

**PROYECTO
CONSTRUCCION NUEVA SEDE DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN
INTEGRAL DE BOYACA**



TUNJA – BOYACA

2018

Kilómetro 1 vía a Soracá Tunja - Boyacá - Colombia

TABLA DE CONTENIDO

1	RESUMEN DEL PROYECTO	4
2	NOMBRE DEL PROYECTO	7
2.1	ENTIDAD RESPONSABLE	7
2.2	ANTECEDENTES	7
3	LOCALIZACION REGIONAL	8
3.1	Vías de comunicación:	9
3.2	Población	11
3.2.1	Generales	11
3.2.2	NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS	11
3.3	COBERTURA REGIONAL EN MATERIA DE SALUD (EN CONSTRUCCION)	11
4	PROBLEMA O NECESIDAD (en construccion).....	31
4.1	ALTERNATIVAS DE SOLUCION.....	32
4.2	OBJETIVO GENERAL	32
4.3	OBJETIVOS ESPECIFICOS	32
5	ALCANCE DEL PROYECTO	33
5.1	PROGRAMA MEDICO ARQUITECTONICO O AREAS DE SERVICIO existentes y a proyectar. (EN CONSTRUCCION).....	34
5.2	POBLACION OBJETIVO.....	¡Error! Marcador no definido.
6	PRESUPUESTO ESTIMADO (en construccion)	44

6.1.1	PLAZO (en construcción)	44
7	cronograma de las obras (en construcción)	45
8	DESARROLLO DEL PROYECTO (en construcción).....	45
8.1	diseño DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA	45
9	MARCO JURIDICO.....	47
10	ANEXOS (en construcción)	52

1 RESUMEN DEL PROYECTO



Imagen 1. Planta arquitectónica proyectada (modelo)

En el Departamento de Boyacá las enfermedades mentales y la drogadicción, con el paso del tiempo y sumado a la diversa influencia social y cultural, se han ido convirtiendo en un flagelo de nuestra sociedad, ocasionando un problema de salud pública cuyas consecuencias afectan de manera transversal la vida familiar, económica y por supuesto la sociedad misma.

Actualmente, existe toda una reglamentación o compendio normativo que regula de forma clara, los aspectos asistenciales que en materia de salud mental enmarcan la prestación de este servicio de salud que van desde la atención hasta la adecuada prestación de servicio en lo funcional e institucional.

En Colombia, esta reglamentación establece en sus legislaciones una transversal protección a los derechos del individuo, implementando una serie de derechos que

le garantizan al paciente un servicio digno, pero que en la práctica adopta una política de exclusión hacia la prevención y atención temprana de las enfermedades mentales.

La Secretaría de Salud de Boyacá, ha diseñado e implementado estrategias de planificación elaborando diversos estudios con el fin de obtener información específica sobre esta problemática obteniendo una identificación clara de la población afectada para atender los casos prioritarios detectados en el Departamento de Boyacá teniendo como prioridad la ciudad de Tunja que, como capital del departamento, aporta una gran población que está expuesta a un sinnúmero de situaciones negativas que los enfrenta a un riesgo inminente de sufrir enfermedades mentales o de caer en la tentación de consumir sustancias psicoactivas.

En la actualidad, el Departamento de Boyacá, atiende de forma integral este tipo de padecimientos, a través de el CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACA -CRIB. Institución es creada a través de Resolución No.006 del 26 de febrero de 1965, entrando en operación y prestación de servicio en instalaciones cuyo sistema constructivo en la actualidad no cumplen con el compendio normativo que en materia de salud e infraestructura rigen en la actualidad de Colombia.

Debido a la identificación frecuente de patologías de tipo constructivo en las instalaciones, producto del paso del tiempo y el deterioro, así como las condiciones iniciales del sistema constructivo implementado, se decidió en el año 2006 realizar un estudio de vulnerabilidad sísmica, que permitiera en su tiempo, identificar el tipo de riesgo de colapso de estas instalaciones, estudio que concluyo que las instalaciones requerían un reforzamiento estructural que permitiera generar la

estabilidad de las diferentes instalaciones de la institución, lo cual no fue posible consolidar ya que la institución no conto con los recursos necesarios que permitieran realizar este tipo de intervención estructural y normativo, por lo que la entidad sigue prestando sus servicios en la actualidad en estas mismas estructuras las cuales solo han recibido mantenimientos que terminan siendo superficiales, sin que se logre aun una alternativa de solución a este inminente riesgo para pacientes, familiares y personal que labora en la institución.

Desde al año 2015, la cantidad de egresos hospitalarios de la ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá ha evidenciado un crecimiento progresivo en atención de pacientes, pasando de casi 750 egresos anuales en 2015, a 1200 aproximadamente en 2017, así mismo se amplió oferta de servicio en algunas especialidades como psiquiatría infantil, neurología pediátrica, se reactivó el servicio de neurología adultos, estos últimos en modalidad ambulatoria.

Por lo antes descrito es que se ha documentado el colapso en cuanto a prestación del servicio a que se está sometiendo a la única institución pública hospitalaria de tercer nivel de la ciudad de Tunja, resaltando que actualmente la ocupación de la capacidad hospitalaria oscila en un margen superior a un 87%, afectando de esta manera la adecuada y eficiente atención de los pacientes.

Es por esto que para la presente vigencia, las directivas de la ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, toman la iniciativa de gestionar la estructuración y consolidación de un proyecto de infraestructura nuevo que permita una proyección de la capacidad instalada a 10 años y que garantice unas instalaciones adecuadas y funcionales en términos normativos.

2 NOMBRE DEL PROYECTO

ESTUDIOS Y DISEÑOS PARA LA CONSTRUCCION DE LA NUEVA SEDE DE LA E.S.E. CENTRO DE REHABILITACIÓN INTEGRAL DE BOYACÁ

2.1 ENTIDAD RESPONSABLE

La entidad responsable es la ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá.

2.2 ANTECEDENTES

La ESE Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá, realizo un estudio de vulnerabilidad sísmica, que revelo el deterioro y deficiencia de las instalaciones actuales para la vigencia 2006, con lo cual se evidencia la imperativa necesidad de diseñar y construir unas nuevas instalaciones, tal como se evidencia en los anexos al presente proyecto, los cuales se relacionan a continuación:

- Capitulo 5 del estudio de vulnerabilidad sísmica (2006, Firma: Proyectistas Civiles Asociados PCA LTDA)
- Capitulo 2 del estudio de vulnerabilidad sísmica (2006, Firma: Proyectistas Civiles Asociados PCA LTDA)

3 LOCALIZACION REGIONAL

El Departamento de Boyacá se encuentra localizado en el centro del país colombiano, en la Cordillera Oriental de los Andes. Este territorio era asiento de la civilización chibcha antes que los españoles conquistaran el territorio. El nombre de Boyacá proviene del vocablo chibcha Bojacá el cual significa "región de la manta real o cercano del cacique". Este



territorio es un valioso patrimonio histórico que viene desde la época colonial y su independencia. Los Boyacenses (como se hacen llamar) son fieles a sus tradiciones, trajes y comidas típicas, fiestas y más, a lo que todo se envuelve y lo convierte en un encanto, siendo así un territorio atractivo para los turistas. Este departamento se considera como uno de los más ricos, atractivos y representativo cultural de Colombia. Cuenta con una población de 1,276,407 habitantes.

El Departamento de Boyacá posee una superficie de 23,189 km², se ubica en el centro-orientado de Colombia, en la Cordillera Oriental de los Andes. con unas coordenadas geográficas entre los 4° 39' 10" y 7° 3' 17" de latitud al norte y los 71° 57' 49" y 74°, 41', 35" de longitud al oeste.

El departamento de Boyacá se divide en 123 municipios y corregimientos, que se encuentran agrupados en 13 provincias y 45 círculos notariales, Entre los principales municipios están los que se desatacan según su población: Tunja, capital de Boyacá con 188,380 habitantes. Paipa, con 29,318 habitantes. Duitama, con 125,468 habitantes. Samacá, con 18,000 habitantes. Garagoa, con 16,779 habitantes. Sogamoso, con 129, 564 habitantes. Puerto Boyacá, con 52,992 habitantes. Aquitania, con 16,019 habitantes. Chiquinquirá, con 56,586 habitantes. De acuerdo con las proyecciones del censo 2005 del DANE, la población total de Boyacá es de 1 278 061 habitantes para el año 2016, en donde la población masculina representa el 52,24% y la población femenina el 50,21%.

3.1 VÍAS DE COMUNICACIÓN:

De acuerdo con el decreto 1735 de agosto de 2001 que fija la Red Nacional de Carreteras, 47 son dos las carreteras troncales cruzan el departamento: la Troncal Central (ruta nacional 45A) que conecta a Bogotá con Chiquinquirá y Saboyá, y sigue hacia el norte al departamento de Santander, y la Troncal Central del Norte (ruta nacional 55), que desde la autopista del norte en Bogotá entra al departamento de Boyacá pasando por los municipios de Ventaquemada, Tunja, Paipa, Duitama y Soatá, siguiendo hacia el departamento de Santander (una variante de esta ruta se desvía en Duitama a Sogamoso).

Así mismo, se cuentan dos carreteras transversales que cruzan el departamento: la transversal del Carare (ruta nacional 62), que conecta a Tunja con Barbosa (Santander) pasando por Arcabuco, y la transversal Puerto Boyacá - Monterrey (ruta nacional 60), que conecta Tunja, Sutamarchán,

Chiquinquirá, Otanche y Puerto Boyacá. Otras carreteras regionales menos desarrolladas son la que conecta Tunja y Ramiriquí, otra conecta Belén y Socha, una tercera une Arcabuco, Villa de Leyva, Sáchica y Samacá, la carretera circular entre Sogamoso, Aquitania, Tota e Iza (bordeando la laguna de Tota) y la conexión Sogamoso, Pesca, Toca, Soracá y Tunja.

Finalmente el sistema de transporte férreo presenta dos alternativas de desarrollo a través de proyectos que actualmente se encuentran en curso: el tren del Carare que está en proyecto de construcción, el cual permitirá el transporte de carbón desde Cundinamarca hasta el Caribe y que cruzaría Boyacá en dos líneas: una que pasaría por Chiquinquirá y Saboyá desde Cundinamarca y otra que pasaría por Moniquirá, Tunja, Paipa y Tibasosa proveniente desde Barbosa (Santander), y se espera que esté finalizado en 2012 o 2013.

El segundo proyecto es la reactivación de la línea del tren turístico que conecta Ventaquemada, Tunja y Sogamoso, la cual se destinaría principalmente a transporte de pasajeros.

Por otra parte, el departamento cuenta con tres aeropuertos: Aeropuerto Gustavo Rojas Pinilla de Tunja que en la actualidad se encuentra fuera de operación el cual se localiza al oriente de la ciudad capital, Aeropuerto Alberto Lleras Camargo localizado en Sogamoso, y el Aeropuerto Juan José Rondón en Paipa.

En cuanto al transporte fluvial, el departamento cuenta con un puerto fluvial sobre el río Magdalena en Puerto Boyacá, el cual es de intensa actividad en la región del Magdalena Medio.

3.2 POBLACIÓN

3.2.1 GENERALES

Población (urbana y rural)

En el Departamento de Boyacá, se identifica, según base estadística de proyección poblacional del DANE la siguiente:

Superficie: 23.189 km²

Población: 1.263.281 Hab (Proyección DANE 2008)

Densidad: 54.48 Hab/Km²

Capital: Tunja – 126.570 Hab (Proyección DANE 2005)

3.2.2 NECESIDADES BASICAS INSATISFECHAS

El índice de necesidades básicas insatisfechas del Departamento de Boyacá es de 30.77%.

3.3 COBERTURA REGIONAL EN MATERIA DE SALUD

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, en su cuarta versión como parte del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia, fue determinante en la generación de información útil para toma de decisiones que responda a las necesidades en convivencia social y salud mental planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Cendex, en 2010, donde la depresión aparece como la segunda causa de carga de enfermedad donde se reporta que, con una expectativa de vida de 65 años, en Colombia aproximadamente 18 de estos

65 años se viven con una carga de enfermedad por discapacidad y, de estos, aproximadamente 7,5 años, con discapacidad por enfermedad mental.

Este diagnóstico produjo datos epidemiológicos en materia de salud mental, sus factores asociados y condicionantes, al igual que en su posibilidad de mejoramiento y desarrollo, claves para la gestión del riesgo colectivo en salud mental y la priorización de grupos poblacionales para las acciones de detección temprana y atención oportuna de problemas y trastornos mentales.

A través de este estudio fue posible discernir como patología clínica los problemas mentales, entendidos como aquellos síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada; pero que producen malestar emocional y disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros y requieren apoyo social y clínico.

Las complicaciones analizadas en el presente estudio abarcan el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos y problemas en el acto de comer, entre otros, y de su análisis preliminar se desprende la necesidad de evaluar cómo procedimientos, actividades e intervenciones en salud mental, actualmente presentes en los distintos planes de beneficios, responden a la necesidades en el abordaje de dichos problemas mentales tanto en los servicios de salud como en los entornos donde se desarrolla la cotidianidad de los individuos, las familias y las comunidades, así como también se estudió la salud mental en niños y niñas a partir de los siete años de edad y se encuentran mayores problemas y trastornos relacionados con dificultades en el habla, ansiedad de separación e hiperactividad con déficit de atención..

El estudio concluye en lo que concierne a adolescentes y adultos, a que el principal problema de salud mental es el consumo de alcohol, seguido por las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos, la exposición a diferentes formas de violencia, la depresión, los trastornos de ansiedad y los rasgos de personalidad límite.

así mismo este estudio explora las relaciones entre problemas y trastornos mentales y enfermedades no transmisibles, como problemas respiratorios y dermatológicos, obesidad, diabetes e hipertensión. Encontrando que estas enfermedades son en Colombia las principales causas de enfermedad y muerte, estableciendo que la salud física y la salud mental se encuentran estrechamente vinculadas, tal como se ha evidenciado en las relaciones recíprocas entre enfermedad cardiovascular y depresión.

En concordancia con esta asociación, la intervención en salud mental es parte de lo que el país definió como megameta en salud para los próximos años: disminuir en un 2% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; por lo que la Estrategia 4x4 Ampliada —que incluye la salud mental, además de la salud bucal, visual y auditiva— es la principal para obtener resultados desde la promoción de estilos de vida saludable, la promoción de la salud y la prevención y atención de la carga de enfermedad. Permitir que las personas envejecan saludablemente se da a partir de la promoción de estilos de vida, el desarrollo de políticas gubernamentales y acciones sociales que facilitan la adopción de modos de vida más saludables y la prestación de servicios sociales y de salud equitativos e incluyentes para la ruralidad de un país que avanza hacia la paz y la reconciliación.

Es por ello que se debe asumir con responsabilidad los retos que evidencia este estudio lo cual implica redefinir la política pública en salud mental, centrándose en la superación de cuatro prioridades:

- 1) acotar la diversidad y la indefinición de responsabilidades intersectoriales en lo relacionado con el comportamiento, especialmente en lo que tiene que ver con los riesgos de adicciones y violencias a niños, niñas y adolescentes y violencias de género;
- 2) el logro de una articulación efectiva con el desarrollo de los servicios sociales y de protección;
- 3) la superación de la fragmentación de la atención en salud mental y de las dificultades en la articulación de las acciones previstas en los distintos planes de beneficios y redes, y
- 4) la cualificación del talento humano en salud mental para la resolución de problemas específicos tanto en lo individual como en lo comunitario, al igual que en las habilidades para la gestión de los servicios de salud y el trabajo interdisciplinar.

La formulación y el despliegue de una política de estas características implica generar mecanismos para hacer sostenibles las acciones de promoción de la salud mental y de gestión de los riesgos de problemas y trastornos mentales en los entornos, las ciudades y la ruralidad saludables desde estrategias de movilización social, la asistencia y cooperación técnica y la planeación, a la vez que insta a pensar los servicios de salud básicos como aquellos con alta capacidad resolutive destinados al mantenimiento y mejoramiento de la salud.

El departamento de Boyacá en su estudio de Salud Mental del año 2005, mediante la aplicación de la escala SRQ (Self Reporting Questionnaire) que detecta rasgos de trastorno mental para población mayor de 14 años, en una muestra de 100 municipios, una población encuestada de 12.590 personas, de las cuales el 56% fueron mujeres y 44% hombres con un 21,4% de personas de la zona rural y el 78.6% de la zona urbana encontró que:

- El 38.7% de los Boyacenses tiene rasgos depresivos, concentrándose con mayor frecuencia este trastorno en las mujeres en un 43% de ellas, frente a los hombres con un 33.3%. La ocurrencia de estos rasgos es más frecuente en la zona rural con un 40% de las personas, frente a lo urbano en donde ocurre con un 34%: Los datos hicieron evidente el incremento de la sintomatología depresiva a mayor edad, con picos altos a partir de los 35 años para ambos sexos.
- Estos datos son preocupantes para el 43% de las mujeres con sintomatología que incluye: dormir mal, sentirse triste la mayor parte del tiempo, perder interés en las cosas, llorar con frecuencia y presentar dificultad para disfrutar de las actividades diarias, síntomas que coinciden con las quejas que manifiestan las mujeres maltratadas. Por otra parte, la depresión ocurre con mayor frecuencia en familias monoparentales como madre soltera en un 47%, frente al 37% de la familia nuclear y el 41 % en Familias extensas, datos que contrastan con la agudización de los síntomas si la persona está divorciada o viuda, condiciones de alto riesgo para presentar depresión en los y las boyacenses.
- Los rasgos de ansiedad son presentados por el 71.5% de boyacenses, distribuidos entre un 41,7% de mujeres y 29.8% de hombres. En las zonas rurales el 72,3% de las personas refieren ansiedad, frente al 66.4 de la zona urbana.
- Cuando se indaga por la presencia de rasgos sicóticos, el 34.5% de la población refiere esta sintomatología, rasgos que son más altos en la zona rural con el 35.5%, frente a la zona urbana con el 31.4%. El trastorno es referido con mayor severidad por la población joven entre los 14 – 24 años; edad en la cual el 41% de jóvenes refieren por lo menos un rasgo para psicosis. La diferencia por sexo mostró que un 35% de mujeres frente al 33% de los hombres presentan rasgos que sugieren compatibilidad con un cuadro psicótico.

- Síntomas compatibles con un cuadro convulsivo, fue referenciado por el 19.6% de encuestados, distribuidos por sexo con un 21% de las mujeres y el 17,8% de los hombres. El comportamiento de los síntomas cambia con la edad de los encuestados, aumentando la proporción a medida que aumenta la edad, es así como en el rango de los 14-24años, el 16.2% tiene síntomas, frente al 17,4% entre los de 25-34 años, hasta cifras del 27.1% en las personas mayores de 55 años. El 20.6% de residentes en la zona rural tienen los síntomas, frente al 16% de la zona urbana.

Con el fin de establecer la calidad de salud mental que reciben y manifiestan los niños, se analizó en la población de 7-11años del departamento de Boyacá, la Resiliencia, la cual evalúa la capacidad que tienen los niños de vivir en situaciones de alto riesgo y desarrollarse psicológicamente sanos; producto de ello se obtuvieron los siguientes datos:

- El 63.44% de los niños son altamente resilientes, el 33.74% medianamente resilientes, categorías estas que permiten suponer que en términos generales los niños boyacenses afrontan de una manera adecuada las situaciones críticas de su vida y pueden salir positivamente transformados.
- El 1.97% de los niños fue clasificado como poco resiliente, y el 0.85% muy poco resiliente, datos que hacen suponer que estos niños no están en la capacidad de afrontar las situaciones críticas de la vida y posiblemente su salud mental se pueda ver afectada seriamente en el futuro, como lo demuestra la estimación mundial de psicosis esquizofrénica del 1% para la población.
- En ocho de las 12 provincias incluidas en el estudio, se obtuvieron puntajes altamente resilientes, lo que hace suponer que a pesar de la adversidad la niñez boyacense tiene una visión esperanzadora de sí mismos y del futuro, las demás provincias obtuvieron puntajes promedio en el rango de medianamente resilientes, puntaje que cualifica a la niñez con capacidad para afrontar con éxito situaciones críticas de la vida y salir positivamente transformados.
- Cuando se analizaron los datos de resiliencia, evaluando subescalas como la Fortaleza Intrapsíquica en la niñez, la cual establece la percepción que tiene el niño(a) de ser una persona digna de aprecio y cariño, el 25% de niños(as) obtuvo puntajes de inadecuado; valor muy similar al encontrado en la subescala de Comportamiento Social, con un 23% de inadecuado, la cual evalúa si el niño(a) puede hablar sobre cosas que le asustan o le inquietan y también encontrar alguien que le ayude cuando lo necesita, Como se puede advertir de éstos datos por lo menos uno de cada cuatro

niños considera que él no tiene valor como persona y además que cuando quiere contar con alguien para que le ayude a enfrentar situaciones complejas para su edad no la tienen o no reciben la atención que desean.

- En la subescala de ambiente favorable, que evalúa si los niños(as) tienen personas alrededor en quienes confía y quienes le quieren incondicionalmente y además le pueden ayudar cuando están en peligro, solo el 5.8% de los niños obtuvieron puntajes de inadecuado. Los puntajes altos en esta subescala, pueden ser los responsables de elevar el valor total de la resiliencia y deja en claro que uno de cada cuatro niños se sentiría queridos, pero poco escuchados y con baja autoestima, aunque considera que son queridos, pero no como ellos quisieran y esperan.

MUERTES VIOLENTAS

Según el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML y CF), en Boyacá el número de homicidios por municipio, en el 2005, identifiqué que Chiquinquirá, Moniquirá y Puerto Boyacá registraron el mayor número de eventos con 27, 26 y 24 casos respectivamente, concentrando los tres municipios el 32% del total de muertes.

En el año 2006, los municipios que presentaron el mayor número de homicidios fueron: Puerto Boyacá con 24; Duitama con 15, Chiquinquirá con 15 y Labranzagrande con 13; la tasa más alta la obtuvo Pajarito con 316 casos por 100.000 habitantes, Pisba con 264 y Labranzagrande con 243 homicidios por 100.000 Habitantes. Como se puede advertir la muerte violenta sigue ocurriendo en zonas del departamento con tradición de problemas de orden público y ajuste de cuentas.

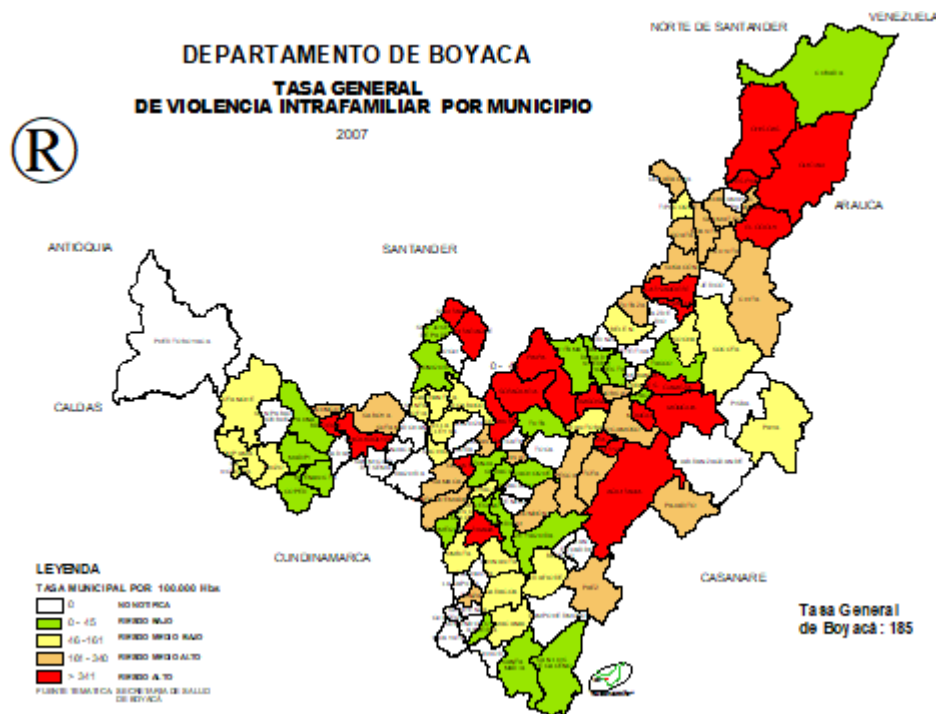
Durante la última década Boyacá ha presentado una tasa promedio de suicidios de 5.7 casos por 100.000 habitantes. En el año 2005 la tasa de suicidios fue de 4.3, inferior a la del 2006 de 6.0 casos por 100.000 habitantes. De acuerdo con el INML y CF los municipios que reportaron el mayor número de casos para el 2005, fueron: Moniquirá y Sogamoso con 9 casos respectivamente, Chiquinquirá con 6 y Tunja con 4; concentrando el 52% del total de casos del departamento. En el año 2006, los municipios con mayor número de casos fueron. Sogamoso con 8, seguidos por Duitama y Chiquinquirá con 7 y 6 casos respectivamente, Tunja con 6 y Puerto Boyacá con 5, municipios que en esta ocasión tuvieron el 42% del total de casos para el departamento.

VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y DE PAREJA

Los datos recolectados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Violencia Intrafamiliar de la Secretaria de Salud de Boyacá reportan tasas generales de violencia intrafamiliar para 2004 fue de 79 casos por 100mil habitantes, en el 2005 de 164 por 100 mil ; en el 2006 de 187 casos por 100 mil; y para el 2007 de 197 casos por 100mil . Se puede apreciar una tendencia al aumento de los casos, los cuales pueden continuar incrementándose por un aumento de las denuncias, y una respuesta efectiva de las instituciones, lo cual genera un clima de confianza en las instituciones para acudir a ellas en momentos de crisis.

Datos de violencia de pareja del 2006 del INML y CF reporto una tasa departamental del 210 casos por 100 mil habitantes, con municipios como Sachica con tasas de 755 casos por 100mil habitantes, seguido por Siachoque con 423, Aquitania con 419, Guateque 375.

Tasa general de violencia intrafamiliar por municipio. Boyacá 2007



FUENTE: Dirección de Sistemas de Información. Departamento Administrativo de Planeación

ABUSO SEXUAL

En el año 2004 se registraron por el SIVIF (Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Violencia Intrafamiliar) un total de 85 casos de abuso sexual infantil, en el 2005 fueron 122 casos, para el 2006 se captaron 93 y en el 2007 subió nuevamente a 121. El abuso sexual en menores de 5 años para el año 2006, presentó una tasa general de 1.34 casos por 100mil habitantes; el municipio de Socha obtuvo la tasa más alta con 35 casos por 100mil habitantes, seguido por Guateque, Chivor y Tipacoque que comparten tasas con 22 casos por 100mil habitantes y el municipio de Samacá con 15 casos por 100 mil habitantes, para un total de 19 casos en todo el departamento (Ver gráfico 2). Para el mismo año en referencia los casos de abuso sexual de niñas(os) de 5-14 años de edad se registraron en 33 municipios, de los cuales la tasa más alta la obtuvo Siachoque con 98 casos por 100mil habitantes, seguido por Briceño y Aquitania con tasas de 35 y 33 casos por 100 mil habitantes respectivamente

“un nuevo enfoque en la prestación de servicios de rehabilitación”

El tema de la violencia sexual, en mayores de 14 años, tampoco es ajeno para Boyacá: en el año 2004 se registraron por el SIVIF 36 casos de violencia sexual, en el 2005 fueron 27 casos, para el 2006 se captaron 42 y en el 2007 se denunciaron 34. Estos eventos en particular tienen un comportamiento variable, muy seguramente por la utilización de las medidas de control jurídico legal por las mujeres violentadas.

MALTRATO INFANTIL

Los datos del SIVIF para el año 2007 reporto una tasa general de Maltrato Infantil de 54,1 casos por 100.000Hbs, datos muy similares a los años 2006 y 2005 con una tasa de 55.2 y 52.2 casos por 100.000 habitantes respectivamente. Las cifras hablan claramente de un fenómeno de no reducción de la tasa de violencia, pero igualmente es viable proponer como hipótesis la identificación y denuncia temprana de los casos, reduciendo la reincidencia de los mismos a través de los procesos reeducativos a los cuales se invitan a los padres de familia durante el seguimiento de los casos por los equipos de salud de los municipios..

CONSUMO DE DROGAS

Interesados en conocer el comportamiento del consumo de SPA en jóvenes escolarizados entre los 12 – 19 años, la Secretaria de Salud de Boyacá , durante el año 2006, realizo un estudio departamental con una cobertura de 122 Municipios, exceptuando la ciudad capital, de los cuales se obtuvo datos de 80 municipios para un total de 7441: 46% hombres y el 54 % mujeres que respondieron la encuesta.

De acuerdo con el estudio departamental de factores de riesgo para consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 – 19 años realizado en el año 2006 la edad promedio de inicio de consumo de bebidas alcohólicas es de 12,95 años en el departamento, con 12.89 años para los hombres y 12.99 años para las mujeres, diferencia entre los sexos que no es significativa; sin embargo el contacto en la vida con el alcohol es más frecuente en los hombres con un 85% frente al 76,5% de las mujeres, quienes tienen un consumo activo más bajo en el último mes del 45.5% comparado con el consumo en hombres con un 60.7% de la población joven encuestada. Teniendo en cuenta la distribución por provincias el inicio más temprano ocurre en Gutiérrez con 12.7 años, seguido por Neira y Márquez con 12,76 y 12,80 años respectivamente y el inicio más tardío fue registrado en la provincia de Tundama con 13,2 años, seguido por las provincias de Oriente y Centro

con 13.11 y 13.09 años respectivamente. En términos generales no existen diferencias importantes en la edad de inicio de este consumo

El consumo de cigarrillo inicia en los jóvenes desde los 12,83 años, con 12,53 años para los hombres y 13.16 años para las mujeres; el contacto con esta sustancia por lo menos una vez en la vida está en el 50% de la población, con el 61.49% de hombres y el 40.47% de las mujeres, con una mayor abstención del consumo en las mujeres del 59.53%. Aunque las edades de inicio son cercanas, la proporción de hombres y mujeres que tienen contacto con el cigarrillo en el último mes las diferencias son significativas y lo confirma, un 22,33% de los hombres y el 9.71% de las mujeres. En este orden de ideas sigue siendo el sexo una variable que afecta el uso o no uso de una sustancias psicoactivas-SPA.

En términos generales las edades de inicio de consumo para alcohol y cigarrillo son muy próximas, sin embargo la prevalencia de vida del 80.47% en alcohol y del 50.46% en cigarrillo, dejan en claro una percepción del uso más grave para este último. Es así como al indagar por la gravedad del consumo de cigarrillos, los jóvenes consideran que es grave y muy grave su consumo un 65%, sin diferencias importantes entre hombres y mujeres y el consumo de alcohol lo consideran como grave y muy grave el 80% de la población, con un percepción de gravedad mayor en las mujeres del 84%, que contrasta con el 74% de los hombres, que consideran dicho consumo como grave y muy grave. Dejan en claro estas cifras que los hombres continúan siendo un grupo de interés para la prevención y atención de problemas de consumo con una alta probabilidad de rechazar el tratamiento por considerar su conducta de consumo menos grave.

La edad de inicio del consumo del cigarrillo más baja está en la provincia de Tundama con 12,50 años, seguida muy de cerca por Gutiérrez con 12,51 años y Márquez con 12,6 años; las provincias en su orden que registran un inicio más tardío son Valderrama y Sugamuxi con 13,22 y 13.13 años respectivamente, aunque el índice de abstención en estas provincias está por encima de la media departamental

TRASTORNOS COGNITIVOS Y DE APRENDIZAJE

Durante el año 2006 se recolecto la información de 8870 niños con tamizaje cognitivo de 29 municipios y 11541 niños con tamizaje psicosocial de 31 municipios que informaron.

Los resultados del tamizaje cognitivo encontró que por lo menos el 27% de niños entre los 7-10 años tienen algún tipo de dificultad en su desempeño cognitivo, que le impiden un mejor rendimiento escolar y en sus actividades diarias. Las alteraciones más comunes son de motricidad con un 22%, visión con un 43%, lectoescritura con 34%, aritmética 33% y memoria del 43%, seguidos por alteraciones en habla receptiva del 17% y habla expresiva del 28%, finalizan los problemas de motricidad con 22%, audición 10% y cinestesia 10%.

Los datos son claros en demostrar las crecientes dificultades que tienen los niños de Boyacá para su tener un óptimo desempeño, sin embargo muchas de estas alteraciones no son percibidas con facilidad por el docente o el padre de familia y los niños(as) son castigados, estigmatizados o se retiran de la escuela y quienes culminan, lo hacen con rendimientos que no los prepara adecuadamente para su vida laboral y personal.

3.4 COMPORTAMIENTO EN LA ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACA

3.4.1 SERVICIO DE INTERNACION PRINCIPALES CAUSAS DE ATENCION HOSPITALARIA

	DIAGNOSTICO
F323	Episodio Depresivo Grave Con Sintomas Psicoticos
F412	Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresion

F200	Esquizofrenia Paranoide
F312	Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Maniaco Presente con sintomas psicoticos
F322	Episodio Depresivo Grave Sin Sintomas Psicoticos
F209	Esquizofrenia, No Especificada
F239	Trastorno Psicotico Agudo Y Trastorno, No Especificado De Tipo Esquizofrenico
F311	Trastorno Afectivo Bipolar, Episodio Maniaco Presente sin sintomas psicoticos
F319	Trastorno Afectivo Bipolar, No Especificado

3.4.2 PRINCIPALES CAUSAS SERVICIOS AMBULATORIOS

	DIAGNOSTICO
F310-F319	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
F200-F21X	ESQUIZOFRENIA
F410-F419	OTROS TRASTORNO DE ANSIEDAD
F320 A F329	EPISODIOS DEPRESIVOS

F330 A F339	TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTES
F430 A F439	REACCIÓN AL ESTRÉS GRAVE Y TRASTORNOS DE ADAPTACIÓN

3.5 ANALISIS OFERTA DEMANDA CRIB 2018

OFERTA INSTITUCIONAL HOSPITALIZACION PRIMER SEMESTRE DE 2018

Atención Institucional del paciente Crónico

Hospitalización en unidad de salud mental

Neurología

Neurología Pediátrica

Psiquiatría

Psiquiatría Infantil

Psicología Clínica

Nutrición y Dietética

Laboratorio Clínico

Toma de Muestras de Laboratorio

Servicio Farmacéutico

Electrodiagnóstico

Terapia Ocupacional

Fonoaudiología



3.6 MARCO TEÓRICO

En lo concerniente al marco político y normativo nacional de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), se destacan las disposiciones directamente relacionadas con el campo de la salud mental, comprendidas en la Ley 1616 de 2013 (2) y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (3). Por la Ley 1616 de 2013, la salud mental se constituye en una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general.

Obliga, así, a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad

“un nuevo enfoque en la prestación de servicios de rehabilitación”

Social en Salud, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud.

Por su parte, el PDSP ofrece un abordaje de enfoques múltiples: de derechos, de determinantes sociales de la salud, de enfoque diferencial y de enfoque poblacional, con la meta central de afectar positivamente los determinantes sociales para alcanzar la equidad, el desarrollo humano sostenible y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Define dimensiones prioritarias, donde se resalta la de convivencia social y salud mental, espacio de acción transectorial y comunitario para la promoción de la salud mental y la convivencia, para transformar problemas y trastornos prevalentes en salud mental y e intervenir sobre las diferentes formas de la violencia.

Los esfuerzos se dirigen, entre otros, a contribuir al disfrute de la vida y el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, a modificar imaginarios sociales y culturales, a la gestión integral de los riesgos asociados con la salud mental y la convivencia social, a reducir la carga vinculada a los problemas y trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas y a lograr la atención psicosocial y de salud Integral a las víctimas del conflicto armado. El PDSP ve en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, “un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública”, dados sus principios relativos al respeto a la dignidad, a los derechos humanos y las libertades individuales, la diversidad y el pluralismo, el rechazo al estigma y la discriminación, la mejora de las condiciones de vida y la protección del ambiente, incluyendo a las generaciones futuras. Así mismo, reconoce la Declaración la necesidad de paradigmas holísticos y de garantizar con nuevos enfoques de responsabilidad social la contribución de la ciencia y la tecnología a la justicia y la equidad.

En este sentido, es común hoy asociar los graves problemas sociales con la salud y la enfermedad mental, lo cual supone que la ENSM debe atender un momento coyuntural para la salud mental por los avances logrados y por los retos y posibilidades futuras, que demandan ineludible coherencia entre los intereses, requerimientos y resultados del estudio, e impacto efectivo en la situación que intenta modificar, pues hoy las exigencias a la salud mental sobrepasan con creces las de la atención de las personas con trastorno mental, para anticiparse a una situación colectiva de acomodaciones derivadas de los procesos políticos que vive el país.

De los planteamientos previos se derivan los enfoques de la ENSM: de determinantes sociales de la salud y derechos con una perspectiva diferencial, que buscan la protección y restitución de derechos vulnerados, la atención de los daños y la modificación de las condiciones y los factores que generan, reproducen y mantienen la discriminación, la desigualdad y la exclusión. Los determinantes sociales de la salud, según la OMS, son las circunstancias generadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos, en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

Estos determinantes son estructurales, referidos al contexto sociopolítico, y específicos o intermediarios, condiciones materiales, situación laboral y de vivienda; acceso a servicios de salud y sociales. También, se plantean los proximales o individuales como factores biológicos, estilos de vida circunstancias psicosociales, factores conductuales. Todos impactan la equidad en salud y en el bienestar al diferenciarse según la posición socioeconómica.

El PDSP se refiere al reconocimiento de sí mismo y del otro como sujeto de derechos, al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones

necesarios para alcanzar el grado más alto de salud en términos de los determinantes sociales y no solo de la atención.

La OMS subraya que la salud mental requiere la seguridad y la libertad, proporcionadas por el respeto a los derechos, y que está ligada a la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

Puede, entonces, plantearse un vínculo de mutua dependencia entre salud mental y derechos individuales, familiares, comunitarios e institucionales: la garantía y el ejercicio de estos originan las condiciones de salud mental, y las condiciones de salud mental determinan, a su vez, la práctica y guarda de los derechos.

El enfoque diferencial, por su parte, evidencia las formas de discriminación generadas por la valoración mayoritaria o hegemónica de disparidades ligadas al ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza). Resultan obvias las posibilidades que, para la comprensión de la salud y los trastornos mentales, ofrece este enfoque ante la evidente exclusión y discriminación a la enfermedad mental, a quienes la padecen, sus familiares e, incluso, a quienes brindan atención.

En cuanto a las áreas y temas de indagación, en ese marco la ENSM aborda la salud mental, los problemas y trastornos mentales, los servicios y los estados de salud; pero los planteamientos expuestos obligan a que a la información sobre la prevalencia de las patologías y riesgos aúne la relativa a los recursos de los sujetos y los grupos y a sus despliegues, a efectos de delinear un campo complejo, en el cual tienen cabida la salud, la enfermedad, las dificultades, los problemas, las

resistencias y acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional, las prácticas y las maneras de intervenir.

Se visitaron 19.564 hogares, de los cuales hay información de 13.555. De los 6009 restantes, en 5547 no se pudo acceder a la vivienda, porque no había nadie, hubo rechazo total, hubo ausente temporal o la vivienda estaba desocupada, y en 462 no hubo información del hogar. Al realizar las encuestas, la primera sección del instrumento indaga sobre el hogar en temas relacionados con características de la vivienda, el hogar y cada uno de sus integrantes. En estas se logró una cobertura del 97,4%, cifra similar en las áreas urbanas y rurales (tabla 5.1) y en todas las regiones.

Posteriormente, el instrumento clasificaba a las personas según el grupo etareo al que pertenecía para hacer seleccionar al sujeto al que se le hacía la encuesta de salud mental. Esta comienza evaluando los criterios de inclusión: para niños entre 7 y 11 años se entrevistaba al cuidador principal; para personas entre 12 y 64 años se les preguntaba si tenían una discapacidad, y en caso de presentarla, si esta le impedía responder la encuesta, y para personas de 65 años o más, se realizaba una evaluación cognoscitiva breve para determinar si estaban en capacidad de responderla.

El 87,7% (IC95%: 86,0-89,3) de las personas entre 18 y 44 años son empleados o trabajadores independientes, además el 9,1% (IC95%: 7,0-11,8) de las mujeres de este grupo etario son amas de casa. De las personas de 45 años en adelante el 87,3% (IC95%: 85,4-89,1) son empleados o trabajadores independientes y el 15,6% (IC95%: 12,6-19,3) de las mujeres son amas de casa.

- En relación con el tipo de contrato, para la población colombiana de 18 a 44 años el 53,4% (IC95%: 50,8-56,0) reporta no tener contrato; el 27,3% (IC95%: 24,9-29,8) tiene un contrato a término indefinido; el 12,5% (IC95%: 10,8- 14,5) a término fijo, y el 6,7% (IC95%: 5,6-8,0) por prestación de servicios. Para las personas de 45 años en adelante, el 72,1% (IC95%: 69,0-75,0) no tienen contrato; el 18,2% (IC95%: 15,8-20,9) lo tienen a término indefinido; el 6,0% (IC95%: 4,3-8,2) a término fijo, y el 3,7% (IC95%: 2,8 -4,8) por prestación de servicios.
- Hay diferencias en relación a las actividades que se realiza en el trabajo según sexo, para los hombres entre 18 y 44 años el 28,1% (IC95%: 24,8-31,6) realizan actividad de operado u obrero, el 10,3% (IC95%: 8,4-12,6) es personal de servicios y 9,1% (IC95%: 6,2-13,3) se dedica a ventas, para las mujeres de este mismo grupo etario el 17,8% (IC95%: 14,9-21,1) trabaja como personal de servicios, el 16,0% (IC95%: 12,5-20,2) como profesional y el 15,5% (IC95%: 12,3-19,3) se dedica a ventas. Para las personas de 45 años en adelante, la actividad que más realizan los hombres sigue siendo operario u obrero, en el 24,5% (IC95%: 20,5-28,6), seguido del 14,1% (IC95%: 11,0-17,8) como comerciante y 9,6% (IC95%: 7,2-12,7) personal de servicios, en mujeres la actividad principal para este grupo etario es también personal de servicios en el 21,0% (IC95%: 16,9-25,8), seguido de 16,8% (IC95%: 12,7-22,0) que se dedican a ventas y el 15,0% (IC95%: 11,8-18,9) son comerciantes.
- Para las horas de trabajo la población colombiana de 18 años en adelante reporta trabajar más de lo que ellos se espera que lo hagan. Las personas de 18 a 44 años reportan hacerlo 46,2 (IC95%: 45,1-47,3) horas a la semana, comparado con 42,3 (IC95%: 41,2-43,4) horas que deberían trabajar, y para el grupo de 45 años en adelante trabajan 46,5 (IC95%: 45,3-47,7) horas a la semana comparado con que se esperaría que lo hicieran 42,5 (IC95%: 41,2-43,8) horas. Este tipo de diferencias

también es significativo para las personas de 18 a 44 años de la región Atlántica y Pacífica y para las personas de 45 años en adelante de la región Atlántica. Al analizar las horas de trabajo según los trastornos medidos no se reportaron diferencias en esta comparación.

- El 10,3% (IC95%: 8,8-12,1) de la población laboralmente activa entre 18 y 44 años presenta ausentismo laboral, y el 8,9% (IC95%: 7,5-10,6) de la población de 45 años en adelante. Al analizar la información por región para el grupo de 18 a 44 años el 12,3% (IC95%: 9,3-16,1) de las personas de la región Oriental, el 13,3% (IC95%: 9,8-17,8) de la región Central y el 6,6% (IC95%: 4,7-9,2) de la región Atlántica.

Al comparar el ausentismo laboral en las personas con los trastornos mentales en los últimos 12 meses medidos los estimadores son imprecisos. Acerca de las horas laboradas son similares para toda la población del grupo de 18 a 44 y las personas con cualquier trastorno mental, en el grupo de 45 y más años existe una diferencia de 46,5 vs. 42,8 horas entre las personas de la población general y aquellas con trastorno mental respectivamente; sin embargo, los intervalos de confianza se sobreponen.

4 PROBLEMA O NECESIDAD

La cobertura básica de salud mental y drogadicción a la población departamental es deficiente, debido a que en la actualidad el CRIB, ha venido atendiendo esta población afectada en un factor importante en crecimiento, y teniendo en cuenta, que no cuenta con una infraestructura que cumpla con los requerimientos mínimos establecidos en las normas de infraestructura hospitalaria y con las normas de sismo resistencia, esto afecta la prestación del servicio y pone en alto riesgo la población actual, ya que las instalaciones presentan afectaciones significativas lo

que podría generar un colapso con consecuencias nefastas para los pacientes, familiares y personal que labora allí.

4.1 ALTERNATIVAS DE SOLUCION

La alternativa de solución que se plantea es la realización de los estudios y diseños para la construcción de la nueva sede del Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá – CRIB E.S.E; conforme la tipología aprobada por el Ministerio de Salud y Protección Social, en el Programa Territorial de Reorganización, Rediseño y Modernización de redes de ESE del departamento de Boyacá, para la adecuada prestación de servicios asistenciales, garantizando el cumplimiento de la normatividad vigente en materia de infraestructura hospitalaria.

4.2 OBJETIVO GENERAL

Estructurar el compendio de estudios técnicos de ingeniería y arquitectura para la nueva sede del Centro de Rehabilitación Integral de Boyacá – CRIB E.S.E.

4.3 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Definir la capacidad instalada para la adecuada prestación de servicios con una proyección a 10 años.
2. Definir la arquitectura y sus estudios de ingeniería complementarios que requieren las nuevas instalaciones de la entidad en cumplimiento de las normas establecidas a nivel nacional en materia de infraestructura hospitalaria.

5 ALCANCE DEL PROYECTO

La presente consultoría pretende establecer como alcance de las actividades lo siguiente:

1. Capacidad instalada
2. Topografía
3. Estudio de suelos
4. Planta arquitectónica y sus respectivos cortes
5. Estudios complementarios de ingenierías (Estructuras, redes, etc.)
6. Presupuesto
7. Viabilidad técnica del proyecto

5.1.1 POBLACION OBJETIVO

Este proyecto busca generar un impacto sobre las 1.281.979 personas que según la información obtenida a través de las proyecciones poblacionales del DANE para el año 2018, hacen parte del potencial de atención del área de influencia del proyecto.

PROYECCION DE POBLACION DANE

<i>Año</i>	<u>2018</u>	<u>2019</u>	<u>2020</u>
Total	1.282.063	1.284.375	1.287.032
Hombres	643.194	644.652	646.267
Mujeres	638.869	639.723	640.765

5.2 PROGRAMA MEDICO ARQUITECTONICO O AREAS DE SERVICIO EXISTENTES Y A PROYECTAR.

5.2.1 PMA EXISTENTE

Actualmente la E.S.E CRIB cuenta con las siguientes áreas internas de servicio las cuales son descritas a continuación:

El ESE centro de Rehabilitación Integral de Boyacá “CRIB, en el área de hospitalización, en la actualidad cuenta con una totalidad de 105 camas disponibles las cuales están distribuidas en 42 para atención de hombres y mujeres adultos en unidad de salud mental para paciente agudo y 63 para atención de pacientes en unidad de larga permanencia dentro de los cuales se cuentan los pacientes con enfermedad mental crónica inimputables y no inimputables.

REMISIONES

Durante el primer semestre de 2018 en la ESE CENTRO DE REHABILITACION INTEGRAL DE BOYACÁ “CRIB” se hospitalizaron un total de 311 pacientes con un promedio de 52 pacientes mensuales, de los cuales 286 ingresaron remitidos desde otras instituciones y el 26 ingresaron desde la consulta externa.

ESTADISTICAS DE REFERENCIA CRIB 2018, REMISIONES COMENTADAS

OBSERVACION	EN.	FEB.	MAR.	AB.	MAY.	JUN.	TOTAL	PORCENTAJE
		7						
ACEPTADA	61	2	65	76	86	51	411	29
NEGADA	96	90	174	149	239	278	1026	71
TOTAL GENERAL	157	162	239	225	325	329	1437	100

MOTIVOS DE NEGACION DE REMISIONES

El total de pacientes para los que otras instituciones solicitaron remisiones fueron 1437 con un promedio mensual de 240 y de ese total el porcentaje de aceptación fue del 29%, dejándose de recibir 1026 pacientes discriminados de la siguiente manera:

MOTIVO NEGACION	EN.	FEB.	MAR.	AB.	MAY.	JUN.	TOTAL	PORCENTAJE
CAPACIDAD TECNICA	30	42	40	70	63	40	285	28
NO CAMAS	24	6	95	41	111	94	371	36
NO CONVENIO	15	12	13	16	19	39	114	11
NO PSIQUIATRIA INFANTIL	15	12	9	7	33	17	93	9
NO FARMACODEPENDENCIA	12	18	17	15	13	11	86	8
CERRADO CONVENIO	0	0	0	0	0	77	77	8
TOTAL	96	90	174	149	239	278	1026	100

CAPACIDAD HOSPITALARIA UNIDAD SALUD MENTAL, ANALISIS (ADULTOS):

Del total de los 1026 pacientes negados el 35 % equivalente a 371, fueron por no disponibilidad de camas, con un promedio mensual de 61 pacientes. El segundo motivo de negación es la no capacidad técnica de la institución para brindar un manejo integral a cada uno de los pacientes que se comentan tales como no disponibilidad de Tomógrafo, no manejo complementario por neurología o medicina interna, no disponibilidad de laboratorio clínico acorde a las posibles necesidades del paciente. De lo anterior observamos la necesidad con los datos propios únicamente los tomados del CRIB, que debemos aumentar la capacidad hospitalaria en pacientes mental agudo, proyectando un crecimiento para pasar de 42 camas actuales a 78 para hospitalización general paciente adulto agudo, con el fin de brindar una atención optima a cada uno de los pacientes que recibirían atención.

El no tener un convenio vigente es el tercer motivo de no aceptación de 114 pacientes, equivalentes al 11% del total de pacientes no aceptados, durante el primer semestre de 2018 con un promedio mensual de 19.

CAPACIDAD HOSPITALARIA UNIDAD SALUD MENTAL ANALISIS (PEDIATRICA)

El cuarto motivo de no aceptación se relaciona con la no disponibilidad de unidad infantil y de adolescentes no siendo aceptados durante el primer semestre de 2018 un total de 93 pacientes equivalentes al 9% del total de pacientes no aceptados, con un promedio mensual 16 pacientes rechazados. Teniendo en cuenta la anterior y ajustados a la realidad del departamento y de la región donde no existe unidad de hospitalización en salud mental para pacientes pediátrico y adolescentes se puede concluir que la necesidad de creación de camas para esta tipo de población es de por lo menos 12.

CAPACIDAD HOSPITALARIA UNIDAD DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

El quinto motivo de no aceptación fue la no disponibilidad de unidad de manejo de adicciones, no siendo aceptados durante el primer semestre de 2018 un total de 86 pacientes equivalentes al 8% del total de no aceptados, con un promedio mensual 14, y teniendo en cuenta que en el departamento y en la región no existe unidad de manejo integral de adicciones se hace necesaria la creación de por lo menos 20 camas para la atención de este tipo de pacientes.

Durante los dos últimos meses del semestre se cerraron dos convenios lo cual represento un 8% de pacientes no aceptados correspondientes a un total de 77%.

CAPACIDAD HOSPITALARIA UNIDAD CRONICOS ANALISIS (ADULTOS)

Actualmente la Ese CRIB cuenta con 63 camas para la atención de los pacientes que requieren hospitalización en unidad de larga permanencia. De estas camas actualmente se están manejando una capacidad de 36 camas para población inimputable, y dejamos 34 camas para paciente crónico. La inscripción de las 36 camas como crónicos de la población inimputable, se realizó basado en lineamientos técnicos emanados por el ministerio de salud y protección social. Actualmente en este servicio la demanda no es alta, sin embargo y teniendo en cuenta que la hospitalización crónica, correspondería a un evento no pos, el cubrimiento se debe realizar por vía CTC, y la demanda no es alta, por lo cual con un crecimiento de 7 camas adicionales a las ya inscritas sería suficiente.

MORBILIDAD:

El total de pacientes hospitalizados durante el primer semestre de 2018 las tres primera causas de morbilidad son en su orden, los trastornos afectivos bipolares, la esquizofrenia y las depresiones.

El promedio de días de estancia del total de los 616 pacientes que egresaron fue de 24 días, de los cuales 8 fueron trasladado para manejo de otra situación médica como lipotimias sospechas de IAM o ECV y 4 aceptaron ser trasladados a unidad de rehabilitación de sustancias psicoactivas, 126 requirieron ser trasladados a otras instituciones para recibir atención por odontología, valoraciones por especialidades o para toma de ayudas diagnosticas.

En este programa se evidencian los espacios físicos actuales con las áreas que se requieren y los procedimientos que se necesitan, para cumplir con las actividades finales, de acuerdo con los requerimientos establecidos en el compendio normativo vigente del Sector de infraestructura Hospitalaria en Colombia.

5.2.2 PROGRAMA MEDICO ARQUITECTÓNICO PROYECTADO:

GRUPO SERVICIO	SERVICIO	AMBIENTE/ AREA	UNIDAD	CAPACIDAD INSTALADA ACTUAL	CAPACIDAD INSTALADA PROYECTADA	TOTAL	OBSERVACION
INTERNA CIÓN	UNIDAD DE SALUD MENTAL	Habitación	Cama	42	48	90	Aprobado en concepto técnico MSPS radicado No. 20142310151 0261 del 20-10-2014, pág.46 16 camas para niños, niñas y adolescentes 8 camas para mujeres distribuidas de la siguiente manera: 2 habitaciones unipersonales (2 camas) y 3

							habitaciones bipersonales (6 camas)
							8 camas para hombres distribuidas de la siguiente manera: 2 habitaciones unipersonales (2 camas) y 3 habitaciones bipersonales (6 camas)
							74 camas para adultos <u>24 camas para paciente crítico, distribuidas de la siguiente manera:</u>
							12 camas para mujeres distribuidas de la siguiente manera: 4 habitaciones unipersonales (4 camas) 4 habitaciones

							<p>bipersonales (8 camas)</p> <p>12 camas para hombres distribuidas de la siguiente manera: 4 habitaciones unipersonales (4 camas) 4 habitaciones bipersonales (8 camas)</p> <p><u>50 camas para estabilización de pacientes</u></p> <p>25 camas para hombres, 24 camas en habitación bipersonal y 1 en habitación unipersonal. 25 camas para mujeres, 24 camas en habitación bipersonal y 1 en habitación unipersonal.</p>
	ATENCIÓN	Habitación	Cama	63	7	70	<u>70 camas para</u>

INTERNA CIÓN	INSTITUCIO NAL DE PACIENTE CRÓNICO						<p><u>pacientes crónicos, distribuidos de _____ la siguiente manera:</u> 36 camas para estancia prolongada hombres en 17 habitaciones bipersonales y 2 habitaciones unipersonales.</p> <p>34 camas para mujeres y hombres en 16 habitaciones bipersonales y 2 habitaciones unipersonales.</p>
	INTERNACIÓ N HOSPITALAR IA CONSUMIDO R DE SUSTANCIAS PSICOACTIV AS	Habitación	Cama	0	30	30	El servicio se encuentra aprobado en concepto técnico MSPS radicado No. 20142310151 0261 del 20-10-2014, pág.46

							16 camas para hombres, en 8 habitaciones bipersonales. 14 camas para mujeres, en 7 habitaciones bipersonales.
INTERNA CION	INTERNACI ON PARCIAL CONSUMID OR DE SUSTANCIAS PSICOACTIV AS	Sala de Terapia grupal	Sala	0	1	1	Servicio aprobado en concepto técnico MSPS radicado No. 20142310151 0261 del 20-10-2014, pág.46 Ambientes y áreas estipuladas en la Resolución 2003 de 2014. Pág. 113.
		Consultorio terapia individual	Consult orio	0	1	1	
		Sala de terapia ocupacional	Sala	0	1	1	
CONSULT A EXTERNA	NEUROLOGÍ A	Consultorio		1	0	1	Servicios aprobados en concepto técnico MSPS
	NUTRICIÓN Y DIETETICA	Consultorio		1	0	1	
	PSICOLOGÍA	Consultorio		1	1	2	
	PSIQUIATRÍA	Consultorio		1	2	3	

	NEUROPEDI ATRÍA	Consultorio	1	0	1	radicado No. 20142310151 0261 del 20- 10-2014, pág.45.
APOYO DIAGNÓSTIC O Y COMPLEME NT ACIÓN TERAPEUTIC A	LABORATORIO CLÍNICO		1	0	1	Servicios aprobados en concepto técnico MSPS radicado No. 20142310151 0261 del 20- 10-2014, pág.46
	TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO CLÍNICO		1	0	1	
	SERVICIO FARMACEUTICO		1	0	1	
	ELECTRODIAGNÓSTICO		1	0	1	
	TERAPIA OCUPACION AL	Consultorio	1	0	1	
	TERAPIA DE LENGUAJE	Consultorio	0	1	1	
TRANSPORTE ASISTENCIAL	TRANSPORTE ASISTENCIAL BÁSICO		0	1	1	

6 PRESUPUESTO ESTIMADO (EN CONSTRUCCION)

TIEMPO DE EJECUCION (en construccion)

6.1.1 PLAZO (en construcción)

Plazo de Ejecución: El plazo previsto para la ejecución de las actividades que se deriven del presente proceso es xx (xx) MESES, el cual se contará a partir de la fecha de suscripción del acta de inicio por las partes intervinientes. El contratista se obliga a ejecutar la totalidad de las obras en el plazo contractual establecido,

“un nuevo enfoque en la prestación de servicios de rehabilitación”

utilizando para ello los frentes de obra que sean necesarios en cumplimiento de la programación de obra descrita a continuación:

7 CRONOGRAMA DE LAS OBRAS (EN CONSTRUCCION)

8 DESARROLLO DEL PROYECTO (EN CONSTRUCCION)

8.1 DISEÑO DE INFRAESTRUCTURA HOSPITALARIA

El desarrollo de las obras proyectadas a construir, requieren de la ejecución programada de los diferentes capítulos establecidos en el presupuesto general de consultoría y todas aquellas actividades descritas en las especificaciones técnicas de cada capítulo, información que deberá tener dentro del cronograma de ejecución un término de tiempo adecuado para la etapa previa de revisión y ajuste de diseños. A continuación, se describen las actividades a desarrollar descritas en el presupuesto general.

- Topografía con curvas de nivel
- Capacidad instalada actual
- Estudio de oferta y demanda
- Capacidad instalada proyectada concertada
- Perfil del proyecto
- Proyección arquitectónica

- Planta arquitectónica
- Cortes
- Diseño arquitectónico definitivo
- Diseño estructural
- Diseño de redes
- Presupuesto

Esta labor deberá ser desarrollada por el siguiente personal propuesto:

- Arquitecto con experiencia específica no menor a 5 años desde la expedición de la matrícula, en contratos cuyo objeto sea similar al aquí propuesto.
- Ingeniero civil con especialización en estructuras, con experiencia específica no menor a 5 años desde la expedición de la matrícula, en contratos cuyo objeto sea similar al aquí propuesto.
- Ingeniero especialista en geotecnia. con experiencia específica no menor a 5 años desde la expedición de la matrícula.
- Ingeniero Eléctrico Especialista con experiencia específica no menor a 5 años desde la expedición de la matrícula, en contratos cuyo objeto sea similar al aquí propuesto.
- Ingeniero sanitario con especialización en diseño de redes, con experiencia específica no menor a 5 años desde la expedición de la matrícula, en contratos cuyo objeto sea similar al aquí propuesto.
- Ingeniero civil con, con experiencia específica no menor a 3 años desde la expedición de la matrícula, en contratos cuyo objeto sea similar al aquí propuesto.
- Especialista en formulación de proyectos de infraestructura hospitalaria.
- Topógrafo

9 MARCO JURIDICO

- LEY 09 DE 1979. Código Sanitario

Condiciones sanitarias que deben cumplir los establecimientos de toda naturaleza.

- LEY 10 DE 1990 Por la cual se establece el sistema Nacional de salud y se otorgan funciones y responsabilidades a la Dirección Nacional del sistema de salud (Ministerio de salud) a las Direcciones seccionales del Sistema de Salud (establecidas en departamentos, intendencias y comisarías) y a las Direcciones Locales del Sistema de salud (establecidas en los Municipios, el Distrito capital, el Distrito cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas). Además en el artículo 12 se establecen las funciones para las direcciones Locales del sistema de Salud correspondientes a Vigilancia y Control Sanitario en las instituciones que prestan servicios de salud.

- CONSTITUCION NACIONAL DE 1991

- LEY 100 DE 1993

Ley de Seguridad Social en salud en Colombia

- DECRETO 2174 DE NOVIEMBRE 28 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se organiza el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de seguridad Social en Salud.

- RESOLUCION 4445 DE DICIEMBRE 2 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del título cuarto de la Ley 09/79 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las

Página 47 de 53

“un nuevo enfoque en la prestación de servicios de rehabilitación”

Instituciones Prestadoras de servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.

- DECRETO 2240 DE DICIEMBRE 9 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud.

- RESOLUCION 05042 DE DICIEMBRE 26 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por la cual se modifica y adiciona la resolución 4445/96

- DECRETO 1011 DE 2006 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

- RESOLUCION 0686 DE 1998 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Por la cual se reglamenta el procedimiento para la realización y presentación de proyectos de diseño y construcción de obras y mantenimiento de las instalaciones físicas de las instituciones públicas del orden distrital prestadoras de servicios de salud.

- RESOLUCION 0238 DE 1999 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 4252/97 y 4445/96 y se dictan otras disposiciones complementarias

- LEY 400 DE 1997 Y NSR DE 1998

Por el cual se adoptan normas sobre construcciones sismo resistentes y se reglamenta lo relacionado con estructuras sismorresistentes, de obligatorio cumplimiento para todas las construcciones.

- LEY 1043 DE 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de

auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención”, con sus anexos técnicos 1 y 2

- RESOLUCION 2680 DE 2007

Modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006, con sus anexos técnicos 1 y 2

- RESOLUCION 3763 DE 2007

Modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007, anexo técnico

- RESOLUCION 1448 DE 2006

Definen las Condiciones de Habilidad para las instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina.

- RESOLUCION 4796 DE 2008

Reglamenta las brigadas o jornadas de salud, con su anexos 1 y 2

- CIRCULAR 0076DE 2007

Modifica y adopta los formularios de inscripción y novedades (Versión 4.0)

- LEY 09 DE 1979. Código Sanitario

Esta ley hace referencia a las condiciones sanitarias que deben cumplir establecimientos de toda naturaleza.

- LEY 10 DE 1990

Mediante esta ley se establece el sistema Nacional de salud y se otorgan funciones y responsabilidades a la Dirección Nacional del sistema de salud (Ministerio de salud) a las Direcciones seccionales del Sistema de Salud (establecidas en departamentos, intendencias y comisarías) y a las Direcciones Locales del Sistema de salud (establecidas en los Municipios, el Distrito capital, el Distrito cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas).

Además en el artículo 12 se establecen las funciones para las direcciones Locales del sistema de Salud correspondientes a Vigilancia y Control Sanitario en las instituciones que prestan servicios de salud.

- CONSTITUCION NACIONAL DE 1991

- LEY 100 DE 1993

Ley de Seguridad Social en salud en Colombia

- DECRETO 2174 DE NOVIEMBRE 28 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se organiza el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de seguridad Social en Salud.

- RESOLUCION 4445 DE DICIEMBRE 2 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del titulo cuarto de la Ley 09/79 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.

Se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado, concepto definido en la RESOLUCION 1043

- LEY 10 DE 1990

Mediante esta ley se establece el sistema Nacional de salud y se otorgan funciones y responsabilidades a la Dirección Nacional del sistema de salud (Ministerio de salud) a las Direcciones seccionales del Sistema de Salud (establecidas en departamentos, intendencias y comisarías) y a las Direcciones Locales del Sistema de salud (establecidas en los Municipios, el Distrito capital, el Distrito cultural y Turístico de Cartagena y las áreas metropolitanas).

Además en el artículo 12 se establecen las funciones para las direcciones Locales del sistema de Salud correspondientes a Vigilancia y Control Sanitario en las instituciones que prestan servicios de salud.

- CONSTITUCION NACIONAL DE 1991
- LEY 100 DE 1993

Ley de Seguridad Social en salud en Colombia

- DECRETO 2174 DE NOVIEMBRE 28 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se organiza el sistema Obligatorio de Garantía de Calidad del Sistema General de seguridad Social en Salud.

- RESOLUCION 4445 DE DICIEMBRE 2 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por la cual se dictan normas para el cumplimiento del contenido del titulo cuarto de la Ley 09/79 en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud y se dictan otras disposiciones técnicas y administrativas.

Se aplicarán exclusivamente a la infraestructura física creada o modificada, a partir del 1 de noviembre de 2002. En caso de crear o modificar uno o más servicios, sólo se le aplicará la Resolución 4445 de 1996, al servicio creado o modificado, concepto definido en la RESOCLUION 1043

- DECRETO 2240 DE DICIEMBRE 9 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se dictan normas en lo referente a las condiciones sanitarias que deben cumplir las Instituciones Prestadoras de servicios de Salud.

- RESOLUCION 05042 DE DICIEMBRE 26 DE 1996 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por la cual se modifica y adiciona la resolución 4445/96

- DECRETO 1011 DE 2006 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud

- RESOLUCION 0686 DE 1998 DE LA SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD

Por la cual se reglamenta el procedimiento para la realización y presentación de proyectos de diseño y construcción de obras y mantenimiento de las instalaciones físicas de las instituciones públicas del orden distrital prestadoras de servicios de salud.

- RESOLUCION 0238 DE 1999 DEL MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
Por la cual se modifican parcialmente las resoluciones 4252/97 y 4445/96 y se dictan otras disposiciones complementarias

- LEY 400 DE 1997 Y NSR DE 1998

Por el cual se adoptan normas sobre construcciones sismo resistentes y se reglamenta lo relacionado con estructuras sismo resistentes, de obligatorio cumplimiento para todas las construcciones.

- LEY 1043 DE 2006

Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención”, con sus anexos técnicos 1 y 2

10 ANEXOS (EN CONSTRUCCION)

A continuación, se relacionan los documentos, soportes y formatos que hacen parte integral del presente proyecto.

1. Carta de presentación del proyecto (1 folio).
2. Ficha metodológica MGA (32 folios).

3. Acta de concertación con la comunidad (3 folios).
4. Escrituras E.S.E.
5. Certificado de libertad y tradición
6. Estudio de oferta y demanda Centro de Salud Rondón
7. Planimetrías.

TOTAL, FOLIOS ANEXOS AL PROYECTO (_____) FOLIOS