

PERCEPCIÓN DE CORRESPONSABILIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN ADULTOS MAYORES DE LA LOCALIDAD DE
RAFAEL URIBE URIBE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

JOHANNA CATALINA MUNÉVAR CAGIGAS

SINDY TATIANA CARRILLO RAMIREZ

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD
ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONÓMICAS Y DE
NEGOCIOS - ECACEN

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA

BOGOTÁ

2017

PERCEPCIÓN DE CORRESPONSABILIDAD EN EL SISTEMA GENERAL DE
SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN ADULTOS MAYORES DE LA LOCALIDAD DE
RAFAEL URIBE URIBE EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ

JOHANNA CATALINA MUNÉVAR CAGIGAS

SINDY TATIANA CARRILLO RAMÍREZ

DIRECTORA: ELENA DEL CARMEN RESTREPO ÁLVAREZ

Proyecto de Grado Aplicado

UNIVERSIDAD NACIONAL ABIERTA Y A DISTANCIA UNAD

ESCUELA DE CIENCIAS ADMINISTRATIVAS, CONTABLES, ECONÓMICAS Y DE

NEGOCIOS - ECACEN

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN PÚBLICA

BOGOTÁ

2017

PERCEPCIÓN DE LA
CORRESPONSABILIDAD EN EL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD
SOCIAL EN SALUD EN ADULTOS
MAYORES DE LA LOCALIDAD DE
RAFAEL URIBE URIBE EN LA CIUDAD
DE BOGOTÁ

Dedicatoria

Queremos dedicar este trabajo de grado a nuestras familias quienes son nuestra motivación y apoyo para ser mejores día a día.

Agradecimientos

Queremos dar un especial agradecimiento a nuestra Docente Elena Restrepo, quién fue nuestra consejera y guía permanente para realizar este proyecto de grado, también queremos agradecer a los líderes de control social (adultos mayores) de la localidad de Rafael Uribe Uribe, quienes gracias a su disposición y colaboración pudimos realizar nuestro estudio para este proyecto de grado.

Resumen

La investigación se centra en la responsabilidad del sistema de salud con el usuario y la responsabilidad del usuario con el sistema de salud. Este trabajo tendrá como objetivo identificar la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud para personas mayores en la localidad de Rafael Uribe Uribe en la ciudad de Bogotá. Para nosotros será vital conocer el papel del Estado y su gestión en las políticas públicas de vejez, con el fin de defender los derechos que tiene este tipo de población vulnerable; contribuyendo directamente con cada rol: familia, social y cuidado de la salud. Para eso será importante conocer la percepción que tiene esta población de la corresponsabilidad del sistema de salud toda vez que han habido innumerables casos de omisión en la prestación del servicio y de abuso en el uso del mismo.

Palabras clave: adulto mayor, corresponsabilidad, sistema de salud, política pública y localidad de Rafael Uribe Uribe.

Abstrac

The research is focused on the responsibility of the health system with the user and the responsibility of the user with the health system. This research will aim to identify the co-responsibility of the health system for the elderly in the area of Rafael Uribe Uribe at Bogotá city. It is vital to know the role of the State and its management in public policy. Aging and Old age, with the purpose of defending their rights and this type of vulnerable population by contributing from each role: family, social, and health care. It is important to know the co-responsibility of the health system, since there have been innumerable cases of omission in the provision of the service and abuse in its use

Keywords: Adult elderly, co-responsibility, health system, public politics and locality of Rafael Uribe Uribe.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACIÓN	16
OBJETIVOS	19
Objetivo General.....	19
Objetivos Específicos.....	19
Capítulo I Marco Referencial.....	20
Antecedentes	20
Marco Conceptual.....	21
<i>La corresponsabilidad</i>	21
<i>Vejez:</i>	22
<i>Adulto Mayor</i>	23
<i>Política Pública:</i>	23
<i>Sistema de Salud:</i>	23
<i>Localidad:</i>	24
<i>Ley Estatutaria en Salud:</i>	24
<i>Ministerio de Salud:</i>	24
Marco Teórico.....	26
<i>Estado del arte corresponsabilidad en el adulto mayor</i>	26
<i>Teoría de Integridad del yo frente a la Desesperación de Erik Erikson</i>	29
<i>Etapa Reorganizativa y Reintegrativa según Schaie</i>	30
Marco Legal.....	32
<i>Constitución Política de Colombia.</i>	32
<i>Ley Estatutaria en Salud - Ley 1757 de 2015.</i>	33
<i>Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez.</i>	34
<i>Ley 1171 de 2007 y Ley 1251 de 2008 Adulto Mayor.</i>	36
<i>Sistema de Salud en Colombia.</i>	37
Marco Espacial.....	39
Capítulo II Marco Metodológico	43
Diseño Metodológico.....	43

<i>Tipo de estudio realizado</i>	43
<i>Tipos de información: Primaria o secundaria</i>	43
<i>Técnicas de recolección y análisis de la información</i>	44
<i>Población estudiada</i>	44
Capítulo III Resultados	46
Conclusiones Información Demográfica	47
Conclusiones Información Objeto de Estudio	51
Capítulo IV.....	62
Recomendaciones	62
BIBLIOGRAFÍA	64

LISTA DE FIGURAS

Ilustración 1 Corresponsabilidad en el SGSSS.....	22
Ilustración 2 Mapa Localidad Rafael Uribe Uribe.....	39
Gráfica 1 Género Representativo.....	47
Gráfica 2 Rango de edad.....	48
Gráfica 3 Nivel Socio Económico	48
Gráfica 4 Nivel Educativo	49
Gráfica 5 Estado Civil.....	49
Gráfica 6 Lugar de Residencia.....	50
Gráfica 7 Cooperación en Instancias de Participación Social	51
Gráfica 8 Actividad Económica.....	51
Gráfica 9 El Estado debe asumir absolutamente todos los gastos en salud de los habitantes del territorio nacional.....	56

Gráfica 10 Las familias deben tener un grado de responsabilidad con el cuidado de sus familiares en temas de salud.	57
Gráfica 11 El estado es quien debe garantizar el acceso a tecnologías prestadas en el exterior ..	57
Gráfica 12 El estado debe garantizar el acceso a procedimientos estéticos.	58
Gráfica 13 Su familia asumiría el costo de medicamentos o insumos denominados como No POS o medicamentos no incluidos.....	58
Gráfica 14 El estado es quien debe garantizar la financiación de medicamentos experimentales.	58
Gráfica 15 Las farmacéuticas deben asumir el costo de medicamentos experimentales.....	59
Gráfica 16 La figura de cuidador debe ser cubierta por un sistema de servicios complementarios.	59
Gráfica 17 La responsabilidad del cuidado y protección del adulto mayor debe recaer en la familia	60
Gráfica 18 Las familias con adultos mayores que requieren pañales deben asumir este costo. ...	60
Gráfica 19. Es una obligación de la persona establecer prácticas de autocuidado en salud.	61

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Estado del arte corresponsabilidad	26
--	----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 Encuesta	67
ANEXO 2 Registro Fotográfico	74

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está encaminada a identificar la corresponsabilidad del usuario del sistema de salud de la localidad de Rafael Uribe Uribe con el sistema de salud colombiano, específicamente abordaremos la población adulto mayor. Nuestro foco de interés está dado en reconocer la perspectiva del adulto mayor con respecto de la corresponsabilidad de él como usuario y del estado representado en el sistema de salud y la manera en que esta situación afecta la política pública de vejez que lleva a garantizar un envejecimiento saludable orientado a promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable.

La corresponsabilidad es un término que hace referencia a la responsabilidad compartida entre los diferentes actores que permite estabilizar de alguna manera las cargas dentro de cualquier sistema. Específicamente para el tema que nos concierne la definición de corresponsabilidad nos permite comprender las relaciones entre el Estado y el Adulto Mayor en el Sistema de Salud Colombiano y nos permitirá comprender cuál es la situación actual.

Es por ello, que la investigación está orientada en la responsabilidad del sistema de salud con el usuario y la responsabilidad del usuario con el sistema de salud. Se habla específicamente de la tercera edad porque es una población constitucionalmente protegida con la que el Estado ha asumido una gran carga en materia de medicamentos y tecnologías de alto costo, y en el ejercicio de la tutela como derecho fundamental diversos entes judiciales han ordenado la cobertura y suministrar ese tipo de elementos. La investigación se enfocará específicamente en la localidad de Rafael Uribe Uribe donde se encuentra en el nivel medio de envejecimiento demográfico. La cobertura de la salud es baja o no cuentan con la afiliación del sistema de salud y por lo tanto, existen diferentes problemáticas que pueden desencadenar en problemas de salud para la

población. El usuario del sistema tiene deberes y derechos entre los cuales debe asumir una calidad de autocuidado y en ese mismo orden será el sistema de salud quien garantice servicios cuando el usuario tenga una dificultad en materia de salud de acuerdo a lo que ordenan diversas norman en salud.

La investigación se abordó con la información obtenida en la aplicación de una encuesta estructurada como instrumento que nos permite dar cuenta de la percepción que tiene el usuario sobre su responsabilidad en el sistema de salud y la corresponsabilidad ante el sistema. En principio fue necesario realizar una contextualización del objeto de estudio y para ello realizamos la revisión bibliográfica en dos frentes. Un frente enfocado en el desarrollo y crecimiento a nivel latinoamericano del término de corresponsabilidad. Un segundo frente enfocado en teorías de desarrollo humano tales como la Teoría de Integridad del yo frente a la Desesperación de Erik Erikson y Etapa Reorganizativa y Reintegrativa según Schaie. La temática de estudio se centró en la identificación y el reconocimiento de la percepción de los usuarios con los deberes que se deben asumir cuando se hace parte de un sistema y el límite de la responsabilidad que debe asumir el sistema de salud con el usuario en aspectos que pueden llegar a ser entendidos más desde una dinámica social que desde la misma esfera de salud.

Es así como el objetivo de la investigación está dirigido a identificar los niveles de percepción de corresponsabilidad del sistema de salud en el contexto del adulto mayor de la localidad de Rafael Uribe Uribe y para ello es de vital importancia conocer el rol del Estado y su gestión en la política pública Envejecimiento y la Vejez, con el fin de proteger los derechos de esta población vulnerable coadyuvando desde cada rol: familiar, social, y de atención en salud. Es importante que los ciudadanos conozcan la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud pues han sido innumerables los casos de omisión en la prestación del servicio y que

reconozcan el grado de responsabilidad que deben asumir desde el sistema básico de cualquier sociedad que es la familia.

Finalmente es importante destacar que esta investigación se aborda desde un tipo de investigación descriptiva con la intención de especificar la situación de responsabilidad compartida entre los líderes del control social de la localidad Rafael Uribe Uribe y el Estado que posteriormente será sometido a un análisis demográfico y un análisis descriptivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario destacar que la problemática en salud viene desde hace aproximadamente 19 años por el abrupto cambio que sufrió el sistema de salud cuando se introdujo la ley 100, la demanda con respecto de la oferta se desbordó y debido a ello y desde entonces el sistema de salud viene padeciendo un desfinanciamiento paulatino que conlleva a recargar al sistema y que tiene como consecuencia un mal servicio para el usuario.

El Estado debe garantizar a las personas que se encuentran en el territorio nacional un goce pleno del derecho a la salud, independientemente la condición socio económica del ciudadano. Sin embargo, es normal que en los medios de comunicación diariamente se demuestren diferentes casos de incompetencia en la prestación del servicio a la salud; casos en los que se han visto vulnerados el derecho a la vida y a un trato digno. Esta es una situación que no debemos desconocer, así como tampoco podemos desconocer las fallas financieras que presenta el sistema.

La divergencia en la información por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) ha conllevado a que el usuario en uso de los derechos conferidos por la constitución política, solicite ante el juez la protección de sus derechos en materia de salud, aduciendo a la necesidad de elementos que pueden no ser responsabilidad del sistema de salud, sino de sistemas diferentes tales como la familia o servicios sociales, el juez en ejercicio de su función ordena al sistema cumplir con las solicitudes del paciente desconociendo el manejo del sistema y muchas veces desconociendo la prescripción médica. Aquí es importante tener en cuenta que esto ha terminado por desbordar aún más la financiación del sistema y como

consecuencia de ello se ha llegado a un consumo desproporcionado de bienes y servicios con cargo al Estado.

La Ley Estatutaria en salud es un avance importante en materia de salud toda vez obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los pacientes (Consultor Salud, 2017). Adicionalmente, esta ley estatutaria ordena que los servicios sean prestados sobre un sistema de exclusiones más amplio (plan de beneficios) y no sobre un sistema de inclusiones (plan obligatorio de salud) y otorga al médico la responsabilidad de regular la prescripción de los medicamentos y tecnologías bajo el principio médico y la autonomía médica. Sin embargo, el ministerio de salud se ha venido pronunciando indicando que la responsabilidad de otorgar diversos servicios, como cuidados paliativos y elementos de aseo no deberían recaer en el sistema de salud sino en un sistema de protección social que no afecte la financiación del sistema.

Ahora bien, la problemática que queremos abordar con el desarrollo de este trabajo está enfocada en la corresponsabilidad del sistema de salud con el usuario, específicamente hablando del adulto mayor. Nuestro foco de interés está dado en reconocer la perspectiva del adulto mayor con respecto de la corresponsabilidad de él como usuario y del estado representado en el sistema de salud y la manera en que esta situación afecta la política pública de vejez que lleva a garantizar un envejecimiento saludable orientado a promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable. Según la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez publicado por el Ministerio de salud, “este enfoque se orienta a toda la población, impacta positivamente los costos de la atención en salud, pero exige una planificación

regida por las necesidades reales de la población en general, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de todos” (Ministerio de Salud, 2014).

La presente investigación se enfocará en la responsabilidad del sistema de salud con el usuario y la responsabilidad del usuario con el sistema de salud. Se habla específicamente de la tercera edad porque es una población donde el ha tenido que suministrar elementos que no están contemplados en el sistema de salud, pero, al utilizar entes judiciales como tutelas el estado ha tenido la obligación de suministrar ese tipo de elementos. Por lo tanto, el presupuesto económico del sistema de salud se deteriora ya que no está hecho ni pensado para atender ese tipo de gastos.

Se enfocará en la localidad de Rafael Uribe Uribe donde se encuentra en el nivel medio de envejecimiento demográfico. La cobertura de la salud es muy baja y no cuentan con la afiliación del sistema de salud, por lo tanto, se demuestra en garantizar su bienestar. El usuario tiene deberes y derechos de los cuales debe tener autocuidado y el sistema de salud debe responder en sus eventualidades de acuerdo a lo que ordena el estatuto de salud.

¿Es responsabilidad del Estado o de la familia sostener gastos que no están contemplados en el sistema de salud a cargo del adulto mayor?

JUSTIFICACIÓN

El presente documento pretende mostrar el resultado de la investigación realizada con la población adulta mayor que actúa en calidad de líder en la comunidad y representan intereses de diversas localidades de la ciudad de Bogotá con la intención de identificar el grado de corresponsabilidad que existe específicamente desde el usuario hacia el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Esta población se encuentra ubicada en una zona específica de la localidad de Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Bogotá, están inmersos y son usuarios activos del sistema de salud colombiano.

Es importante destacar que esta agrupación de personas actúa en calidad de líderes del control social y participan de manera activa en diversas formas de participación ciudadana dentro del Sistema de Salud tales como las asociaciones de usuarios, veedurías ciudadanas, Comité de Ética Hospitalaria, entre otros. Esta agrupación de personas representa los intereses de los usuarios del sistema de salud y tienen un amplio conocimiento sobre el funcionamiento del sistema.

Dicha agrupación de personas, se reúnen mensualmente para verificar que aspectos pueden estar perjudicando la prestación de los servicios de los usuarios y atendiendo a la ley de transparencia y acceso a la información pública nacional, solicitan información a las EPS o IPS sobre las que ejerzan su función de control para validar la situación real y proponer mejoras que redunden en la efectiva prestación del servicio de los usuarios en la red pública de Bogotá.

Del sistema de seguridad social en salud (en adelante SGSSS) es importante destacar que actualmente es fuertemente criticado en Colombia por su funcionamiento, por la condición de acceso del usuario al sistema como tal y sobre la administración de recursos por parte de empresas privadas en donde no podemos desconocer la responsabilidad de ninguna de ellas en el

mal funcionamiento del mismo. Sin embargo, una de las problemáticas más grandes del sistema de salud está dada en la divergencia de información que manejan empresas promotoras de salud, instituciones prestadoras de salud, gobierno nacional y usuarios quienes aduciendo al derecho fundamental de la salud (ley 1751 de 2015) y haciendo conexidad a su derecho a la vida interponen acciones de tutela en contra del estado para que les garantice diferentes servicios o elementos que terminan por desfinanciar al sistema de salud.

Si bien la ley estatutaria regula y legitima el derecho a la salud como un derecho fundamental de los colombianos, la organización y la reglamentación existente a la fecha carecen de claridad tanto para el gobierno como para el usuario lo cual termina por dejar vacío en la responsabilidad de la entrega de elementos y tecnologías a los usuarios que los jueces terminan por avalar mediante el ejercicio de la tutela sin ninguna regulación jurídica. El Ministerio de salud ha venido trabajando en la reglamentación de lo que deberá incluirse en el nuevo plan de beneficios y de lo que el sistema de salud no puede costear desde una óptica racional.

Es por eso que en el desarrollo de esta investigación queremos ahondar en la corresponsabilidad del Sistema de Salud con el adulto mayor, queremos reconocer la posición del adulto mayor de la localidad de Rafael Uribe Uribe con respecto de la responsabilidad de él como usuario y del estado representado en el sistema de salud.

La investigación se abordó desde la información obtenida luego de la contextualización del objeto de la investigación y de la aplicación de unas encuestas estructuradas que nos permitan dar cuenta de la percepción que tiene el usuario sobre su responsabilidad en el sistema de salud y la corresponsabilidad ante el sistema.

La temática de estudio se centró en la identificación y el reconocimiento de la percepción de los usuarios con los deberes que se deben asumir cuando se hace parte de un sistema y el límite

de la responsabilidad que debe asumir el sistema de salud con el usuario en aspectos que pueden llegar a ser entendidos más desde una dinámica social que desde la misma esfera de salud.

La investigación contó con la participación de estudiantes que van a optar por el título de Especialista en Gestión Pública, quienes tuvieron como objetivo principal la búsqueda de información sobre la corresponsabilidad del adulto mayor y el sistema de salud.

OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud en el contexto para el adulto mayor de la localidad de Rafael Uribe Uribe.

Objetivos Específicos

- Reconocer la gestión del estado a través de la política pública social para el envejecimiento y la Vejez de la Población Mayor del Distrito capital en temas de salud.
- Clasificar la población adulta mayor de la localidad de Rafael Uribe Uribe analizando su sistema de salud.
- Verificar la ley estatutaria del Ministerio de Salud identificando los alcances para la presentación del servicio a la población identificada.

Capítulo I Marco Referencial

Antecedentes

Atendiendo al tema de investigación que nos compete y con relación de la búsqueda que hemos realizado al respecto, no existe mucha información ni investigaciones que nos permitan distinguir el ejercicio de la corresponsabilidad del adulto mayor con el Estado: sin embargo, hemos encontrado artículo en donde se hace referencia a la corresponsabilidad dentro de la dinámica familiar y al respecto se infiere que es “un nuevo modelo de paternidad y maternidad. La maternidad y la paternidad compartida representa un avance importante, proporciona la oportunidad de unas relaciones más igualitarias y nuevos modelos de socialización en la educación de los hijos e hijas” (Torío López , Peña Calvo, Rodríguez Menéndez, & Molina Martín, 2010). Dicho concepto, ahonda en la información específica de la familia como sistema, pero no aborda la edad adulta dentro de dicha investigación. Sin embargo, da cuenta de la implementación del concepto de corresponsabilidad en la familia nuclear y de alguna manera marca una pauta importante para el trabajo que queremos desarrollar.

Adicionalmente, el libro Transferencias con Corresponsabilidad hace una referencia bastante importante e interesante sobre el gobierno y la familia que deberían tener como resultado la mejora de las condiciones de vida familiares:

Ha intentado poner énfasis en la corresponsabilidad, a la que se compromete por un lado del gobierno – en muchos casos mediante una combinación o asociación entre el nivel central y el descentralizado, sobre todo municipal-, que proveerá ayudas económicas directas, pagadas en efectivo y facilitará la integración de los servicios públicos de los miembros de las familias beneficiarias y por otro lado, la familia, que

asume el compromiso de aprovechar la oportunidad que se pone a su disposición tanto asegurar la incorporación y permanencia de su nueva generación en el sistema educativo, como de utilizar los servicios de salud, en especial preventivamente. El resultado esperado debe ser la mejora de las condiciones de vida del grupo familiar en el corto plazo, mediante la utilización de las transferencias. (Cohen & Franco, 2006, pág. 20).

Lo más cercano que hemos encontrado en la materia hace referencia a la comprensión de la calidad de vida de las familias con una persona adulta en condición de discapacidad intelectual (Mora Antó, Córdoba Andrade, Bedoya Urrego, & Verdugo, REVISTA DIVERSITAS , pág. 37) que más allá de acuñarse el término de corresponsabilidad supone la adopción de una perspectiva más amplia que considere no sólo al individuo como una entidad auto-organizada, auto dirigida y capaz de adaptarse, sino también a las comunidades e instituciones que proveen de experiencias y relaciones sociales.

Después de realizar la exploración de información relacionada con el tema, encontramos que no existe información específica que dé cuenta de la corresponsabilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud con el adulto mayor, específicamente hablando de la responsabilidad de él (adulto mayor) como usuario del sistema y del Estado como garante de los derechos representado en el sistema de salud.

Marco Conceptual

La corresponsabilidad

La corresponsabilidad es un término que hace referencia a la responsabilidad compartida entre los diferentes actores que permite estabilizar de alguna manera las cargas dentro de

cualquier sistema. Al respecto el Ministro de Salud, ha enfatizado que la sostenibilidad del sistema de salud es responsabilidad de todos los actores, ya que los intereses individuales y el bajo costo del gasto de bolsillo de los colombianos hace que se abuse del sistema (Ministerio de Salud, 2015). Específicamente para el tema que nos concierne la definición de corresponsabilidad no permite comprender las relaciones entre el Estado y el Adulto Mayor en el Sistema de Salud Colombiano y nos permitirá comprender cuál es la situación actual.

Ilustración 1 Corresponsabilidad en el SGSSS

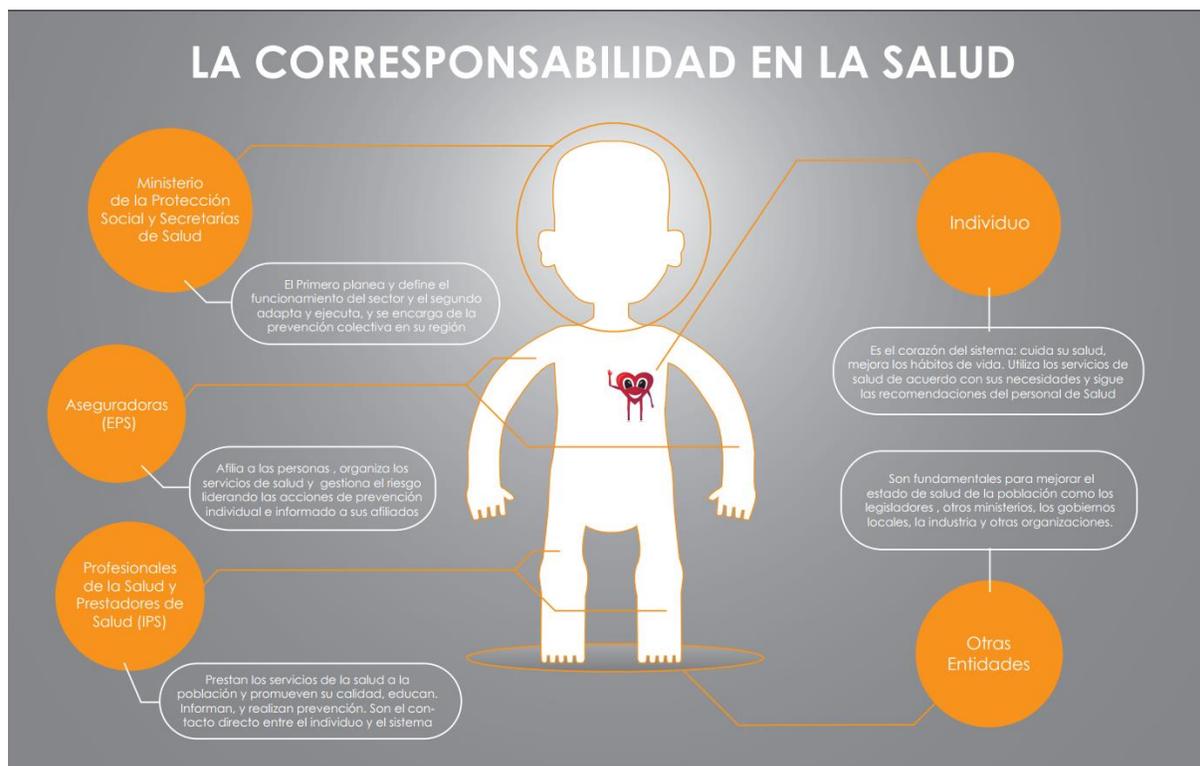


Imagen tomada de (Ministerio de Salud, s.f.)

Vejez:

Representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros,

necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas (Ministerio de Salud, 2017).

Adulto Mayor

Las personas adultas mayores son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad, con su entorno inmediato y con las futuras generaciones. Las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo de las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y de deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad (Ministerio de Salud, 2017).

Política Pública:

Principalmente la política pública obedece a un mandato ciudadano adoptado por los diferentes entes gubernamentales, al respecto la CEPAL indica que una política pública de excelencia corresponde a aquellos cursos de acción y flujos de información relacionados con un objetivo político definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado (Lahera, 2004, pág. 8).

Sistema de Salud:

Según la Organización Mundial de la Salud, un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud (Organización Mundial de la Salud, 2005). A partir de la expedición de la Ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social Colombiano que contempla un conjunto de normas y procedimientos para que cualquier persona que habite el territorio nacional pueda acceder al sistema de seguridad social integral el cual incluye el sistema general de pensión, el sistema

general de seguridad social en salud, el sistema de riesgos laborales y algunos servicios sociales complementarios. Este sistema de seguridad social está pensado para que las personas de la comunidad colombiana tengan garantía de una calidad de vida digna teniendo como referencia unas normas y procedimientos para ello.

Localidad:

Una localidad es el resultado de una división administrativa que se presenta en un Distrito Capital; actualmente Bogotá consta de 20 localidades o distritos para ofrecer a los ciudadanos redes de servicios públicos como infraestructura vial, entretenimiento y abastecimiento de productos. Cada una tiene alcalde propio, llamado Alcalde Menor, y una Junta Administradora Local (JAL) (Alcaldía Mayor de Bogotá, s.f.)

Ley Estatutaria en Salud:

Una ley estatutaria es una norma que legitima un derecho de la ciudadanía como un derecho fundamental. Es una ley especial que regula temas de importancia tales como derechos y deberes fundamentales y mecanismos para su protección. Específicamente una ley estatutaria está pensada para la regulación y protección de derechos fundamentales. Una de las características principales de dicha ley es que es una ley garantista debido a que está enfocada en dar continuidad a los derechos de los usuarios, es prevalente lo que la hace robusta frente al sistema judicial y es una ley garantista debido a que en su contenido establece unos mínimos vitales.

Ministerio de Salud:

El Ministerio de Salud es un ente encargado de proponer y ejecutar las políticas del sector salud que respondan a las necesidades de la comunidad tiene como objetivos:

Dentro del marco de sus competencias, formular, adoptar, dirigir, coordinar, ejecutar y evaluar la política pública en materia de salud, salud pública, y promoción social en salud, y participar en la formulación de las políticas en materia de pensiones, beneficios económicos periódicos y riesgos profesionales, lo cual se desarrollará a través de la institucionalidad que comprende el sector administrativo. El Ministerio de Salud y Protección Social dirigirá, orientará, coordinará y evaluará el Sistema General de Seguridad Social en Salud y el Sistema General de Riesgos Profesionales, en lo de su competencia, adicionalmente formulará establecerá y definirá los lineamientos relacionados a con los sistemas de información de la Protección Social (Ministerio de Salud, s.f.).

Marco Teórico

En este marco teórico abordaremos el manejo del término de corresponsabilidad y la incidencia de la vejez en el sujeto para ello realizaremos de manera clara el abordaje mediante una herramienta que nos permitirá visualizar de una forma más agradable la información. A continuación, nos referiremos al término de corresponsabilidad y sus avances.

Estado del arte corresponsabilidad en el adulto mayor

Tabla 1 Estado del arte corresponsabilidad

Título	Autores	Objetivo	Conclusiones
El aislamiento y/o distanciamiento entre el adulto mayor y la familia es una realidad ¿tú lo vives?	Giraldo Ramírez Andrea Milena, Osorio Usuga Laura Estefanía y Tobón Guisao Sandra Milena. Trabajo de grado título trabajador social, Corporación Universitaria Minuto de Dios de Bello Antioquia.	Este trabajo de grado muestra la responsabilidad social de los adultos mayores y sus familias, a raíz de una experiencia de sus autores en la práctica del pregrado en trabajo social en el Hogar Sendero de luz, en el cual le surgieron una serie de interrogantes acerca del aislamiento y distanciamiento del adulto mayor y sus familiares.	Atreves de una técnica llamada árbol de problemas la cual realizaron a 12 adultos mayores el 04 de abril de 2014, con una duración de una hora y la presencia de un psicólogo debido a sentimientos que presentaron los adultos mayores en el ejercicio de esa actividad. La técnica consiste en tres temáticas la primera hacia las ramas del árbol corresponde a sus expectativas y sueños, la siguiente en el tronco del árbol son sus emociones y sentimientos actuales y por ultimo las raíces del árbol la temática era las causas de aislamiento y/o distanciamiento. En conclusión, de acuerdo al paradigma interpretativo que aplicaron y como título como cuestionamiento “¿qué factores están asociados al aislamiento y/o distanciamiento familiar del

adulto mayor perteneciente al hogar sendero de luz?” Y haciendo énfasis en la corresponsabilidad, de acuerdo a la subcategoría de corresponsabilidad los factores son: de los 12 adultos 3 manifestaron que descuidaron a su familia y 4 reconocen su responsabilidad por acciones indebidas, 02 adultos son divorciados y 02 por factores económicos, los adultos mayores llegan al hogar remitidos por otras instituciones, otros son llevados por sus familias, y finalmente otros son remitidos por la Alcaldía debido a su situación de ambulantes en la calle.

Comunicación Interpersonal en el Adulto mayor

Juliana Ortiz Montoya, trabajo de grado Titulo Comunicador Social Pontificia Universidad Javeriana de la ciudad de Medellín

Este trabajo de grado tiene como objetivo según su autora de identificar el comportamiento verbal y no verbal de un grupo de 30 adultas mayores y su profesor de gimnasia, partiendo del cuestionamiento ¿Cómo es la interacción comunicativa que se establece entre un grupo de adultos mayores y el profesor del programa de gimnasia? Pues pretenden identificar las formas comunicación interpersonal entre ellos.

A través de entrevistas y un taller de socialización incluido en una de las actividades de gimnasio de las adultas mayores, en conclusión y haciendo énfasis en lo que tiene que ver con la corresponsabilidad del adulto mayor la investigadora indica que las actividades físicas son llevadas a cabo por la institución COMFENALCO Antioquia que acata los principios de la política pública sobre la vejez, aun así la interacción comunicativa del profesor con las adultas mayores no concierne al manejo de la comunicación interpersonal pues solo le limita en el estado físico de

Aproximación a la Situación de Calidad de Vida del Adulto Mayor desde una Mirada del Desarrollo Humano	Bohórquez Cuevas, Sissi Paola Celis García, Suly Milena Guzmán Ruiz, Maria Fernanda Pinzón García, Magda Jiset, trabajo de grado título trabajadoras sociales, Universidad de la Salle Bogotá.	Este trabajo de grado tiene como objetivo la descripción de la realidad de los Adultos Mayores que viven en la Localidad de Bosa y debido a diferentes factores se encuentran en condición de vulnerabilidad, y por consiguiente estos factores afectan su situación en el proceso de la vejez y su afectación en su calidad de vida.	<p>las adultas mayores, y no establece interacciones comunicativas efectivas.</p> <p>Al final del trabajo de grado la autora sugiere que dentro de la política pública para la vejez se realice formación, asesoría, auditoría e interventoría permanente a aquellas instituciones estatales que suministren sus servicios al adulto mayor, esto con el fin de que se lleve a cabo los principios de corresponsabilidad social entre el Estado y la sociedad.</p> <p>En conclusión realizaron de manera aleatoria la selección de 04 adultos mayores de la base de datos del proyecto 496 “Atención Integral por la Garantía de los Derechos para una Vejez Digna en el Distrito Capital – Años Dorados”, puntualmente lo que corresponde a la corresponsabilidad con el adulto mayor, la Subdirección Local para la Integración Social de Bosa quien es la que lidera el proyecto anteriormente descrito busca generar bienestar del adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad y pobreza, y con el apoyo de familiares y la comunidad en general, dentro del marco de la política distrital de envejecimiento y vejez, por medio de labores de corresponsabilidad y de la unión del sector público, privado y la comunidad en</p>
---	--	---	--

general.

Como conclusión y desde el punto de vista de la corresponsabilidad los autores de este trabajo, mencionan que el apoyo que brinda el Estado a través de sus Instituciones para con los adultos mayores, no es muy significativa, debido a que los adultos mayores consideran que además de ser escaso es insuficiente para el cubrimiento y satisfacción de sus necesidades básicas y las que resultan en la adultez, pues piensan que el Estado tiene que mejorar las condiciones económicas con las que podrían prestar un mejor cubrimiento.

A continuación, abordaremos según diversos autores el estado del adulto mayor desde diferentes perspectivas que nos permitirán comprender un poco más la situación real del adulto mayor en la comunidad.

Teoría de Integridad del yo frente a la Desesperación de Erik Erikson

Erik Erikson¹ fue un psicoanalista destacado por realizar contribuciones a la psicología del desarrollo y propuso una teoría denominada: teoría de la competencia. En dicha teoría indicaba que cada una de las etapas de la vida del ser humano se da de cara al desarrollo de unas competencias en las que se experimentara una sensación de dominio determinadas por un conflicto que lleva al desarrollo individual (Psicológicamente Hablando, s.f.).

¹ Erik Homburger Erikson o Erik Erikson (15 de junio de 1902 en Fráncfort del Meno, Alemania — 12 de mayo de 1994 en Harwich, Cabo Cod, Massachusetts, Estados Unidos),

Dicha teoría indica que el adulto entra en una fase de adultez tardía en donde deja de ser productivo en términos económicos y se vuelve relevante llevar a cabo su vida de la mejor forma posible toda vez que se alcanza el máximo grado de madurez posible. Erikson aborda dos términos de integración y desesperación haciendo alusión a la forma en que los adultos mayores necesitan aceptar la forma en que vivieron con un sentido de integridad y competencia. En el lado contrario estarán enfocados quienes se cuestionen si lo que han hecho a lo largo de sus vidas estuvo bien o no.

Específicamente en esta definición de integración y desesperación encontramos que quienes fungen como líderes de las comunidades son adultos mayores con la sensación de estar aportando a la sociedad y estar concibiendo que desarrollan las actividades de una manera en la que le proponen a la sociedad una estrategia de mejoramiento continuo de la condición humana. Es por ello que tienen una sensación de orden y significado de la vida y se organizan de manera que aporten a la mejora de la sociedad, específicamente del sistema de salud.

Etapa Reorganizativa y Reintegrativa según Schaie

Desde otra perspectiva, se desarrolló un modelo de ciclo de vida del desarrollo cognitivo liderado por K. Warner Schaie² quien propuso un ciclo de vida cognitivo desde la niñez hasta la vejez haciendo énfasis en el desarrollo intelectual como un proceso acorde a los cambios que son significativos para las personas y a cómo interpretan y responden a sus experiencias representado en transiciones que van desde la adquisición de información y habilidades, hasta la integración práctica del conocimiento y habilidades, y a la búsqueda de significado y propósito (Papalia, Sterns, Feldman , & Camp, 2009, pág. 244). La etapa que nos compete es la Etapa reorganizativa (final de la adultez media, comienzo de la adultez tardía). Cuando las personas se jubilan

² K. Warner Schaie nacido en 1928. Gerontólogo y psicólogo social estadounidense más conocido por fundar el Estudio Longitudinal de Seattle en 1956.

reorganizan sus vidas y sus energías intelectuales en torno a búsquedas significativas que toman el lugar del trabajo remunerado.

Sin embargo en este apartado no podemos dejar de lado la denominada etapa reintegrativa (adulter tardía) en donde los adultos mayores, es posible que hayan dejado de involucrarse en actividades sociales y cuyo funcionamiento cognitivo puede encontrarse limitado por cambios biológicos, son frecuentemente quienes se vuelven más selectivos con respecto a las tareas que esperan desempeñar. Se concentran en el objetivo de lo que hacen y en las tareas más significativas para ellos (Papalia, Sterns, Feldman , & Camp, 2009, pág. 245).

Marco Legal

Constitución Política de Colombia.

La Constitución Política de Colombia, en el artículo 11 contempla que el derecho a la vida es inviolable, también en el artículo 44 y el artículo 49 reconoce la salud como derecho inherente de la persona y adicionalmente contempla la obligación del Estado de proteger la vida de todo colombiano (Constitución Política de Colombia, 1991).

La revista monitor estratégico realiza un juicio muy interesante al respecto en el que indica que:

En términos de nuestra Constitución, podemos relacionar plan de vida con dignidad y con libre desarrollo de la personalidad. En ese sentido, ¿no es objetivo del derecho a la salud y los bienes y servicios de salud, proteger los bienes básicos necesarios para el desarrollo de cualquier plan de vida? ¿No es el derecho a la salud un derecho universal, en cuanto protege, junto con otros derechos, los bienes básicos de todos los residentes en Colombia? ¿Acaso el derecho a la salud no es una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida de cualquier persona en Colombia? En nuestro criterio, se considera que habría que contestar positivamente a cada una de las preguntas referidas, ya que el derecho a la salud es inherente a la protección de la salud, las personas tienen el derecho a su pleno desarrollo, a una vida digna y con calidad y a gozar realmente de las libertades, a contar con la protección de su integridad personal y al goce pleno de todos sus derechos constitucionales y legales. Por tanto, en ese sentido el derecho a la salud es universal, asignado a todos los colombianos, es en sí mismo un bien y una condición necesaria para la realización de cualquier plan de vida. (Echavarría,

2013, pág. 11).

Sin embargo, a pesar de que en la carta magna se habla del derecho a la salud de manera indirecta, en medio de la crisis en salud actual los colombianos para salvaguardar su derecho a la salud han tenido que hacer conexidad con el derecho a la vida para poder recibir por parte del Estado y de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) las garantías en la prestación del servicio mediante el fallo de tutela.

Específicamente, con respecto de los derechos del adulto mayor el artículo 13 de la Constitución Política ordena que el Estado deberá brindar especial protección a los adultos mayores que en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, dando con ello aplicación al Estado Social de Derecho.

Ley Estatutaria en Salud - Ley 1757 de 2015.

La Ley Estatutaria en Salud tiene como antecedente una observación del Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales en el cual se reconoce que la “salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.” (Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2000). Adicionalmente, dicha observación indica cómo el país puede lograr la efectividad del derecho a la salud con “la formulación de políticas públicas, aplicación de programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”

Otro de los antecedentes de la expedición de dicha norma está en la sentencia T-760 y la sentencia C-252 de la Honorable Corte en donde se reconoce el derecho a la salud como un

derecho fundamental de los colombianos el cual deberá ser comprendido como el derecho a acceder a servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad y sugiere además, ordena al ente regulador a expedir una ley estatutaria en salud que tenga como resultado el reconocimiento del derecho a la salud como un derecho fundamental.

Fundamentalmente dicha ley está encaminada a diseñar progresivamente un esquema de protección del derecho a la salud basado en primordialmente exclusiones, definir un mecanismo de exclusiones legítimo que cumpla con los requisitos constitucionales y sea acatado y respetado por la ciudadanía, las autoridades judiciales y los agentes del sector, fortalecer las políticas de transparencia y uso racional de tecnologías en salud en el marco de la autorregulación médica, y fortalecer la política farmacéutica y control de precios con el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social.

Política Pública Social para el Envejecimiento y la Vejez.

Política consagrada en el decreto número 345 del 13 de agosto de 2010, la cual la define como *“el conjunto de valores, decisiones, acciones estratégicas lideradas por el Estado Colombiano en corresponsabilidad con las familias y la sociedad”* que pretende reconocer las condiciones y transformar las situaciones que existen desigualdades que imposibilitan al adulto mayor vivir enérgicamente su vejez, la cual perturba su calidad de vida de los actuales y futuros adultos mayores. Uno de sus objetivos es el de ampliar y mejorar el sistema de protección social integral con atención especial en el área de salud, pero debido a las liquidaciones de empresas promotoras de salud y a los desfalcos por parte de sus directores, han llevado al sistema de salud a la quiebra y la mala atención por parte de algunas empresas promotoras, pues el acceso a los servicios de salud.

Por otra parte el Estado colombiano a través del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez, estableció una guía metodológica que tiene como propósito normalizar el monitoreo de los indicadores de desempeño del sistema de salud en Colombia. Proponen una serie de indicadores estándar en salud, con el firme propósito de generar información de primera mano y de calidad, con la cual pretenden monitorear, evaluar y ver el progreso entre otras la política pública de envejecimiento y vejez, por consiguiente algunas de las áreas de monitoreo son: a) cobertura en salud y protección social, parte de sus indicadores son: porcentaje de personas mayores afiliadas que registran acceso a algún servicio de salud, y el indicador de cobertura de medicamentos formulados en personas mayores de 60 años o más, b) factores de riesgo y estilos de vida, algunos de sus indicadores son: porcentaje de personas mayores de 60 años o más que consumen tabaco o cigarrillo según edad y sexo, por ultimo otra de las áreas de monitoreo es c) cuidadores, uno de sus indicadores es el de porcentaje de personas mayores de 60 años que reciben algún tipo de cuidado según edad y sexo.

También como propuesta sugiere el “plan de análisis para el Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez para Colombia”, que describe una serie de necesidades de información como por ejemplo valga la redundancia la necesidad de información en cuanto al “envejecimiento y gasto en salud en Colombia” la cual tiene como resultado esperado “establecer el gasto en salud que es destinado para la atención de la población adulto mayor”, análisis que tiene tiempo de ejecución de un año. Esta y otras necesidades de información están encaminadas hacia la identificación de factores que condicionen o impulsen el envejecimiento, asimismo con este análisis pretenden evidenciar la efectividad de la política pública y de los recursos asignados a este grupo de la población de adultos mayores. (Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2015)

Aunado a lo anterior se evidencia también la gestión que ejerce el Estado sobre la política pública es la Secretaria Distrital de Integración social por medio de la Alcaldía Mayor de Bogotá y a través del Banco Distrital de programas y Proyectos contemplan el proyecto denominado “Envejecimiento digno, activo y feliz” que dentro del marco de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez, tiene como meta la asignación de una serie de recursos que con base en un presupuesto proyectado a 5 años asignan recursos a una serie de componentes como por ejemplo la intervención especializada subsidio de adulto mayor, compra alimentos adulto mayor, material didáctico vejez, vigilancia adulto mayor, educación, formación, capacitación y entrenamiento gestión social integral, entre otros. Contemplando la ubicación geográfica del Distrito Capital y sus localidades entre ellas la localidad de Rafael Uribe Uribe que es la localidad objeto de estudio del presente trabajo de grado. (Secretaria Distrital de Integración Social, 2016)

Ley 1171 de 2007 y Ley 1251 de 2008 Adulto Mayor.

Mediante dichas normas se pretende procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores, se conceden algunos beneficios a para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida. Adicional a eso, se ordena a las entidades públicas que tengan servicio de atención al público proporcionar una ventanilla preferencial para la atención a las personas mayores de 62 años con el fin de facilitar y agilizar las gestiones que realicen. Así mismo, se ordena que las Empresas Promotoras de Salud asignen los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.

Sistema de Salud en Colombia.

Los objetivos del sistema están orientados a garantizar la cobertura en salud, pensión, riesgos laborales y algunos servicios complementarios de la población colombiana que tenga una relación laboral o que cuenta con capacidad de pago al sistema; esto sin dejar por fuera a personas que por su condición socio económica no puedan aportar al sistema.

Todo lo anterior se encuentra enmarcado en los principios de universalidad, integralidad, solidaridad, unidad, participación y progresividad que buscan la optimización de los recursos, la garantía de protección a todas las personas que habiten el territorio colombiano, la ayuda mutua entre personas, sectores económicos y comunidades; buscando cubrir todas las contingencias en salud mediante la articulación de políticas, procedimientos e instituciones. Garantizando también la participación social de la comunidad en la fiscalización de la prestación de los diferentes servicios, mediante reformas graduales tales como la decreto 780 de 2016 y la ley estatutaria en salud de 1517 del 2015.

El sistema de salud consagrado en la Ley 100 de 1993, ha dado mucho de qué hablar por los innumerables casos de corrupción y desfalco al sistema de salud en Colombia, con los casos por ejemplo de SaludCoop y ahora con Cafesalud haciendo parecer que el país está entrando en una crisis en la Salud, por las constantes quejas de los usuarios en las demoras de asignación de citas, entrega de medicamentos, entre otros, sin embargo indicadores de entidades estatales en cuanto a la gestión pública indican que el sistema ha mejorado en términos de calidad, equidad y cobertura. Pues unificaron el Plan Obligatorio de Salud con los usuarios del régimen subsidiario, permitiendo que estos tengan acceso a los mismos servicios que los del POS.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) tiene como objetivo puntual regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población

residente del país (Ministerio de Salud, 2014). Busca brindar a esta población, servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable (Ley 100 , 1993).

Este sistema está enmarcado dentro de los principios de universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad. Que en términos generales propende que todos los habitantes del territorio colombiano se encuentren vinculados al sistema de salud teniendo como referencia la prevalencia del derecho fundamental a la salud establecido mediante la ley estatutaria 1715 de 2015 y estableciendo derechos y deberes de los usuarios dentro del sistema que propendan la continuidad y sostenibilidad del mismo.

El SGSSS cuenta con dos regímenes. El régimen contributivo es aquel en el que los usuarios que se encuentren vinculados mediante un contrato de trabajo, pensionados y trabajadores independientes aportan al sistema mediante las normas de que trata este régimen. Por su parte el régimen subsidiado contempla a los habitantes del territorio colombiano que por su condición socio económica no pueden aportar al sistema pero atendiendo a su condición especial deben estar cubiertos dentro del sistema de salud. Adicionalmente existe una figura que se determina como personas vinculadas al sistema en la cual por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de

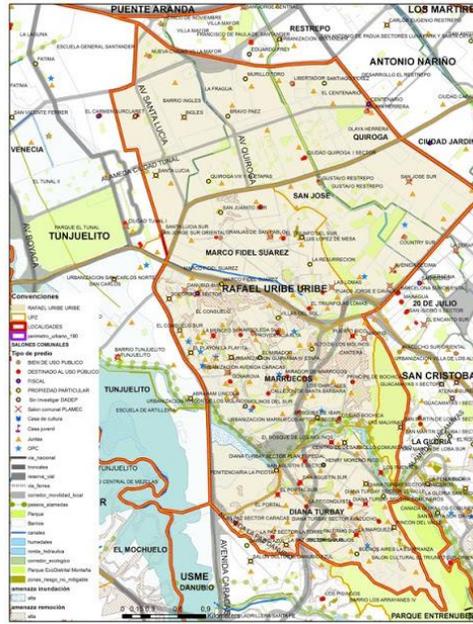
salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

El régimen contributivo estará compuesto por personas con capacidad del pago al sistema. Las personas que hagan parte de este régimen tienen la obligación de cotizar de manera paralela al régimen de pensiones de manera mensual. El aporte dentro del sistema de salud estará destinado para una Entidad Promotora de Salud quien garantizará la atención del usuario y su núcleo familiar mediante las instituciones prestadoras de servicios de salud, conocidas como IPS. La cotización al Régimen Contributivo en salud del empleado dependiente es del 12.5% del salario mensual, de los cuales, el 8.5% está a cargo del empleador y el 4% a cargo del empleado. Para el caso de los empleados independientes se aplica sobre el 40% del valor devengado.

Por su parte el régimen Subsidiado contempla la afiliación de personas pobres y en condición de vulnerabilidad que residan en el país. Para ello se cuenta con una clasificación mediante el Sisbén y la excepción a poblaciones especiales prioritarias tales como: *personas en condición de desplazamiento, población infantil abandonada a cargo del ICBF, menores desvinculados del conflicto armado, comunidades indígenas; personas mayores en centros de protección; población rural migratoria; personas del programa de protección a testigos; indigentes y población gitana (conocida como RROM), entre otros* (Ministerio de Salud, 2016).

Marco Espacial

Ilustración 2 Mapa Localidad Rafael Uribe Uribe



La localidad de Rafael Uribe Uribe formaba parte de la Alcaldía Menor Antonio Nariño y fue sólo a partir del Acuerdo 7 de 1974 que fue segregada y se le otorgó el número 18, cambio que fue ratificado mediante el Acuerdo 8 de 1977. En la década de los noventa se dieron pasos importantes para la conformación y funcionamiento de las localidades de Bogotá, siendo el primero de éstos el ocurrido con la Constitución de 1991 que le otorgó a Bogotá el carácter de Distrito Capital. En 1992 la Ley 1ª reglamentó las funciones de las Juntas Administradoras Locales, de los Fondos de Desarrollo Local y de los alcaldes locales, y determinó también la asignación presupuestal; el mismo año, mediante los Acuerdos 2 y 6 de 1992, el Concejo Distrital definió el número, la jurisdicción y las competencias de las JAL. Bajo esta normatividad, se constituyó la localidad de Rafael Uribe Uribe que, conservando sus límites y nomenclatura, es administrada por el alcalde local y la Junta Administradora Local, compuesta por 11 ediles. El Decreto-Ley 1421 de 1993, denominado Estatuto Orgánico de Bogotá, determina el régimen político, administrativo y fiscal bajo el cual operan hasta hoy las localidades del Distrito, incluida la Rafael Uribe Uribe. La localidad cuenta con cinco UPZ: San

José, Quiroga, Marco Fidel Suárez, Marruecos, Diana Turbay. La Localidad de Rafael Uribe Uribe está compuesta por 114 barrios. (Seretaría Distrital de Cultura, 2008)

La localidad cubre 1.310,1 hectáreas, de las cuales el 6,8% (88,8 ha.) son zonas protegidas; el 97,6% es considerado área urbana; el 59,08%, está amanzanada; y el 2,4%, área por desarrollar, que son terrenos no urbanizados. Esta localidad no tiene suelo de expansión ni suelo rural y es la sexta localidad en el Distrito con menos área. La Localidad Rafael Uribe Uribe, ubicada al suroriente del Distrito Capital, está rodeada en su costado oriental por la Localidad de San Cristóbal, con la que limita a través de la carrera 10 y los cerros orientales; por el costado norte con la Localidad Antonio Nariño a través de la Avenida 1° de Mayo; por el costado occidental, con la Localidad de Tunjuelito por la Avenida 27 sur y la Transversal 33; por el costado sur, por la vía a Usme, y por el costado suroccidental, con Tunjuelito, por la Diagonal 46 sur y la calle 50 D sur.

Por número de habitantes, Rafael Uribe Uribe es la octava localidad más grande; según el Censo de 2005, con 375.625 personas, un 6,2% del total de la Ciudad; y es la número uno en densidad de población (323 personas por hectárea), por encima del promedio de Bogotá (42 p/Ha). Por sexo, el 52% son mujeres y el 48% hombres. Por edad, el 60% de su población está entre los 15 y los 55 años.

En Rafael Uribe, predomina la clase socioeconómica media-baja: el 49% de los predios son de estrato dos y ocupa la mayor parte del área urbana local; el 41,2% pertenece a predios de estrato tres y el 6,6% representa el estrato uno; el 3,2% restante corresponde a predios en manzanas no residenciales. El 67% (284.963) de los habitantes de Rafael Uribe Uribe está por

debajo de la línea de pobreza y el 18,9 (79.935) se encuentra en situación de indigencia, ocupando el sexto puesto entre las 20 localidades de la Ciudad.

El 79,9% de la población de Rafael Uribe Uribe está afiliada al sistema de salud, y es la última localidad en cobertura de seguridad social en salud en Bogotá. La mayoría de la población afiliada pertenece al régimen contributivo (59,5%), seguido por el 35,5% de personas afiliadas al régimen subsidiado, el 19,0% no afiliados y un 6,3% que no sabe o no informó a la Encuesta de Calidad de Vida Bogotá 2007. (Secretaría Distrital de Cultura, 2008)

Es preocupante la proyección pues en 4 años Colombia tendrá un adulto mayor por cada dos adolescentes, en términos sociales, económicos y sanitarios es un gran reto para el Estado atender fracción de la población. Si bien es cierto de acuerdo al análisis realizado por el Observatorio Laboral de la Universidad Externado uno de cada cuatro colombianos logra pensionarse (Forero 2016), percibiendo un sueldo entre los 500.000 y 700.000 pesos. Sin embargo, el estado a través del Programa de Solidaridad con el adulto mayor “Colombia Mayor”, busca aumentar la protección de los adultos mayores que se encuentran desamparados, que no cuentan con una pensión o viven en la indigencia o en la extrema pobreza; por medio de la entrega de un subsidio económico. Aun así, hay desconocimiento de estos beneficios por parte de los adultos mayores.

Capítulo II Marco Metodológico

Diseño Metodológico

Tipo de estudio realizado

El enfoque cualitativo nos permitirá profundizar en concepciones propias de sus características para abordar la corresponsabilidad del sistema de salud colombiano con el adulto mayor. Así, basado en un proceso inductivo realizaremos el acercamiento a la población objeto realizando un proceso de observación y de encuestas con personas que se encuentran habitualmente en el ejercicio del control social.

El enfoque en el que se basará la investigación es el enfoque crítico social, en donde mediante la aproximación a la comunidad, a los adultos mayores, y a los grupos que ejercen el control social pretendemos la situación en materia de corresponsabilidad del adulto mayor con el sistema de salud colombiano.

La investigación se abordará desde el tipo de estudio descriptivo debido a que trabajaremos sobre una población específica, donde se realizaremos un proceso de observación y de aplicación de encuestas que nos permitirá reconocer identificar la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud en el contexto para el adulto mayor de la localidad de Rafael Uribe Uribe. Según el libro de Metodología de la Investigación el propósito de la investigación es describir situaciones y eventos. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, -comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

Tipos de información: Primaria o secundaria.

Toda la información contenida en este documento es información considerada como primaria toda vez que ha sido tomada de artículos, de revistas indexadas, leyes, libros entre otros que proveen un testimonio o evidencia directa sobre el tema de investigación y ofrecen un punto de vista desde adentro del evento en particular o periodo de tiempo que se está estudiando.

Técnicas de recolección y análisis de la información

Los instrumentos que utilizaremos en el desarrollo de esta investigación serán la encuesta estructurada y la observación. Para la encuesta desarrollamos un instrumento de percepción que nos permite medir la satisfacción de un grupo de personas mediante la medición de unas afirmaciones. La escala de Likert es una de las herramientas más utilizadas por los investigadores de mercado cuando desean evaluar las opiniones y actitudes de una persona. La Escala de Likert sirve principalmente para realizar mediciones y conocer sobre el grado de conformidad de una persona o encuestado hacia determinada oración afirmativa o negativa.

Población estudiada

Esta investigación se desarrollará con líderes del control social y participan de manera activa en diversas formas de participación ciudadana dentro del Sistema de Salud. Esta agrupación de personas representa los intereses de los usuarios del sistema de salud y tienen un amplio conocimiento sobre el funcionamiento del sistema.

La muestra estará limitada al trabajo con un grupo de líderes de la localidad de Rafael Uribe Uribe quienes ejercen control social sobre el sistema general de seguridad social en salud colombiano.

Esta investigación se encaminará a identificar la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud para el adulto mayor de la localidad de Rafael Uribe Uribe en la ciudad de Bogotá, es de vital importante conocer el rol del Estado y su gestión en la política pública Envejecimiento y la Vejez, con el fin de defender sus derechos y a este tipo de población vulnerable coadyuvando desde cada rol: familiar, social, y de atención en salud. Es importante que los ciudadanos conozcan la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud pues han sido innumerables los casos de abuso y maltrato.

Capítulo III Resultados

Atendiendo al objetivo de nuestro trabajo decidimos realizar la aplicación de una encuesta de percepción en el grupo de líderes de la localidad Rafael Uribe Uribe que se tituló “*percepción de corresponsabilidad del estado con el adulto mayor, en el sistema general de seguridad social en salud*”. Este cuestionario estuvo dirigido a los líderes del control social que representan los intereses de los usuarios del sistema de salud de la localidad.

El propósito general de dicha técnica fue identificar la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud en el contexto del adulto mayor. Es de esa manera que en una reunión realizada el pasado 22 de diciembre en el salón comunal de Pijaos en la Localidad Rafael Uribe Uribe solicitamos el apoyo del grupo en el diligenciamiento del cuestionario. Previamente, realizamos una breve explicación con las generalidades para el diligenciamiento del cuestionario, el objetivo y el enfoque académico del mismo. Adicionalmente hicimos la precisión de que la información recolectada serviría como insumo en el desarrollo del trabajo de grado de las estudiantes Johanna Munévar y Sindy Carrillo de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD.

Este cuestionario estuvo dividido en dos partes. Por un lado, encontramos información demográfica y general en donde dependiendo de la información de cada individuo marca la opción que corresponda en la casilla con una equis (X). Aunado a lo anterior y teniendo en cuenta el fin de esta investigación, encontraron 12 afirmaciones propuestas por el grupo, en las que atendiendo a su percepción personal, indicarán su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala denominada escala de Likert determinada en 5 grados así: Totalmente en desacuerdo - En desacuerdo - Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo - De acuerdo - Totalmente Desacuerdo.

A continuación, presentamos los resultados de la aplicación de dicha técnica en el grupo referido:

Conclusiones Información Demográfica

La información demográfica resulta de gran importancia para determinar en grupo en el cual estamos desarrollando la investigación. Es por ello que la información recibida nos permitirá hacer un panorama general de las condiciones socioculturales de la población escogida para dicho estudio.

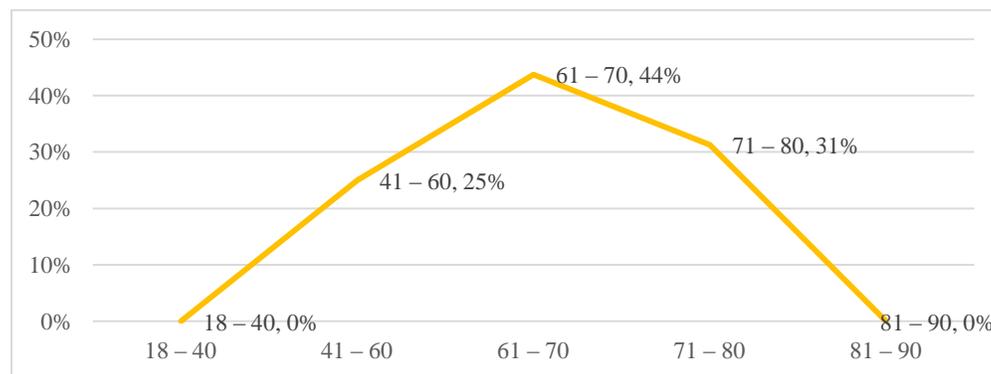
Atendiendo a lo anterior es importante identificar el porcentaje de participación en materia de género, ante lo cual encontramos que la participación del género masculino es predominante con un 69% de la población encuestada. Por su parte, un porcentaje minoritario del 31% de la población es de género femenino. Tal como lo reconoce la CEDAW: “La participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social, en igualdad de condiciones con los hombres, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país” sin embargo en el mundo entero, ninguna sociedad ha logrado aun totalmente garantizar la plena participación de las mujeres, reconocer y potencializar su liderazgo y representar sus agendas y necesidades en las políticas públicas (ONU Mujeres, 2018).

Gráfica 1 Género Representativo



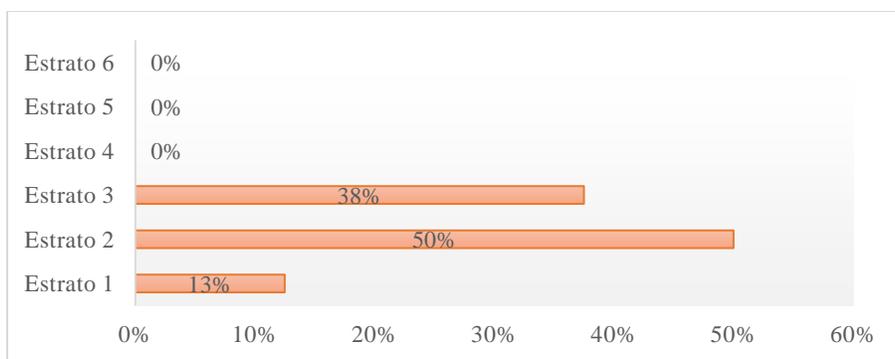
Encontramos también que la edad de participación en estos espacios de construcción colectiva la mayoría de la participación de la ciudadanía está en edades comprendidas entre los 40 y 80 años, siendo más predominante la edad de 61 a 70 años. De los 16 encuestados el 44% están entre el rango de edad de los 61 a los 70 años, el 31% de los 71 a los 80 años y el 25% restante están dentro del rango de edad de los 41 y 60 años de edad. Según un artículo publicado por la Universidad Javeriana los adultos mayores construyen el concepto de participación social en salud a partir de elementos como aportar ideas y opiniones, derecho a la salud, colaboración, actividades con la comunidad, organizaciones comunitarias y utilización de los servicios de salud (Delgado Gallego Eugenia, Vázquez Navarrete, Zapata Bermúdez, & Hernán García, 2005).

Gráfica 2 Rango de edad



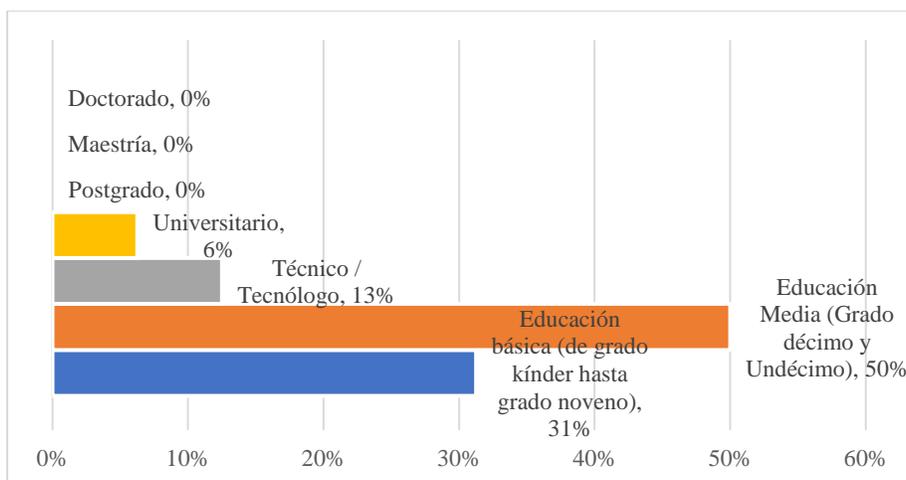
Del total de los encuestados encontramos que el 50% son de estrato 2, el 38% estrato 3 y el 12% pertenecen al estrato 1 lo que redunda directamente con la información reportada en el marco espacial.

Gráfica 3 Nivel Socio Económico



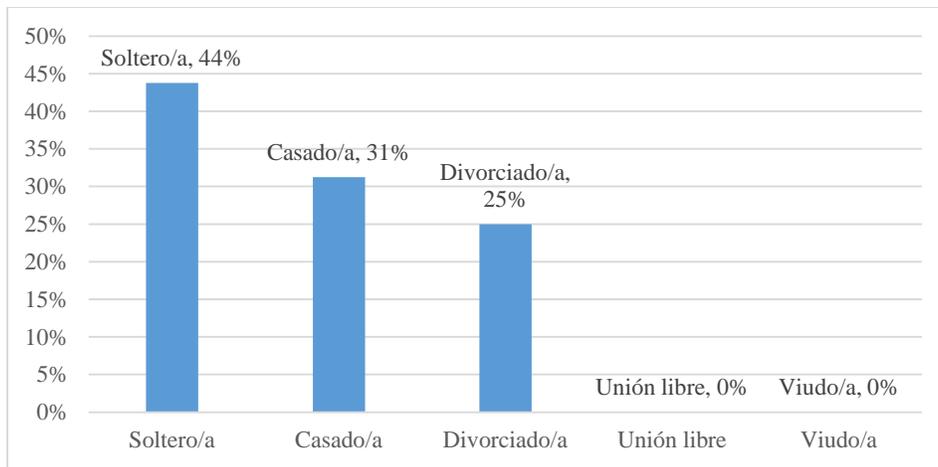
Del total de los encuestados el 50% tienen un nivel de escolaridad de educación media (grado decimo y undécimo), mientras que el 31% su nivel es de educación básica (grado kínder hasta grado noveno), el 13% nivel técnico o tecnológico y solo el 6% nivel universitario. No se reporta información de postgrado, maestría ni doctorado

Gráfica 4 Nivel Educativo



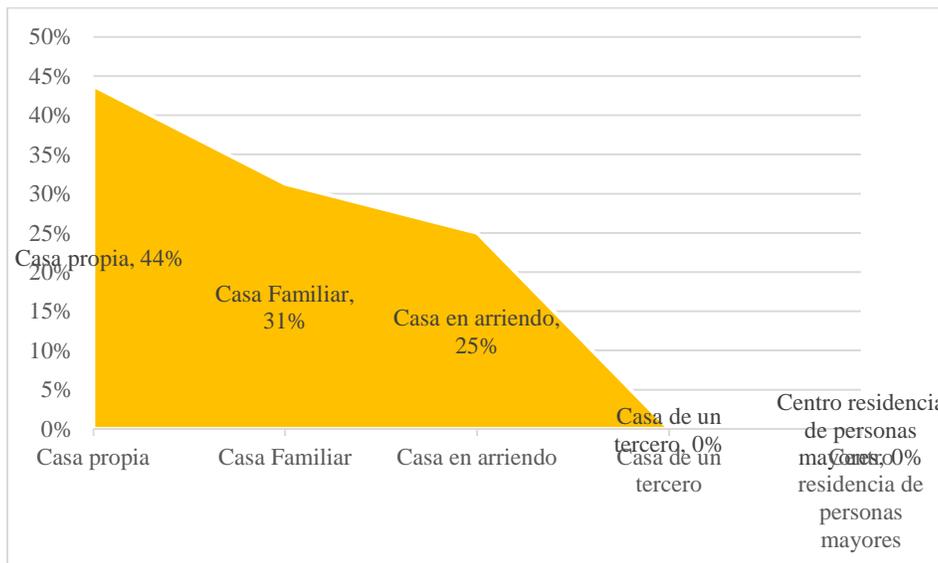
Del total de los encuestados el 44% su estado civil es casado, el 31% soltero(a), el 13% en unión libre y el 6% su estado civil es divorciado(a).

Gráfica 5 Estado Civil



Del total de los encuestados el 44% reside en casa propia, el 31% en casa familiar, mientras que el 25% vive en casa en arriendo. Esta información terminó siendo relevante toda vez que era importante determinar si teníamos población en condiciones de vulnerabilidad. Sin embargo, logramos inferir que los usuarios que participan en estos espacios tienen un grado de estabilidad social y económica que les permite dedicar tiempo a estas actividades.

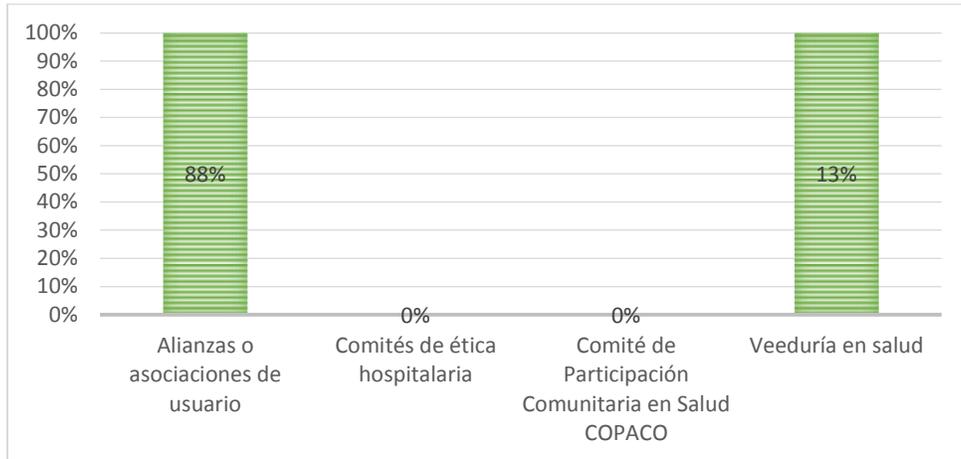
Gráfica 6 Lugar de Residencia



Del total de los encuestados el 87% pertenece a alianzas o asociaciones de usuario, mientras que el 13% pertenece a veeduría en salud. En este espacio no solamente participan quienes

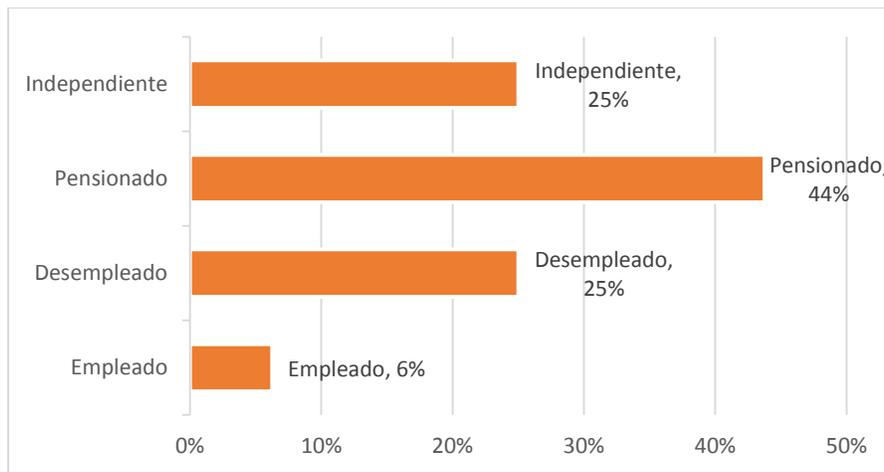
participan en asociaciones de usuarios sino también lo hacen quienes apoyen otras formas de participación social o comunitaria.

Gráfica 7 Cooperación en Instancias de Participación Social



Del total de los encuestados la actividad a la que se dedican el 44% son pensionados, el 25% independiente, el 25% se encuentran desempleados, mientras que el 6% son empleados.

Gráfica 8 Actividad Económica



Conclusiones Información Objeto de Estudio

Atendiendo a los resultados obtenidos en la materia objeto de estudio encontramos claro que la percepción del grupo de encuestados está dirigida a que el Estado debe asumir los gastos en

salud de los habitantes del territorio nacional con un porcentaje del 56% de los encuestados. Sin embargo, es importante contrastar la respuesta con el 13% que están en desacuerdo. Esta comparación, aunque no es proporcional resulta siendo importante porque denota que aun cuando el grupo escogido reconoce el derecho a la salud como algo básico e irrenunciable existe un sentido de conservación del presupuesto que debe asumir el Estado en materia de salud, habrían podido escoger la opción “*totalmente de acuerdo*”. Aunado a lo anterior, encontramos que el 6% está en totalmente en desacuerdo; divergiendo totalmente de las respuestas anteriormente dadas. Finalmente existe un 19% de piensa que todos los gastos deben ser asumidos por el Estado. Al respecto, el Ministro de Salud y Protección Social, Alejandro Gaviria Uribe, ha dicho que la sostenibilidad del sistema de salud es responsabilidad de todos los actores, ya que los intereses individuales y el bajo costo del gasto de bolsillo de los colombianos hace que se abuse del sistema (Ministerio de Salud, 2015). Que se empiece a reconocer que el estado no es el directo responsable de nuestra salud realmente es un avance en la materia y en el ejercicio de la corresponsabilidad en el sistema de salud Colombiano.

Sin embargo el Estado colombiano ha venido trabajando en la política pública de envejecimiento monitoreando por medio del Observatorio Nacional de Envejecimiento y Vejez a través de sus indicadores y análisis en cuanto al envejecimiento y gasto en salud pública y vejez, también la asignando recursos por medio de la Secretaría Distrital de Protección social en diferentes proyectos de inversión para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y disminuir la percepción impropia en el ámbito de la vejez.

Dando continuidad a la importancia de la corresponsabilidad en el sistema se resalta que un alto porcentaje del total de los encuestados, el 69% están de acuerdo con que las familias deben tener un grado de responsabilidad con el cuidado de sus familiares en temas de salud y el 13%

totalmente de acuerdo. Adicionalmente del total de los encuestados el 38% está de acuerdo en que la responsabilidad del cuidado y protección del adulto mayor debe recaer en la familia, el 31% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 25% totalmente en desacuerdo, mientras que el 6% restante está totalmente de acuerdo. La responsabilidad de la familia en el cuidado de la salud de sus integrantes es muy importante, toda vez que la familia cumple roles esenciales y de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos. En su seno se forman los motivos y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo (Cid Rodríguez, Montes de Oca Ramos, & Hernandez Díaz, 2014).

Haciendo referencia al artículo 46 de la Constitución vale aclarar que se establece la *“obligación concurrente de la familia, la Sociedad y el Estado de brindarles protección y asistencia a las personas de la tercera edad”*. Esa obligación, en primer lugar se encuentra en cabeza de la familia, pero ante la ausencia de ésta o la imposibilidad de brindar la protección necesaria, son el Estado y la sociedad quienes deben entrar a asumir este deber³.

Aduciendo ahora a la responsabilidad del Estado en garantizar algunos procedimientos que van en contra del fin mismo del sistema de salud encontramos que del total de los encuestados el 37% está totalmente en desacuerdo y el 19% en desacuerdo en que el estado debe garantizar el acceso a procedimientos estéticos, el 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 19% está de acuerdo. Con la entrada en vigencia de la Ley estatutaria 1751 de 2015 las cirugías estéticas

³ Sentencia C-503/14

están por fuera del cubrimiento del plan de beneficios en salud. Sin embargo esto o exime a las EAPB de garantizar el derecho a la salud cuando la funcionalidad del cuerpo resulte afectada como consecuencia del procedimientos estéticos siempre que exista un compromiso en la salud o la vida del paciente⁴.

Del total de los encuestados el 63% está de acuerdo y el 6% está totalmente de acuerdo, en que las farmacéuticas deben asumir el costo de medicamentos experimentales. Por su parte el 19% está totalmente en desacuerdo, el 6% en desacuerdo y el 6% restante ni de acuerdo ni en desacuerdo. Esto nos permite inferir que la responsabilidad compartida lleva a que los usuarios pretendan conservar los recursos y darles un uso apropiado y concluimos que los medicamentos y tecnologías experimentales deberían ser pagadas por los laboratorios que los promocionan y no por un sistema de salud público.

Del total de los encuestados el 50% está de acuerdo y el 13% está totalmente de acuerdo en que es una obligación de la persona establecer prácticas de autocuidado en salud, el 19% totalmente en desacuerdo, el 12% ni de acuerdo, ni en desacuerdo, mientras que el 6% está en desacuerdo. Aquí es importante hacer referencia que cuando un ciudadano hace parte de un sistema le corresponde asumir unos derechos y por la misma vía unos deberes. Uno de los deberes más importantes que deben asumir los usuarios como parte del sistema de salud es el autocuidado que redunde en un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos el Sistema General de Seguridad Social en Salud y cumplir con los deberes de solidaridad, participación y colaboración⁵.

⁴ Sentencia T-579/17

⁵ Ley 1438 de 2011

Aunque existen avances en el sentido de pertenencia del sistema en la población escogida hay aspectos en los que es importante trabajar, y es acá en donde existen aspectos que denotan sobre todo un marcado desconocimiento en la normatividad así como el miedo a asumir responsabilidades que son innatas de la familia. Del total de los encuestados el 31% está de acuerdo en que el estado es quien debe garantizar la financiación de medicamentos experimentales, sin embargo este resultado está contrastado con el 25% que está totalmente en desacuerdo, el 19% en desacuerdo, el 19% ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 6% está totalmente de acuerdo. Otra de las respuestas que nos permite inferir el desconocimiento y sobre todo el alcance del sistema de salud es la que indica que la figura de cuidador debe ser cubierta por el sistema de salud, ante ello del total de los encuestados el 62% está de acuerdo en que el 19% está totalmente en desacuerdo, mientras que el 19% restante está ni de acuerdo ni en desacuerdo. Al respecto, la corte constitucional⁶ ha dicho que:

El servicio de cuidador está expresamente excluido del plan de beneficios en salud, conforme la Resolución 5521 de 2013, que en su artículo 29 indica que la atención domiciliaria no abarca «recursos humanos con finalidad de asistencia o protección social, como es el caso de cuidadores». Dado principalmente su carácter asistencial y no directamente relacionado con la garantía de la salud, la Corte ha dicho que en términos generales el cuidado y atención de las personas que no pueden valerse por sí mismas radica en cabeza de los parientes o familiares que viven con ella, en virtud del principio constitucional de solidaridad, que se hace mucho más fuerte tratándose de personas de especial protección y en circunstancias de debilidad. Así, compete en primer lugar a la familia solidarizarse y brindar la atención y cuidado que necesita el

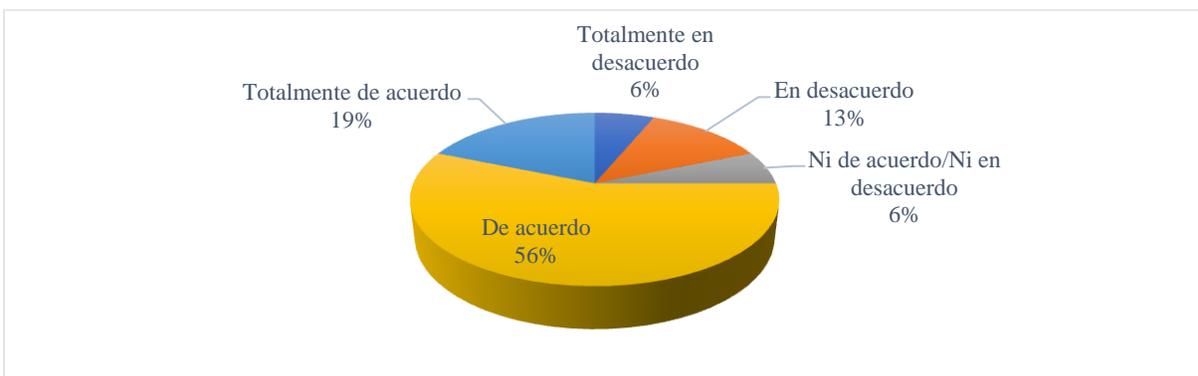
⁶ Sentencia T-096/16

pariente en situación de indefensión. En virtud de sus estrechos lazos, la obligación moral descansa en primer lugar en el núcleo familiar, especialmente de los miembros con quien aquél convive. Con todo, si estos no se encuentran tampoco, principalmente, en la capacidad física o económica de garantizar ese soporte, el servicio de cuidador a domicilio, cuya prestación compromete la vida digna de quien lo necesita, debe ser proporcionado por el Estado.

Después de realizar un análisis general de los resultados de la encuesta aplicada a continuación realizaremos el análisis de cada una de las preguntas realizadas con la técnica escogida.

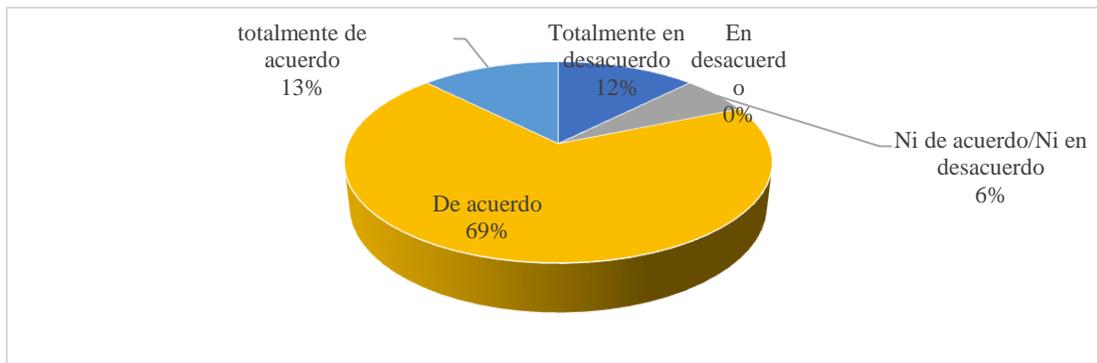
Es así como del total de los encuestados el 56% está de acuerdo con que el Estado debe asumir absolutamente los gastos en salud de los habitantes del territorio nacional, el 19% está totalmente de acuerdo, el 13% en desacuerdo, el 6% totalmente en desacuerdo, mientras que el 6% ni de acuerdo ni desacuerdo.

Gráfica 9 El Estado debe asumir absolutamente todos los gastos en salud de los habitantes del territorio nacional.



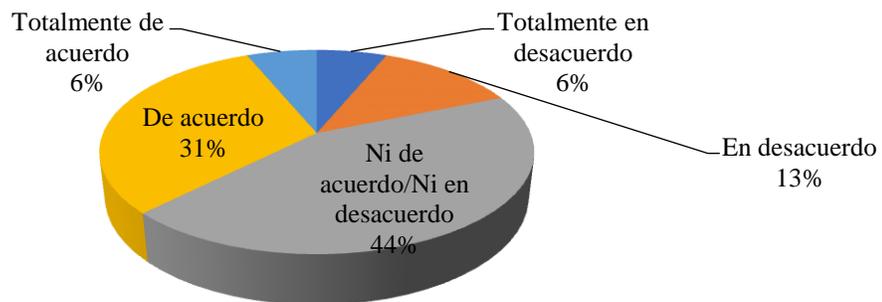
Del total de los encuestados el 69% están de acuerdo con que las familias deben tener un grado de responsabilidad con el cuidado de sus familiares en temas de salud, el 13% totalmente de acuerdo, el 12% totalmente en desacuerdo y el 6% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfica 10 Las familias deben tener un grado de responsabilidad con el cuidado de sus familiares en temas de salud.



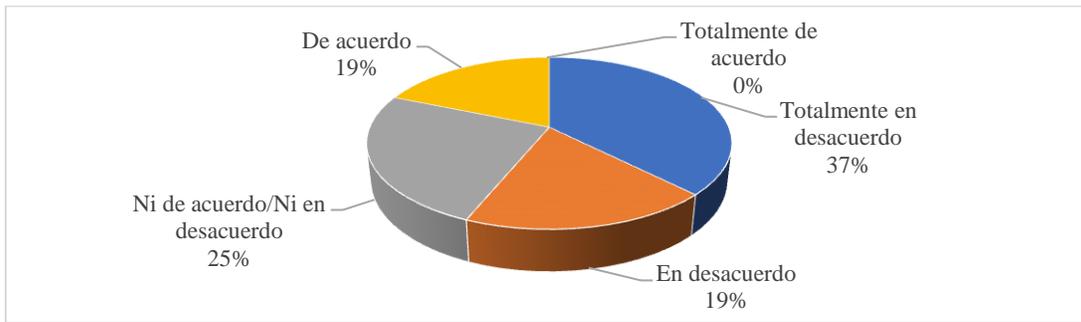
Del total de los encuestados el 44% está ni de acuerdo ni en desacuerdo en que el estado es quien debe garantizar el acceso a tecnologías presentadas en el exterior, el 31% están de acuerdo, el 13% en desacuerdo, el 6% totalmente de acuerdo y el 6% restante totalmente en desacuerdo.

Gráfica 11 El estado es quien debe garantizar el acceso a tecnologías prestadas en el exterior



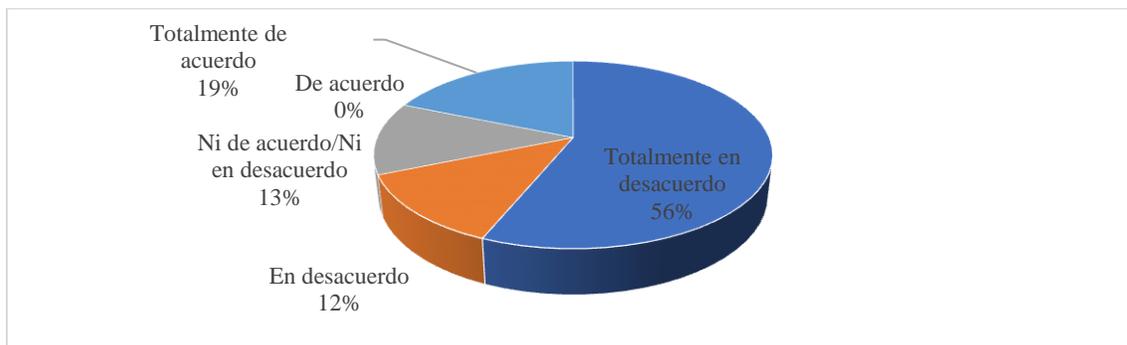
Del total de los encuestados el 37% está totalmente en desacuerdo en que el estado debe garantizar el acceso a procedimientos estéticos, el 25% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 19% está de acuerdo y el 19% restante en desacuerdo.

Gráfica 12 El estado debe garantizar el acceso a procedimientos estéticos.



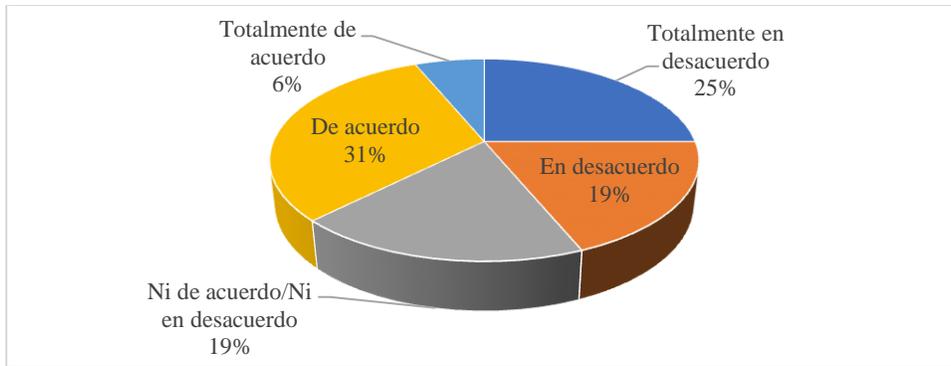
Del total de los encuestados el 56% está totalmente en desacuerdo en que su familia asuma el costo de medicamentos o insumos denominados como no POS o medicamentos no incluidos en el nuevo plan de beneficios, el 19% de los encuestados está totalmente de acuerdo, el 13% ni de acuerdo ni en desacuerdo, y el 12% restante en desacuerdo.

Gráfica 13 Su familia asumiría el costo de medicamentos o insumos denominados como No POS o medicamentos no incluidos



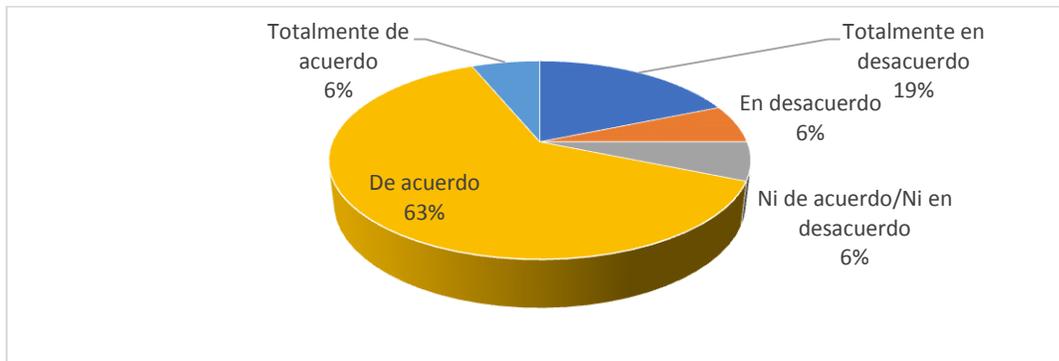
Del total de los encuestados el 31% está de acuerdo en que el estado es quien debe garantizar la financiación de medicamentos experimentales, el 25% está totalmente en desacuerdo, el 19% en desacuerdo, el 19% ni de acuerdo ni en desacuerdo, mientras que el 6% está totalmente de acuerdo.

Gráfica 14 El estado es quien debe garantizar la financiación de medicamentos experimentales.



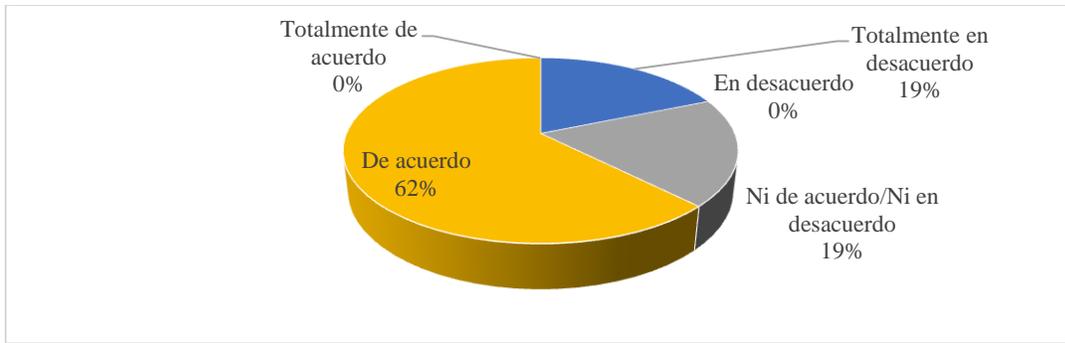
Del total de los encuestados el 63% está de acuerdo en que las farmacéuticas deben asumir el costo de medicamentos experimentales, el 19% está totalmente en desacuerdo, el 6% totalmente de acuerdo, el 6% en desacuerdo y el 6% restante ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfica 15 Las farmacéuticas deben asumir el costo de medicamentos experimentales.



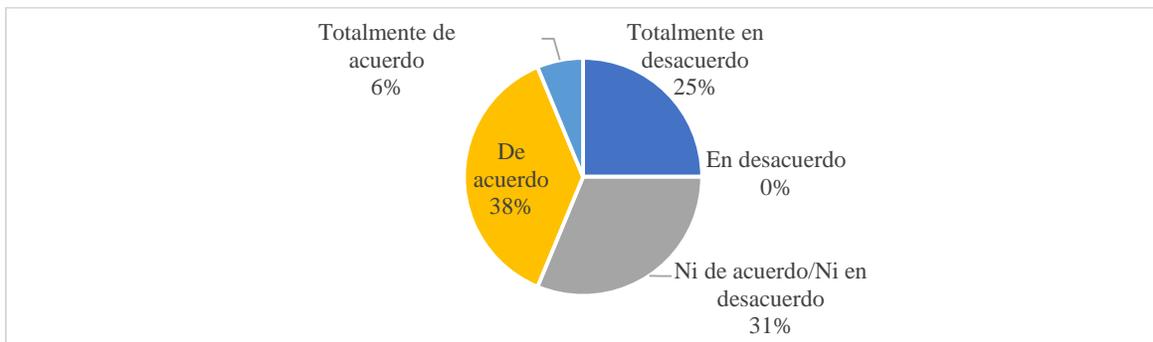
Del total de los encuestados el 62% está de acuerdo en que la figura de cuidador debe ser cubierta por el sistema de salud, el 19% está totalmente en desacuerdo, mientras que el 19% restante está ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Gráfica 16 La figura de cuidador debe ser cubierta por un sistema de servicios complementarios.



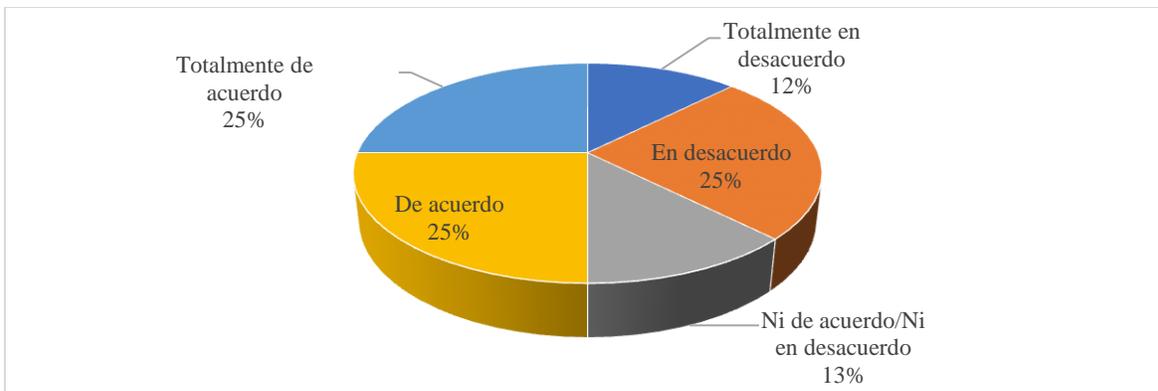
Del total de los encuestados el 38% está de acuerdo en que la responsabilidad del cuidado y protección del adulto mayor debe recaer en la familia, el 31% ni de acuerdo ni en desacuerdo, el 25% totalmente en desacuerdo, mientras que el 6% restante está totalmente de acuerdo.

Gráfica 17 La responsabilidad del cuidado y protección del adulto mayor debe recaer en la familia



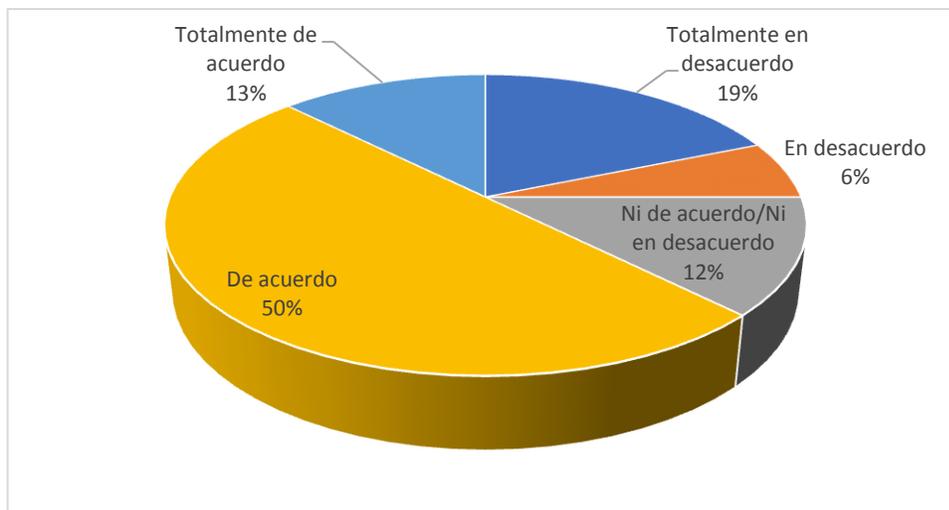
Del total de los encuestados el 25% está totalmente de acuerdo en que las familias con adultos mayores que requieren pañales deben asumir este costo, el 25% está de acuerdo, el 25% en desacuerdo, el 13% ni de acuerdo, ni en desacuerdo, y el 12% restante está totalmente en desacuerdo.

Gráfica 18 Las familias con adultos mayores que requieren pañales deben asumir este costo.



Del total de los encuestados el 50% está de acuerdo en que es una obligación de la persona establecer prácticas de autocuidado en salud, el 19% totalmente en desacuerdo, el 13% totalmente de acuerdo, el 12% ni de acuerdo, ni en desacuerdo, mientras que el 6% está en desacuerdo.

Gráfica 19. Es una obligación de la persona establecer prácticas de autocuidado en salud.



Capítulo IV

Recomendaciones

A partir de la elaboración de esta investigación se infiere que es importante reforzar los procesos de sensibilización y capacitación de los líderes del control social como replicadores de la información en las diferentes comunidades específicamente en la amplia normatividad del sistema y en las responsabilidades de la familia como sistema primario de cuidado. Si bien desde el gobierno nacional se han admitido las fallas propias del sistema, desde la ciudadanía existe una negación de la realidad del país en la materia y es necesario que este trabajo de sensibilización inicie desde la base de cualquier sistema de salud fomentando en la familia la idea de la autorresponsabilidad en la salud de su colectivo y de sus miembros, así como desarrollar y utilizar todas las potencialidades del grupo familiar en aras de mejorar su salud. (Cid Rodríguez, Montes de Oca Ramos, & Hernandez Díaz, 2014).

La responsabilidad de la familia en el cuidado de la salud de sus integrantes es muy importante, toda vez que la familia cumple roles esenciales y de gran trascendencia, en tanto desempeña las funciones inherentes a la satisfacción de necesidades básicas y el cuidado de sus integrantes, lo que incluye además la obtención y administración de los recursos económicos para el hogar y la organización de servicios domésticos. En su seno se forman los motivos y hábitos relacionados con el comportamiento implicado en la salud, se gestan procesos que actúan como protectores de salud o desencadenantes de la enfermedad, y se desarrollan recursos de apoyo altamente significativo y efectivo (Cid Rodríguez, Montes de Oca Ramos, & Hernandez Díaz, 2014).

También es importante que desde el Ministerio de Salud se promueva la participación de la población adulta mayor en el procedimiento técnico científico y participativo para la determinación de los servicios y tecnologías que no podrán ser financiados con recursos del sistema de salud específicamente en la fase de consulta a pacientes potencialmente afectados y ciudadanía. Esto es de vital importancia para esta población toda vez que esta fase tiene como objetivo consultar la opinión de los pacientes potencialmente afectados y de la ciudadanía, acerca de la conveniencia de declarar la tecnología nominada como una exclusión, con base en la información suministrada en otras fases del procedimiento.

Ahora bien, apuntándole al mejoramiento del sistema de salud es importante que se reconozcan las dificultades del sistema y que desde la Superintendencia Nacional de Salud se realice la inspección vigilancia y control necesaria para garantizar la efectiva prestación de los servicios y esto redunde en la ampliación y mejora continua del servicio de salud tal y como lo contempla la política pública de vejez.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaldía de Bogotá. (27 de Octubre de 2017). <http://www.bogota.gov.co/>. Obtenido de <http://www.bogota.gov.co/localidades/engativa>
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (s.f.). <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/>. Obtenido de <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/>: <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/es/bogotanitos/bogodatos/bogota-y-sus-localidades>
- Cid Rodríguez, M. d., Montes de Oca Ramos, R., & Hernandez Díaz, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Medica Electrón.*
- Cohen, E., & Franco, R. (2006). *Transferencias con Corresponsabilidad*. México: FLACSO MÉXICO.
- Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Nueva York: Acnur.
- Constitución Política de Colombia. (1991). <http://www.alcaldiabogota.gov.co>. Obtenido de <http://www.alcaldiabogota.gov.co>: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=4125>
- Delgado Gallego Eugenia, M., Vázquez Navarrete, M. L., Zapata Bermúdez, Y., & Hernán García, M. (2005). Participación Social en Salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia,. Una mirada cualitativa. *Revista Española de Salud Pública.*
- Echavarría, J. L. (2013). De la naturaleza jurídica del derecho a la salud en Colombia. *Revista Monitor*, 11.
- Lahera, E. (1 de Agosto de 2004). <http://repositorio.cepal.org>. Obtenido de <http://repositorio.cepal.org>: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6085/S047600_es.pdf
- Ley 100 . (23 de 12 de 1993). <http://www.secretariasenado.gov.co/>. Obtenido de <http://www.secretariasenado.gov.co/>: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.htm
- Ministerio de Salud. (1 de Diciembre de 2014). <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POCEHV-2014-2024.pdf>: <https://www.minsalud.gov.co>

Ministerio de Salud. (2014). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de *www.minsalud.gov.co*:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/RL/cartillas-de-aseguramiento-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud.pdf>

Ministerio de Salud. (23 de Octubre de 2015). *https://www.minsalud.gov.co/*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/>: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-presente-y-el-futuro-de-la-salud-es-corresponsabilidad-de-todos.aspx>

Ministerio de Salud. (22 de Octubre de 2015). *https://www.minsalud.gov.co/*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/>: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/El-presente-y-el-futuro-de-la-salud-es-corresponsabilidad-de-todos.aspx>

Ministerio de Salud. (6 de Mayo de 2016). *www.minsalud.gov.co*. Obtenido de *www.minsalud.gov.co*:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud. (1 de 1 de 2017). *https://www.minsalud.gov.co/*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/>:
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Ministerio de Salud. (s.f.). *https://www.minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/>:
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Paginas/objetivosFunciones.aspx>

Ministerio de Salud. (s.f.). *https://www.minsalud.gov.co*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/>:
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Dibujo%20corresponsabilidad%20salud.pdf>

Ministerio de Trabajo. (2012). *www.mintrabajo.gov.co*. Obtenido de *www.mintrabajo.gov.co*:
http://www.mintrabajo.gov.co/component/docman/doc_download/1768-cartilla-riesgos-laborales.html

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (22 de Junio de 1994). *Decreto Ley 1295*. Obtenido de *www.alcaldiabogota.gov.co*:
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=2629>

Mora Antó, A., Córdoba Andrade, L., Bedoya Urrego, Á. M., & Verdugo, M. Á. (REVISTA DIVERSITAS). Características de la calidad de vida en familias con un adulto con discapacidad intelectual (DI)/RM en la ciudad de Cali, Colombia. *REVISTA DIVERSITAS* , 37-54.

- ONU Mujeres. (1 de Febrero de 2018). <http://colombia.unwomen.org>. Obtenido de <http://colombia.unwomen.org>: <http://colombia.unwomen.org/es/como-trabajamos/liderazgo-y-participacion-politica>
- Organización Mundial de la Salud. (9 de Noviembre de 2005). <http://www.who.int>. Obtenido de <http://www.who.int>: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Papalia, D. E., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009). *Desarrollo del Adulto Y Vejez*. México: Mc Graw Hill.
- Psicológicamente Hablando. (s.f.). <http://www.psicologicamentehablando.com>. Obtenido de <http://www.psicologicamentehablando.com>: <http://www.psicologicamentehablando.com/etapas-de-erickson-en-la-edad-adulta-y-la-ancianidad/>
- Sampieri, R. H., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc Graw Hill.
- Serretaría Distrital de Cultura, R. y. (1 de Noviembre de 2008). <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co>. Obtenido de <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co>: <http://www.culturarecreacionydeporte.gov.co/observatorio/documentos/localidades/rafaelUribe.pdf>
- Torío López, S., Peña Calvo, J., Rodríguez Menéndez, m., & Molina Martín, S. (2010). Hacia la corresponsabilidad "Construir lo cotidiano. Un programa de educación parental". *EDUCATIO SIGLO XXI*, 85-108.

ANEXO 1 Encuesta

**PERCEPCIÓN DE CORRESPONSABILIDAD DEL ESTADO CON EL ADULTO
MAYOR, EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

Trabajo de Grado

Especialización en Gestión Pública

Johanna Munévar y Sindy Carrillo

Este cuestionario va dirigido a los líderes del control social que representan los intereses de los usuarios del sistema de salud de la localidad de Rafael Uribe Uribe.

Propósito general: Identificar la percepción de corresponsabilidad del sistema de salud en el contexto para el adulto mayor.

A continuación, solicitamos su apoyo en el diligenciamiento del cuestionario el cual tiene por objeto aportar información en el desarrollo del trabajo de grado de las estudiantes de la Universidad Nacional Abierta y a Distancia – UNAD. Este interrogatorio se divide en dos partes. Por un lado, encontraremos información demográfica y general en donde dependiendo de la información de cada usuario deberá marcar la opción que corresponda en la casilla con una equis (X).

Aunado a lo anterior y teniendo en cuenta el fin de esta investigación, encontrarán 12 afirmaciones propuestas por el grupo, en las que atendiendo a su percepción personal indicarán con su grado de acuerdo o desacuerdo en una escala denominada escala de Likert determinada en 5 grados así: Totalmente en desacuerdo - En desacuerdo - Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo - De acuerdo - Totalmente Desacuerdo.

Agradecemos el apoyo en el diligenciamiento de esta herramienta la cual será de mucha ayuda en el desarrollo de nuestro trabajo de grado.

INFORMACIÓN GENERAL

Señale por favor su género		Por favor indique en que rango de edad se encuentra		Señale su estrato socioeconómico	
Femenino		18 – 40		Estrato 1	
		41 – 60		Estrato 2	
		61 – 70		Estrato 3	
Masculino		71 – 80		Estrato 4	
		81 – 90		Estrato 5	
				Estrato 6	

Por favor indique su nivel de escolaridad		ESTADO CIVIL		¿Dónde reside actualmente?	
Educación básica (de grado		Soltero/a		Casa propia	

Kínder hasta grado noveno)				
Educación Media (Grado décimo y Undécimo)		Casado/a		Casa Familiar
Técnico / Tecnólogo		Divorciado/a		Casa en arriendo
Universitario		Unión libre		Casa de un tercero
Postgrado		Viudo/a		Centro residencia de personas mayores
Maestría				
Doctorado				

¿Pertenece usted a alguna de las siguientes formas de participación social en salud?		Ocupación (actividad a la que se dedica)	
Alianzas o asociaciones de usuario		Empleado	
Comités de ética hospitalaria		Desempleado	
Comité de Participación Comunitaria en Salud COPACO		Pensionado	
Veeduría en salud		Independiente	

INFORMACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

Atendiendo a una escala Likert⁷ indique su grado de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones:

1. El Estado debe asumir absolutamente todos los gastos en salud de los habitantes del territorio nacional.	2. Las familias deben tener un grado de responsabilidad con el cuidado de sus familiares en temas de salud.
Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	En desacuerdo
Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo
De acuerdo	De acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
3. El estado es quien debe garantizar el acceso a tecnologías prestadas en el exterior.	4. El estado debe garantizar el acceso a procedimientos estéticos.
Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	En desacuerdo
Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo

⁷ Psicólogo Rensis Likert.

De acuerdo	De acuerdo
------------	------------

Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------	-----------------------

5. Su familia asumiría el costo de medicamentos o insumos denominados como No POS o medicamentos no incluidos en el Nuevo plan de beneficios.

6. El estado es quien debe garantizar la financiación de medicamentos experimentales.

Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------

En desacuerdo	En desacuerdo
---------------	---------------

Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo
--------------------------------	--------------------------------

De acuerdo	De acuerdo
------------	------------

Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
-----------------------	-----------------------

7. Las farmacéuticas deben asumir el costo de medicamentos experimentales.

8. La figura de cuidador debe ser cubierta por el sistema de salud.

Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
--------------------------	--------------------------

En desacuerdo	En desacuerdo
Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo
De acuerdo	De acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

9. La figura de cuidador debe ser cubierta por un sistema de servicios complementarios.

10. La responsabilidad del cuidado y protección del adulto mayor debe recaer en la familia.

Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	En desacuerdo
Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo
De acuerdo	De acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

11. Las familias con adultos mayores que requieren pañales deben asumir este costo.

12. Es una obligación de la persona establecer prácticas de autocuidado en salud.

Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
En desacuerdo	En desacuerdo
Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo	Ni de acuerdo/Ni en desacuerdo
De acuerdo	De acuerdo

Totalmente de acuerdo

Totalmente de acuerdo

ANEXO 2 Registro Fotográfico

