sistemas de transporte público establecerán una tarifa diferencial inferior para las personas mayores de 62 años. En el artículo 9 establece que las entidades públicas deberán contar con una ventanilla preferencial con el fin de agilizar la atención a personas mayores de 62 años. En el artículo 12 establece que en las consultas médicas las EPS deberán asignar servicios de consulta externa médica, odontológica, de especialista y apoyos diagnósticos a sus afiliados mayores de 62 años en las 48 horas siguientes a su solicitud. En el artículo 13 dice que cuando la EPS no entreguen medicamentos formulados y contemplados en el POS a las personas mayores, deberán garantizar su entrega en el domicilio del afiliado en las próximas 72 horas a su vez agrega que la Superintendencia Nacional de Salud vigilara e impondrá sanciones a las EPS que incumplan con los artículos 12 y 13.

Ley 1751 del 16 de febrero del 2015 Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones, que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección. En su artículo 10. Describe los derechos y deberes de las personas, relacionados con la prestación del servicio de salud, estableciendo que las personas tienen derecho a acceder a los servicios y tecnologías de salud, que le garanticen una atención integral, oportuna y de alta calidad; recibir información sobre los canales formales para presentar las reclamaciones, quejas, sugerencias y en general, para comunicarse con la administración de las instituciones, así como a recibir una respuesta por escrito; que no se le trasladen las cargas administrativas y burocráticas que les corresponde servicio; asumir a los encargados o

intervinientes en la prestación de servicios; A la provisión y acceso oportuno a las tecnologías y a los medicamentos requeridos. En su artículo se describe como Sujetos de especial protección. La población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad quienes gozarán de especial protección por parte del Estado y su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención.

Ley 1315 de 2009, establece las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de las personas adultas mayores en los centros de protección, centros día e instituciones de atención.

Marco geográfico y poblacional

Geográfico.

El municipio de Neiva está ubicado entre la cordillera Central y Oriental atravesado por el Valle del Río Magdalena en sentido sur – norte. Su extensión territorial es de 155.300 hectáreas, de las cuales el 2,96% que corresponde a 4.594 hectáreas pertenece a la zona urbana y las restantes 150.706 hectáreas que representan el 97,04% es suelo rural. Limita al norte con los municipios de Aipe y Tello; al sur con los municipios de Rivera, Palermo y Santa María; al oriente con el Municipio San Vicente del Caguán (Caquetá); y al occidente con los municipios de Planadas y Ataco (Tolima).



Figura 3. Municipio de Neiva

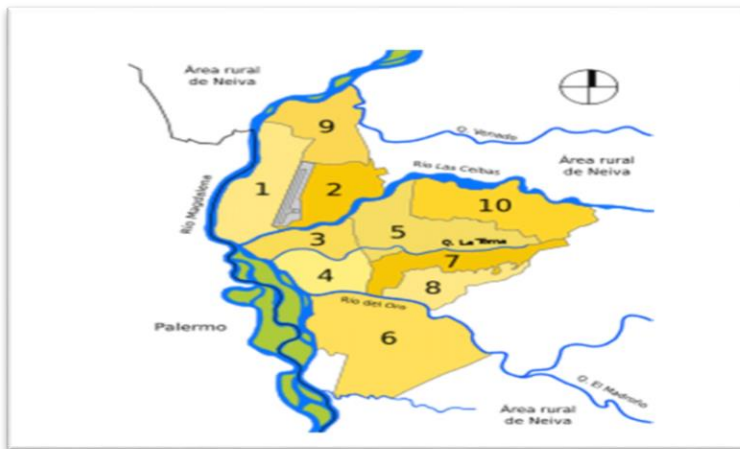


Figura 4. Vereda el triunfo

La división política y administrativa del Municipio de Neiva, se ha estructurado a partir de 10 comunas con 117 barrios y 377 sectores en la zona urbana, y 8 corregimientos conformados por 73 veredas en la zona rural. Cada corregimiento está asociado a un centro poblado rural que se constituye en el epicentro de las actividades económicas, culturales, sociales y políticas de la población circundante.

Demografía.

Según cifras del DANE, para el año 2015 la población del Municipio de Neiva es de 342.117 habitantes (47,8% hombres y el 51,2% mujeres), de los cuales el 94,2% que corresponde a 322.274 habitantes residen en el área urbana y 19.843 habitantes que representan el 5,8% se encuentran en el área rural. La población del municipio equivale al 30% de la población departamental y al 0,71% de la población nacional.

Neiva es una de las principales ciudades del sur colombiano, y es un conector importante con las ciudades de Florencia, Mocoa, Popayán y Pasto, que sirve de corredor industrial y comercial y contribuye notablemente al desarrollo económico de la región. La distancia entre el municipio de Neiva y la capital del país es de 312 km. También es de destacar que cuenta con varias fuentes hídricas, entre las cuales se destacan los ríos Magdalena, el Oro y Las Ceibas. Con un total de 347.501 habitantes.

Fondo de empleados del departamento del Huila.

El Fondo de Empleados del Departamento del Huila, es una Empresa Asociativa, persona jurídica de derecho privado, sin ánimo de lucro, de responsabilidad limitada, constituida por personas naturales con número de asociados de patrimonio variable e ilimitado, fundada el 9 de Junio de 1971 y reconocida mediante personería jurídica 0530 de 1984 expedida por el Departamento Administrativo Nacional de Cooperativas DANCOOP hoy Superintendencia de la Economía Solidaria, cuya sigla para todos los efectos será FONEDH.

Aspectos demográficos del adulto mayor.

A lo largo del tiempo se evidencia un aumento progresivo de la población, especialmente del grupo de los adultos mayores, lo que representa para el país un desafío en cuanto a políticas sociales y recursos se refiere. Esta transformación demográfica genera gran impacto en el desarrollo social, político y económico, así como en la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y las dinámicas de los procesos sociales, y de cohesión social, que conlleva.

El diagnóstico sobre envejecimiento y vejez se enmarca en el contexto nacional y se constituye en el fundamento de la política social, sin embargo cabe anotar que en algunas áreas la información no es suficiente. Los datos actuales, o la ausencia de los mismos,

orientan el accionar de la política pública y obliga, al Estado y a la sociedad, a preocuparse por obtenerlos y a minimizar los obstáculos que se presentan para la acción, por falta de conocimiento de la situación.

La morbimortalidad y la esperanza de vida son indicadores de salud de cualquier tipo de población, pues identifican tanto las fortalezas como las deficiencias del sistema al momento de la prestación de los servicios, enfatizando en la vulnerabilidad de este grupo etario. El envejecimiento, la vejez y las personas viejas ganan cada día un espacio en el debate social contemporáneo, toda vez que los efectos de transición demográfica implican un envejecimiento poblacional en todo el mundo. Este hecho se ha convertido en una de las características del siglo XXI, cuando por primera vez en la historia la proporción de población joven y la de población vieja serán equivalentes (Naciones Unidas, 2000)(Peláez, 2005).

Colombia no es la excepción: los mayores de 60 años que en 2005 conforman el 7% de su población, constituirán el 20% en el año 2050, cuando uno de cada cinco colombianos (quienes hoy ya han cumplido 10 años) tendrá más de 60 años. Cifras preliminares del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 evidenciarían que en Colombia la población está envejeciendo. Según Juan Daniel Oviedo, director del Dane, el porcentaje de personas mayores de 60 años aumentó en el país, asegurando que mientras que en 1985 esta población era el 3,98%, en 2018 aumentó a 9,23%. “Para el 2018 tenemos 40,4 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años. En el año 2005 eran 28,7”, explicó Oviedo durante la presentación del nuevo Instituto de Estudio sobre Envejecimiento y Longevidad de la Universidad del Rosario.

Junto con esto, el director del Dane destacó que en el Censo 2018 la estructura preliminar de la población en Colombia se está transformando en un diamante, es decir, que la pirámide con base amplia que se tenía en 1985 compuesta por niños y jóvenes entre 0 y 19 años de edad registra ahora una menor tendencia, similar a las estadísticas de los países desarrollados (Nieto Antolínez Eco & Alonso Palacio, 2007)

De acuerdo con los datos preliminares del Censo 2018, el departamento con mayor índice de envejecimiento es Quindío con 70,43 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15. Le siguen Caldas (69,34), Valle del Cauca (60,28), Risaralda (59,54),

Tolima (52,08), Nariño (50,82), Bogotá (50,17), Boyacá (50,13), Antioquia (48,73) y Santander (44,23).

Por su parte, Vichada cuenta con el menor índice, con 10,76 personas mayores de 60 años por cada 100 menores de 15, seguida de Amazonas con 14,31, La Guajira (14,41), Guainía (15,11), Vaupés (16,84), Chocó (20,40), Arauca (20,40), Casanare (20,55), Guaviare (20,72) y Cesar (22,03). Por otra parte, la esperanza promedio de vida al nacer que al comenzar el siglo XX (1901) era de 28 años y en el 2001 de 70 años, alcanzará los 80 años en el 2050 (Rueda, 2001).

Conocido como el instrumento estadístico en el cual está detallada la realidad nacional y las diversas condiciones en las cuales se encuentra la población, indica que “Colombia cuenta con una población total de 44.531.384 millones de personas, de las cuales el 7% corresponde adultos mayores y un efecto de ingreso de personas mayores por el orden de 80.000 personas ingresando cada año las cifras de los mayores de 60 años, así pues en el 2030 El incremento anual será 4 Veces mayor: Colombia Pasará de 3 millones de adultos mayores a 15 Millones en el 2050.”

A continuación se presentan datos relacionados con la población, porcentaje, distribución por sexo y la expectativa de vida al nacer en el caso Colombia y específicamente Neiva, así como también la campana poblacional, de acuerdo a los datos aportados por el Censo. (DANE, 2005)

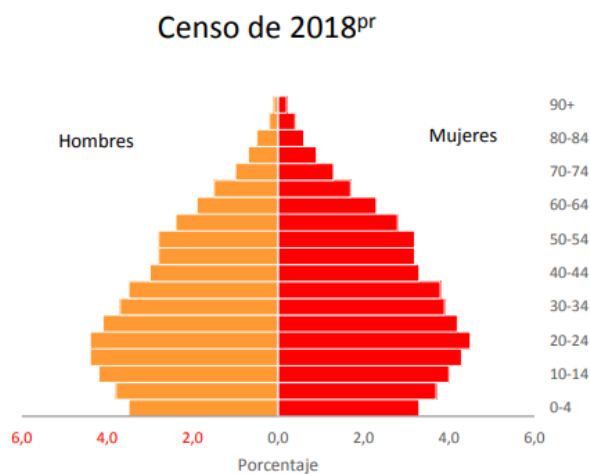


Figura 5. Pirámide Poblacional Colombia (DANE 2018).

El envejecimiento poblacional muestra un aumento evidente de la población adulta mayor, especialmente el porcentaje de los más viejos: mientras la población general incrementa 1.9% promedio anual (en el período 1990-2003), la población mayor de 80 años crece a una tasa promedio anual de 4%. Es importante destacar que Colombia cuenta actualmente con 4450 centenarios (personas de 99 y más años), lo cual equivale al 0.011% del total de la población; con un claro predominio, al igual que en el resto del mundo, del sexo femenino: 61.9%. Adicionalmente se encontró que el 95% de los centenarios se encuentra alojados en hogares particulares y distribuido el 26.5% del total de ellos, en las principales ciudades del país: Bogotá (9%), Medellín (6.1%), Barranquilla (3.6%), Cali (5.3%) y Cartagena (2.1%).

Las principales causas del envejecimiento poblacional en Colombia son el aumento de la esperanza de vida, disminución de la mortalidad, el control de las enfermedades infecciosas y parasitarias, el descenso de las tasas de la fecundidad, la atenuación del ritmo de incremento de la población y los procesos de migración. A pesar que la migración de las personas mayores de 60 años al exterior es menor del 2% del total, es la migración de los más jóvenes lo que contribuye al envejecimiento del país. Adicionalmente el desplazamiento interno conduce al envejecimiento de los sitios de origen.

Marco conceptual

Envejecimiento. El envejecimiento se concibe como un proceso universal que dura toda la vida y por el cual atraviesan todos los seres humanos. Pese a que se reconoce la universalidad del fenómeno, se entiende que no es un proceso uniforme sino más bien diferenciado, en la medida de que todas las personas envejecen de manera diferente, de acuerdo con factores físicos, psicológicos, económicos, sociales y culturales específicos

Vejez. Desde el punto de vista biológico y social, la vejez hace referencia a la última etapa de la vida donde el individuo manifiesta un deterioro generalizado de su integridad.

Adulto Mayor. Se define como aquellas personas que han perdido un 60% de las modificaciones fisiológicas, es decir disminución de sus capacidades físicas atribuibles a la edad.

Gerontología. Rama de la salud que estudia los ancianos y sus procesos de envejecimiento.

Geriatría. Rama de la medicina que estudia los procesos de envejecimiento y sus condiciones médicas relacionados con la edad.

Calidad De Vida. Es la satisfacción integral e las necesidades, no solo en fragmento o parte de ellas, y consideran las necesidades básicas como aquellas cuya frustración provoca daños personales e irreversibles.

Necesidad Satisfecha: Es cuando una persona ha tomado conciencia de dicha necesidad, organizando y dirigiendo su conducta hacia el logro de su meta y encontrando el requerimiento exacto en calidad y cantidad. También suele ocurrir que la persona se enfrente a barreras que le impiden lograr la satisfacción de sus necesidades y tales barreras se pueden encontrar en la persona y el ambiente.

Soledad. Carencia voluntaria o involuntaria de compañía. Pesar y melancolía que se siente por la ausencia, muerte o pérdida de alguien o de algo.

Centro Geriátrico. Institución especializada en brindar cuidados especiales, servicios de enfermería y atención médico-geriátrica que requieren los adultos mayores dependientes debido a las enfermedades o complicaciones que padecen.

Estudio De Viabilidad. Son estudios técnico-económicos que se desarrollan para evaluar la pertinencia de ejecutar un proyecto determinado.

Estudio De Mercado. Conjunto de acciones que se ejecutan con el fin de conocer la respuesta del mercado (de tu target o público objetivo, de tus proveedores e, incluso, de tu competencia) ante un nuevo producto o servicio.

Diseño metodológico

Con el fin de cumplir con los objetivos planteados en el presente proyecto de investigación, y poder determinar la viabilidad financiera de crear centro de atención para el cuidado del adulto mayor asociado a FONEDH, se diseñó una metodología que permitiera realizar distintos análisis a las áreas que influyen directamente en el proyecto (financiera, de mercado, legal, técnica, social y administrativa); y determinar cuáles son las ventajas del proyecto, si es posible su realización, si es auto sostenible y los aspectos a mejorar.

Tipo de investigación

La investigación que se realizará será de tipo descriptiva, según Carlos Eduardo Méndez mediante este tipo de investigación es posible:

1. Establecer las características demográficas de unidades investigadas (número de asociados a FONEDH, rango de edades de los asociados a FONEDH, etc.)
2. Identificar formas de conducta y actitudes de las personas que se encuentran en el universo de la investigación (comportamiento de los asociados, preferencias en cuanto a servicio, etc.)
3. Establecer comportamientos concretos (conocer cuántos asociados utilizarían los servicios del hogar geriátrico, que servicios utilizarían, nivel socioeconómico, etc.)
4. Descubrir y comprobar la posible asociación de las variables de investigación (relacionar el precio frente al uso de los servicios, análisis financiero, etc.)

Población

La población objeto de investigación son los asociados al FONDO DE EMPLEADOS DEL DEPARTAMENTO DEL HUILA – FONEDH, conformada por 2.275 asociados, empleados de la Gobernación del Huila y sus entidades adscritas; de los cuales 1514 son mujeres y 761 son hombres como lo muestra el siguiente gráfico:

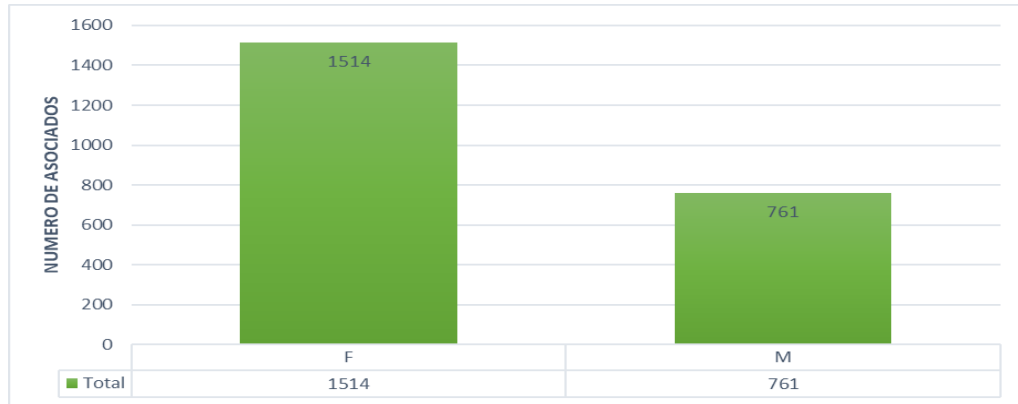


Figura 6. Asociados por género

De acuerdo con la base de datos de FONEDH, esta población está distribuida por rango de edad y por género, de la siguiente forma:

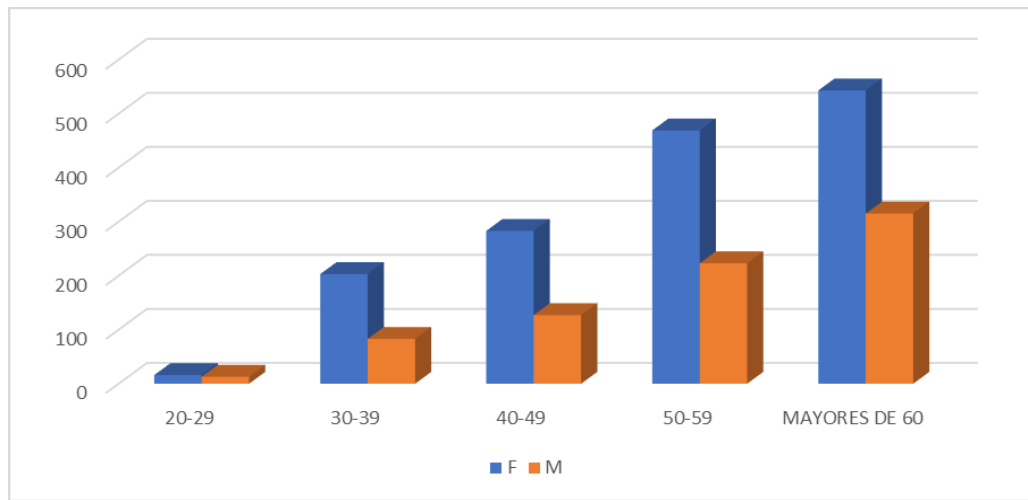


Figura 7. Asociados por edad y género

Muestra

La muestra se determinó con el total de asociados a FONEDH, independientemente de la edad, con la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{N}{E^2(N-1)+1}$$

n = Tamaño de la muestra

E = Error de la muestra

N = Tamaño de la población

$$n = \frac{2275}{9\%^2(2275-1)+1}$$

n = 117

E = 9%

N = 2.275

De acuerdo con la fórmula utilizada y con un error del 9%, se debe encuestar a 117 asociados de la población objetivo.

Fuentes de información

Con el fin de recolectar la información necesaria que nos permita tener claridad sobre las necesidades de la población objetivo de investigación, así como información clave y necesaria para determinar la viabilidad de la creación de un centro de atención para el cuidado del adulto mayor, se establecieron las siguientes fuentes de información:

Primarias.

La información se obtiene directamente de la población objetivo, mediante una encuesta orientada a conocer las necesidades y características socioeconómicas de la población; para el análisis de la posible competencia se recolecto información de las páginas web y mediante llamadas telefónicas.

Secundarias.

Con el fin de complementar la investigación, se buscó información bibliográfica sobre el cuidado del adulto mayor, sobre los métodos de investigación, así como de las normas que regulan este tipo de centros especializados. Adicionalmente se recolecto información sobre otros proyectos de investigación orientados al tema.

Técnicas de recolección de información

El estudio de mercado se realiza a través de encuestas que van dirigidas a los asociados, con el fin de identificar el número de adultos mayores que estarían interesados en habitar el centro de atención.

El tamaño de los encuestados fue de 117 asociados, esto con el objeto de obtener información más apegada a la realidad y que permita identificar los posibles clientes a quienes está dirigido este proyecto y permita entregar herramientas al Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH.

El estudio de mercado es vital para este estudio ya que a través de este se conocerá las edades de los posibles clientes, las actividades que interesan desarrollar en el centro de atención para el adulto mayor asociado al fondo de empleados del Departamento del Huila –FONEDH y si están dispuestos a asistir al centro, las mensualidades, actividades que les gustaría desarrollar, conocer las edades de los posibles clientes y asisten a algún centro para adulto mayor. A continuación se relacionan las preguntas que se realizaron en la encuesta a los asociados del Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH.

Resultados

En el presente capítulo se describe el perfil del asociado teniendo en cuenta las variables de género, edad, actividad actual e ingresos mensuales, a su vez se desagregan dichas variables en relación con el género (muestra vs total base de datos). Posteriormente se presentan los demás resultados obtenidos de la encuesta realizada (familiares del asociado mayores de 60 años, pertinencia de los centros para adultos mayores existentes, modalidades de servicio a utilizar y disponibilidad de pago por el servicio). Finalmente, se presenta un presupuesto de ingresos y gastos con su respectiva proyección.

Tabla 1. Perfil del asociado (muestra vs total base de datos)

	n= 117	100%	n=2274	100%
Género				
Masculino	38	32,5	761	33,5
Femenino	79	67,5	1513	66,5
Edad				
20 a 35 años	2	1,7	156	6,9
36 a 45 años	11	9,4	366	16,1
46 a 60 años	69	59	984	43,3
Mayor de 60 años	35	29,9	768	33,8
Ingresos mensuales				
Menos de 2 SMLV	11	9,4	156	6,9
Entre 1.5 y 3 Millón	61	52,1	1063	46,7
Entre 3 y 5 Millón	40	34,2	791	34,8
Más de 5 Millón	5	4,3	264	11,6
Actividad actual				
Pensionado	41	35		
Empleado público	71	60,7		
Empleado privado	3	2,6		
Otros	2	1,7		

Según los resultados de la encuesta, el perfil del asociado corresponde en un 67,5% al género femenino, con una edad superior a los 46 años (88,9%), y específicamente el 29,9% es mayor de 60 años. La actividad actual de los asociados corresponde en su mayor porcentaje a empleados públicos y pensionados (60,7% y 35%) con unos ingresos mensuales entre 1,5 y 5 millones (86,3%). Según la base de datos del total de asociados, el

perfil no difiere en relación con la muestra en las variables de género, edad e ingresos mensuales. A continuación se desagregan las variables anteriores por género.

Tabla 2. Perfil del asociado por género (muestra vs total base de datos)

		n=117 100%		n=2274 100%	
Género	Edad				
	20 a 35 años			53	7
Masculino	36 a 45 años	2	5,3	Masculino	111
n=38	46 a 60 años	22	57,9	n=761	310
100%	Mayor de 60 años	14	36,8	100%	287
					37,7
Femenino	20 a 35 años	2	2,5	Femenino	103
n=79	36 a 45 años	9	11,4	n=1513	255
100%	46 a 60 años	47	59,5	100%	674
	Mayor de 60 años	21	26,6		481
					31,8
Género	Ingresos mensuales				
	Menos de 2 SMLV	3	7,9		44
Masculino	Entre 1.5 y 3 Millón	16	42,1	Masculino	343
n=38	Entre 3 y 5 Millón	18	47,4	n=761	264
100%	Más de 5 Millón	1	2,6	100%	110
					14,5
Femenino	Menos de 2 SMLV	8	10,1	Femenino	112
n=79	Entre 1.5 y 3 Millón	45	57	n=1513	720
100%	Entre 3 y 5 Millón	22	27,8	100%	527
	Más de 5 Millón	4	5,1		154
					10,2
Género	Actividad actual				
Masculino	Pensionado	13	34,2		
n=38	Empleado público	24	63,2		
100%	Empleado privado	1	2,6		
Femenino	Pensionado	28	35,4		
n=79	Empleado público	47	59,5		
100%	Empleado privado	2	2,5		
	Otros	2	2,5		

En ambos géneros se observa una concentración de la muestra en edades entre los 40 y 60 años con porcentajes similares (M= 57,9% y F=59,5%). Se destaca que el porcentaje de hombres que es mayor de 60 años (36,8%) es superior en comparación con las mujeres (36,6%), teniendo en cuenta que la muestra femenina es menor. En cuanto a la actividad actual el resultado es similar, la mayor concentración en ambos casos se

encuentra en el empleo público (M=63,2% y F=59,5%). En los ingresos mensuales de los asociados si se presentan diferencias, la mayoría de hombres ingresan mensualmente entre 3 y 5 millones (47,4%) en cambio los ingresos en las mujeres se concentran entre 1.5 y 3 millones (57%), un aspecto importante a tener en cuenta conociendo que el género femenino es el de mayor porcentaje en la muestra. Comparando con la base de datos del total de asociados, en ambos géneros se presentan similitudes en la variable de edad, en cuanto a los ingresos se observa que los hombres en su mayoría reciben ingresos entre 1.5 y 3 millones (45,1%) a diferencia de la muestra (entre 3 y 5 millones).

Tabla 3. Resultados variables dicotómicas

	¿En su familia hay personas mayores de 60 años?		Necesidad de servicio a asociados		Disposición para pagar por los servicios		Apoyo familiar	
	n=117	100%	n=117	100%	n=117	100%	n=117	100%
Si	104	88,9	115	98,3	116	99,1	76	65
No	13	11,1	2	1,7	1	,9	41	35

El 88,9% de los asociados encuestados manifiestan tener en su familia a personas mayores de 60 años, refieren en su mayoría la necesidad del servicio (98,3%) y la disposición para pagarlos ellos (99,1%) o con apoyo familiar (65%).

Tabla 4. Tipo de familiar mayor de 60 años y modalidad de servicio

	¿Quién de su familia es mayor de 60 años?		¿Qué modalidad de servicio utilizaría?	
	n=162	100%		n=183 100%
Cónyuge	28	17,3	Residencia permanente	66 36,1
Padres	67	41,4	Residencia por días (pernoctando 2 o más días)	44 24
Hermanos	40	24,7	Pasa día (medio día o un día, sin pernoctar)	19 10,4
Otro	27	16,7	Asistencia durante incapacidades o intervenciones médicas	54 29,5

Al 29,9% descrito en el perfil del asociado como mayor de 60 años, se relaciona la respuesta afirmativa del 88,9% de asociados que manifiestan tener un familiar mayor que la edad referenciada entre los que se encuentra en su mayoría padres (41,%) y hermanos (24,7%). Al indagar sobre la modalidad de servicio que utilizaría el asociado, el 36,1% lo considera como una residencia permanente, seguido del 24% como una residencia por días.

Tabla 5. Servicios de mayor necesidad

¿Cuáles de los siguientes servicios considera usted son de mayor necesidad?		
	n=327	100%
Deportivas y recreativas	66	20,2
Atención médica y psicológica	67	20,5
Hospedaje, alimentación y servicios generales (aseo, lavandería)	78	23,9
Acompañamiento en actividades cotidianas (citas médicas, pagos personales, trámites y otros)	60	18,3
Capacitación (artes y manualidades, unidades productivas)	56	17,1

Al indagar por los servicios que los asociados consideran de mayor necesidad, se encuentran resultados similares entre los servicios opcionados, cabe mencionar que en la repuesta a la pregunta se podían marcar varias opciones. El 23,9% considera más necesario el hospedaje, alimentación y servicios generales (aseo, lavandería), seguido de atención médica y psicológica (20,5%) y actividades deportivas y recreativas (20,2%), lo que indica la necesidad de apertura de todos los servicios mencionados.

Tabla 6. Posibilidad de pago

Valor del posible pago	Forma de pago	
	n=117	100%
Entre 500 y 900 Mil	99	84,6
Entre 900 y 1.5 Millón	15	12,8
Entre 1.5 y 2 Millón	3	2,6

Finalmente en cuanto a las posibilidades de pago, los asociados refieren la posibilidad de pagar entre 500 y 900 mil por los servicios ofrecidos (84,6%) de forma mensual (88%).

Tabla 7. Proyección ingresos vs gastos

	AÑO 0	AÑO 1	AÑO 2	AÑO 3	AÑO 4	AÑO 5	AÑO 6	AÑO 7	AÑO 8
Ingresos	-	-	1.080.000.000	1.123.200.000	1.168.128.000	1.214.853.120	1.263.447.245	1.313.985.135	1.366.544.540
Gastos de nomina	-	-	593.289.977	617.021.576,43	641.702.439,49	667.370.537,07	694.065.358,55	721.827.972,90	750.701.091,81
Gastos administrativos	-	-	189.683.285	197.270.616,23	205.161.440,88	213.367.898,52	221.902.614,46	230.778.719,04	240.009.867,80
Utilidad operacional			297.026.738	308.907.807	321.264.120	334.114.684	347.479.272	361.378.443	375.833.580
Terreno	430.000.000								
Edificación	895.000.000								
Muebles y enseres		204.304.696							

Teniendo en cuenta los datos arrojados por la encuesta, se establece un ingreso mensual fijo de \$1.080.000 proveniente del pago directo de aproximadamente 100 asociados (Valor unitario= \$900.000 mensual) por los servicios del hogar para el adulto mayor. Como inversión inicial se establece un costo total de \$1.529.304.696 derivados del terreno, construcción de la edificación, muebles y enseres. Además, se relacionan gastos anuales administrativos y de nómina.

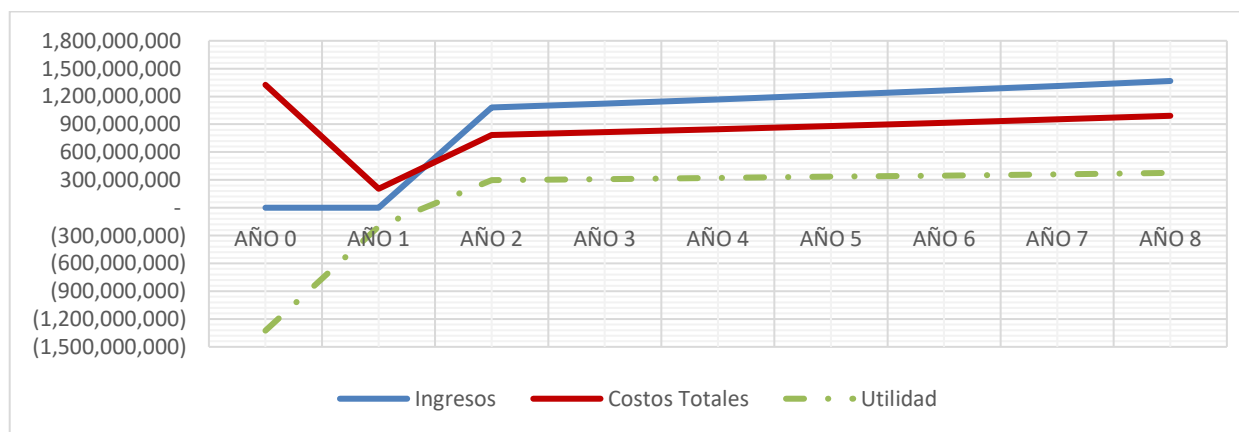


Figura 8. Proyección Ingresos, gastos y utilidades

Valor Presente Neto=

Inversión inicial=	\$1.529.304.696 (B24)
Flujo de caja año 2=	\$297.026.738 (B25) (Ingresos - gastos de nómina y administrativos)
Flujo de caja año 3=	\$308.907.807 (B26)
Flujo de caja año 4=	\$321.264.120 (B27)
Flujo de caja año 5=	\$334.114.684 (B28)
Flujo de caja año 6=	\$347.479.272 (B29)
Flujo de caja año 7=	\$361.378.443 (B30)
Flujo de caja año 8=	\$375.833.580 (B31)
Tasa de interés=	10% = 0,1

Fórmula =

$$\begin{aligned} &= \text{VPN}(0,1; B25:B31) - B24 \\ &= 78.198.685 \end{aligned}$$

El costo de la inversión es de \$1.529.304.696 y el valor final que se obtiene con una proyección a 8 años es de \$1.607.503.381 (inversión inicial + VPN), en este caso el valor supera el costo por lo que se puede inferir que el proyecto agrega valor económico (es rentable).

Tasa interna de retorno=

Inversión inicial=	\$-1.529.304.696 (B24)
Flujo de caja año 2=	\$297.026.738 (B25)
Flujo de caja año 3=	\$308.907.807 (B26)
Flujo de caja año 4=	\$321.264.120 (B27)
Flujo de caja año 5=	\$334.114.684 (B28)
Flujo de caja año 6=	\$347.479.272 (B29)
Flujo de caja año 7=	\$361.378.443 (B30)
Flujo de caja año 8=	\$375.833.580 (B31)

$$\begin{aligned} &= \text{TIR}(B24:B42) \\ &= 11\% = 0,11 \end{aligned}$$

La TIR (11%) es superior a la tasa de descuento establecida en la proyección realizada (10%), lo que indica que el proyecto es viable desde el punto de vista económico. El proyecto analizado devuelve el capital invertido más una ganancia adicional, el proyecto es rentable.

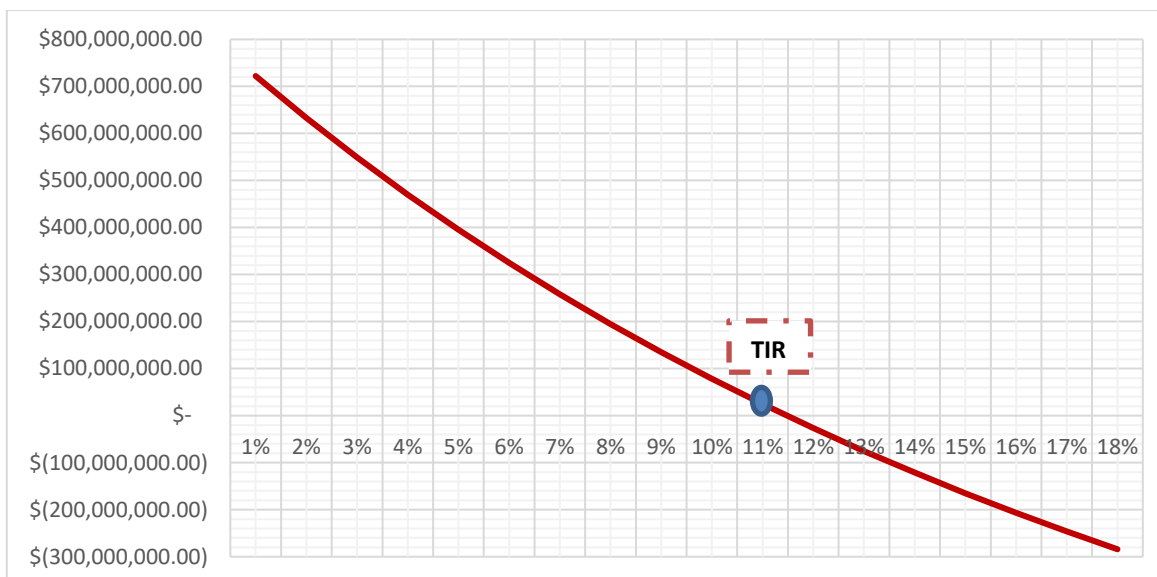


Figura 9. Perfil del valor presente neto

Punto de equilibrio (PE)=

- Costo fijo= \$782.973.262 (Corresponde a gastos de nómina y administrativos del año 2).
- Precio venta unitario (PVU)= \$10.800.000 (Corresponde al valor mensual cancelado por un asociado en un año \$900.000 x 12).
- Costo variable unitario (CVU)= \$7.829.733 (Corresponde al costo fijo sobre la cantidad de asociados \$782.973.262 / 100).
- PE= 264 (corresponde al costo fijo sobre el pvu -cvu $\$782.973.262 / \$10.800.000 - \$7.829.733$).
- Costo variable total= \$2.063.945.939 (corresponde al punto de equilibrio por el cvu 264 x \$7.829.733).
- Ingreso total= \$2.846.919.201 (Corresponde al punto de equilibrio por el pvu 264 x \$10.800.000).

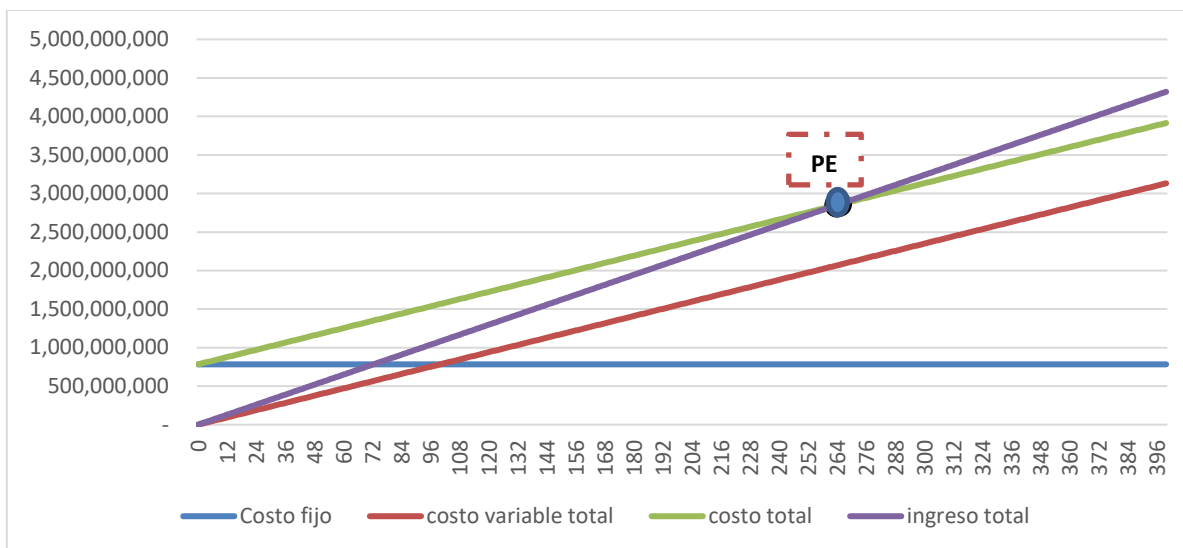


Figura 10. Punto de equilibrio

El PE es 264 unidades. El pago anual correspondiente a \$10800.000 por 264 unidades corresponde a ingresos por \$2.851.200.000 comparado con los costos generados que corresponden a \$2.850.022.674 (Costo anual \$7.829.733 por 264 unidades). Utilidad de \$1.177.326. Es decir, se requiere de 3 años de servicio con una constante de 100 asociados pagando el PVU en los primeros 2 años y al menos 64 asociados en el tercer año para obtener el punto de equilibrio.

Estudio de mercado

Análisis y determinación del producto

Se pretende con este estudio determinar la viabilidad para la creación de un centro de atención para el adulto mayor asociado al fondo de empleados del Departamento del Huila – FONEDH, este estudio se realizó basado en el número de asociados mayores de 60 años, que son nuestro mercado, que sienten la necesidad de tener un espacio recreativo junto a personas de su edad en el día a día, que se ven en la necesidad de recurrir a este centro de atención.

Con el presente estudio, el Fondo de Empleados del Departamental del Huila FONEDH, constituye una iniciativa a la inversión social, contribuyendo en el mejoramiento de la calidad de vida de los asociados, brindándoles una nueva oportunidad de sentirse vivos, elevar su autoestima y la percepción que se tiene de ellos, valorarlos como parte activa de la sociedad, mejorar su estado de ánimo, demostrándoles que son importantes.

Características del servicio

El centro de atención propuesto para los asociados del fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH en la ciudad de Neiva, es un lugar encaminado a mantener y mejorar su calidad de vida, teniendo en cuenta el cuidado que se le debe prestar al adulto mayor para el mejoramiento y mantenimiento adecuado de su salud, servicios dirigidos al confort, tratamiento, socialización o rehabilitación del asociado según sus necesidades.

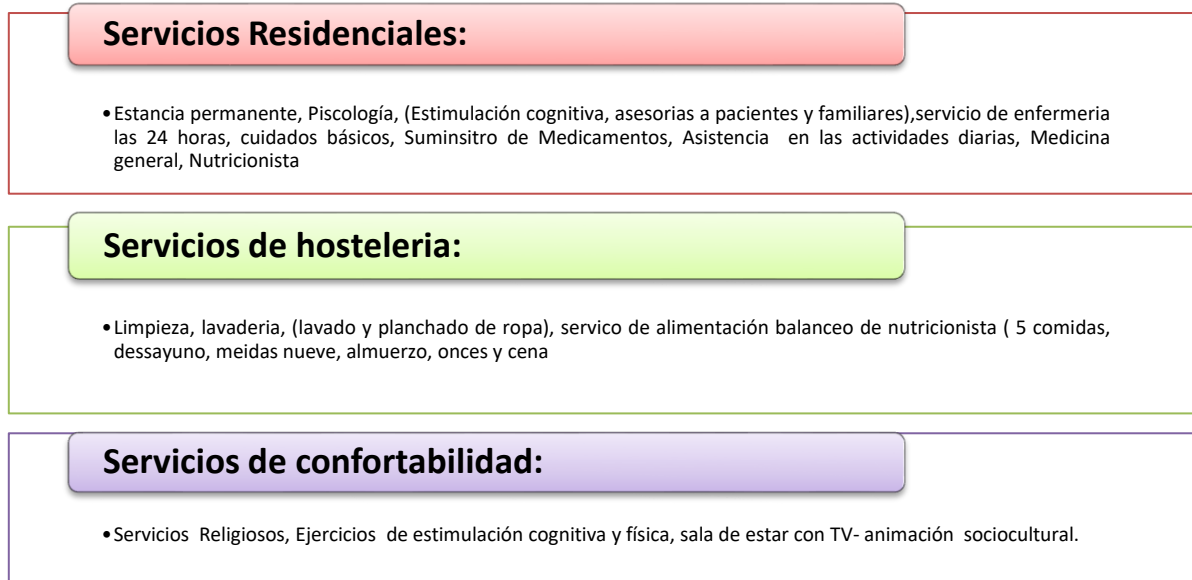


Figura 11. Servicios

Intangible. Al ser un producto intangible carece de características físicas para su análisis, pues el servicio se consume al momento en el que se produce la visita.

Variable. Depende del tipo de servicio ofertado, sería diferente para cada de los usuarios según la percepción del producto al momento de recibirlo.

Beneficios. Los pacientes se ven beneficiados por este tipo de atención en diversas áreas, pues sus objetivos van dirigidos a:

- Confort del paciente y su familia.
- Promoción de la participación activa por parte de los familiares en la evolución y cambios del usuario.
- La disminución de riesgos relacionados con la atención hospitalaria y el medio ambiente (infecciones).
- Aumento de la actividad física y la asociación, evitando procesos de aislamiento en el adulto mayor.

Productos complementarios

La recreación, el deporte y los espacios de socialización son tan importantes como aquellos relacionados con la atención médica de los mismos, por lo que se destinó en la propiedad un espacio para el deporte como lo es el gimnasio, la piscina y las zonas verdes. La celebración de cumpleaños, fechas especiales, integración con los familiares, eventos deportivos, salidas supervisadas, encuentros con otras instituciones entre otras.

Ventaja competitiva y propuesta de valor.

El Fondo de Empleados del Departamento del Huila, realizara una estrategia de Enfoque por Diferenciación, principalmente porque se centra a un segmento de mercado específico, diferenciándose por los servicios que entrega a sus clientes.

Por otro parte el Fondo busca identificar las necesidades actuales y futuras del mercado y al mismo tiempo encontrar esos futuros clientes determinando sus gustos, preferencias, problemática y seguridad de manera de orientar a que encuentren en esta residencia para el adulto mayor la solución a su necesidad.

Factores diferenciadores



Figura 13. Factores diferenciadores

- **Infraestructura.** Como una característica diferenciadora del proyecto, ya que ésta está pensada en un entorno natural propicio para el cultivo y crianza de animales

domésticos, que serán elementos utilizados para fomentar la integración social y con el entorno, del adulto mayor.

- **Alianzas.** Las alianzas estratégicas, se realizarán con instituciones de salud, centros de capacitación o Universidades, donde los adultos mayores adquieran conocimientos para desenvolverse en diferentes ámbitos, a su vez, estas alianzas irán orientadas no solo a temas relacionados a salud o capacitación, sino que también con instituciones que presten servicios turísticos especializados para adultos mayores.
- **Vida Social.** El entorno está creado para facilitar la vida social de los residentes, ya que además de estar compuesto de lugares de encuentro social, existirán actividades que requerirán el trabajo en equipo.
- **Transporte.** El servicio de transporte es una forma de entregar independencia al adulto mayor, para realizar trámites o actividades personales.
- **Actividades de integración.** Con la finalidad de mantener activos y estimular la integración social de los adultos mayores, se programarán actividades de desarrollo físico e intelectual, que estarán rodeadas de un entorno natural y campestre. Estas actividades estarán regidas por diferentes programas de integración que se desglosan en el siguiente detalle:
 - a) Educación: se realizarán cursos del ámbito físico y cognitivo, disponibles a todos los residentes y visitantes.
 - b) Cultural: Se coordinarán actividades para asistir a diversos espectáculos y actividades culturales como: Funciones de Teatro, Cine, Montajes musicales, Exposiciones Artísticas y Expoferias.

Beneficios del servicio.

- ✓ Mejorar la calidad de vida del adulto mayor del Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH.
- ✓ Fortalecimiento de actividades físicas y sociales a través de actividades de recreación, desarrollo físico.
- ✓ Contribuir con acciones de responsabilidad social del Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH.

Precio.

El precio de los diferentes servicios se estimara por separado, teniendo en cuenta el costo de los servicios en la competencia, los servicios que presta la institución y los diferenciales por los servicios que no se prestan en otras instituciones (valor agregado).

Publicidad.

Para llevar a cabo la efectiva publicidad de los servicios, se utilizaran los medios publicitarios que utiliza el fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH, para informar a los usuarios.

- ✓ Prensa escrita: Boletín informativo
- ✓ Medios de Comunicación: Radio: la pauta se realizará con las emisoras que registren mayor rating y Televisión: pautará información del Centro de atención en los canales regionales.
- ✓ Cartelera Institucional.
- ✓ Página WEB: Anunciar apertura, beneficios, ubicación.
- ✓ Se utilizara portafolio de servicios, volantes, tarjetas de presentación indicando los servicios que se prestan en el centro de atención.

Estudio de competencia

Posterior a la elaboración del estudio de mercados y con la intención de identificar las instituciones privadas que ofertan en la actualidad servicios de atención para la población adulta mayor de la ciudad de Neiva con características de oferta similares a la idea actual de empresa, se realizó un ejercicio investigativo en donde se identificaron las instituciones que según sus características se catalogan como una fuerte competencia para la entidad.

Es innegable que en la ciudad existe una gran cantidad de instituciones que ofrecen servicios direccionados a esta población en particular, pero la gran mayoría están destinados a la población anciana vulnerable, inclusive muchos de estos no tiene registro actual como instituciones prestadoras de servicio por lo que no aparecen en estadísticas lo que supone un gran subreporte.

Estas entidades fueron visitadas para evaluar de primera mano la presencia de servicios ofertados, además de recolectar información por medio de su publicidad en páginas web y redes sociales.

Estudio técnico

Localización del proyecto

El Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH, adquirió un lote el cual está ubicado en la vía el triunfo a 10 minutos de la ciudad de Neiva ubicada en el pie del monte del cerro de Neiva, sus límites son: Al norte con la vereda Normandía, al sur con el Dinde, al occidente con Agua Blanca, al oriente con Chapuro, La quebrada el Guesal es lindero con Normandía, el rio Arenoso y el Neme hacia el Dinde., equidistante del norte y sur de la ciudad. Cuenta con espacios amplios, piscina, vegetación y buen clima. Destinado para la población de la ciudad de Cali y municipios aledaños.

Tamaño del proyecto

El mercado objetivo son los adultos mayores de 60 años asociados al Fondo de Empleados del Departamento del Huila FONEDH, por lo cual se establece la prestación del servicio para un total de 200 personas.

Las instalaciones cubrirán en general un área de 158.000 mts², distribuidos en los diferentes departamentos y secciones especiales para el cuidado y confort de los adultos mayores que ingresen al centro de atención.

	10.000 metros para bosques y guaduas
	5.000 metros cuadrados para huerta de aromáticas
	10.000 metros cuadrados para huerta de verduras: habichuela, arveja, fríjol, tomate, cebolla, cilantros,
	20.000 metros cuadrados para bananos y plátanos
	40.000 metros cuadrados para cítricos, guanábanas, mangos, entre otros
	10.000 metros cuadrados para arboles de cacao.
	10.000 metros cuadrados para área de apicultura
	10.000 metros cuadrados para senderos
Áreas del proyecto	3000 metros para centro de atención básica de salud (IPS)
	500 metros cuadrados para el gimnasio
	500 metros cuadrados para las zonas húmedas
	3000 metros cuadrados para centro de formación en artes y oficios
	3000 metros cuadrados para zona de integración
	3000 Metros cuadrados para el comedor comunitario
	20.000 metros cuadrados para las habitaciones y zonas de descanso, proyección hasta de 200 habitaciones. Cada habitación debe contar con un área mínima de 50 metros cuadrados, con un baño, ducha, closet,
	10.000 metros cuadrados para jardinería

Tabla 8. Áreas del proyecto

Capital de trabajo

Para llevar a cabo la construcción del centro de atención se estableció que a partir del inicio del proyecto, cada asociado a FONEDH entregue 5 ladrillos semestrales hasta culminar la obra, que cada asociado done y siembre un árbol frutal, concurso del mejor árbol en seis meses. Así mismo con grupo de personal asistencial, administrativo y de servicios generales.

Insumos. Los insumos más utilizados para la prestación del servicio son los productos de la canasta familiar que corresponden a la alimentación, los cuales son de fácil adquisición en la gran mayoría supermercados y plaza de mercado. Además medicamentos básicos de enfermería, botiquines, camillas, cilindros de oxígeno equipos médicos básicos, materiales papelería, insumos de lavandería, elementos de aseo, herramientas para jardinería, granjas, que de igual manera son de fácil adquisición.

Personal asistencia	•	Auxiliares de Enfermería
	•	Medico Generales
	•	Fisioterapeutas
	•	Psicólogos
	•	Trabajador Social
Personal administrativo	•	Secretaria
	•	Recepcionista
	•	Recreacionista
Personal de servicios generales	•	Aseadoras
	•	Auxiliar de mantenimiento
	•	Vigilantes

Tecnología y equipos. El centro de atención debe contar con equipos de cómputo, comunicaciones, de enfermería, terapias de relajación, cámaras de seguridad.

Conclusiones

El centro de atención para el cuidado del adulto mayor asociado a FONEDH es viable financieramente tomando como base la proyección realizada a 8 años. El valor presente neto (78.198.685) y la tasa interna de retorno (11%), indica que el proyecto es viable desde el punto de vista económico. El proyecto analizado devuelve el capital invertido más una ganancia adicional, el proyecto es rentable.

El perfil del asociado corresponde en un 67,5% al género femenino, con una edad superior a los 46 años (88,9%), y específicamente el 29,9% es mayor de 60 años. La actividad actual de los asociados corresponde en su mayor porcentaje a empleados públicos y pensionados (60,7% y 35%) con unos ingresos mensuales entre 1,5 y 5 millones (86,3%). Según la base de datos del total de asociados, el perfil no difiere en relación con la muestra en las variables de género, edad e ingresos mensuales.

La creación del centro permitirá brindar un servicio integral, de calidad que pueda contribuir al desarrollo personal, social, cultural, espiritual y recreativo del adulto mayor. Dicha creación se basa en la necesidad actual establecida por los asociados a la fundación, que requieren servicios como los mencionados anteriormente según los resultados obtenidos en la encuesta.

Los servicios que los asociados consideran de mayor necesidad son el hospedaje, alimentación y servicios generales (aseo, lavandería), seguido de atención médica y psicológica y actividades deportivas y recreativas, lo que indica la necesidad de apertura de todos los servicios mencionados. Aquí se tiene en cuenta que la mayoría de los asociados manifiestan estar dispuestos a pagar el servicio por un valor máximo de \$900.000.

Referencias

- Ardila Ospina, D. C. (2015). Viabilidad para la creación de un Centro Multidimensional para la atención del adulto mayor en la ciudad de Cali.
- Bayter, L. E. O., & Ramos, F. S. (2016). El contexto y el centro residencial para las personas adultos mayores en Colombia y España: La empresa social una alternativa para el bienestar. *REVESCO: Revista de estudios cooperativos*(121), 205-227.
- Borge, M., Hernández, M., & Egea, M. (1999). Proceso de Envejecer: Cambios Físicos, Cambios Psíquicos e Cambios Sociales. *Hernández, M.; Egea, M.; Péres, E. Enfermería Geriátrica. 2ª edición. Masson.*
- Cano, S. M., Duque, M. O. G., Cardona, Á. M. S., & Arango, D. C. (2015). Factores asociados al maltrato del adulto mayor de Antioquia, 2012. *Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia*, 33(1), 67-74.
- Castellano Fuentes, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International journal of psychology and psychological therapy*, 14(3).
- Delgado-Gallego, M. E., Vázquez-Navarrete, M. L., & de Moraes-Vanderlei, L. (2010). Calidad en los servicios de salud desde los marcos de sentido de diferentes actores sociales en Colombia y Brasil. *Revista de Salud Pública*, 12, 533-545.
- García Puello, F., Herazo Beltrán, Y., & Tuesca Molina, R. (2015). Factores sociodemográficos y motivacionales asociados a la actividad física en estudiantes universitarios. *Revista médica de Chile*, 143(11), 1411-1418.
- González-Celis Rangel, A. L., & Mendoza Madrigal, V. A. (2017). Comportamiento generativo y su efecto en la calidad de vida en adultos mayores. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(4).
- Guevara, E. (2016). La importancia de conocer lo esperado para la edad en la evaluación cognitiva del adulto mayor. *Revista médica de Chile*, 144(12), 1621-1621.
- Marín, P. P., Guzmán, J. M., & Araya, A. (2004). Adultos Mayores institucionalizados en Chile:¿ Cómo saber cuántos son? *Revista médica de Chile*, 132(7), 832-838.
- Mundial, B. (2017). Población urbana (% del total). *Perspectivas de la urbanización mundial. Recuperado*, 6.
- Nieto Antolínez Eco, M. L., & Alonso Palacio, L. M. (2007). ¿ Está preparado nuestro país para asumir los retos que plantea el envejecimiento poblacional? *Salud Uninorte*, 23(2).

- Nuevo Benítez, R., Montorio Cerrato, I., Márquez González, M., Fernández de Trocóniz, M. I., & Losada Baltar, A. (2004). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2).
- Peláez, M. (2005). La construcción de las bases de la buena salud en la vejez: situación en las Américas: SciELO Public Health.
- Pérez Hernández, A. M. (2015). La percepción social de la vejez.
- Quintero Rincón, A. C., & Miranda Rodríguez, J. (2017). *ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN TESIS CLUB SOCIAL DIRIGIDO A PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN LA CIUDAD DE OCAÑA, NORTE DE SANTANDER*.
- Ribera Casado, J. (2005). Enseñanza de la geriatría en el pregrado. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(5), 265-268.
- Royo, I. A., Garatachea, N., Vila-Maldonado, S., & Gómez-Cabello, A. (2012). Actividad física en personas mayores. *COLECCIÓN ICD: INVESTIGACIÓN EN CIENCIAS DEL DEPORTE*(58).
- Salazar, O. C. (2013). Productos y servicios para los adultos mayores: un potencial nicho de mercado en Colombia. *Dimensión empresarial*, 11(1), 103-115.
- Social, E. P. A., de Las Condes, M., & Av, D. (2016). " Subsidios para Personas con Capacidades Diferentes 2017" Proporcionar de manera integral Beneficios Sociales que no entrega la Política Social actual en el ámbito de discapacidad, siendo pioneros en la oferta laboral, de inserción escolar y participación e inclusión de personas en situación de Discapacidad. *Enlace*, 21, 12.
- Sosa, M. (2016). Deterioro cognitivo en la vejez, ¿ Fenómeno normal. *Trabajo Fin de Grado inédito*. Universidad de la República de Uruguay, Montevideo.
- Teixeira, L. F. O. (2004). Aptidão física e composição corporal: Estudo longitudinal dos níveis de aptidão física e dos índices de composição corporal, em idosos activos, de ambos os sexos em função do treino semanal.
- Vinaccia, S., & Orozco, L. M. (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas*, 1(2), 125-137.
- Zapata-López, B. I., Delgado-Villamizar, N. L., & Cardona-Arango, D. (2015). Apoyo social y familiar al adulto mayor del área urbana en Angelópolis, Colombia 2011. *Revista de Salud Pública*, 17, 848-860.