

**ACCESO A LOS SERVICIOS DE DISPENSACIÓN DE
MEDICAMENTOS DE LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE
DISCAPACIDAD EN EL MUNICIPIO DE MEDELLÍN.**

FORMULADOR

BERNARDO ALEXANDER ARISTIZÁBAL SOLIS

ASESORA

MARÍA ANGÉLICA BURITICÁ BARRAGÁN

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA PASCUAL BRAVO
FACULTAD DE PRODUCCIÓN Y DISEÑO
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE PROYECTOS
MEDELLIN
2016**

Tabla de contenidos

1. Resumen ejecutivo del proyecto	9
2. Planteamiento del problema	11
2.1 Descripción del problema	11
2.2 Formulación o pregunta de investigación	14
3. Objetivos.....	15
3.1 Objetivo general.....	15
3.2 Objetivos específicos	15
4. Justificación	17
4.1 Entorno del proyecto.....	17
4.2 Análisis de la situación actual.....	18
4.3 Población afectada	20
5. Marco teórico.....	23
5.1 Marco de antecedentes	23
5.2 Marco aproximación teórica	25
5.3 Marco conceptual.....	27
6. Diseño metodológico	29
7. Análisis de problemas.....	31
7.1 Descripción de la situación existente con relación al problema	31
7.2 Problema central	33
7.3 Indicadores	33
7.4 Causas	34
7.4.1 Causas directas.....	34
7.4.2 Causas indirectas.....	35
7.5 Efectos.....	36
7.5.1 Efectos directos	36
7.5.2 Efectos indirectos.....	36
7.6 Diagrama árbol de problemas	37
7.7 Diagrama árbol de objetivos	38
8. Análisis de involucrados.....	39

8.1 Contextualización del análisis a realizar.....	39
8.2 Matriz de Análisis de Involucrados	39
8.3 Población objetivo	40
9. Análisis de soluciones	41
9.1 Descripción de la iniciativa.....	41
9.2 Localización. Factores analizados para la localización de la alternativa.....	41
9.3 Aporte a la política pública. Local, regional y nacional.	42
9.4 Análisis del mercado.....	44
9.5 Objetivo general.....	45
9.6 Objetivos específicos	45
10. Matriz de análisis de riesgos	47
11. Costos de la alternativa	49
11.1 Estructura de desglose de trabajo.....	49
11.2 Estructura de costos	51
12. Valoración de ingresos y beneficios	53
12.1 Identificación y definición	53
12.2 Cuantificación de beneficios.....	54
12.2.1 Ahorro en gastos de transporte.	54
12.2.2 Ahorro en gastos de medicamentos.	54
12.2.3 Ahorro en citas médicas en las instalaciones de la institución prestadora de servicios de salud.	55
12.3 Flujo de caja.....	56
13. Matriz de marco lógico	59
13.1 Análisis horizontal	59
13.2 Análisis vertical	59
14. Cronograma de ejecución	61
Lista de referencias	63
Apéndice A	65
Apéndice B.....	66
Apéndice C.....	67
Apéndice D	69

Apéndice E.....	70
Apéndice F.....	71
Apéndice G.....	73
Apéndice H.....	74

Lista de tablas

Tabla 1	21
Total de población con discapacidad en Medellín por sexo	21
Tabla 5	40
Población objetivo	40
Tabla 6	43
Plan de desarrollo nacional, departamental y municipal	43
Tabla 7	44
Criterio para análisis de mercado.....	44
Tabla 10	51
Costos totales del proyecto en el cuatrienio.....	52
Tabla 11	54
Ahorro en gastos de transporte	54
Tabla 12	55
Ahorro en gastos de medicamentos	55
Tabla 13	55
Ahorro en citas médicas por parte de la IPS	55
Tabla 14	56
Total beneficios económicos.....	56
Tabla 15	57
Flujo de caja y valor actual neto VAN.....	57
Tabla 18	61
Cronograma de ejecución del proyecto.....	62
Tabla 2	65
Marco legal en Colombia sobre discapacidad	65
Tabla 3	66
Listado grupos de interés	66
Tabla 4	67
Matriz de análisis de involucrados.....	67
Tabla 8	70
Matriz de Análisis de Riesgo	70
Tabla 9	71
Cooperantes internacionales en discapacidad.....	71
Tabla 16	73
Matriz de marco lógico. Análisis horizontal.....	73
Tabla 17	74
Matriz de marco lógico. Análisis vertical	74

Lista de gráficas

Gráfica 1.....	69
Deficiencias en funciones y estructuras corporales. Medellín, año 2014.....	69

Lista de diagramas

Diagrama 1	37
Árbol de problemas.....	37
Diagrama 2.....	38
Árbol de objetivos.....	38

1. Resumen ejecutivo del proyecto

La discapacidad -entendida como la imposibilidad de realizar ciertas actividades o necesitar ayuda para hacerlas- es uno de los problemas de salud pública que adquirió relevancia en las últimas décadas. Según datos procesados por la Secretaría de Salud de Medellín y datos del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social se establece como estadística para el año 2014 una población de 55.109 habitantes de la ciudad de Medellín en situación de discapacidad de los cuales el 66.6% de esta población pertenece a los estratos socioeconómicos 1 y 2 y en muchos de los casos los servicios de atención en salud se encuentran distantes de los lugares donde viven las personas con discapacidad, sumado al costo del desplazamiento hasta los servicios y las dificultad que puede llegar a ser el transporte público el cual en términos generales no está adaptado a las personas discapacitadas especialmente a las que presentan dificultades de movilidad. Este tipo de aprietos generan dificultades de acceso a los servicios de atención en salud especialmente a los servicios relacionados con la dispensación de medicamentos los cuales requieren por lo general el desplazamiento de los usuarios a oficinas para su autorización y posterior recorrido a los servicio farmacéutico para reclamarlos, mostrando un acceso al servicio por lo general insuficiente y encontrando que las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan estos servicios de salud.

Es así que, se requiere diseñar y establecer un modelo de intervención que garantice el acceso oportuno de fármacos a la población en situación de discapacidad del municipio de Medellín. Se plantea por tanto en este modelo el desarrollo de un sistema de información que permiten identificar los usuarios discapacitados para posterior a la prescripción de una terapia

medicamentosa se active un mecanismo que permita realizar la dispensación de forma oportuna en la casa del discapacitado, garantizando así el acceso a los medicamentos y mejorando el tratamiento farmacológico y la calidad de vida de esta población en situación de inequidad frente a la sociedad.

2. Planteamiento del problema

2.1 Descripción del problema

En Colombia en la última década se han presentado avances significativos relacionados con la población en situación de discapacidad. Estos avances incluyen acciones de política pública desde la institucionalidad gubernamental, el sector privado, la sociedad civil representada en organizaciones interesadas en la discapacidad, así como redes sociales, academia y organismos de cooperación internacional. La ley 1145 de 2007 organiza el Sistema Nacional de Discapacidad (SND), norma que establece el conjunto de orientaciones, actividades, recursos, programas e instituciones que permiten la puesta en marcha de los principios generales de la discapacidad. Este SND actúa como mecanismo de organizar esfuerzos, aumentar la cobertura y organizar la oferta de programas y servicios, promover la participación de la población fortaleciendo su organización, la de las organizaciones públicas y de la sociedad civil, que actúan mediante diversas estrategias de planeación, administración, promoción- prevención, habilitación - rehabilitación, investigación y equiparación de oportunidades.

A la par con la anterior situación descrita, en los últimos 20 años, el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) se ha construido y determinado con base a la universalidad. Este sistema de salud está fundamentado en el derecho de todos los sujetos, concibiendo a partir del concepto constitucional de la salud como un servicio público, prima la intervención del Estado con la finalidad de asegurar la obligatoriedad del sistema de salud y garantizar su cobertura, incluyendo las poblaciones diferenciadas además de asumir las responsabilidades de dirección, coordinación, control y prestación de los servicios.

Pese a estos adelantos en la creación del SND y a los avances en aseguramiento, cobertura y acceso de la población al SGSSS, existen múltiples dificultades entre ellas, aspectos relacionados con la oferta de servicios, políticas poco estables y acciones sectoriales fragmentadas. El acceso a medicamento y específicamente, la entrega oportuna de medicamentos es uno de estos ejemplos, el cual se ha convertido en una traba permanente para los usuarios del sistema de salud. Para dar un panorama a este respecto se puede citar el informe de la Defensoría del Pueblo de Colombia donde se observa una clara negación de los servicios de salud entre ellos el acceso a medicamentos.

Bajo este mismo contexto, se anota que el informe describe que del total de 424.400 acciones de tutela interpuestas en el año 2012 el 26.94% fueron acciones en las que se invocó el derecho a la salud (114.313). Según el informe el 72.5% de dichas tutelas se instauró contra las entidades de aseguramiento del SGSSS que administran el régimen contributivo y subsidiado, y de tal porcentaje el 70.93% corresponde a negativas de los contenidos del POS. Ahora bien, en lo referente a temas específicos de solicitud, señala este que el 35.41% de los medicamentos entutelados se encontraban en el plan obligatorio de salud (POS). (Defensoría del Pueblo, 2012)

La anterior información es un claro ejemplo de que a pesar de fraguar un SGSSS equitativo, eficiente y de calidad, se presentan problemas de acceso y oportunidad en la entrega de medicamentos. Casos donde posterior a la consulta médica u orden judicial o tutela, que acredite una fórmula médica para la entrega de un medicamento, los usuarios transiten a los servicios farmacéuticos a reclamar los medicamentos y por diferentes razones se entreguen cantidades parciales o incompletas o no se entreguen estos. Esta situación va en contravía de lo expuesto en la normatividad sanitaria vigente que rige la dispensación de medicamentos en Colombia poniendo en riesgo la salud del usuario.

Ahora bien, la resolución 1403 de 2007 del Ministerio de la Protección Social hoy Ministerio de Salud y Protección Social establece como principios en el artículo 4to el deber de los servicios farmacéuticos de garantizar la entrega de medicamentos de forma oportuna sin que se presenten retrasos. Esta situación es neurálgica ya que desde las acciones de inspección y vigilancia se evidencia que uno de los incumplimientos reiterativos en los servicios farmacéuticos ambulatorios es la oportunidad en la entrega de medicamento. Dada esta situación, el gobierno nacional se vio en la obligación de emitir el decreto 019 de 2012 y resolución 1604 de 2013 que tiene como objeto establecer los lineamientos que se deben tener en cuenta para dar cumplimiento al mecanismo excepcional de entrega de medicamentos en un lapso no mayor a 48 horas en el lugar de residencia o trabajo del afiliado cuando lo autorice, como consecuencia de la entrega incompleta de los mismos al momento de la reclamación por parte del afiliado.

Así lo demuestra la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada por el DANE en el año 1997 Colombia registró que para el total de población asegurada en esos años se reporta la no entrega de medicamentos o entrega parcial de los mismos en el 46,9% de los casos. En el régimen contributivo se registra entrega total de los medicamentos en el 55% de los casos y para el régimen subsidiado se entregaron totalmente en el 46,6%. (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Por todo lo anterior, es necesario organizar un modelo de articulación que permita garantizar intervenciones integrales orientadas al mejoramiento de la calidad de vida de la población con discapacidad, la cual es la más afectada e inequitativa con la oportunidad en la entrega de medicamentos, por lo que en el presente trabajo de investigación se pretende diseñar dicho modelo de intervención que permita el acceso oportuno de fármacos a la población en situación de discapacidad del municipio de Medellín.

2.2 Formulación o pregunta de investigación

✓ ¿Será que al diseñar un programa de intervención en dispensación oportuna de medicamentos en pacientes en situación de discapacidad en el Municipio de Medellín se mejorará la calidad de vida de los pacientes, el acceso a los servicios del sistema y la atención del usuario?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Diseñar un programa de intervención en dispensación oportuna de medicamentos en pacientes en situación de discapacidad en el Municipio de Medellín, que permita el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, el acceso a los servicios del sistema y la atención del usuario.

3.2 Objetivos específicos

- ✓ Identificar los pacientes en situación de discapacidad que reclaman medicamentos en los servicios farmacéuticos del municipio de Medellín, permitiendo una caracterización de la población objeto.

- ✓ Evaluar la calidad en la atención en los 152 servicios farmacéuticos frente a la entrega oportuna de medicamentos en pacientes en situación de discapacidad, permitiendo la generación de una línea de base en función de la calidad de vida, el acceso a los medicamentos y la atención del usuario.

4. Justificación

4.1 Entorno del proyecto

El proyecto se implementará en el municipio de Medellín el cual concentra el 38% de la población del departamento de Antioquia con una población de dos millones cuatrocientos ochenta y seis mil setecientos veinte tres (2.486.723) habitantes (DANE, 2016) lo que la hace la ciudad más poblada de departamento y la segunda del país después de la ciudad de Bogotá distrito capital.

Medellín como capital de Antioquia, es el centro financiero, comercial e industrial del departamento, donde se encuentran sede de empresas nacionales e internacionales en sectores como: el textil - confecciones, metalmecánico, energético, financiero, salud, telecomunicaciones, construcción, automotriz, alimentos, entre otros. De igual forma se encuentran ubicadas importantes entidades del estado como: Gobernación de Antioquia, Asamblea Departamental, Tribunal Superior del Distrito Judicial de Medellín, Área Metropolitana del Valle de Aburrá, Fiscalía General Antioquia, Alcaldía de Medellín, Empresas Públicas de Medellín, entre otros.

Cabe anotar que la ciudad alberga importantes instituciones prestadoras de servicios de salud de diferentes niveles de atención y especialidades, convirtiéndola en un importante centro de atención que presta servicios tanto públicos como privados a población no sólo de Medellín, también del departamento y del país. En el sistema general de seguridad social en salud hace presencia las EPS del país las cuales cuentan con una extensa red de prestadores de servicios de salud y a su vez con 152 servicios farmacéuticos donde son entregados los medicamentos para el tratamiento farmacológico prescrito por el médico, por lo que el presente trabajo busca es el diseño de un programa de intervención en dispensación oportuna de medicamentos en pacientes

en situación de discapacidad en el Municipio de Medellín, que permita el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, el acceso a los servicios del sistema y la atención del usuario.

4.2 Análisis de la situación actual

La discapacidad es una condición que afecta a la persona que la vive, pero que impacta en su entorno familiar y social dado que puede llegar a limitar la capacidad para trabajar y vivir de forma independiente. La discapacidad es un tema que se ha ido desarrollando con mucha fuerza en los últimos años. En la Encuesta Mundial de Salud 2002 – 2004 de la OMS, las personas con discapacidad encuestadas informaron que necesitaban más atención hospitalaria y ambulatoria que las personas sin discapacidad. Esta misma encuesta determinó que las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los prestadores de servicios de salud carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria. (Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial, 2011).

La información disponible en Colombia sobre discapacidad es insuficiente, contando con la información derivada del Censo 2005, la Encuesta nacional de salud 2007 y el Registro de Discapacidad y estudios independientes en muestras municipales o población discapacitada específica.

Según el censo 2005, la prevalencia de personas con al menos una limitación fue de 6,3%, siendo mayor en hombres (6,6%) que en mujeres (6,1%). Para entonces, se calcula que existían 2.651.701 personas con alguna limitación.

Ahora, se describen algunos datos que permiten considerar las dificultades existentes con la población discapacitada y que impacta en el acceso a los servicios de salud entre ellos a la entrega oportuna de medicamentos.

El 79% de la población con discapacidad registrada y caracterizada en Colombia pertenece a los estratos socioeconómicos 1 y 2 y reside en los municipios más alejados, con menor oferta institucional o en zonas dispersas. En la gran mayoría de los casos, los servicios de rehabilitación se encuentran a gran distancia de los lugares donde viven las personas con discapacidad; situación concordante con lo reflejado por el Informe Mundial de Discapacidad, sumado al desplazamiento hasta los servicios de rehabilitación que puede ser costoso y complicado, y el transporte público en términos generales el cual no está adaptado a las personas discapacitadas especialmente a las que presentan dificultades de movilidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 4).

Sumado a estas dificultades en el acceso, es importante conocer que entre los servicios de rehabilitación más utilizados en el país en pacientes discapacitados son los medicamentos desplazando a un segundo lugar el ordenamiento de los servicios de terapia física y como si fuera poco, la alteración permanente de mayor prevalencia en el país es dada por la discapacidad en el movimiento de brazos, manos, piernas y cuerpo presente en el 50% de la población con discapacidad. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, págs. 3,5).

En la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada por el DANE en el año 1997 Colombia registró que para el total de población asegurada en esos años se reporta la no entrega de medicamentos o entrega parcial de los mismos en el 46,9% de los casos. En el régimen contributivo se registra entrega total de los medicamentos en el 55% de los casos y para el

régimen subsidiado se entregaron totalmente en el 46,6%. (Ministerio de la Protección Social, 2005)

Todos estos datos registrados anteriormente, permiten analizar la situación de las personas con discapacidad en Colombia y se observa que a pesar de la amplia normatividad y los esfuerzos en los últimos años en el desarrollo de programas dirigidos a esta población diferenciada, se encuentran barreras (actitudinales – físicas) que les impide participar en igualdad de condiciones a las demás personas en la vida familiar y social y les restringe la oportunidad para disfrutar plenamente de sus derechos. (Julio César Gómez Beltrán, Clara Inés González de B, 2008, págs. 5,47)

Bajo este panorama el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 ha considerado en cada una de sus dimensiones prioritarias, acciones de promoción y prevención que sean accesibles a las personas con discapacidad. Se establece entonces metas para el año 2021, donde Colombia debe contar con un modelo de atención y prestación de servicios en salud con adecuación en el ciclo de vida, género, etnocultural, y en las necesidades diferenciales de la población con discapacidad entre otras.

4.3 Población afectada

En Colombia, el registro de localización y caracterización de la población en condición de discapacidad, fue liderado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) hasta el 2010 y el cual continuó a cargo el Ministerio de Salud y Protección Social a partir de este año.

Según datos procesados por la Secretaría de Salud de Medellín y datos del registro de localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección

Social se establece como estadística para el año 2014 una población de 55.109 habitantes de la ciudad de Medellín en situación de discapacidad de los cuales el 49.0% son mujeres con 26.985 habitantes y el 51.0% son hombres con 26.985 habitantes. Ver tabla 1.

Tabla 1

Total de población con discapacidad en Medellín por sexo

Discapacidad	Total		
	Total	Hombres	Mujeres
Total	55.109	28.124	26.985

Nota: Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social. Procesamiento: Secretaría de Salud de Medellín

5. Marco teórico

5.1 Marco de antecedentes

Existe información variada relacionada con la discapacidad a nivel mundial, se puede hacer referencia primero a la Encuesta Mundial de Salud la cual fue diseñada para dar respuesta de información sobre la salud y los sistemas de salud de los países de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La segunda referencia es la Carga Mundial de Morbilidad también de la OMS la cual ofrece una imagen completa de la situación mundial de la salud utilizando los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) como una nueva medida de utilidad para cuantificar las pérdidas de vida sana, ya sea por mortalidad prematura o por el tiempo vivido con una salud menguada.

Como datos globales se estima que más de mil millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según cifras de la población mundial en el año 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la OMS, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%.

Profundizando en los datos, la Encuesta Mundial de Salud estima que cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra mayor próxima a los 975 millones de personas (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). (Organización Mundial de la Salud, 2015)

Estos datos muestran que el número de personas con discapacidad año tras año, década tras década está creciendo. Una de las respuestas a este fenómeno se debe al envejecimiento de la población ya que las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad que las personas jóvenes. Otra de las razones expuestas declara un incremento global de la discapacidad a los problemas crónicos de salud como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

De esta forma la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 adopta como lineamiento a todos los países miembros la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la cual establece que estas personas deben gozar de autonomía e independencia individual y que sus derechos humanos y libertades fundamentales deben ser promovidos y protegidos por el Estado. (Naciones Unidas, 2006). Colombia a pesar de contar con normativa relacionada con las personas con discapacidad como por ejemplo la organización del Sistema Nacional de Discapacidad según la ley 1145 de 2007; se acoge a la Convención antes mencionada por medio de la ley 1346 de julio 31 de 2009 llevándola a su aplicación por medio del Plan de Desarrollo 2010 – 2014. Prosperidad para todos; seguido por el Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 “Todos por un nuevo país”; acompañado de la Conpes Social 166 Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social y de la ley estatutaria 1618 de 2013 en la cual se establece las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las personas con discapacidad en Colombia. Ver tabla 2 marco legal en Colombia sobre discapacidad en Apéndice A.

Esta normatividad está dispuesta en Colombia para satisfacer las necesidades y retos planteados por las personas que en situación de discapacidad y permite la participación de las instituciones del Estado, la sociedad civil organizada y la ciudadanía para que en conjunto se construya e implemente la Política Pública de Discapacidad e Inclusión Social y en la parte relacionada con la salud en los diferentes niveles de prestación de servicios sean más inclusivos y accesibles, lo que permitirá en esencia reducir las desigualdades y las necesidades no satisfechas de la población en situación de discapacidad.

5.2 Marco aproximación teórica

La discapacidad ha sido un tema muy estudiado que a lo largo de los años. En las sociedades primitivas, los discapacitados, al no poderse valer por sí mismos y sobre todo al no poder realizar las actividades necesarias para su subsistencia, eran asesinados en virtud de su nula contribución para la prosperidad de su grupo social. (Naciones Unidas, 1956).

Por el contrario, en algunas culturas las personas con “defectos físicos” como lo han llamado por muchos años a personas con discapacidad, no eran asesinadas si no que se convertían en seres mitológicos enviados por dioses con el objetivo de recibir mensajes de seres supremos. Otras culturas mercadeaban con estas personas con fines de diversión o con fines de recolección de limosnas creando pesar y lastima al exponer a las personas con algunos defectos.

Pasados los años, a las personas discapacitadas las dejaron de asesinar pero seguían siendo señalados, nombrados, burlados y pisoteados. Sin embargo en la cultura egipcia se les llegó a considerar seres especiales y se encontraban al servicio de los faraones.

Años después, la religión cristiana juega un papel importante en los criterios de cómo mirar y tratar a las personas con discapacidad, llegando incluso a prestar favores de diferente

índole con el objetivo de ayudarles a llevar la vida de la mejor forma posible. No fue sino hasta el siglo XVIII que la sociedad comenzó a asistir socialmente a las personas con discapacidad, (Antecedentes sobre la Discapacidad. Capítulo III) y en países como Suiza, Francia, Inglaterra se crearon instituciones para cuidar y ayudar a los discapacitados.

Hoy día, se ha desarrollado ampliamente la normativa internacional en discapacidad y ha jugado un papel muy importante en los avances en diferentes países; la Organización de las Naciones Unidas (ONU) entre la que encontramos la declaración universal de los derechos humanos de 1948; la convención de la lucha contra las discriminación de 1960; el pacto internacional de los derechos económicos, sociales y culturales de 1966; declaración de los derechos de las personas con retraso mental de 1971 y de los impedidos en 1975; programa de acción mundial para personas impedidas de 1982 entre otros.

Toda esta jurisprudencia ha permitido entender que la discapacidad se correlaciona con desventaja y no todas las personas discapacitadas tienen las mismas desventajas, por lo que algunos de ellas no tienen las mismas oportunidades a nivel educativo, social, de trabajo, de desplazamientos, de comunicaciones, etc y lo más preocupante es que se sigue sufriendo de discriminación. Por dar un ejemplo los más excluidos del mercado laboral son a menudo los que presentan problemas de salud mental o deficiencia intelectual y las personas con deficiencias más acusadas experimentan con frecuencia mayor desventaja. (Grech, 2008)

La convención sobre los derechos de las personas con discapacidad subraya el papel que desempeña el entorno para facilitar o restringir la participación de las personas con discapacidad. El Informe establece los principales obstáculos que deben enfrentar las personas en situación de discapacidad.

Una de ellas son las políticas y normas existentes que a pesar de que son ampliamente tratadas en los últimos años son insuficientes o bien no se hacen cumplir de forma adecuada. En muchas ocasiones estas normas son generales y no llegan al nivel de detalle que se requiere para brindar soluciones específicas para poblaciones vulnerables.

Las creencias y prejuicios del personal de salud, los educadores y aún la misma familia del discapacitado se constituyen en obstáculos para la educación, el empleo, la atención de salud y la participación social.

La financiación insuficiente de los programas y proyectos se convierte en otro de los mayores problemas a resolver ya que por lo general estos recursos económicos no alcanzan en los diferentes países teniendo en cuenta que esta población crece a nivel mundial cada año. Esto se combina con la falta de accesibilidad a edificios públicos, comerciales y de vivienda sumado a los problemas existentes en vías de acceso y transporte público generan dificultades de acceso a otros servicios como la atención en salud, la tecnología, la comunicación, etc. Y así tenemos entonces que una de las problemáticas más preocupantes es la prestación insuficiente de servicios ya que las personas con discapacidad son particularmente vulnerables a las deficiencias que presentan los servicios tales como la atención de salud, la rehabilitación y la asistencia y apoyo.

5.3 Marco conceptual

El concepto de discapacidad ha tenido un progreso manifiesto en las últimas décadas no solamente en el mundo, también en Colombia, su abordaje ya no se admite dentro del manejo social del riesgo, sino desde el enfoque de derechos humanos, de acuerdo a la "Convención sobre

los Derechos de las Personas con Discapacidad", adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006.

En el artículo 1 de la mencionada Convención establece que las personas con discapacidad son “aquellas personas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”, así mismo instaurando como propósito que las personas con discapacidad deben gozar de autonomía e independencia individual y que sus derechos humanos y libertades fundamentales deben ser promovidos y protegidos por el Estado. (Naciones Unidas, 2006).

Así en Colombia por medio de la Ley 1346 de julio 31 de 2009 se acoge la "Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", de la Asamblea General de la Naciones Unidas y se constituye el Conpes Social 166 Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social donde se define como los principios de las personas con discapacidad, el respeto de la dignidad, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, la independencia de las personas, la no discriminación, la participación e inclusión plena y efectivas en la sociedad, el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, la igualdad entre hombre y la mujer y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

6. Diseño metodológico

Los proyectos contemplan varias etapas que requieren de herramientas adecuadas para la programación, identificación, orientación, análisis, presentación ante los comités de revisión, ejecución y evaluación ex-post. El marco lógico es esta herramienta que facilita los procesos de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos brindando una estructura de planificación el cual permite resolver los problemas importantes en la ejecución de proyectos, por lo tanto se desarrolla el enfoque de marco lógico en el presente trabajo.

7. Análisis de problemas

7.1 Descripción de la situación existente con relación al problema

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad promulgada por la Asamblea de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 Resolución *A/61/611* y aprobada por Colombia mediante Ley 1346 de 2009 reconoce a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Naciones Unidas, 2007).

Es así que, Colombia cuenta con el Sistema Nacional de Discapacidad (SND) que ha logrado grandes avances en el bienestar de la población en situación de discapacidad, sin embargo y a pesar de contar con un sistema de salud que brinda una cobertura importante y soporta un SGSSS equitativo, eficiente y de calidad, se presentan problemas de acceso y oportunidad en la entrega de medicamentos.

Esto radica en que el modelo de salud existe en Colombia no contiene un método diferenciador para la población usuaria que se encuentra en situación de discapacidad, por lo que esta población debe desplazarse a los servicios farmacéuticos a reclamar los medicamento y en ocasiones por las mismas limitaciones no les es fácil hacerlo como cualquier otra persona, requiriendo que familiares u otras personas tengan que hacerlo por ellos, teniendo en cuenta que algunos requieren además de un cuidador. Es así que la población en situación de discapacidad es la más perjudicada, convirtiéndose en un sistema inequitativo ya que si se parte del principio de que la equidad es una condición necesaria y estratégica para alcanzar el acceso universal a la atención, según las necesidades y las posibilidades existentes (Maza, 2007), explicándose que la

equidad no es la igualdad para todos los sujetos, sino que, dependiendo de las necesidades de poblaciones especiales como las personas en situación de discapacidad, se tengan beneficios adicionales que les permita alcanzar una equidad en términos de resultados, para el caso la calidad en salud y la calidad de vida de estos usuarios.

Para ello se contempla la suma de esfuerzos de diversos programas de prevención y promoción de la salud incorporando acciones enfocadas a garantizar la atención integral y la prestación de servicios de rehabilitación con calidad a población con discapacidad. Es por esto que el Plan decenal de Salud Pública 2012 – 2021 establece en este aspecto como objetivo general la prevención de la discapacidad en la población general del país y la contribución a que las personas con discapacidad disfruten del derecho al más alto nivel posible de salud, sin discriminación, mediante el establecimiento de políticas públicas y estrategias en materia de información, prevención, detección temprana, atención médica, habilitación y rehabilitación. De igual forma se establece como meta para alcanzar al año 2021 que en Colombia se cuente con un adecuado modelo de atención integral en salud para personas con discapacidad, que permita promover el desarrollo de políticas públicas orientadas a mejorar las condiciones y entornos cotidianos para su desarrollo integral, para garantizar servicios de salud accesibles e incluyentes y asegurar la calidad y disponibilidad de los servicios y de la oferta de habilitación y rehabilitación centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad.

Es así que, se requiere diseñar y establecer un modelo de intervención que permita la equidad en la dispensación de medicamentos y que garantice el acceso oportuno de fármacos a la población en situación de discapacidad del municipio de Medellín.

7.2 Problema central

Dificultades de acceso a los servicios de dispensación de medicamentos de la población con discapacidad de movimiento en el municipio de Medellín.

7.3 Indicadores

✓ Escala de calidad de vida (SF-8) relacionada con la salud en personas discapacitadas en la ciudad de Medellín año 2012. (Doris Cardona Arango, 2014)

6.3% : Muy buena

40% : Buena

44.6% : Regular

9.1% : Mala

✓ Total de población asegurada donde se reporta la no entrega de medicamentos o entrega parcial de los mismos: 46,9%. (Ministerio de la Protección Social, 2005)

✓ Prevalencia de personas con discapacidad: 2,1%, afectando en mayor proporción a los mayores de 80 años y a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos (el 44,0 % pertenecía al estrato 1 y el 35,0% al estrato 2).

✓ Limitaciones que afectan a las personas con discapacidad:

Limitaciones relacionadas con la movilidad: caminar (51%) y desplazarse (29%)

Ver gráfica 2 (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud, 2013, pág. 92)

✓ Personas con discapacidad que acceden a los servicios de salud durante el 2012: 69%, de las cuales el 56% se encontraban afiliadas al régimen subsidiado; 32% al régimen contributivo, mientras el 9% no estaban afiliadas. Ver gráfica 3 (Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud, 2013, pág. 93)

✓ Carga global de enfermedad en Colombia año 2005: 280 AVAD totales por cada mil personas, 207 atribuibles a AVAD's de discapacidad y 73 por mil personas a AVAD's de mortalidad. (Nina Sofía Bustos Bermúdez, 2010)

AVAD: Años de vida ajustados por discapacidad. Son una medida de la carga de enfermedad, permiten estimar las pérdidas de salud para una población con respecto a las consecuencias mortales y no mortales de la enfermedad. Este indicador permite sintetizar en un único indicador la mortalidad, incidencia y discapacidad. Es un indicador de calidad de vida y determina la carga de enfermedad permitiendo estandarizar la información sobre muertes y discapacidad mediante el uso de un denominador común: años perdidos.

El AVAD se calcula. $AVAD = AVP + AVD$

Donde AVP: años de vida perdidos por muerte prematura y AVD: años vividos con discapacidad.

7.4 Causas

7.4.1 Causas directas

La inequidades existentes en la oportunidad en la entrega de medicamentos que se presenta en población en situación de discapacidad tienen inicio en el modelo de salud existente

en Colombia, el cual está diseñado para que todos los usuarios al acceder a los servicios de salud y medicamentos tengan la obligación de desplazarse a oficinas y servicios farmacéuticos ubicados en diferentes puntos de la ciudad para solicitar las autorizaciones y reclamar los medicamentos prescritos por el médico. Dicho modelo no contiene un sistema de información diferenciador que garantice desde el servicio farmacéutico el acceso a los medicamentos, sumado a las dificultades físicas y neurológicas que dificultan la movilidad de esta población para realizar estas actividades relacionadas con el desplazamiento a los sitios donde reclaman las autorizaciones medicamentos y aun requiriendo en la mayoría de las ocasiones una persona ya sea familiar u otras para ir a realizar los trámites y poder acceder a los medicamentos prescritos por el médico.

7.4.2 Causas indirectas

Como causas indirectas a las dificultades existentes al acceso a medicamentos y que se presenta en población en situación de discapacidad con dificultades de movilidad, se encuentra las siguientes:

- ✓ Ausencia de un programa de dispensación de medicamentos asociado a la falta de sistemas de información que permiten el control de la dispensación oportuna.
- ✓ Dificultades de articulación entre los actores gubernamentales y privados que administran la salud
- ✓ Dificultades económicas para transporte a los servicios de salud donde reclaman los medicamentos.
- ✓ Dificultades familiares para realizar trámites en salud, y falta de red de apoyo familiar.

- ✓ Ausencia de transporte público adecuado y económico a la población en situación de discapacidad.

7.5 Efectos

7.5.1 Efectos directos

Las dificultades de acceso a los medicamentos por parte de la población en situación de discapacidad con deterioro de la función de movilidad presenta efectos relacionados directamente con el tratamiento farmacológico instaurado por un profesional de la salud para una determinada patología, situación que conlleva necesariamente al deterioro de las condiciones de salud de esta población y a un deterioro de las condiciones económicas del discapacitado y de su familia ya que en muchas de las ocasiones al no poder reclamar la terapia medicamentosa esta debe ser adquirida de forma particular y en el mismo deterioro de las condiciones de salud todos los gastos económicos que implican la recuperación de la salud del discapacitado, esto obedece a un modelo de acceso a medicamentos insuficiente e inequitativo para la población discapacitada y servicios de salud que no aseguran la calidad y disponibilidad de los servicios y no se encuentra centrada en las necesidades y características de las personas con discapacidad.

7.5.2 Efectos indirectos

El deterioro de las condiciones de salud de los discapacitados y deterioro de las condiciones económicas de este y su familia, necesariamente conllevan a un incremento en la morbimortalidad de la población en situación de discapacidad y una disminución en la esperanza de vida de los discapacitados.

7.6 Diagrama árbol de problemas

El diagrama de árbol de problemas es una técnica que ayudó a desarrollar ideas creativas permitiendo identificar el problema central de importancia en la comunidad y organizar la información recolectada, generando un modelo de relaciones causales que lo explican. Esta técnica facilitó la identificación y organización de las causas y consecuencias del problema, elaborando un modelo causal para la formulación de un proyecto.

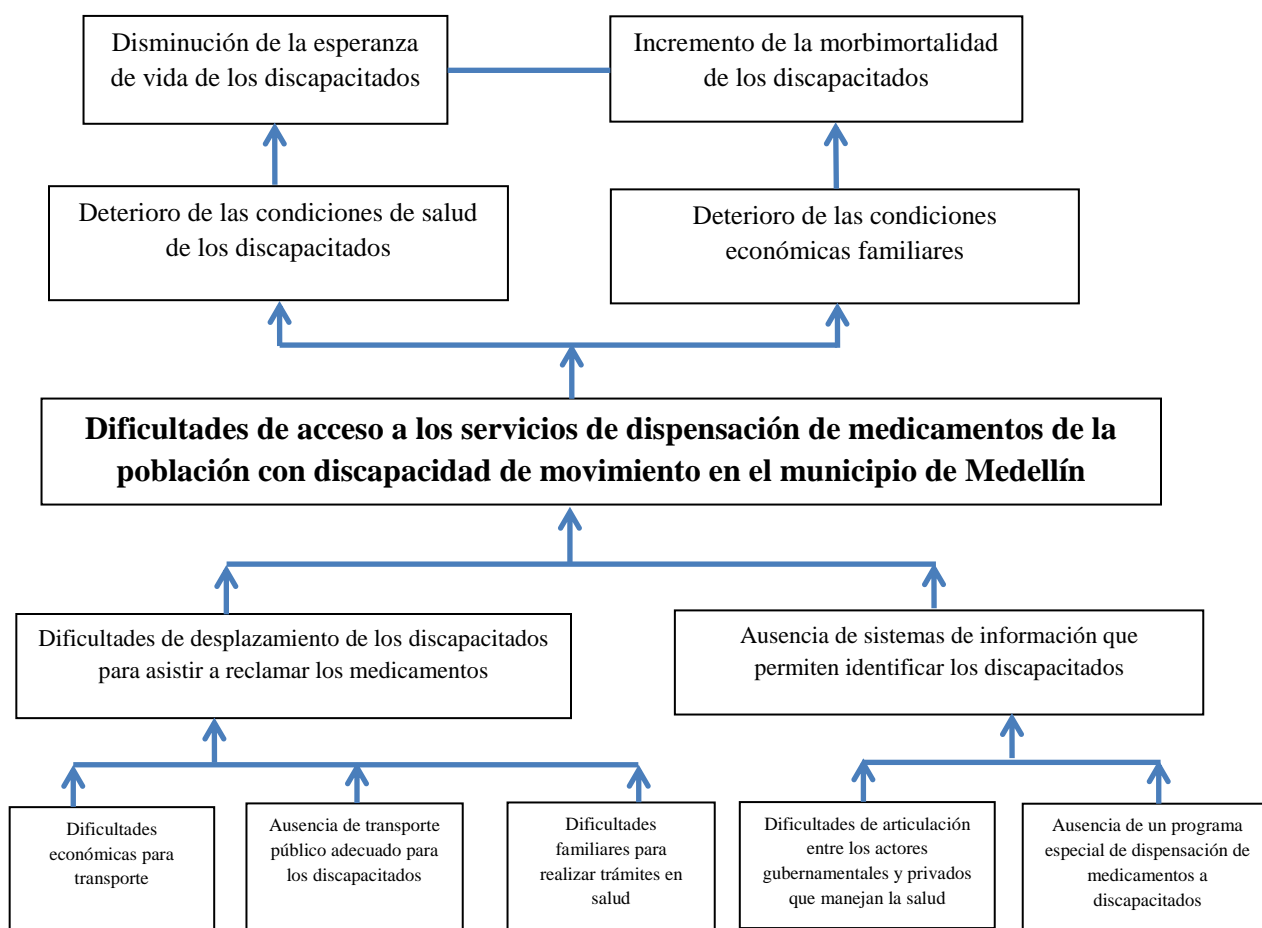


Diagrama 1. Árbol de problemas. Diagrama propio.

7.7 Diagrama árbol de objetivos

Para la elaboración del árbol de objetivos se partió del árbol de problemas y el diagnóstico. Fue necesario revisar el problema y convertirlo en un objetivo realista y deseable tomando en cuenta su viabilidad y planteándolo en términos cualitativos. De la misma forma, las causas se convierten en medios y los efectos en fines obteniendo un resultado con la misma estructura del árbol de problemas y determinando finalmente las áreas de intervención que se plantea el proyecto.

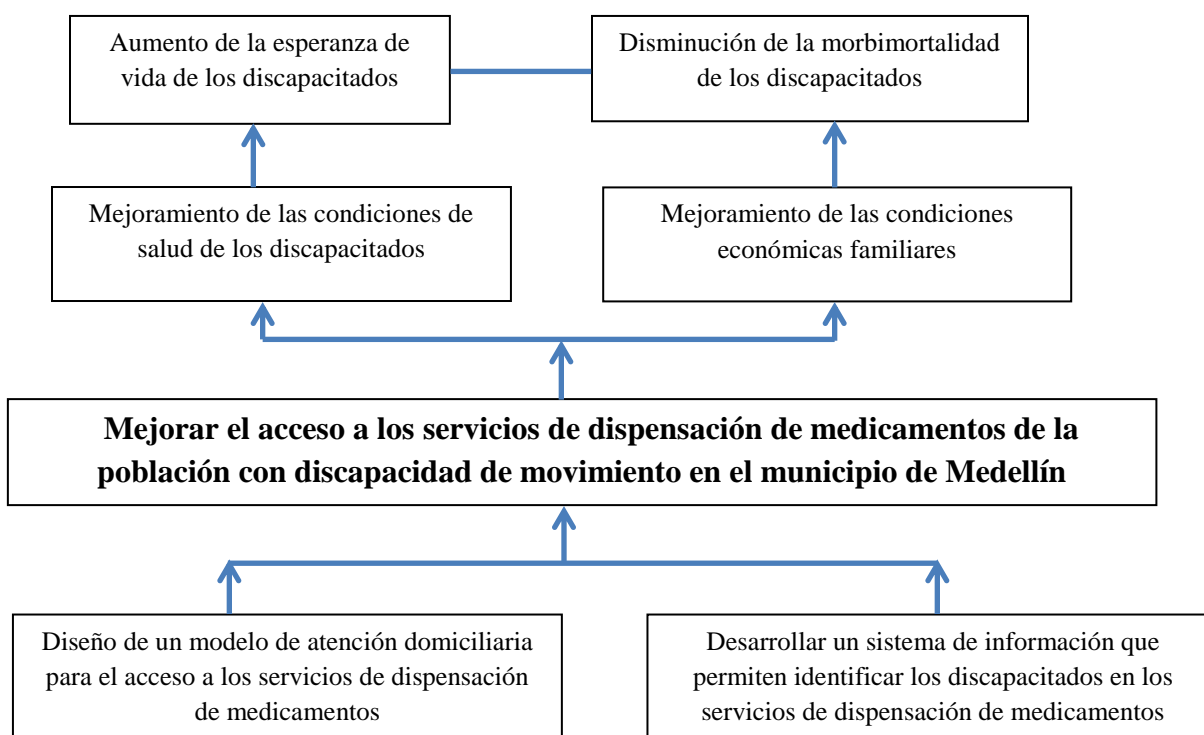


Diagrama 2. Árbol de objetivos. Diagrama propio.

8. Análisis de involucrados

8.1 Contextualización del análisis a realizar

El Sistema Nacional de Discapacidad (SND) organizado por la Ley 1145 de 2007 busca garantizar la articulación de las políticas, los recursos y la atención a las personas en situación de discapacidad en el nivel nacional y territorial. Su propósito como mecanismo de articulación se da a través de la optimización de los recursos y la organización de la oferta de programas y servicios, incluyendo la evaluación de su alcance en términos de cobertura. Por tanto se realizó análisis de los posibles involucrados a nivel nacional, entre ellos instituciones privadas, entidades públicas nacionales, las organizaciones de personas con y en situación de discapacidad y la sociedad civil, entre otros; como se observa en la tabla 3.

8.2 Matriz de análisis de involucrados

Luego de realizar una lluvia de ideas y de establecer una lista de grupos de interés, se procedió a realizar el listado de los grupos que apoyan y se oponen al proyecto terminando con el análisis y cuantificación de los involucrados. Ver tabla 3 grupos de interés Apéndice B y tabla 4 matriz de análisis de involucrados Apéndice C.

Se recogió información sobre la posición de cada uno de los involucrados frente al problema y se evaluó la fuerza e intensidad. La escala utilizada permitió encontrar 32 involucrados de los cuales 14 son indiferentes a la propuesta y 18 favorecedores al proyecto. No se encontraron opositores al proyecto, sin embargo se espera obtener respaldo por medio de

estrategias de comunicación no solo de los favorecidos, también de algunos sectores del grupo de indiferentes.

8.3 Población objetivo

Para seleccionar la población objetivo se tomó los datos procesados por la Secretaría de Salud de Medellín.

Tabla 5

Población objetivo

Población		
Localización Población Afectada	Medellín, Antioquia	
Población de Medellín	Cantidad: 2.651.701	Fuente: DANE
Población con Discapacidad	Cantidad: 55.109	Secretaría de salud de Medellín
Población Objetivo a beneficiar con el potencial proyecto (39.4% de los pacientes con discapacidad de movimiento)	Cantidad: 21.713	Fuente: (Alcaldía de Medellín, 2014)
Características principales	Personas en situación de discapacidad de movimiento del municipio de Medellín	

La población objeto seleccionada corresponde según los datos de la Secretaría de Salud de Medellín y sus estadísticas presentan discapacidad de movimiento los cuales son el 39.4% del total que corresponde a 21.713 habitantes con discapacidad de la ciudad de Medellín. Ver la gráfica 1 según Apéndice D.

9. Análisis de soluciones

9.1 Descripción de la iniciativa

Las permanentes dificultades por las que cursan las personas con discapacidad para acceder a los servicios de salud por razones de la tramitología de parte de las entidades que autorizan la prestación de servicios es decir las Empresas Promotoras Salud (EPS) generan dificultades de acceso a los medicamentos cuando estos son prescritos como tratamiento farmacológico. La solución que se plantea ante estas dificultades expuestas es una propuesta que planea mejorar el acceso a los servicios de dispensación de medicamentos de esta población que en situación de discapacidad por medio del diseño e implementación de un modelo de atención domiciliaria el cual comprende los usuarios de las 22 EPS que tienen presencia en el municipio de Medellín y las cuales cuentan con un sistema de información que permiten identificar los usuarios discapacitados para posterior a la prescripción de una terapia medicamentosa se active un mecanismo que permita realizar la dispensación de forma oportuna en la casa o trabajo del discapacitado, garantizando así el acceso a los medicamentos y mejorando el tratamiento farmacológico y la calidad de vida de esta población en situación de inequidad frente a la sociedad.

9.2 Localización. Factores analizados para la localización de la alternativa

El proyecto se implementará en el municipio de Medellín el cual concentra el 38% de la población del departamento de Antioquia con una población de dos millones cuatrocientos ochenta y seis mil setecientos veinte tres (2.486.723) habitantes (DANE, 2016) lo que la hace la

ciudad más poblada de departamento. Así mismo en Medellín existe la mayor población de discapacitados del departamento, por lo que se selecciona a 21.713 habitantes con discapacidad de movilidad de la ciudad de Medellín y los cuales se encuentran identificados según el Registro para la localización y caracterización de personas con discapacidad del Ministerio de Salud y Protección Social.

9.3 Aporte a la política pública. Local, regional y nacional

El presente proyecto que busca intervenir la dispensación oportuna de medicamentos en pacientes en situación de discapacidad en el municipio de Medellín, se encuentra alineado con las políticas públicas del país y favorece al desarrollo y cumplimiento de los objetivos y metas proyectadas en los planes de desarrollo nacional.

Con relación al plan de desarrollo departamental Antioquia Pensando en Grande 2016 – 2019 se trabajó con el anteproyecto el cual cuenta desde el 1 de abril con el concepto del Consejo Territorial de Planeación (CTPD) el cual es el resultado de 9 Consejos Consultivos Subregionales en los que participaron 1200 personas, el cual incluye el programa de discapacidad para el departamento en la línea estratégica 3 Equidad Social Y Movilidad. Este proyecto el cual le falta pasar por la aprobación de la Asamblea departamental.

Con relación al plan de desarrollo municipal Medellín cuanta con vos 2016 – 2019 se trabajó con el anteproyecto el cual establece el programa Ser Capaz: personas con discapacidad, familiares y cuidadores que hace parte del Reto 2. Medellín Digna que aporta a la Dimensión 3: Un nuevo modelo de equidad social. Ver tabla 6.

Tabla 6*Plan de desarrollo nacional, departamental y municipal*

Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 “Todos por un nuevo país”
Pilar: VI Movilización Social.
Objetivo: Garantizar los mínimos vitales y avanzar en el fortalecimiento de las capacidades de la población en pobreza extrema para su efectiva inclusión social y productiva (Sistema de Promoción Social).
Estrategia: Garantizar la inclusión social y productiva de las personas con discapacidad (PcD).
Programa: Implementación de la política pública nacional de discapacidad e inclusión social en el ámbito nacional y territorial.
Indicador de seguimiento al DNP: Sistema Nacional de Discapacidad (SND).
Unidad medida del indicador: Ruta de atención intersectorial para las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.
Meta del indicador: Aumento de la cobertura del Registro para la Localización y Caracterización de las Personas con Discapacidad (RLCPD).
Plan De Desarrollo Antioquia Pensando en Grande 2016- 2019
Línea Estratégica 3: Equidad Social Y Movilidad.
Objetivo: Fortalecer la gestión del Sistema Departamental de Discapacidad, en favor de la inclusión y el goce efectivo de derechos de las personas con discapacidad.
Indicador y meta: Política pública implementada de personas en situación de discapacidad.
Programa 1: Población en Situación de Discapacidad.
Meta de producto: % de municipios con caracterización de personas en situación de discapacidad en el Registro de Localización de Personas con Discapacidad.
Proyecto: Sin definir.
Plan de Desarrollo Municipal “Medellín cuanta con vos”
Dimensión 3: Un nuevo modelo de equidad social.
Componente: Reto 2. Medellín Digna.
Objetivo de la línea: Mejorar de manera significativa las condiciones de vida de los ciudadanos promoviendo así el reconocimiento y el respeto por el otro.
Indicador y meta de resultado
Programa: Ser Capaz: personas con discapacidad, familiares y cuidadores.
Indicado producto: Componente de vulnerabilidad del IMCV mejorado.
Proyecto: Sin definir.

9.4 Análisis del mercado

Al realizar el análisis del mercado podemos encontrar que la población discapacitada en el municipio de Medellín es de 55.109 personas de las cuales el 39.4% es decir 21.713 son discapacitados con problemas de movilidad. Existe un dato adicional el cual sirve para diferenciar las personas que acceden a los servicios de salud en la que encontramos que el 69% de la población asegurada accede a servicios de salud y por lo tanto estos 14.982 discapacitados son susceptibles de que se les prescriba medicamentos y población beneficiaria directamente del proyecto. De otra parte, al 46.9% de los pacientes a los que se les prescribe medicamentos les hacen entregas parciales o no les entregan los medicamentos en los servicios farmacéuticos, es decir 7.027 personas específicas en la se podría encontrar un impacto importante con el acceso a los medicamento y su oportunidad en la entrega. Ver tabla 7 sobre los criterios para análisis del mercado.

Tabla 7

Criterio para análisis de mercado

Criterios para el análisis del mercado	Total de discapacitados
Población Objetivo o a beneficiar con el potencial proyecto (39.4% de los pacientes con discapacidad de movimiento)	21.713
Personas con discapacidad que acceden a los servicios de salud (69%)	14.982
Total de población asegurada donde se reporta la no entrega de medicamentos o entrega parcial de los mismos: 46,9%	7.027

Por lo anterior, se considera realizar la dispensación de medicamentos en casa y de forma mensual a los 14.982 discapacitados de los cuales 7.027 no reclaman los medicamentos o los reclaman de forma incompleta, estos discapacitados no tendrán necesidad de desplazarse a los servicios donde se autorizan los medicamentos ni a los servicios farmacéutico donde se reclama

los medicamentos. Así mismo se realizará de forma adicional valoración médica completa según consultas médicas domiciliaria dos veces al año, y se brindará el servicio de seguimiento farmacoterapéutico donde el farmacéutico realiza valoración relacionada con el uso adecuado de los medicamentos dos veces al año.

9.5 Objetivo general

Mejorar el acceso a los servicios de dispensación de medicamentos de la población con discapacidad de movimiento en el municipio de Medellín.

9.6 Objetivos específicos

- ✓ Diseñar e implementar un modelo de atención domiciliaria que garantice el acceso a los medicamentos para la población en situación de discapacidad de movimiento en el municipio de Medellín.
- ✓ Desarrollar un sistema de información que permiten identificar los discapacitados en los servicios farmacéuticos del municipio de Medellín.

10. Matriz de análisis de riesgos

Los riesgos pueden llegar a afectar el normal desarrollo del mismo en caso de que estos se manifiesten, por lo tanto se procede a evaluar cada uno de ellos considerando su impacto y probabilidad de ocurrencia. Entendiéndose por impacto las consecuencias o efectos que pueden ocasionar la materialización del riesgo, mientras que la probabilidad se entiende como la medida para estimar la posibilidad de que ocurra un riesgo. Con esta información se plantean medidas de mitigación, información que se puede encontrar en la tabla 8 Apéndice E.

11. Costos de la alternativa

11.1 Estructura de desglose de trabajo

Evaluated el objetivo general y los objetivos específicos y luego de establecer los productos y las actividades a desarrollar, se definió que entre los insumos requeridos se encuentra papelería, equipos de cómputo, transporte de medicamentos y de recurso humano, insumos para almacenamiento y conservación de medicamentos, recurso humano entre el que encontramos personal administrativo, médicos, farmacéuticos, auxiliares entre otros.

Desde las actividades departamentales de salud se considera aportar al proyecto la suma de \$791.072.961, recursos que serían destinados a la construcción de la línea base para la medición de indicadores al inicio del proyecto y como resultado del seguimiento anual durante los cuatro años que dura el proyecto, así como todo lo relacionado con el diseño de la estrategia de comunicación la cual irá dirigida a la población Antioqueña, pasando por la construcción del sistema de información que homologaría una base de datos de dispensación de medicamentos y por último el seguimiento constante por medio de actividades de análisis de datos y de acciones de inspección vigilancia y control a los servicios farmacéuticos y EPS que intervienen en el proyecto.

Se requiere la suma de \$19.313.745.349 en contrapartidas, por lo que se tiene considerada a la Secretaría de Salud de Medellín con el aporte de \$12.000.000.000, las 22 EPS ubicadas en Medellín con aportes ponderados por población discapacitada y con un aporte total de \$3.120.000.000 recursos que corresponden al costo de las consultas a los discapacitados.

Los recursos faltantes que suma \$4.193.745.349 se consideran gestiones para conseguir aportes con cooperantes internacional y de la cual se anexa un listado de posibles cooperantes que demuestran programas relacionados con las personas en situación de discapacidad. Ver tabla 9 sobre cooperantes internacionales en discapacidad según Apéndice F.

Estos recursos económicos serán invertidos en el proyecto en actividades relacionadas principalmente con el pago de recurso humano que va desde los mensajeros, auxiliares, pasando por los químicos farmacéuticos y médicos y todas las actividades relacionadas con la entrega de medicamentos a domicilio de 14.982 personas discapacitadas, así:

Un médico en atención domiciliaria servicio habilitado por prestadores de servicios de salud, el cual realiza 10 consultas día y al laborar 20 días mensuales, realiza un promedio de 200 consultas domiciliarias mensuales médico y al contar con 13 médicos en el proyecto se promedia 2.600 consultas mensuales y 31.200 consultas anuales para 14.982 pacientes en situación de discapacidad con promedio de dos visitas médicas año por paciente. Cada médico cuenta con un promedio mensual de \$2.500.000 en transporte.

Un químico farmacéutico en seguimiento farmacoterapéutico en atención domiciliaria realiza 10 consultas día y al laborar 20 días mensuales, realiza un promedio de 200 consultas farmacéuticas mensuales que al contar con 13 farmacéuticos se promedia 2.600 consultas farmacéuticas mensuales y 31.200 consultas anuales para 14.982 pacientes en situación de discapacidad con promedio de dos visitas farmacéuticas año por paciente. Cada farmacéutico cuenta con un promedio de transporte mensual de \$2.000.000.

Un mensajero realiza 25 entregas de medicamentos a domicilios y trabaja 20 días mensuales lo que genera un promedio de 500 domicilios mensuales y al contar con 30 domiciliarios mes se promedia 15.000 domicilios mensuales calculados para un total mensual de

14.982 pacientes en situación de discapacidad según el estudio de mercado. Es así que cada mensajero requiere mensualmente \$2.000.000 en combustible para un total de \$2.880.000.000 en el cuatrienio para los 30 domiciliarios y un gasto en logística mensual mensajero de \$850.000 para un total de \$1.224.000.000 en el mismo periodo de 4 años.

Es así que, el proyecto tiene un costo total para el cuatrienio de \$ 20.104.818.309 calculando un 10% en su administración por valor de \$1.703.798.162, y una interventoría y estampillas por el 4% el cual suma en total \$681.519.265 cada uno.

Por último se considera mencionar que en el proyecto no se costó los medicamentos a entregar a los discapacitados ya que dicha población se encuentra registrada en el sistema general de seguridad social en salud en el régimen ya sea contributivo o subsidiado por lo que el costo de estos medicamentos son cubiertos por el plan obligatorio de salud.

11.2 Estructura de costos

La preparación de los costos del proyecto inicia en la etapa de planificación y se calcula según los presupuestos cotizados de cada una de los rubros entre los que se tiene la mano de obra, la cual es la más cara del presente proyecto, seguida de los materiales, equipos y alquiler, transporte entre otros. Estos rubros de costos se encuentran asociados a entregables del proyecto como las actividades y productos de forma que se construirá una línea base de costos del proyecto, que será usada para comparar costos presupuestados contra los costos reales en la ejecución y el cual establece la línea base para la consecución de los recursos y la financiación del proyecto. Ver siguiente tabla.

Tabla 10

Costos totales del proyecto en el cuatrienio

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	PRODUCTOS	ACTIVIDADES	INSUMOS	UNIDAD	CANTIDAD	VALOR UNIDAD	AÑO 1 Contrapartida	AÑO 1 Recursos propios SSSA	AÑO 2 Contrapartida	AÑO 2 Recursos propios SSSA	AÑO 3 Contrapartida	AÑO 3 Recursos propios SSSA	AÑO 3 Contrapartida	AÑO 4 Recursos propios SSSA	TOTAL CUATRIENIO			
Mejorar el acceso a los servicios de dispensación de medicamentos de movimiento en el municipio de Medellín	Diseñar e implementar un modelo de atención domiciliar que garantice el acceso a los medicamentos para la población en situación de discapacidad de movimiento, en el municipio de Medellín.	Medición de indicadores epidemiológicos (construcción de línea base) y seguimiento	Contratación de estudios (medición indicadores - línea base)	Papelaría	Global anual	1	\$20.000		\$20.000							\$20.000			
				Recurso humano (Profesional)	Días/año	30	\$192.200		\$5.766.000									\$5.766.000	
				Diseño de estudios (medición indicadores - línea base)	Papelaría	Global anual	1	\$50.000		\$50.000								\$50.000	
				Recurso humano (Profesional)	Días/año	60	\$192.200		\$11.532.000									\$11.532.000	
				Ejecución y resultados	Papelaría	Global anual	1	\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000	\$50.000	\$200.000	
				Transporte	Global anual	1	\$500.000		\$500.000		\$500.000		\$500.000		\$500.000	\$500.000	\$2.000.000		
				Equipos	Mes/uso/año	1	\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000	\$200.000	\$800.000		
				Recurso humano (Profesional)	Días/año	60	\$192.200		\$11.532.000		\$11.993.280		\$12.473.010		\$12.943.740	\$12.943.740	\$48.970.220		
				Diseñar un programa de dispensación de medicamentos en casa ajustado a la población en situación de discapacidad en la ciudad de Medellín	Equipos	Mes/uso	1	\$200.000	\$200.000	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$200.000	
				Recurso humano (Profesional)	Días/año	30	\$192.200		\$5.766.000									\$5.766.000	
			Diseñar un plan y la logística para la distribución de medicamentos por comunas	Transporte	Global anual	1	\$500.000		\$500.000								\$500.000		
			Equipos	Mes/uso	1	\$200.000		\$200.000									\$200.000		
			Recurso humano (Profesional)	Días/año	30	\$192.200		\$5.766.000									\$5.766.000		
			Dispensación de medicamentos en casa o trabajo del paciente o en casa de familiar	Papelaría	Global Mensajero	1	\$500.000		\$500.000		\$500.000		\$500.000		\$500.000	\$500.000	\$2.000.000		
			Recurso humano (Mensajero)	Mensajeros	30	\$1.085.000		\$390.600.000		\$406.224.000		\$422.472.960		\$439.371.720		\$459.668.680			
			Logística	Mes	12	\$850.000		\$306.000.000		\$306.000.000		\$306.000.000		\$306.000.000		\$306.000.000	\$1.224.000.000		
			Combustible	Mes	12	\$2.000.000		\$720.000.000		\$720.000.000		\$720.000.000		\$720.000.000		\$720.000.000	\$2.880.000.000		
			Papelaría	Global anual	1	\$25.000		\$25.000		\$25.000		\$25.000		\$25.000		\$25.000	\$100.000		
			Transporte	Mes/profesional	1	\$2.000.000		\$312.000.000		\$312.000.000		\$312.000.000		\$312.000.000		\$312.000.000	\$1.248.000.000		
			Equipos	Unidad	7	\$3.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000	\$21.000.000		
			Mantenimiento computador	Unidad	7	\$200.000		\$0		\$1.400.000		\$1.400.000		\$1.400.000		\$1.400.000	\$4.200.000		
			Recurso humano (Profesional)	Farmacéuticos	30	\$5.766.000		\$899.496.000		\$935.475.840		\$972.894.780		\$1.011.810.540		\$1.011.810.540	\$3.819.677.160		
			Seguimiento clínico terapéutico paciente discapacitado	Papelaría	Global anual	1	\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$200.000		
			Transporte	Mes/profesional	1	\$2.500.000		\$390.000.000		\$390.000.000		\$390.000.000		\$390.000.000		\$390.000.000	\$1.560.000.000		
			Equipos	Unidad	7	\$3.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000	\$21.000.000		
			Mantenimiento computador	Unidad	7	\$200.000		\$0		\$1.400.000		\$1.400.000		\$1.400.000		\$1.400.000	\$4.200.000		
			Recurso humano (Profesional)	Médicos/mes	30	\$5.766.000		\$899.496.000		\$935.475.840		\$972.894.780		\$1.011.810.540		\$1.011.810.540	\$3.819.677.160		
			Valoración clínica médica periódica	Papelaría	Global anual	1	\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$200.000		
			Transporte	Mes/profesional	1	\$2.500.000		\$390.000.000		\$390.000.000		\$390.000.000		\$390.000.000		\$390.000.000	\$1.560.000.000		
			Equipos	Unidad	7	\$3.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000		\$21.000.000	\$21.000.000		
			Mantenimiento computador	Unidad	7	\$200.000		\$0		\$1.400.000		\$1.400.000		\$1.400.000		\$1.400.000	\$4.200.000		
			Recurso humano (Profesional)	Médicos/mes	30	\$5.766.000		\$899.496.000		\$935.475.840		\$972.894.780		\$1.011.810.540		\$1.011.810.540	\$3.819.677.160		
			Estrategia de información, educación y comunicación	Profesional universitario	Días/año	60	\$192.200		\$0	\$11.532.000		\$0	\$11.993.280		\$12.473.010		\$0	\$48.970.220	
			Desarrollar la estrategia de comunicación	Contratos con radio y TV	Años	4	\$100.000.000		\$0	\$100.000.000		\$0	\$100.000.000		\$100.000.000		\$0	\$400.000.000	
			Desarrollar un sistema de información que permitan identificar los discapacitados en los servicios farmacéuticos de cada EPS	Desarrollo sistema de información de dispensación de medicamentos pacientes discapacitados	Diseñar un sistema de información	Equipos	Unidad	1	\$4.000.000		\$4.000.000		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$4.000.000	
		Mantenimiento computador				Unidad	1	\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000	\$600.000
		Recurso humano (Profesional)				Mes	3	\$5.766.000		\$17.298.000		\$17.298.000		\$17.298.000		\$17.298.000		\$17.298.000	\$51.798.000
		Pruebas y compilación del sistema de información			Transporte	Global anual	1	\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000	\$400.000
					Recurso humano (Profesional)	Mes	6	\$5.766.000		\$34.596.000		\$34.596.000		\$34.596.000		\$34.596.000		\$34.596.000	\$134.596.000
		Ejecución del sistema de información (incluye capacitación)			Transporte	Global anual	1	\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000	\$400.000
					Recurso humano (Profesional)	Mes	3	\$5.766.000		\$17.298.000		\$17.298.000		\$17.298.000		\$17.298.000		\$17.298.000	\$51.798.000
		Identificación y clasificación de población discapacitada de cada EPS			Invitación al programa	Equipos	Unidad	1	\$4.000.000		\$4.000.000		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$4.000.000
						Mantenimiento computador	Unidad	1	\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000		\$200.000
		Registro de participantes en sistema de información			Auxiliar administrativo	Unidad	1	\$1.395.000		\$16.740.000		\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$16.740.000
			Recurso humano (Auxiliar)	Mes	1	\$1.395.000		\$16.740.000		\$17.409.600		\$18.105.984		\$18.830.220		\$18.830.220	\$71.085.804		
		Seguimiento al cumplimiento por parte de los servicios farmacéuticos	Seguimiento a la dispensación de medicamentos en la población discapacitada.	Equipos	Mes	2	\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000		\$400.000	\$1.600.000	
				Recurso humano (Tecnólogo)	Regente	60	\$116.250		\$6.975.000		\$7.254.000		\$7.544.160		\$7.845.926		\$8.142.092	\$29.619.086	
		Realizar visitas de inspección y vigilancia (IV) a los servicios farmacéuticos autorizados para la dispensación	Realizar visitas de inspección y vigilancia (IV) a los servicios farmacéuticos autorizados para la dispensación	Papelaría	Global anual	1	\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$50.000		\$200.000		
				Transporte	Días/año	44	\$15.000		\$660.000		\$660.000		\$660.000		\$660.000		\$660.000	\$2.640.000	
				Recurso humano (Tecnólogo)	Regente	2	\$116.250		\$116.250		\$10.230.000		\$10.639.200		\$11.064.768		\$11.507.320	\$43.441.288	
				SUBTOTAL					\$ 4.010.079.000	\$ 233.489.000	\$ 4.026.160.280	\$ 143.939.760	\$ 4.117.943.504	\$ 145.614.948	\$ 4.213.398.020	\$ 147.357.106	\$ 17.037.981.618		
				ADMINISTRACIÓN 10%					\$ 401.007.900	\$ 23.348.900	\$ 402.616.028	\$ 14.393.976	\$ 411.794.350	\$ 14.561.495	\$ 421.339.802	\$ 14.735.711	\$ 1.703.798.162		
				INTERVENTORÍA 4%					\$ 160.403.160	\$ 9.339.560	\$ 161.046.411	\$ 5.757.590	\$ 164.717.740	\$ 5.824.598	\$ 168.535.921	\$ 5.894.284	\$ 681.519.265		
				ESTAMPILLA 4%					\$ 160.403.160	\$ 9.339.560	\$ 161.046.411	\$ 5.757.590	\$ 164.717.740	\$ 5.824.598	\$ 168.535.921	\$ 5.894.284	\$ 681.519.265		
				TOTAL POR AÑO					\$ 4.731.893.220	\$ 275.517.020	\$ 4.750.869.130	\$ 169.848.917	\$ 4.859.173.335	\$ 171.825.639	\$ 4.971.809.664	\$ 173.881.385	\$ 20.104.818.309		
				Total Contrapartidas					\$	\$ 19.313.745.349		\$	\$ 19.313.745.349		\$	\$ 19.313.745.349			
				Total recursos Secretaría Departamental de Salud					\$	\$	\$ 791.072.961		\$	\$	\$ 791.072.961		\$		
				TOTAL PROYECTO					\$	\$	\$ 20.104.818.309		\$	\$	\$ 20.104.818.309		\$		

12. Valoración de ingresos y beneficios

12.1 Identificación y definición

Aunque los costos de la disminución del bienestar de las personas en condición de discapacidad no pueden ser medidos con exactitud, es posible estimar en dónde están centrados dichos costos. La dependencia de una persona con discapacidad conlleva que otro miembro de la familia vea reducida su participación laboral y de igual forma una persona con discapacidad que no puede trabajar reduce la renta total potencial de la familia, forzando a los otros miembros a trabajar más o acarreado a la familia una pobreza progresiva.

De esta forma, los beneficios brindados por el proyecto se establecen principalmente asociado a la calidad de vida de los discapacitados que sufren dificultades de movilidad y las de sus familias ya que no se deben desplazar a realizar los trámites de autorizaciones y reclamo de medicamentos lo que conlleva necesariamente a mejorar su bienestar.

El mejoramiento en el uso del tiempo de los discapacitados como de sus familias por no tener la necesidad de desplazarse necesariamente impacta en el bienestar del discapacitado sumado a ahorro en gastos económicos relacionado con el transporte para reclamar los medicamentos o el ahorro en la compra de medicamentos que no fueron reclamados por el paciente o su familia.

Con lo anterior se demuestra que la población al acceder a los recursos les permite aprovechar todo su potencial en salud y las posibilidades de generar bienestar y mejorar la calidad de vida se incrementan positivamente en esta población.

12.2 Cuantificación de beneficios

Se procede a calcular los siguientes beneficios:

- a) Ahorro en gastos de transporte.
- b) Ahorro en gastos de medicamentos.
- c) Ahorro en citas médicas en las instalaciones de la institución prestadora de servicios de salud.

12.2.1 Ahorro en gastos de transporte.

Ahorro en el gasto de transporte para el desplazamiento de los discapacitados y su acompañante. Ver siguiente tabla.

Total de pacientes: 14.982

Costo promedio mes traslado: \$20.000

Tabla 11

Ahorro en gastos de transporte

Descripción	Valor mes paciente	Valor año	Cantidad pacientes	Valor total cuatrienio
Ahorro en el gasto de transporte	\$20.000/ traslado paciente mes	\$240.000 paciente año	14.982 pacientes año	\$14.382.720.000

12.2.2 Ahorro en gastos de medicamentos.

Ahorro en el gasto para la compra de medicamentos por discapacitado. Ver siguiente tabla.

Total de pacientes: 7027 (Aplica solamente a pacientes que no reclaman los medicamentos)

Gasto promedio mes paciente discapacitado: \$50.000

Tabla 12*Ahorro en gastos de medicamentos*

Descripción	Valor mes paciente	Valor año	Cantidad pacientes	Valor total cuatrienio
Ahorro en gasto de medicamentos	\$50.000/ paciente mes	\$600.000 paciente año	7027 pacientes año	\$16.864.800.000

12.2.3 Ahorro en citas médicas en las instalaciones de la institución prestadora de servicios de salud.

Ahorro en citas médicas de la IPS. Ver siguiente tabla.

Total de pacientes: 14.982

Total de consultas médicas anuales ahorradas: 15.600

Costo promedio cita médica: \$25.000

Tabla 13*Ahorro en citas médicas por parte de la IPS*

Descripción	Cantidad paciente	Consultas médicas anuales	Costo promedio consulta	Valor total cuatrienio
Ahorro en citas médicas	14.982 pacientes año	31.200 citas año	\$25.000 consulta	\$3.120.000.000

Terminada la evaluación de beneficios la cual constituye un balance de las ventajas del proyecto y permite comparar los beneficios y los costos del proyecto con miras a determinar si el cociente que expresa la relación entre unos y otros presenta o no ventajas mayores que las que se obtendrían con proyectos distintos igualmente viables.

Por lo anterior los beneficios económicos totales del proyecto son \$34.367.520.000 los cuales se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 14*Total beneficios económicos*

Descripción	Valor mes paciente	Valor año	Cantidad pacientes	Valor total año	Valor total cuatrienio
Ahorro en el gasto de transporte	\$20.000/paciente /mes	\$240.000 paciente año	14.982 pacientes año	\$3.595.680.000,00	\$14.382.720.000,00
Ahorro en gasto de medicamentos	\$50.000/paciente /mes	\$600.000 paciente año	7027 pacientes año	\$4.216.200.000,00	\$16.864.800.000,00
Descripción	Cantidad paciente	Consultas médicas anuales	Costo promedio consulta	Valor total año	Valor total cuatrienio
Ahorro en citas médicas	14.982 pacientes año	31.200 citas año	\$25.000 consulta	\$780.000.000,00	\$3.120.000.000
Total Cuatrienio					\$34.367.520.000,00

Al realizar el análisis de la inversión encontramos lo siguiente:

12.3 Flujo de caja

El Flujo de Caja da cuenta de lo que ingresa y egresa en el proyecto y permite entender la liquidez en cada uno de los cuatro periodos en el que se desarrollará el proyecto el cual tiene un costo total para el cuatrienio de \$ 20.104.818.309 calculando administración, interventoría y estampillas.

De igual forma los beneficios fueron calculados por un valor de \$34.367.520.000, obteniendo un saldo positivo de \$14.262.701.691 como saldo acumulado en el cuatrienio, lo que significa que los ingresos de cada período son mayores a los egresos o gastos. Este flujo de caja puede ser observado en la siguiente tabla.

Tabla 15*Flujo de caja y valor actual neto VAN*

Egresos				
Egresos año 1	Egresos año 2	Egresos año 3	Egresos año 4	Total Egresos
\$ 5.007.410.240	\$ 4.920.718.047	\$ 5.030.998.973	\$ 5.145.691.049	\$ 20.104.818.309
Ingresos				
Ingresos año 1	Ingresos año 1	Ingresos año 1	Ingresos año 1	Total Ingresos
\$ 8.591.880.000	\$ 8.591.880.000	\$ 8.591.880.000	\$ 8.591.880.000	\$ 34.367.520.000
Total neto				
Total neto año 1	Total neto año 2	Total neto año 3	Total neto año 4	Total neto
\$ 3.584.469.760	\$ 3.671.161.953	\$ 3.560.881.027	\$ 3.446.188.951	\$ 14.262.701.691
Total Acumulado				
Total acumulado año 1	Total acumulado año 2	Total acumulado año 3	Total acumulado año 4	Total acumulado
\$ 3.584.469.760	\$ 7.255.631.713	\$ 10.816.512.739	\$ 14.262.701.691	\$ 14.262.701.691
Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	VAN
2016	2017	2018	2019	
\$ 3.584.469.760	\$ 3.671.161.953	\$ 3.560.881.027	\$ 3.446.188.951	\$ 10.851.727.421

Como conclusión tenemos que el valor actual neto VAN como herramienta financiera permite evaluar la rentabilidad del proyecto de inversión. Al revisar la inversión que realizaría la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, la Secretaría de Salud de Medellín y los cooperantes internacionales entre otros, se concluye que la inversión es rentable encontrando un VAN positivo y donde se puede ultimar que el proyecto es viable y se encuentra con una tasa de interés con un porcentaje del 12% con el que trabaja el Estado Colombiano para proyectos de inversión pública.

13. Matriz de marco lógico

13.1 Análisis horizontal

El análisis horizontal en la matriz de marco lógico permite evaluar la causa efecto entre los distintos niveles y esto da respuesta al cumplimiento y desarrollo de las actividades las cuales producen los componentes, estos a su vez producen los propósitos para luego cumplir el fin, siempre y cuando los supuestos identificados sean confirmados en la realidad de la ejecución del proyecto. Ver tabla 16 análisis horizontal según Apéndice G.

13.2 Análisis vertical

El análisis vertical en la matriz de marco lógico funciona en dos direcciones. Comienza desde la base de la columna y continúa con el cumplimiento de actividades, componentes, y propósitos hasta llegar al fin. Asimismo, la lógica vertical funciona a la inversa desde el fin pasando por los hasta llegar a las actividades. Ver tabla 17 análisis vertical según Apéndice H.

14. Cronograma de ejecución

El cronograma de ejecución del proyecto se encuentra relacionado de forma directa con las actividades a realizarse en cada uno de los productos y pretende conocer el momento en que cada actividad se debe llevar a cabo. Dicho cronograma es requisito fundamental para el proyecto y es una herramienta muy útil para los responsables de la ejecución pues con base en esta se especifican las actividades dentro de un plazo fijado, buscando optimizar recursos.

Este cronograma de ejecución de actividades debe ser revisado de forma periódica y de forma simultánea en el transcurso de la ejecución del proyecto ya que se pueden identificar necesidades de cambios y sirve también para registrar las tareas que se han completado y su secuencia de ejecución.

El presente cronograma no identifica los procesos y requisitos que se deben cumplir antes de la aprobación del proyecto, por ejemplo no concibe la gestión de financiamiento y en caso de que se tengan los recursos disponibles, es necesario organizar la parte contable y financiera (apertura de cuenta para manejar recursos), de manera que con base en un cronograma de inversiones se hagan los desembolsos correspondientes y se programen las demás actividades a realizar.

En la siguiente tabla, se puede observar las actividades para los cuatro años que dura el proyecto delimitados por los meses del año.

Tabla 18

Cronograma de ejecución del proyecto

Lista de referencias

- Alcaldía de Medellín. (2014). Situación de Salud de Medellín. Indicadores basicos 2014. Secretaría de Salud Alcaldía de Medellín, Antioquia, Medellín.
- Allard Soto, R. (Junio de 2015). El acceso a los medicamentos: conflictos entre derechos de propiedad intelectual y protección de la salud pública. *Acta Bioethica*, 3.
- Antecedentes sobre la Discapacidad. Capítulo III. (s.f.). Recuperado el 17 de Marzo de 2016, de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ledf/gomez_m_v/capitulo3.pdf
- Defensoría del Pueblo. (2012). La Tutela y el Derecho a la Salud. Defensoría del Pueblo. Recuperado el Febrero de 2016
- Doris Cardona Arango, A. A. (12 de Junio de 2014). Calidad de vida de las personas en situación de discapacidad física. Medellín, 2011. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), 137 - 146.
- García, J. A. (2004). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la Republica.
- Grech, S. (2008). Disability, Community & Rehabilitation. *International Journal of Disability*, 7(2).
- Instituto Nacional de Salud. Observatorio Nacional de Salud. (2013). Primer Informe ONS. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011. Bogotá, Cundinamarca. Bogotá: Imprenta Nacional de Colombia. Recuperado el 12 de Marzo de 12, de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/informe-final%20ONS.pdf>
- Julio César Gómez Beltrán, Clara Inés González de B. (Septiembre de 2008). Discapacidad en Colombia: Reto para la Inclusión en Capital Humano. Tomo I, 5, 47.

- Maza, B. A. (Julio - septiembre de 2007). La equidad en los servicios de salud. Revista Cubana de Salud Pública, 3. Recuperado el 2 de Marzo de 2016
- Ministerio de la Protección Social. (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Ministerio de la Protección Social. Bogotá: Arte Laser Publicidad Ltda.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Boletín Observatorio Nacional de Discapacidad. Ministerio de Salud y Protección Social, Cundinamarca, Bogotá.
- Naciones Unidas. (Octubre de 1956). El derecho a una vida normal: Ayuda internacional en la rehabilitación de personas con defectos físicos. Revista de las Naciones Unidas(284), 27.
- Naciones Unidas. (13 de Diciembre de 2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado el 14 de Marzo de 2016, de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Naciones Unidas. (24 de Enero de 2007). Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. (N. Unidas, Productor) Recuperado el 5 de Marzo de 2016, de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=617>
- Nina Sofía Bustos Bermúdez, L. F. (Enero de 2010). Medición de la carga de enfermedad. Recuperado el 11 de Marzo de 2016, de <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/1731/65770764-1.pdf?sequence=4>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). The Global Burden Of Disease 2004 UPDATE. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2015). Centro de Prensa OMS. (D. y. N°352, Productor) Recuperado el 13 de Marzo de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
- Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial. (2011). Informe mundial sobre la discapacidad. País Malta: Organización Mundial de la Salud.

Apéndice A

Tabla 2

Marco legal en Colombia sobre discapacidad

NORMA	AÑO	FUNDAMENTO
Ley 163	1994	Posibilidad de ejercer el derecho al sufragio "acompañados" hasta el interior del cubículo de votación. Art. 16
Ley 762	2002	Por medio de la cual se aprueba la "Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las PcD", suscrita en la ciudad de Guatemala, Guatemala, el siete (7) de junio de mil novecientos noventa y nueve (1999). Esta Convención fue ratificada por Colombia el 12 de abril de 2003.
Ley 909	2004	Regulan el empleo público y la carrera administrativa y en su Art 52 protege a las PcD
Ley 982	2005	Se establecen normas tendientes a la equiparación de oportunidades para las personas sordas y sordociegas y se dictan otras disposiciones.
Ley 1098	2006	Código de Infancia y Adolescencia se ocupa, entre otros, en los artículos 36, 43, 44, 46 y 142 de la protección de los menores con discapacidad.
Ley 1145	2007	Por medio de la cual se organiza el Sistema Nacional de Discapacidad.
Ley 1257	2008	Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres, se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones. Art. 20, 30,31
Ley 1306	2009	Por la cual se dictan normas para la protección de PcD mental y se establece el régimen de la representación de las PcD mental absoluta.
Ley 1346	2009	Por medio de la cual se aprueba la Convención de las PcD, adoptada por la Organización de las Naciones Unidas el 13 de Diciembre de 2006.
Ley 1275	2009	Se establecen lineamientos de Política Pública Nacional para las personas que presentan enanismo y se dictan otras disposiciones.
Resolución 0624	2010	Convocatoria para la elección de los representantes del Consejo Nacional de Discapacidad
Ley 1450	2011	Se aprueba el Plan de Desarrollo 2010 – 2014. Prosperidad para todos. Art. 176
Decreto 19	2012	Obligación de las entidades del Estado de generar mecanismos de atención preferencial a PcD
Resolución 3317	2012	Por la cual se reglamenta la conformación y funcionamiento de los comités territoriales de discapacidad dispuestos en la Ley 1145 de 2007.
Ley Estatutaria 1618	2013	Por la cual se establecen las disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los Derechos de las PcD

Nota: Tomado de Departamento Nacional de Planeación. 2013. p.50

Apéndice B

Tabla 3

Listado grupos de interés

Apoyan	Se oponen
Organismos de cooperación bilateral y multilateral	EPS Entidad Promotora de Salud
ANSPE Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema	Farmacias y droguerías
CDPD o Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	Servicios farmacéuticos
CEDDIS Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	
CND Consejo Nacional de Discapacidad	
CODPOS Consejo Departamental de Política Social	
COMPOS Consejo Municipal de Política Social	
CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social	
DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística	
DNP Departamento Nacional de Planeación	
DPS Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	
GES Grupo de Enlace Sectorial	
ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	
IPS Institución Prestadora de Servicios	
MSPS Ministerio de Salud y Protección Social	
OMS Organización Mundial de la Salud	
OND Observatorio Nacional de Discapacidad	
PAIIS Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social – Universidad de los Andes	
PcD Personas con Discapacidad	
SSD Secretaría de Salud Departamental	
SSM Secretaría de Salud Municipal de Medellín	
SUPERSALUD Superintendencia Nacional de Salud	
Laboratorios fabricantes	
Universidades	
Agremiaciones de profesionales	
Familiares de los discapacitados	
Comunidad en general	
Medios de comunicación	
Personal de salud	

Apéndice C

Tabla 4

Matriz de análisis de involucrados

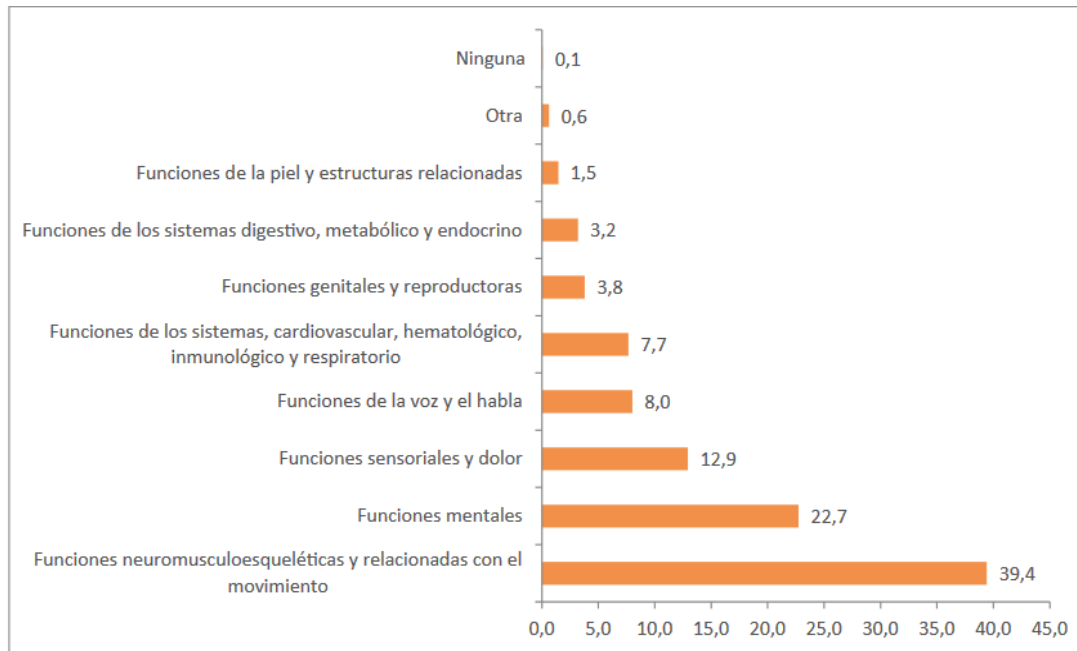
Involucrados	Expectativa	Fuerza	Total	Grupo
Organismos de cooperación bilateral y multilateral	4	4	16	Favorecedor
ANSPE Agencia Nacional para la Superación de la Pobreza Extrema	2	4	8	Indiferente
CDPD o Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad	3	4	12	Favorecedor
CEDDIS Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad	3	4	12	Favorecedor
CND Consejo Nacional de Discapacidad	5	5	25	Favorecedor
CODPOS Consejo Departamental de Política Social	3	4	12	Favorecedor
COMPOS Consejo Municipal de Política Social	3	4	12	Favorecedor
CONPES Consejo Nacional de Política Económica y Social	2	4	8	Indiferente
DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadística	2	4	8	Indiferente
DNP Departamento Nacional de Planeación	2	4	8	Indiferente
DPS Departamento Administrativo para la Prosperidad Social	2	4	8	Indiferente
GES Grupo de Enlace Sectorial	2	4	8	Indiferente
ICBF Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	3	4	12	Favorecedor
IPS Institución Prestadora de Servicios	2	4	8	Indiferente
MSPS Ministerio de Salud y Protección Social	5	5	25	Favorecedor
OMS Organización Mundial de la Salud	4	4	16	Favorecedor
OND Observatorio Nacional de Discapacidad	5	5	25	Favorecedor
PAIIS Programa de Acción por la Igualdad y la Inclusión Social – Universidad de los Andes	3	4	12	Favorecedor
PcD Personas con Discapacidad	5	5	25	Favorecedor
SSD Secretaría de Salud Departamental	2	4	8	Indiferente
SSM Secretaría de Salud Municipal	5	5	25	Favorecedor
SUPERSALUD Superintendencia Nacional de Salud	4	4	16	Favorecedor
Laboratorios fabricantes	2	4	8	Indiferente
Universidades	4	4	16	Favorecedor
Agremiaciones de profesionales	2	4	8	Indiferente
Familiares de los discapacitados	5	5	25	Favorecedor

Comunidad en general	3	4	12	Favorecedor
Medios de comunicación	4	4	16	Favorecedor
EPS Entidad Promotora de Salud	2	4	8	Indiferente
Personal de salud	2	4	8	Indiferente
Servicios farmacéuticos	2	4	8	Indiferente
Farmacias y droguerías	2	4	8	Indiferente

Apéndice D

Gráfica 1

Deficiencias en funciones y estructuras corporales. Medellín, año 2014



Nota: Tomado de Situación de Salud de Medellín. Indicadores básicos 2014

Apéndice E

Tabla 8

Matriz de Análisis de Riesgo

Descripción del riesgo	Probabilidad	Impacto	Efecto	Medidas de mitigación
Las 22 EPS no tienen la voluntad de participar en la implementación del programa.	Probable	Muy alto	Imposibilidad de implementar el programa.	Identificar previamente las entidades que están dispuestas a participar en la implementación del programa y realizar acuerdos y compromisos.
Las 22 EPS involucradas no cuentan con bases de datos actualizadas	Probable	Alto	No se cuenta con población focalizada para el desarrollo del programa	Validación de bases de datos para verificar su idoneidad. Suministrar información por parte de RLCPD para cruce de información con base de datos de afiliados
La población discapacitada no está interesada en la prestación de servicio en casa	Poco Probable	Muy alto	No se cuenta con la población objeto	Reuniones en comunas para concertar actividades
No existe disponibilidad de los medicamentos en los servicios farmacéuticos	Poco Probable	Muy alto	No dispensación de medicamentos e incumplimiento de tratamientos	Seguimiento por bases de datos y análisis estadístico de tratamientos continuos.
Problemas de orden público en las diferentes comunas	Probable	Muy alto	Imposibilidad de realizar las entregas de medicamentos	Establecer cronogramas de entrega. Establecer rutas de distribución. Solicitar acompañamiento y vigilancia de Secretaría de Gobierno
Las vías de acceso no se encuentran en buen estado	Probable	Bajo	Imposibilidad de realizar las entregas de medicamentos	Utilización de medios de transporte alternativos que permitan el acceso.
Robo de medicamentos en ruta de entrega	Probable	Muy alto	No dispensación de medicamentos e incumplimiento de tratamientos	Solicitar acompañamiento y vigilancia de Secretaría de Gobierno

Apéndice F

Tabla 9

Cooperantes internacionales en discapacidad

Nombre de la entidad	Razones que justifican su inclusión
Banco Mundial	El Banco ha asumido una posición de liderazgo al priorizar la discapacidad como tema de desarrollo, coincidiendo con DFID, para lo cual ha nombrado en Washington a una consultora permanente en discapacidad que viene trabajando para incluir este tema en sus políticas, programas, proyectos y actividades, priorizando educación.
The U.S. Agency for International Development (USAID) is committed to the inclusion of people who have physical and mental disabilities.	La política de USAID sobre el tema de discapacidad es promover la inclusión de las personas con discapacidad en los programas de USAID y en los países en los que USAID desarrolla programas.
Unión Europea	La política de la UE sobre la manera de incluir los temas de discapacidad en la cooperación para el desarrollo se expresa en una Guía que fue preparada para ser usada por todas las delegaciones y servicios de la UE en el extranjero.
Canadian International Development Agency (CIDA) o ACIDI -	Desde comienzos de los '80 apoyado a Disabled People International - DPI (la Organización Mundial de personas con discapacidad - OMPD), con sede en Winnipeg Canadá, así como al Canadian Centre on Disability Studies que hizo la Línea de Base para el Banco Mundial.
JICA	Desde hace 2 décadas impulsa talleres de liderazgo para personas con discapacidad. A la fecha promueve políticas concretas y planes de acción para expandir la asistencia a las PCD.
Compromiso de los Países Nórdicos sobre discapacidad: Finlandia, Dinamarca, Suecia y Noruega	Desde el año 2000 realizaron una conferencia internacional que concluyó con una declaración de principios en la que las organizaciones nórdicas de PCDs, junto con sus ministros de cooperación para el desarrollo, se comprometieron a priorizar ayudas a proyectos de discapacidad.
NORAD (Noruega)	NORAD y el Norwegian Directorate for Development Co-operation han

<p>Norwegian Agency for Development Cooperation</p>	<p>generado un documento de política que contiene guías para ONGs y entidades públicas noruegas incorporando la perspectiva de discapacidad en la cooperación para el desarrollo. En base a este documento las embajadas noruegas en todo el mundo tienen ahora la obligación de priorizar sus acciones de cooperación internacional relacionadas a discapacidad, e informar sobre ello.</p>
<p>Danish Council of Organisations of Disabled People (DSI) Consejo Danés de organizaciones de PCD</p>	<p>DSI, la organización sombrilla de PCDs recibe anualmente 3 millones de Euros de DANIDA para financiar proyectos de países en desarrollo de, para y con PCDs. Con el apoyo de DANIDA (que reúne a más de 300,000 PCDs de todas las organizaciones de PCD) DSI está jugando un papel estratégico impulsando la prioridad de la discapacidad en las acciones de cooperación para el desarrollo.</p>
<p>Ministry for Foreign Affairs (Finlandia), Department for Internatnl Developm. Cooperation - National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). Agencia Finlandesa para la Cooperación Internacional (FINNIDA)</p>	<p>Las direcciones URL que se adjuntan presentan una evaluación proactiva de las acciones desarrolladas por la cooperación finlandesa en materia de discapacidad en los últimos 10 años, que incluye la modificación operada en su enfoque y las estrategias futuras. Se presenta un Resumen Ejecutivo y el informe completo desarrollado por STAKES (Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud) por encargo del Departamento de Cooperación Internacional del Ministerio de RREE de Finlandia - (Fundamental su lectura).</p>
<p>Finnish Disabled People's International Development Association (FIDIDA)</p>	<p>Es una organización experta en temas de discapacidad y cooperación para el desarrollo. Con el apoyo financiero de su gobierno Ayuda a países en desarrollo mediante proyectos.</p>
<p>ABILIS fundación para el desarrollo de org. de PCD. Fue creada en 1998 por un grupo de personas discapacitadas finlandesas.</p>	<p>ABILIS es financiada por el Departamento de Desarrollo y Cooperación del Ministerio Finandés de Asuntos Exteriores y por otras fundaciones y empresas privadas. Su objetivo es subvencionar proyectos promovidos por PCD en áreas de: a) igualdad de oportunidades; b) vida independiente; c) derechos humanos; y d) medios económicos suficientes.</p>

Apéndice G

Tabla 16

Matriz de marco lógico. Análisis horizontal

FIN	Conpes social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social Ley 1145 de 2007 El Sistema Nacional de Discapacidad (SND) Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 “Todos por un nuevo país” Plan departamental de Antioquia “Pensando en Grande” Plan municipal “Medellín cuanta con vos”
PROPÓSITO	Mejorar el acceso a los servicios de dispensación de medicamentos de la población con discapacidad de movimiento en el municipio de Medellín
COMPONENTES	1. Diseñar e implementar un modelo de atención domiciliaria que garantice el acceso a los medicamentos para la población en situación de discapacidad de movimiento, en el municipio de Medellín. 2. Desarrollar un sistema de información que permitan identificar los discapacitados en los servicios farmacéuticos del municipio de Medellín.
ACTIVIDADES	1.1 Medición de indicadores epidemiológicos y construcción de línea base y seguimiento
ACTIVIDADES	1.2 Programa de dispensación de medicamentos en casa
ACTIVIDADES	1.3 Seguimiento clínico terapéutico paciente discapacitado
ACTIVIDADES	1.4 Estrategia de información, educación y comunicación
ACTIVIDADES	2.1 Desarrollo sistema de información de dispensación de medicamentos pacientes discapacitados
ACTIVIDADES	2.2 Identificación y clasificación de población discapacitada de cada EPS
ACTIVIDADES	2.3 Seguimiento al cumplimiento por parte de los servicios farmacéuticos

Apéndice H

Tabla 17

Matriz de marco lógico. Análisis vertical

	Resumen	Indicador	Medios de verificación	Supuestos
FIN	<p>Conpes social 166. Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social Ley 1145 de 2007 El Sistema Nacional de Discapacidad (SND) Plan Nacional de Desarrollo 2014 - 2018 “Todos por un nuevo país” Plan departamental de Antioquia “Pensando en Grande” Plan municipal “Medellín cuanta con vos”</p>			
PROPÓSITO	<p>Mejorar el acceso a los servicios de dispensación de medicamentos de la población con discapacidad de movimiento en el municipio de Medellín</p>	<p>Disminución de AVAD Años de vida ajustados por discapacidad Meta: 2</p>	<p>Estadísticas vitales de las EPS, de discapacidad y de la secretaría municipal de Medellín</p>	<p>Participación activa de las entidades públicas y privadas</p>
		<p>% Mejoramiento Calidad de vida de los discapacitados Meta: 3 %</p>		
COMPONENTE	<p>1. Diseñar e implementar un modelo de atención domiciliar que garantice el acceso a los medicamentos para la población en situación de discapacidad de movimiento, en el municipio de Medellín.</p>	<p>Disminución en el % de satisfacción regular y malo en salud de los discapacitados en Medellín Meta: 3% anual</p>	<p>Carta de compromiso de las 22 EPS</p> <p>Contratos de prestación de servicios entre EPS y servicios farmacéuticos</p>	<p>Modelo implementado por las 22 EPS</p> <p>Voluntad política de las autoridades públicas</p> <p>Voluntad administrativa de participación de las 22 EPS ubicadas en el departamento</p>
		<p>% de Población discapacitada atendida en domicilio. Meta: 90%</p>		
COMPONENTE	<p>2. Desarrollar un sistema de información que permiten identificar los discapacitados en los servicios farmacéuticos del municipio de Medellín.</p>	<p>% de implementación del Sistema de información de identificación de discapacitados por servicio</p>	<p>Visitas de inspección y vigilancia de los entes de control</p> <p>Informes de los resultados de la</p>	<p>Voluntad política de las autoridades públicas</p> <p>Voluntad administrativa de participación de las 22 EPS ubicadas en el departamento</p>

	Resumen	Indicador	Medios de verificación	Supuestos
		farmacéutico Meta: 95%	gestión de las EPS y de los servicios farmacéuticos	
		% de Población discapacitada atendida en domicilio por medio del sistema de información Meta: 90%		
ACTIVIDAD	1.1 Medición de indicadores epidemiológicos (construcción de línea base) y seguimiento	Medición de indicadores en tres etapas. Inicio, seguimiento y finalización del proyecto (Disminución de AVAD Años de vida ajustados por discapacidad Meta: 2 % Mejoramiento Calidad de vida de los discapacitados Meta: 3 %)	Informes estadísticos epidemiológicos	Se cuenta con los recursos económicos para la medición de los indicadores epidemiológicos
ACTIVIDAD	1.2 Programa de dispensación de medicamentos en casa	% de entregas realizadas de forma mensual por EPS META: 95% de entregas mensual por EPS	Registro de la entrega de medicamentos por EPS Plan de distribución mensual y por paciente por EPS	Disponibilidad de los medicamentos prescritos por el médico Los pacientes y sus familias reciben y utilizan adecuadamente los medicamentos No hay problemas de orden público Las vías de acceso se encuentran en buen estado EPS con contratos vigente con servicios farmacéuticos y empresas transportadoras
ACTIVIDAD	1.3 Seguimiento clínico terapéutico paciente discapacitado	Porcentaje de pacientes con discapacidad valorados por médico semestralmente Meta: 95% No. de pacientes discapacitados en seguimiento farmacoterapéutico	Historia clínica, Rutas de atención médica, agendas de atención médica Historias farmacoterapéuticas registrada por EPS Listados de registro de las capacitaciones y	La población permite el ingreso de los profesionales a los hogares Las EPS contratan los servicios de salud en casa Las IPS cumplen con los cronogramas asignados Las EPS participantes garantizan el personal

	Resumen	Indicador	Medios de verificación	Supuestos
		por EPS Meta: 95% % discapacitados y familiares capacitados por EPS. Meta: 90 %	registro fotográfico	farmacéutico y la logística para cumplir con la actividad La población pone en práctica lo aprendido en la capacitación
ACTIVIDAD	1.4 Estrategia de información, educación y comunicación	Cumplimiento del 90% del cronograma de actividades de información, educación y comunicación programadas	Plan operativo anual ejecutado. Contrato de comunicaciones ejecutado	Se cuenta con los recursos económicos con organizaciones de cooperación para desarrollar la estrategia de información, educación y comunicación
ACTIVIDAD	2.1 Desarrollo sistema de información de dispensación de medicamentos pacientes discapacitados	Un sistema de información para manejo de medicamentos validado y funcionando para el año 2018	Sistema de información funcionando al año 2018	Se cuenta con los recursos económicos con organizaciones de cooperación para desarrollar la estrategia de información, educación y comunicación
ACTIVIDAD	2.2 Identificación y clasificación de población discapacitada de cada EPS	% de población identificada y clasificada por EPS Meta: 95 % por EPS No de participantes registrados. Meta: 95%	Base de datos de la población clasificada por cada EPS Listados de registro de participantes	Las EPS involucradas tienen la voluntad de participar en la implementación del programa Los participantes asisten para la realización del registro
ACTIVIDAD	2.3 Seguimiento al cumplimiento por parte de los servicios farmacéuticos	Porcentaje semestral de cumplimiento de visitas de inspección y vigilancia a los servicios farmacéuticos Meta: 90% (2 visitas semestrales por servicio farmacéutico) % disminución anual en la inoportunidad en la entrega de medicamentos para el año 2019 Meta: 5% anual	Plan operativo anual Dirección de Factores de Riesgo y Proyecto de vigilancia a la calidad de los medicamentos de la secretaría Seccional de Salud de Antioquia Informe mensual de los 152 servicio farmacéutico Base de datos del Fondo Rotatorio de Estupefacientes de Antioquia	La Secretaria de salud del departamento cuenta con los recursos necesarios para el desarrollo de las actividades Se cuenta con la logística para el desarrollo de las actividades Se cuenta con la información de forma oportuna para su tabulación y análisis

