

**ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCION EN LA IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ: ESTUDIO DE
CASO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO (2010-2017)**

LUIS ALFREDO GÓMEZ ROJAS

CODIGO 1600810

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

SANTIAGO DE CALI

MAYO 2019

**ANÁLISIS DEL GRADO DE SATISFACCION EN LA IMPLEMENTACION DE
LA POLITICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ: ESTUDIO DE
CASO HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIO CORREA RENGIFO (2010-2017)**

LUIS ALFREDO GÓMEZ ROJAS

CODIGO 1600810

**Trabajo presentado como requisito parcial de grado para optar al título de
Magister en políticas públicas**

Directora

Raquel Ceballos Molano. Ph.D

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS

SANTIAGO DE CALI

MAYO 2019

Agradecimientos

Agradezco a Dios por bendecir mi vida, por guiarme a lo largo de mi existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad que me han permitido crecer en todos mis aspectos llevándome a grandes espacios de esta vida terrenal.

Gracias a mi madre Gloria Rojas y mi padre Luis Alfredo Gómez , por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mis expectativas, por los consejos, valores y principios que inculcaron en nuestro hogar.

Gracias a mis hermanas Nataly, Jhoana y Erika, por siempre estar velando por mi bienestar, sus consejos y apoyos siempre estarán presentes en mi diario vivir, por las lindas sobrinas y el gran sobrino que tengo a quienes siempre quiero ver siendo triunfadores desde el ámbito donde se encuentren.

Finalmente, de igual manera mis agradecimientos a la Universidad del valle porque en ella logre mi carrera de pregrado y posgrado, a mis profesores en especial a la Dra Raquel Ceballos que con la enseñanza de sus valiosos conocimientos hicieron que pueda crecer día a día como profesional, gracias a cada uno de ustedes por su paciencia, dedicación, apoyo incondicional y amistad.

Tabla de Contenido

Resumen.....	viii
Introducción	1
1. Contexto de la Ejecución y Prestación del Servicio de Salud en Colombia.	4
1.1. El Acceso a la Salud, Barreras de Acceso, Vejez y las Políticas Públicas de Envejecimiento: Una Aproximación al Estado del Arte	4
1.2. Problema de Investigación	17
1.3. Pregunta de Investigación	27
1.4. Preguntas Secundarias.....	27
1.5. Justificación	28
1.6. Objetivos	29
1.6.1. Objetivo general.....	29
1.6.2. Objetivos específicos.	29
1.7. Aspectos Metodológicos	30
1.7.1. Método.	30
1.7.2. Enfoque.	31
1.7.3. Alcance.....	33
1.7.4. Tesis/ hipótesis.....	36
1.7.5. Procedimiento metodológico.	37
2. Marco de Referencia	40
2.1.1. El Estado de bienestar.	40
2.1.2. La salud como derecho fundamental.	45
2.1.3. Políticas públicas.....	50
2.1.4. Ciclos de las políticas públicas.	53
2.1.5. Implementación de la política pública.	56

2.1.6.	Acceso a la salud.....	62
2.1.7.	Barreras de acceso a la prestación del servicio de salud.....	63
2.1.8.	Envejecimiento.....	64
2.1.9.	Desarrollo social.	72
2.1.10.	Satisfacción.	75
2.2.1.	Acuerdos y tratados internacionales.	79
2.2.2.	Regulación nacional.....	83
2.2.3.	Marco constitucional y legal	83
2.2.3.1.	<i>Otros instrumentos de política pública.</i>	86
2.2.4.	Marco normativo regional.....	87
3.	Implementación de la Política de Envejecimiento Humano y Vejez en Entidades del Departamento del Valle del Cauca.....	90
3.1.	Contexto Regional o Departamental.	90
3.1.1.	Prestadores de servicio de salud del valle del cauca con este estudio de caso.	96
3.2.	Análisis de la Implementación de la Política de Envejecimiento y Vejes en el Hospital Mario Correa Rengifo del Municipio de Santiago de Cali.	102
3.2.1.	Acceso potencial a la prestación del servicio de salud de las y los usuarios.	106
3.2.2.	Acceso real a la prestación del servicio de salud.	112
3.3.	Análisis de Satisfacción en la Prestación del Servicio de Salud en el Hospital Mario Correa Rengifo del Municipio de Santiago de Cali	123
3.4.1.	Factores que interfieren a la prestación del servicio de salud para los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, que surgen a partir de la implementación de la política pública.	132
3.4.2.	Grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en el hospital departamental Mario Correa Rengifo.	142
	Conclusiones	149
	Recomendaciones.....	154

Bibliografía	156
Anexos	168

Lista de tablas

Tabla 1. Barrios, urbanizaciones y sectores de la Comuna 18 Estudio de percepcion de Barreras de Acceso en la prestacion de servicios de salud de las ESE del municipio de santiago de cali 2011. .	23
Tabla 2. Red de prestadores de salud en el departamento	93
Tabla 3. Hospitales, Centros y puestos de salud en Santiago de Cali.....	98
Tabla 4. Ejes estratégicos del plan de inversiones. Tomado del plan de desarrollo “El Mario somos todos” 2016-2019.....	108
Tabla 5. Presupuesto plurianual del hospital Mario correa Rengifo.	110
Tabla 6. Prestación de servicios del Hospital Mario Correa Rengifo por rango de edad año 2016. Tomado de estadísticas del Hospital Mario Correa Rengifo. 2016.	113
Tabla 7. Prestación de servicios por rango de edad del Hospital MCR año 2017. Tomado de estadísticas hospital Mario Correa Rengifo. 2017.	117
Tabla 8. Estadísticos para la edad	124
Tabla 9. Estadísticos de la frecuencia de visitas al Hospital MCR de los encuestados	134
Anexo 10. Tabla 12. Análisis de la encuesta de tratamientos de los usuarios.	170

Lista de graficas

Gráfica 1. Estadística rangos de edad de los usuarios y prestación de servicios.	117
Gráfica 2. Estadísticas Hospital Mario Correa Rengifo.....	122
Gráfica 3. Edad de encuestados	124
Gráfica 4. Género de los encuestados	125
Gráfica 5. Régimen de salud de los encuestados	126
Gráfica 6. Puntaje del Sisbén de los encuestados	126
Gráfica 7. Entidad prestadora de salud de los encuestados.....	127
Gráfica 8. No. de visitas de los encuestados al hospital	134
Gráfica 9. Encuesta de satisfacción de los usuarios	136
Gráfica 10. Encuestados que recibieron tratamientos	137
Gráfica 11. Visitas a la institución de salud de los encuestados	138

Gráfica 12. Encuesta acerca de tratamientos de los encuestados.....	139
Gráfica 13. Tiempo de respuesta de los requerimientos de los encuestados	141
Gráfica 14. Encuesta padece alguna enfermedad.....	143
Gráfica 15. Percepción de los encuestados frente a la prestación del servicio de salud.	144
Gráfica 16. Percepción de los encuestados frente a la atención preferencial del adulto mayor.....	145
Gráfica 17. Grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud	146

Lista de figuras

Figura 1. Áreas geográficas del Valle del Cauca. Tomado de la cartilla departamental del proceso de transformación de la organización de la red de servicios de salud del departamento del valle del cauca 2013.....	92
Figura 2. Organigrama del hospital Mario Correa Rengifo. Tomado del plan de desarrollo “el Mario somos todos” 2016-2019.....	104
Figura 3. Mapa de procesos Hospital Mario Correa Rengifo. Tomado de Plan de desarrollo “El Mario Somos Todos”2016-2019.....	105

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo *analizar el grado de satisfacción en la implementación de la política nacional de envejecimiento y vejez en el acceso a la prestación del servicio de salud de los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo de la ciudad de Cali en el Departamento del Valle del Cauca*. Se plantea un recorrido conceptual por el modelo de Estado colombiano, el derecho a la salud, la prestación del servicio de salud, el envejecimiento, el desarrollo social, las políticas públicas y las barreras de acceso; categorías que orientan la metodología aplicada a partir de un estudio de caso en el que se utilizaron herramientas como la encuesta, realizada a 50 usuarios entre hombres y mujeres adultos mayores.

Concluyendo que la prestación del servicio de salud para esta población, a pesar que tiene sus diferentes mecanismos jurídico, económicos, organizacionales, políticos y culturales, tiene una oportunidad de mejora pues la multiplicidad de actores ejecutores y beneficiarios de la política pública no están siendo parte transversal de la implementación, lo que genera brechas para fomentar una total satisfacción del servicio de salud a través de enfoques multidisciplinarios integrales e integradores que propicien el gozo efectivo de sus derechos, el desarrollo cognitivo, físico, económico y cultural, viéndolos como sujetos de derechos universales y no como beneficiarios de subsidios y programas para la población vulnerable.

PALABRAS CLAVES: envejecimiento humano, vejez, adulto mayor, implementación política pública, satisfacción prestación del servicio de salud.

Introducción

En Colombia la salud es un derecho fundamental contemplado en la Constitución Política de 1991, lo cual implica que el Estado debe garantizar el acceso a la prestación del servicio de salud de todos los residentes en el territorio. De ahí derivan una serie de mecanismos que favorecen –para el caso de esta investigación y de manera particular, el servicio de salud para los adultos mayores. Se podría afirmar que la proporción de personas mayores de 60 años se triplicará entre los años 2000 y 2050, y por sus condiciones de vulnerabilidad, sus características físicas, sociales, culturales y económicas requieren de una atención humanizada, con calidad y a tiempo (CEPAL; 2014). Pese a la existencia de un marco normativo, que en teoría garantiza este servicio al verlos como sujetos de derechos, la realidad pone en evidencia unas falencias que suponen barreras de acceso generando efectos en el desarrollo de la vida de estas personas a nivel cognitivo, físico, económico y cultural.

La presente investigación tiene como objetivo: *analizar el grado de satisfacción que genera la implementación de la política nacional de envejecimiento y vejez en el acceso a la prestación del servicio de salud de los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo*. Para ello, es necesario atender referentes conceptuales relacionados con *las políticas públicas (Distributivas: aquellas destinadas a prestar bienes o servicios a los ciudadanos)*.

Según Olavarría (2007) el énfasis de la investigación está en las “áreas de actividad o problemas sobre los cuales hay consenso que deben ser abordados con recursos públicos” (p. 20), como la prestación del servicio de salud, por lo tanto si se tiene en cuenta las *barreras*

de acceso, la vejez y la fase de implementación de la política pública, quedará en evidencia cómo ha sido la acción del Estado en la garantía de las demandas y necesidades del grupo poblacional de estudio.

Con respecto a la metodología la investigación se aborda con un enfoque cualitativo apoyado en el método etnográfico, enfatizando en el uso del estudio de caso, en tanto permitió comprender este fenómeno social desde la particularidad de los usuarios. A su vez, permitió explorar, describir y analizar los datos arrojados mediante la recolección de información a partir del uso de técnicas como la observación indirecta, la revisión documental – importante para distinguir unas categorías de análisis que se trazaron desde el inicio de la investigación - y otras que emergieron en el desarrollo de la investigación durante la aplicación de encuestas para profundizar en el caso del Hospital Mario Correa Rengifo.

El documento está compuesto por tres partes: en una primera, se presentan los aspectos generales del marco contextual de la investigación, el marco jurídico y la metodología para resolver el problema de investigación, las preguntas de investigación, preguntas secundarias, justificación, objetivos tanto general como específicos y el referente conceptual. En una segunda parte se presenta el análisis de la implementación de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez en el Departamento del Valle del Cauca y cómo esta orienta la prestación del servicio de salud en el hospital Mario Correa Rengifo, el acceso potencial que ofrece este y el acceso real que viven adultos mayores usuarios del sistema. La tercera parte de la investigación presentan los resultados que ponen en evidencia las barreras que se encuentran dentro del hospital, es decir, tipos de barreras internas y externas, e igualmente el grado de satisfacción de la prestación del servicio de salud para

estos usuarios. Finalmente se exponen las conclusiones sobre los aspectos principales y unas recomendaciones producto de la investigación sobre políticas de protección social.

1. Contexto de la Ejecución y Prestación del Servicio de Salud en Colombia.

1.1. El Acceso a la Salud, Barreras de Acceso, Vejez y las Políticas Públicas de Envejecimiento: Una Aproximación al Estado del Arte

En este apartado se presenta una aproximación sobre los diferentes temas y conceptos pertinentes para la presente investigación que se abordan por otros autores, así pues, se estudiaron artículos e investigaciones referentes a la salud, el acceso a la salud, las barreras de acceso, la vejez, grado de satisfacción y las políticas públicas de envejecimiento. Todo esto con el fin de hacer un rastreo que nos permita saber cómo va la conceptualización de la problemática que se quiere trabajar en la presente investigación, es decir, hasta dónde se ha estudiado y qué falta por estudiar.

En Colombia, desde la promulgación de la Constitución Política de Colombia de 1991, se han venido promoviendo leyes, normas, y políticas públicas relacionadas con la prestación del servicio de salud para toda la población colombiana. En este ámbito se hace mención especial a los adultos mayores de sesenta años ya que dicha población representa un desafío para las políticas públicas y los recursos, también en lo concerniente al desarrollo, la calidad de vida, el cumplimiento de los derechos y la inclusión social. Además, demográficamente se ha determinado que para el año 2020 la población adulta mayor en Colombia tendrá un aumento del 12,65% en relación con el año 2014 (10,79%); acompañado con un aumento de personas con 85 años y más (Gómez, Rivillas, Reina & Muñoz, 2015). Lo que significa que aumentará la demanda de servicios relacionados con la atención de

enfermedades crónicas no transmisibles, co-morbilidades y discapacidad entre la población adulta mayor

La salud es un derecho inalienable del ser humano, por lo cual todos los Estados deben ser garantes para que este servicio llegue a toda la población sin discriminación alguna, lo que implica respetar, proteger, garantizar y velar porque se creen los mecanismos jurídico-políticos que favorezcan la prestación de este derecho teniendo en cuenta el contexto y las diferentes necesidades de la población y sus requerimientos de tipo administrativo, económico y político. Es así como en el contexto global ya hace varios años se ha avanzado en una serie de políticas, acuerdos y tratados internacionales que han orientado a los Estados sobre cómo trabajar alrededor del tema de la salud, por ejemplo, donde se han creado organizaciones que velan por la prestación del servicio de salud de manera global; haciendo énfasis en la importancia de la buena prestación del servicio que brinda bienestar para los adultos mayores.

Lo anterior se debe a que la proporción de personas mayores de sesenta años está aumentando con mayor rapidez que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países y al ser -debido a sus condiciones físicas- una población vulnerable se debe crear instrumentos para que estas personas reciban un servicio de salud acorde con sus necesidades. De hecho en Latinoamérica podemos encontrar que estos países introducen prioridades explícitas para definir planes de beneficios en salud con los que dan respuesta a este desafío, pero en el caso donde los Estado no garantice este derecho constitucional se debe recurrir los tratados internacionales, pues en la mayoría de los países latinoamericanos las reformas son

motivadas por la justicia social y la equidad, el deseo por la democracia y los derechos de los ciudadanos.

En el caso del Departamento del Valle del Cauca, la Gobernación ha venido cumpliendo sus veces de garante en la implementación de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez a través de la adopción del Decreto 780 de mayo 6 del 2016 “*por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016). Dicho Decreto asigna unas características de vigilancia y control a las entidades prestadoras de salud, las cuales tienen una autonomía descentralizada para cumplir con sus funciones. Por lo tanto,

Es responsabilidad de las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, sin perjuicio de las competencias que le corresponden a la Superintendencia Nacional de Salud, adelantar las acciones de vigilancia, inspección y control sobre el desarrollo de los procesos de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, en el ámbito de sus respectivas jurisdicciones. Estas acciones podrán realizarse simultáneamente con las visitas de habilitación. (Presidencia de la Republica de Colombia, 2016, Artículo 2.5.1.7.2)

En este orden de ideas, las entidades públicas de prestación del servicio de salud en el capítulo 8, titulado *Instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del decreto 780 de mayo 6 del 2016*, se encuentran en la obligación de garantizar una infraestructura hospitalaria con equipos biomédicos, dotaciones, comunicaciones e informática y

presupuestos que garanticen el mantenimiento para el adecuado funcionamiento de la estructura mobiliaria de estas entidades. También hablamos del garantizar su debido reporte a la entidad departamental, establecer las condiciones y procedimientos para disponer de información periódica y sistemática que permita realizar el seguimiento y evaluación de la gestión de estas entidades para que las direcciones departamentales y distritales de salud puedan consolidar, validar y presentar la información remitida por las instituciones públicas prestadoras de servicios de salud a la Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria del Ministerio de Salud y Protección Social y a la Dirección de Desarrollo Social del Departamento Nacional de Planeación (Ibíd., Artículo 2.5.1.7.2).

Asimismo, observando detalladamente la prestación del servicio de salud para las personas adultas mayores en el caso específico de la ciudad de Cali, de acuerdo con cifras de la Secretaría de Bienestar Social 299.460 adultos mayores de 60 años (el 13 % de la población) viven en la capital del departamento del Valle del Cauca y de esta cantidad el 96,1% están afiliados a los regímenes de salud contributivo o subsidiado. La Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) determinó que para el 2020 habrá cuarenta adultos mayores por cada cien menores de cinco años, lo que significa que la población de adultos mayores incrementará en relación al año 2016; en términos de utilización de los servicios de salud, el 77,3% de los adultos mayores encuestados dijeron haber ido al médico en el último mes (Cuervo, 2016). Esto demuestra que es una población que necesita una constante y adecuada prestación del servicio de salud.

En el artículo titulado *Acceso a la atención en salud en Colombia* Vargas, Vázquez & Mogollón (2010) presentan los resultados de una revisión documental de investigaciones

publicadas entre 1994 y 2009 sobre el acceso a la atención en salud en Colombia, en el que se revisaron y analizaron de 27 investigaciones de tipo cualitativo y cuantitativo donde se pone en evidencia *el acceso potencial* con relación al *acceso real* a la salud. En este sentido, se identifican dos tendencias al momento de comprender el acceso: “la primera que se denomina como *acceso real* haciendo referencia a la utilización efectiva de los servicios, y por otro lado, *el acceso potencial*, en el que intervienen factores que predisponen y capacitan el uso de los servicios” (Vargas et al., 2010, p. 702).

Aspectos que resultaron de interés para esta investigación, en tanto que el conocimiento del grado de satisfacción de los adultos mayores en la prestación del servicio de salud del hospital Mario Correa Rengifo implica hacer un estudio sobre el acceso potencial y el acceso real a los servicios de salud. Esto posibilita una comparación que arroje posibles razones que generan las diferencias entre el quehacer institucional, es decir, lo que se planea desde el Estado, lo que contiene el documento de política pública y lo que viven los adultos mayores en el sistema de salud colombiano.

De igual forma, esta investigación expone la existencia de barreras relacionadas con factores poblacionales, los cuales tienen que ver con el aseguramiento, la renta y la educación; y se preocupan por trabajar en las características de los servicios: accesibilidad geográfica, organizativa y calidad, esto muestra importantes limitaciones en el análisis del acceso a la salud en Colombia, generando la necesidad de ahondar en la evaluación del acceso real y conocer las opiniones de los actores involucrados, lo que permitirá comprender mejor el impacto en la prestación de los servicios.

Por otra parte, en el artículo titulado *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso* se toma como referente al acceso de la salud mediante la oferta y la demanda conjuntamente pues se puede constatar como la cobertura del aseguramiento está en aumento entre 1997 y 2012, pasando de un 56,9% a un 90,8%. Mientras que:

(...) el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79,1% a 75,5%, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV). (Ayala, 2014, p. 1)

Para abordar esta temática el autor hace una distinción entre el concepto de cobertura y el de acceso, dado que el aumento de la cobertura fue el mecanismo a través del cual la Ley 100 de 1993 pretendía facilitar el acceso a la salud en Colombia. Sin embargo, a pesar de que una persona esté asegurada por el SGSSS (Sistema General Seguridad Social en Salud) persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarla.

El mismo autor, además, plantea que las barreras de acceso al servicio de salud están relacionadas con la oferta focalizadas en la carencia de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras relacionadas con la demanda como, por ejemplo, la falta de dinero o la necesidad de atención médica percibida por las personas, por lo cual es necesario reconocer las herramientas políticas que pueden implementarse y evaluar las políticas para llevar al mejoramiento de la prestación del servicio de salud en Colombia. Ya en una segunda parte, denominada *Necesidad, demanda y oferta de servicios de la salud en Colombia*, se expone que antes del acceso se encuentran la necesidad y la demanda, es decir, primero el usuario

siente la necesidad de atención médica, después viene la demanda y, finalmente, el acceso que se da a través de la oferta (Ídem).

Igualmente hace la diferenciación entre necesidad y demanda aclarando que la primera se presenta cuando las personas tienen un problema de salud, y la segunda en cambio está relacionada con factores como el ingreso y los costos de la atención:

A modo de ilustración, si cinco de diez personas presentaron un problema de salud, entonces se habla de un 50% de necesidad de atención médica (5/10), y si tres de estas personas acudieron a un centro médico para atender su necesidad, hablamos de un 60% de la demanda de salud (3/5). (Gallego, 2008. Citado por: Ibíd. p. 5)

El autor hace un rastreo basándose en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida sobre la demanda en Colombia en el 2012 donde concluye que la zona con mayor demanda es el Valle del Cauca con un 85,4%, mientras que la menor demanda fue del 70,7% presentada en la Orinoquía. Lo anterior demuestra que hay un alto porcentaje de demanda en dicho departamento, especialmente en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo; un escenario que por pertenecer al departamento recibe usuarios de diferentes lugares, para lo cual debe estar preparado para ofrecer un buen servicio de salud. De manera que, la existencia de un déficit en materia de oferta de prestadores de servicios de salud y la falta de personal en las instituciones, entre otros motivos, configuran barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia.

En el apartado No.3 del texto titulado *Acceso a los servicios de la salud en Colombia*, empieza dando una definición de acceso (basado en Aday & Andersen): “el acceso a los servicios médicos se define como la disponibilidad de recursos médicos donde y cuando las personas los necesitan” (Ibíd., p. 11). Al igual que Vargas et al. (2010) el autor en mención hace una distinción entre el acceso potencial y el acceso realizado. Esta es la conclusión a la que llega:

En Colombia no existe complementariedad entre estos dos grupos de variables, pues aquellas regiones que presentaron la mayor necesidad de servicios de salud son las que tuvieron la menor disponibilidad de prestadores de servicios y además, en ellas hubo un menor acceso realizado. (Ibíd., p. 27)

El autor considera, entonces, que para mejorar estas brechas, las políticas deben buscar una mayor inversión a la salud, focalizada en aumentar el número de prestadores de servicios de salud en los lugares donde hay mayor necesidad. Asimismo, promover campañas de prevención de salud e información para que los usuarios estén informados sobre los procedimientos a seguir para acceder al servicio (Ayala, 2014)

Tras describir aspectos relacionados con el tema de "acceso a la salud" autores como Agudelo, Gómez, Montes, & Pelayo (2013), en el trabajo *Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander*, hacen una caracterización de las principales barreras de acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado de San Gil. Esto con el fin de describir características

sociodemográficas, establecer prevalencia de barreras según su origen y evaluar la accesibilidad, oportunidad y atención humanizada:

Se realizó un estudio analítico de corte transversal, la población de estudio fueron personas afiliadas al régimen subsidiado. Se incluyeron los afiliados al régimen subsidiado que solicitaron el servicio al menos una vez durante el último año. Se excluyeron personas con alteración en la esfera mental, alteraciones crónicas o graves que no le permitían responder la entrevista estructurada y con limitaciones de comunicación sin intérprete. (Agudelo et al., 2013, p. 8)

Estos criterios de selección de la población de estudio serán útiles al momento de definir las características de los sujetos de investigación.

En el planteamiento del problema los autores definen la accesibilidad a partir de lo planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual la define “como la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad” (Ibíd., p. 13). Es decir que, para analizar si la prestación del servicio de salud para los adultos mayores en el Hospital Mario Correa Rengifo es accesible o no, es necesario analizar la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez en cuanto a lo geográfico, lo financiero y lo cultural, y comparar esto con la prestación del servicio real en el hospital para examinar cómo es que estos factores se configuran como barreras de acceso a la prestación del servicio de salud a los adultos mayores.

Cabe destacar que los autores plantean que en Colombia existen serias barreras de acceso a los servicios, con las cuales se ven afectadas las poblaciones más pobres y más vulnerables. De acuerdo con Viveros (2001) en el artículo *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*, los grupos vulnerables son:

(...) grupos que no cuentan con estructuras institucionales para resolver una idónea reproducción social. Entre los grupos vulnerables de la región podrían registrarse múltiples segmentos, a partir de la multiplicidad de factores que teóricamente construyen las desventajas sociales y las situaciones de indefensión. (Viveros, 2001, p. 25)

Entre estos grupos se sitúan a los adultos mayores sin ingresos o con ingresos inferiores al mínimo, pero yendo más allá de lo planteado por el autor se podría situar como grupo vulnerable a todos los adultos mayores, independientemente de sus ingresos económicos, ya que las condiciones físicas de esta población hacen que se encuentren en situación de indefensión y en desventaja social con respecto a otros grupos etarios. Sin embargo, lo planteado por estos autores lleva a pensar que en mi investigación se debe hacer una estratificación por ingresos y rango de edad.

Ahora bien Agudelo et al. (2013) plantean, a partir de Aday y Andersen (1980), que hay tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales. El primero de ellos es el nivel político, el cual tiene que ver con

las acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud:

Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios. (Ibíd., p. 31)

El segundo de ellos es el acceso potencial, que tiene que ver con las características del sistema de salud y las del individuo, de este “surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema.” (Ibíd., p. 31). Y el tercero es el acceso real, el cual tiene determinantes objetivos que tienen que ver con cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos que se relacionan con la utilización de servicios y la satisfacción (Ídem). Esta investigación, de todas formas, define más claramente lo que es el acceso potencial y el acceso real y además de esto involucra el nivel político; indispensable para trabajar la implementación de una política pública.

Considerando lo anterior, las políticas públicas deben constituirse asumiendo la recuperación del bienestar físico, psíquico y cultural de los adultos mayores, apuntando a su integración social y a revertir la desvalorización social, recomponer las redes de solidaridad, los mecanismos para un acceso pleno a la educación y la salud, y repensar la construcción de un hábitat que permita su desenvolvimiento físico y sociocultural (Viveros, 2001, p. 18). En otras palabras, las políticas públicas en su proceso de formulación deben generar los

instrumentos necesarios para lograr el bienestar integral de los adultos mayores, y en su proceso de implementación el Estado debe velar porque lo planteado en la política se lleve a cabo de tal manera que cumpla el objetivo para el que fue diseñada.

De otro lado, en el artículo titulado *Acceso de los adultos mayores del Área Metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud*, Pantelides (2005) trabaja a partir de la información proveniente de la encuesta S.A.B.E (Salud, Bienestar y Envejecimiento) realizada en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) en el que se investigó la existencia e importancia de algunas de las barreras a la prestación del servicio de salud. Se plantea -al igual que algunos autores ya trabajados- que entre la necesidad de atención de la salud y la atención de esa necesidad aparecen diversas barreras que pueden ser de tipo individual, las cuales están relacionadas con la parte física, psicológica y económica. También de tipo social, relacionada con la calidad de la atención y, por último, barreras de tipo espacial que tienen que ver con la organización del espacio urbano y la distribución de los recursos en este espacio.

Se encuentran en este artículo una distancia significativa con relación a las conclusiones que presenta esta investigación y las de otras investigaciones traídas a colación, en la medida que en dicho artículo se plantea que en general la población adulta está cubierta por el sistema de salud y las barreras de cualquier tipo los afectan muy poco. El hecho de que este sea un artículo que hable de un lugar diferente a Colombia me lleva a pensar que las políticas públicas colombianas pueden servirse de modelos que hayan funcionado en otros lugares, esto sin desconocer que cada cultura es diferente y que importar modelos no es la

solución a los problemas de un país, pero el conocimiento de éstos ayuda a buscar nuevas alternativas para hacer las cosas de mejor manera.

En el artículo titulado *Derechos humanos y políticas de protección social del adulto mayor* Waldo Arriagada Peñailillo brinda una relación sobre los derechos humanos y las políticas de protección social para los adultos mayores, exponiendo que estos derechos recaen en la voluntad del Estado para ser garantizados mediante las políticas públicas y viceversa. Describe que las políticas sociales se valen de los derechos para ser formuladas y, en consecuencia, estas conllevan a solventar las necesidades de la población vulnerada, o sea, mediante este estudio se puede ir adentrado en la clasificación de las diferentes categorías de los derechos de humanos y analizar cómo la población adulta, a través de las diferentes intervenciones internacionales, han ganado mayor prioridad dentro de estos derechos, convirtiéndose en sujetos de derecho universales. Como dice el autor:

(...) el sujeto de derecho ‘adulto mayor’, pasa por un momento, en que se plantea y discute en el seno de los gobiernos mundiales, la evaluación y desarrollo de cuerpos legales en que el derecho internacional hace suya la tarea de mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores del mundo. (Peñailillo, 2006, p. 3)

En este orden de ideas, las políticas públicas para los adultos mayores deben tener claro cómo esta población se convierten en sujetos de derechos para poder ir integrando las necesidades de desarrollo de la sociedad teniendo en cuenta principios orientados a una protección social equitativa en pro del mejor desarrollo de la personalidad de los adultos. En ese proceso debe reconocerse su papel fundamental en la sociedad, es así como el autor

Arriagada cita la declaración de Brasilia *Por los derechos de las personas mayores* en el Servicio Nacional del Adulto Mayor del Gobierno de Chile; cuyo objetivo es la transformación del paradigma que siempre han llevado a cabo los Estados, teniendo una óptica “desde el asistencialismo a una perspectiva fundada en el enfoque de derechos que reconoce las valiosas contribuciones existentes y potenciales de las personas mayores/edad” (Ibíd., p. 7).

1.2. Problema de Investigación

La salud es un derecho inalienable del ser humano, por lo tanto todos los Estados deben ser garantes de que este servicio llegue a toda la población sin discriminación alguna, esto implica respetar, proteger, garantizar y velar porque se creen los mecanismos jurídico-políticos que favorezcan el goce y disfrute de este derecho, teniendo en cuenta el contexto y las diferentes necesidades de la población y sus requerimientos de tipo administrativo, económico y político. Es así como en el contexto global desde hace varios años se ha avanzado en una serie de políticas, acuerdos y tratados internacionales que han orientado a los Estados para mejorar en el proceso de garantizar el derecho a la salud donde, por ejemplo, se han creado organizaciones que velan por la prestación del servicio de salud de manera global, haciendo énfasis en la importancia de la buena prestación del servicio para los adultos mayores.

En Colombia la *Constitución Política de 1991* estableció en su artículo 48 que “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia,

universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley” (Corte Constitucional de Colombia, 2010, p. 25). Es a partir de esta Carta Política que se promueven normas, leyes y políticas públicas que apuntan al cumplimiento de este derecho fundamental para toda la población colombiana. Por ende, dentro de este contexto de constitucionalidad y del derecho a la salud se hace mención especial a los adultos mayores de sesenta años por ser una población vulnerable que está en constante aumento.

Ahora bien, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (s.f.) menciona:

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. [Esto] constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad. (párr. 1)

Por lo anterior, en el año 2007 se creó la *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez* que a partir de los ajustes que se hicieron en el año 2014 pasó a lo que se conoce como *Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez*. Esta política tiene dos objetivos generales, el primero de ellos es:

Incidir de manera activa, a nivel intersectorial y territorial, público y privado, sobre las condiciones de desarrollo social, político, económico y cultural de los individuos, la familia y la sociedad, como medio para propiciar que las personas adultas mayores

de hoy y del futuro alcancen una vejez autónoma, digna e integrada, dentro del marco de la promoción, realización y restitución de los derechos humanos. (Ministerio de Salud, 2014, p. 16)

Y el segundo es: “Crear condiciones para el envejecimiento humano de las y los colombianos, entendido como el derecho, en condiciones de igualdad, a una vida autónoma, digna, larga y saludable, consistente con el principio de corresponsabilidad individual, familiar y social.

Esta política pública cuenta con unos ejes estratégicos, de los cuales el número dos denominado *Protección social integral*, tiene varias líneas de acción y es en la *línea de acción de protección y garantía del derecho a la salud* donde nos recalca cómo el Estado debe garantizar a los diferentes colectivos y adultos mayores el

(...) acceso a servicios de salud adecuados y calidad en la prestación integral de los servicios de salud; a diseñar, e implantar un modelo de atención basado en Atención Primaria en Salud, al desarrollo de instrumentos, guías, normas técnicas para la intervención de la dependencia funcional y de las enfermedades prevalentes en las personas adultas mayores. (Ibíd., p. 20)

En este orden de ideas, podemos evidenciar como desde siglo XX las políticas de salud están llamadas a humanizar la atención al servicio donde entran en juego el concepto de calidad el cual

(...) llevado a su máxima expresión se convierte en una forma de vida organizacional, hace que cada persona involucrada desempeñe sus tareas completas y cabalmente, en el momento preciso y en el lugar que le corresponde. Esta se define por el usuario y no por la institución; es un enfoque de dar al usuario lo que él necesita, desea, quiere y demanda, es crear usuarios satisfechos. (B. Zas et al. 2005. Citado por: Massip, Ortiz, Llantá, Peña & Infante, 2008, p. 3).

La salud en el contexto colombiano ha mostrado una brechas en la participación por parte de los usuarios del servicio de salud hecho que no deja que estos mediante su intersubjetividad permitan determinar, conocer y medir los indicadores que permitan una excelente calidad del servicio para de esta manera generara una metodología que garantice una satisfacción optima de los usuarios que viven la realidad al hacer uso del servicio, pues

La satisfacción puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente y otros); atención recibida y su repercusión en el estado de salud de la población; y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. (Ibíd.)

Por ende, la satisfacción puede verse involucrada desde una perspectiva general que agrupe todos los procesos realizados o una satisfacción específica que acarrea un solo hecho en la prestación del servicio.

Aunque satisfacer las expectativas de los usuarios de los servicios de salud constituye un proceso complejo de intersubjetividades, el fin último de la prestación de los servicios de

salud no se diferencia de la de otro tipo de servicio: satisfacer a los usuarios (pacientes y acompañantes) (Ibíd.).

Es por esto que en contraste con lo planeado en la política pública y lo ejecutado en los centros de prestación de servicios de salud, se puede encontrar que existen brechas que constituyen en barreras de acceso a la prestación de este servicio para los adultos mayores. Por lo anterior, la secretaría de salud de Cali mediante una de sus cartillas publicadas en el 2011, realizó un estudio sobre la percepción de barreras de acceso en la prestación de servicios de salud de las Empresas Sociales del Estado (ESE) del municipio de Santiago de Cali. Para empezar, se dieron varias definiciones sobre el concepto de accesibilidad, una de ellas es la planteada por el profesor de la Universidad de Michigan, Avenir Donabedian:

La accesibilidad a los servicios de salud nace de la relación entre la capacidad de producir servicios de salud y el consumo real de ellos. En esta relación intervienen básicamente dos factores: el geográfico, que lleva implícito distancia, tiempo y costo de dichos factores; y el organizacional, que incluye todas las variables que tienen que ver con la forma, los métodos y los mecanismos utilizados por las instituciones prestadoras de los servicios de salud. (Varela et al., 2011, p. 13)

Asimismo, estas barreras fueron reconocidas en la sentencia T 760 de 2008:

En virtud de lo que ha dicho la jurisprudencia constitucional con relación al derecho a la salud, se concluye que el Estado desprotege el derecho a la salud de las personas

al mantener las incertidumbres en torno a la cobertura asegurada por el plan obligatorio de salud, pues así impone cargas elevadas y barreras al acceso a los servicios de salud, en razón a los debates y discusiones administrativas y judiciales previas que generan desgastes considerables e innecesarios de recursos de casi todos los actores del sector; además, tales incertidumbres impiden adoptar las medidas adecuadas y necesarias para asegurar la financiación de los servicios de salud de tal forma que todos los colombianos puedan acceder de manera oportuna y efectiva a servicios de salud de buena calidad (Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión, Sentencia No. T-760, 2008, p. 9).

Entre tanto, según una encuesta realizada por la secretaría de salud en la revista *Estudio de percepcion de Barreras de Acceso en la prestacion de servicios de salud de las ESE del municipio de santiago de cali* 2011, la percepción que tienen los usuarios sobre la facilidad de acceder a los servicios de salud es calificada como aceptable por un 70,6% de la población, mientras que el 29,4% dice tener problemas para acceder al servicio de salud, a causa de las barreras que se presentan a lo largo de la ruta de atención (Varela et al., 2011, p. 48). Sin embargo, estas percepciones varían de acuerdo al contexto geográfico en el que se encuentran las diferentes personas encuestadas, teniendo en cuenta que el nivel de aceptación es más alto en el suroriente de la ciudad que en la zona de ladera, lo que me orienta a realizar el proyecto de investigación en la comuna 18 del municipio de Santiago de Cali.

La comuna 18 de Cali se encuentra ubicada en el sur-occidente de la ciudad, delimitando por el sur oriente con la comuna 22, por el oriente con la comuna 17 y por el

norte con la comuna 19, Esta comuna está compuesta por 14 barrios y seis Urbanizaciones y sectores¹, que se pueden ver en la siguiente tabla:

Tabla 1. Barrios, urbanizaciones y sectores de la Comuna 18 Estudio de percepción de Barreras de Acceso en la prestación de servicios de salud de las ESE del municipio de Santiago de Cali 2011.

Código	Barrio, Urbanización o sector	Código	Barrio, Urbanización o sector
1801	Buenos Aires	1812	Colinas del Sur
1802	Barrio Caldas	1813	Alfárez Real
1803	Los Chorros	1814	Nápoles
1804	Meléndez	1815	El Jordán
1805	Los Farallones	1816	Cuarteles Nápoles
1807	Francisco Eladio Ramírez	1890	Sector Alto de los Chorros
1808	Prados del Sur	1891	Polvorines
1809	Horizontes	1896	Sector Meléndez
1810	Mario Correa Rengifo	1897	Sector Alto Jordán
1811	Lourdes	1898	Alto Nápoles

Fuente: DAPM (2011)

Justamente, en esta comuna, en el barrio Los Chorros se encuentra ubicado el hospital Mario Correa Rengifo, una Empresa Social del Estado fundada el 21 de Junio de 1972, mediante el decreto 0901 del mismo año. Este, tiene como misión dar respuesta a las políticas públicas del Estado, constituyéndose en pieza clave para la prestación del servicio de salud a los habitantes del municipio de Cali, y especialmente a las personas de la zona de ladera de la comuna 18, quienes a pesar de encontrarse en una misma comuna, tienen contextos socioeconómicos diferentes.

¹ Información extraída del Plan de desarrollo 2008-2011, Santiago de Cali.

Buscando una aproximación al objeto de estudio, se logró encontrar que en el Hospital Mario Correa Rengifo existe un grupo de mujeres voluntarias que llevan a cabo actividades con el fin de recoger fondos para comprar insumos para los pacientes que los necesitan y no tienen modo de acceder a ellos, entre los cuales se encuentra la población adulto mayor, población a la que de acuerdo con la política pública y en especial la acción pública del Estado, debe brindarle una prestación integral del servicio de salud, indispensable para su bienestar. Asimismo, se encontró que existen fallas administrativas en cuanto a la información que se les brinda a los pacientes, lo que desencadena en muchas ocasiones una serie de trámites innecesarios que demoran la prestación del servicio, a esto se le suman las largas filas que hay que hacer para llevar a cabo cada trámite, pese a la existencia de filas preferenciales para los adultos mayores, la demanda es tan grande y el personal de atención tan poco, que los usuarios terminan demorándose igual o incluso más del tiempo que se demorarían haciendo la fila no preferencial.

De igual manera, la demora en la asignación de citas y la falta de medicamentos se convierten en otra barrera que lleva a los usuarios tengan que recurrir a mecanismos legales para hacer cumplir un derecho que, constitucionalmente en la *Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez* se les ha sido reconocido. Además, otra barrera de acceso encontrada es la geográfica, por lo tanto al no haber agenda para citas, los usuarios tienen que pedir cita en el hospital donde se la puedan dar más prontamente, lo que implica en muchas ocasiones largos desplazamientos que se hacen difíciles debido a las condiciones físicas de los adultos mayores, que en muchas ocasiones tienen problemas de movilidad, de respiración, de memoria y no cuentan con alguien que los acompañe, motivos por los cuales se les hace mucho más complicado acceder al servicio de salud, además no cuentan con

personal que ayude con los trámites a estas personas, lo que les disminuiría el tiempo de espera y les facilitaría la prestación del servicio. No se puede dejar de lado que otra dificultad asociada al desplazamiento es la falta de recursos económicos que tienen muchos de los usuarios de este hospital, lo que les impide muchas veces llegar a las citas.

Todo esto parece confirmar lo expuesto en el texto *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa* en el cual los autores plantean que las barreras de acceso que los usuarios identifican más frecuentemente son las de *aceptabilidad* que tienen que ver entre otras con la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito y las de *accesibilidad*, las cuales están relacionadas con:

Los costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes; horarios de atención inadecuados; distancias largas entre residencia de usuarios y lugar de atención; escasez y dificultad de transporte; largas listas y tiempos de espera excesivos; procedimientos complicados; costos del traslado al centro de atención. (Hirmas et al., 2013, p. 227)

Así, partiendo de la información recolectada en la aproximación al objeto de estudio, lo planteado en la *Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez* y lo encontrado en la literatura sobre barreras de acceso, se pretende encontrar el vacío que hay entre en quehacer político y la realidad que viven las y los usuarios adultos mayores en el hospital Mario Correa Rengifo, con el fin de identificar la satisfacción en la prestación del servicio y de esta manera, contribuir al mejoramiento de la implementación de la política pública, pues como lo plantea Grindle (2009):

Mejorar la implementabilidad de las políticas es un asunto importante para líderes, administradores públicos y ciudadanos en las sociedades democráticas. Atender este asunto puede fortalecer la credibilidad del gobierno, incrementar el bienestar de los ciudadanos y mejorar la satisfacción en general con la democracia. (p. 48)

Dicho de otro modo, trabajar en la implementación de la *Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez*, permitirá hacer aportes para el mejoramiento de ésta y de esa forma se estará incrementando el bienestar de los adultos mayores, el cual está altamente asociado con la calidad en la prestación del servicio de salud. Pues “las instituciones prestadoras de servicios en salud al no funcionar adecuadamente pueden comprometer el bienestar físico y mental del paciente, el pronóstico y tratamiento de las enfermedades y hasta su productividad personal, familiar y social, disminuyendo su calidad de vida” (Díaz, Buelva, De la Valle & Bustillo, 2016, p. 291).

1.3. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la satisfacción que genera la implementación de la política nacional de envejecimiento y vejez en el acceso a la prestación del servicio de salud de los y las usuarias adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo?

1.4. Preguntas Secundarias

¿Cómo se está implementando la política colombiana de envejecimiento humano y vejez en el departamento del Valle del cauca?

¿Cuáles son las barreras de acceso a la prestación del servicio de salud al adulto mayor que se generan a partir de la puesta en marcha de la política colombiana de envejecimiento humano y vejez en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo?

¿De qué manera las barreras de acceso a la prestación del servicio de salud afectan el grado de satisfacción y el desarrollo social de los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Corre Rengifo?

1.5. Justificación

Los estudios sobre las políticas públicas se centran mayoritariamente en la formulación y evaluación de éstas, pues se tiene la creencia de que una vez las políticas son programadas, los ejecutores actúan objetiva, racional y neutralmente; esta creencia ha hecho que muchas políticas públicas fracasen en su etapa de implementación, dado que existe un desajuste entre la acción del gobierno y los resultados esperados, razón por la cual, esta investigación cuyo objetivo es analizar el grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en el hospital Mario Correa Rengifo, estará basada en la fase de implementación de la *Política Colombiana de envejecimiento humano y vejez*, lo que permitirá dar cuenta de la diferencia entre el quehacer político y la realidad que viven los usuarios en el campo de la salud, brindando posibles alternativas para el mejoramiento de los diferentes instrumentos para la prestación del servicio de salud, que llevará a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

Se empezará por el proceso de implementación de la PP de E y V en Colombia, que ha puesto en evidencia la existencia de una serie de barreras de acceso a la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en las que interfieren aspectos organizativos, programáticos, normativos, financieros y de comunicación, que requieren ser identificados y analizados a partir de casos concretos, a fin de proponer algunas recomendaciones que permitan mejorar el desarrollo de programas, proyectos y/o actividades derivadas de dicha política.

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general.

- Analizar la satisfacción que genera la implementación de la política nacional de envejecimiento y vejez en el acceso a la prestación del servicio de salud de los y las usuarias adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo.

1.6.2. Objetivos específicos.

- Caracterizar los factores que intervienen en la prestación del servicio de salud para los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, que surgen a partir de la implementación de la política pública.
- Definir cuáles son los instrumentos claves que interfieren en la implementación de la política colombiana de envejecimiento humano y vejez en el Departamento del Valle del Cauca.
- Identificar el grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en el hospital Departamental Mario Correa Rengifo.

1.7. Aspectos Metodológicos

1.7.1. Método.

La metodología de investigación es “una estrategia racionalmente orientada a la producción del conocimiento científico sobre la realidad social” (Arango, 1995, p. 9). En otras palabras, es un método que se utiliza con el fin de recabar información para dar respuesta a una pregunta de investigación, utilizando técnicas de observación, recolección de información, descripción, análisis, e interpretación de la información recogida. Sin embargo, como lo plantean López y Sandoval una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos (Yacuzzi, 2005, p. 3).

De esta manera, se ha propuesto para la investigación un método de estudio de caso

(...) una herramienta valiosa de investigación y su mayor fortaleza radican en que a través del mismo, se mide y registra la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, mientras que los métodos cuantitativos sólo se centran en información verbal obtenida a través de encuestas por cuestionarios (...) Además, en el método de estudio de caso los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas, esto es: documentos, registros de

archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos (...). (Martínez, 2006, p. 167).

Estas técnicas permitirán en la presente investigación, hacer un contraste entre lo que se plantea desde las leyes y las políticas del Estado, con la realidad que viven las y los usuarios adultos mayores en el hospital Mario Correa Rengifo, permitiéndonos con estas técnicas categorizar los conceptos claves de esta investigación.

Finalmente, en cuanto a los aportes del estudio de caso, (McMillan & Schumes, 2005) plantea que este contribuye a la formulación de normas, su cumplimiento y modificación, a fin de que frecuentemente esta herramienta identifica las consecuencias que inspiran la necesidad de modificar estatutos o regulaciones y ayudar a los que regulan las normas a anticipar futuros temas. Además: “el diseño de estudio de caso resulta apropiado para la investigación exploratoria y orientada al descubrimiento. Los estudios exploratorios que examinan un tema sobre el que ha habido poca investigación previa, se diseñan para alcanzar una investigación más detallada” (McMillan & Schumacher, 2005, p. 405).

1.7.2. Enfoque.

Los métodos de investigación pueden ser de dos tipos: cuantitativos y cualitativos. Me serviré de ambos para este proyecto de investigación. “La investigación cualitativa se basa en una filosofía constructivista que asume la realidad como una experiencia heterogénea, interactiva y socialmente compartida, interpretada por los individuos” (Ibíd., p.

401). En este sentido, la investigación cualitativa se encarga entonces, de entender un fenómeno social desde la perspectiva de los participantes.

Por lo anterior, en el método cualitativo se sustituye el concepto de “objetividad” por el de “subjetividad consciente” y el de descripción por el de profundización de la problemática. Este tipo de método es el que produce datos descriptivos con las propias palabras de las personas – sean escritas o habladas- y la conducta observable (López & Sandoval, 2006, p. 3). No obstante, la investigación cualitativa va mucho más allá de poner en juego lo que dicen los participantes con respecto a sus experiencias, en esta investigación es necesario además de explorar, describir y analizar los datos arrojados por las diferentes técnicas de recolección de información para poder llegar a concluir.

En cuanto a las preguntas de investigación que hacen parte de los métodos cualitativos, McMillan & Schumacher (2005) plantean que:

Lógicamente, la pregunta general de la investigación está relacionada con el propósito, la mayoría de las preguntas cualitativas sobre tópicos analíticos implican el “cómo” y el “porqué” de unos fenómenos. Para tratar estos problemas el investigador recopila detalles descriptivos sobre el “quién”, “qué”, “dónde” y “cuándo” de los fenómenos. (p. 402)

Así pues, la pregunta de investigación planteada en el presente trabajo es de tipo cualitativa, ya que se pregunta por el cómo la implementación de la política colombiana de envejecimiento y vejez está generando un grado de insatisfacción por las barreras de acceso

a la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correo Rengifo. Y, en cuanto a las contribuciones de los métodos cualitativos, McMillan dice que a menudo este tipo de investigaciones van encaminadas a la revisión y transformación de una problemática, la cual en este caso sería la problemática de la salud de los adultos mayores.

1.7.3. Alcance.

Ahora bien, en cuanto al alcance de la investigación, Hernández, Fernández & Baptista (2010) plantean que cuando se habla sobre éste, no se debe pensar en una tipología, pues más que una clasificación, lo único que el alcance plantea es el resultado que se espera obtener del estudio, es decir, el alcance está relacionado con los objetivos de la investigación. Teniendo en cuenta esto, los autores dicen que el alcance de una investigación puede ser de cuatro tipos: exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo. Si bien, los autores explican estos alcances partiendo del método cuantitativo, me parece que éstos mismos hacen referencia al método cualitativo, sólo que, en los métodos cualitativos, el alcance puede plantearse antes de la investigación o durante la recolección de datos.

Antes de pasar a explicar de qué se tratan los diferentes alcances que puede tener la investigación, se debe revisar algunas anotaciones de los autores mencionados:

¿De qué depende que nuestro estudio se inicie como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo? La respuesta no es sencilla, pero diremos que depende fundamentalmente de dos factores: el estado del conocimiento sobre el problema de

investigación, mostrado por la revisión de la literatura, así como la perspectiva que se pretenda dar al estudio. (Hernández, Fernández & Baptista, 2010, p. 86)

Entonces, los estudios de alcance exploratorio son aquellos que investigan problemas poco estudiados, indagan desde una perspectiva innovadora, ayudan a identificar conceptos promisorios y preparan el terreno para nuevos estudios. Los de alcance descriptivo, consideran al fenómeno estudiado y sus componentes, miden conceptos y definen variables. Los de alcance correlacional, asocian conceptos o variables, permiten predicciones y cuantifican relaciones entre conceptos o variables. Y finalmente los estudios de alcance explicativo, determinan las causas de los fenómenos, generan un sentido de entendimiento y son sumamente estructurados (Ibíd., p. 71).

Ahora bien, esta investigación tiene un alcance correlacional, debido a:

Este tipo de estudios tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en una muestra o contexto en particular. En ocasiones sólo se analiza la relación entre dos variables, pero con frecuencia se ubican en el estudio vínculos entre tres, cuatro o más variables. (Ibíd., p. 82)

En el caso de la presente investigación, las variables que se correlacionan son, por un lado la implementación de la política pública y por el otro las barreras de acceso a la prestación del servicio de salud para las personas adultas mayores.

En cuanto a la utilidad, los autores plantean que:

La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas. (Ibíd., p. 83)

Así pues, analizar cómo la implementación de la política pública de envejecimiento genera barreras de acceso a la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en el hospital Mario Correa Rengifo, permitirá establecer el grado de incidencia que tiene la política en las barreras de acceso, así, si la política cambia o se implementa de manera diferente, las barreras de acceso también presentarán cambios.

1.7.4. Tesis/ hipótesis.

Para establecer la hipótesis, continuaré con los planteamientos de Fernández y Baptista (2010), quienes expresan:

En los estudios cualitativos, las hipótesis adquieren un papel distinto al que tienen en la investigación cuantitativa. En primer término, en raras ocasiones se establecen antes de ingresar en el ambiente o contexto y comenzar la recolección de los datos (Williams, Unrau y Grinnell, 2005). Más bien, durante el proceso, el investigador va generando hipótesis de trabajo que se afinan paulatinamente conforme se recaban más datos, o las hipótesis son uno de los resultados del estudio (Henderson, 2009). Las hipótesis se modifican sobre la base de los razonamientos del investigador y las circunstancias. Desde luego, no se prueban estadísticamente (Bogdan y Biklen, 2014, Staller, 2010 y Berg, 2008). (Ibíd., p. 365)

Sin embargo, antes de iniciar la recolección de datos, se planteó la siguiente hipótesis:

- La implementación de la política pública de envejecimiento y vejez debe ser indagada para de esta manera mediante el monitoreo y seguimiento, se pueda evidenciar el problema que se genera al momento de la implementación analizando cual o cuales de los instrumentos organizativos, programáticos, normativos, financieros y de comunicación que están generando insatisfacción en la prestación del servicio de salud a los adultos mayores para de esta manera ir brindando unos lineamientos que permitan

ajustarla para la incorporación de programas, proyectos y/o actividades desde la concepción de un problema público y unas líneas de acción de intervención más eficaces.

Es así como el proceso de implementación de la PP de Envejecimiento humano y Vejez en Colombia ha puesto en evidencia la existencia de una serie de barreras de acceso a la prestación del servicio de salud a los adultos mayores donde interfieren aspectos organizativos, programáticos, normativos, financieros y de comunicación, que requieren ser identificados y analizados a partir de casos concretos, a fin de proponer algunas recomendaciones que permitan mejorar el desarrollo de programas, proyectos y/o actividades derivadas de dicha política.

1.7.5. Procedimiento metodológico.

Fase 1. Contextualización y revisión documental: Esta es la fase de investigación en la que se recopiló información sobre esta problemática de los adultos mayores. En esta fase se ha consultado la literatura sobre la salud en Colombia, las barreras de acceso al servicio de salud, las políticas públicas y los adultos mayores. Asimismo, se realizó la contextualización del problema de investigación, también del municipio de Santiago de Cali, de la comuna 18 y por último, del Hospital Mario Correa Rengifo.

Fase 2. Recolección de la información: En esta fase se definieron los criterios de escogencia de los usuarios a quienes se les aplicaron las siguientes técnicas de investigación: la observación, la entrevista que se aplicó a 50 usuarios del hospital Mario correa Rengifo y la revisión de archivos institucionales (registros).

Fase 3. Análisis de datos y discusión y resultados: Después de la aplicación de los instrumentos de recolección de información, se realizó la tabulación de la información con su respectiva correlación de variables a partir de la información resultante de las entrevistas lo que permitió tener la información fresca e ir identificando falencias.

Participantes /criterios de participación: Estos son los criterios de escogencia de los participantes que hicieron parte de las entrevistas:

- a. 50 Personas mayores de 60 a 80 años de edad.
- b. Usuarios (hombres y mujeres) del Hospital Mario Correa Rengifo.
- c. Usuarios que hayan acudido al hospital Mario Correa Rengifo por lo menos tres veces en el último año.
- d. Usuarios que no tengan ningún problema de tipo oral o auditivo que impida la correcta interacción con el investigador.
- e. Usuarios que no tengan ningún tipo de problema mental que pueda distorsionar sus experiencias con respecto al servicio de salud.

Estrategia de Análisis de Datos:

Unidad de análisis: La unidad de análisis en la presente investigación serán los adultos mayores, políticas públicas y las barreras de acceso.

2. Marco de Referencia

2.1. Marco Conceptual

En este capítulo se abordarán los conceptos que son de gran importancia y brindarán al lector un acercamiento sobre la formación del Estado, el envejecimiento, el desarrollo social, las políticas públicas, el ciclo de las políticas públicas, la implementación de las políticas públicas, el acceso a la salud, barreras de acceso, envejecimiento, el desarrollo social y la satisfacción ya que son conceptos que orientan la correcta comprensión del presente trabajo de investigación.

2.1.1. El Estado de bienestar.

Según una guía realizada por la Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible (DDTS) del Departamento Nacional de Planeación (DNP) titulada *Elementos básicos del Estado colombiano* (2010) el Estado puede definirse de forma general como:

(...) una entidad política que se forma cuando, en una porción de la superficie terrestre, un conjunto de personas se organiza jurídicamente bajo el mando de un conjunto de organizaciones que buscan mantener el orden en la convivencia en sociedad. (Departamento Nacional de Planeación, 2010, p. 13)

No obstante, esta guía hace una distinción del Estado visto desde diferentes sentidos: uno de ellos es como estructura social, desde el cual el Estado es el fundamento de los hechos sociales y de las relaciones humanas; un segundo sentido es como estructura de poder, desde este punto de vista se refiere a las relaciones de mando entre gobernantes y gobernados y sus vínculos jurídicos, e implica el ejercicio del poder público en la sociedad; y finalmente como definición, el Estado es un “(...) conglomerado social, política y jurídicamente constituido, asentado sobre un territorio determinado, sometido a una autoridad que se ejerce a través de sus propios órganos y cuya autoridad (soberanía) es reconocida por otros Estados” (Ibíd., p. 13).

Ahora bien ¿cómo surge el Estado moderno? Para responder esta pregunta, la guía hace un recorrido desde el siglo V hasta el XXI. Para empezar, plantea que, en el siglo V, el poder estaba en cabeza del rey o emperador y se creía que estos estaban en ese lugar por derecho divino, derecho que les otorgaba privilegios por encima del resto de la sociedad. Ya en el siglo XVI, con la aparición de la obra de Maquiavelo *El príncipe*, se introduce el concepto de Estado para designar el nuevo status político surgido en la época del Renacimiento en Europa, donde la razón empieza a tener más relevancia que la religión, lo que ocasiona el debilitamiento del poder de la iglesia y el fortalecimiento de los Estados nacientes (Ibíd., p. 26).

Ya en el siglo XVIII, con Aristóteles y su obra *La política*, empieza a aparecer la esencia de la democracia, dado que la idea de que el poder no pertenece exclusivamente al gobernante sino a todas las personas empieza a tomar vigencia; esta idea es más trabajada en *El contrato social* de Rousseau, obra en la que se esbozaba la necesidad de establecer un

acuerdo entre gobernantes y gobernados (Ibíd., p. 27). Sin embargo, es hasta finales del siglo XVIII, con las confrontaciones y revoluciones en Estados Unidos (1776) y Francia (1789) que se instauran controles a la labor de los gobernantes, lo que se consolida en el siglo XIX y XX, cuando el Estado empieza a tener un papel determinante en el bienestar de la sociedad (Ibíd., p. 28).

Finalmente, en el siglo XX y lo que llevamos del siglo XXI, el fenómeno de la globalización está reconfigurando el papel de los Estados como facilitadores del desarrollo y garantes del ejercicio de los derechos para toda la población (Ibíd., p. 29). Tal como lo establece López-Ayllón en el texto *El Estado en la era de la globalización*:

El Estado moderno fue una innovadora forma de organización política que nació como respuesta a la crisis de organización espacial y territorial de finales de la edad media, para convertirse después en un modelo que se extendió al mundo entero y que ahora atraviesa una “crisis” en la que parece agotarse, o al menos, requiere una redefinición en función del nuevo escenario mundial. (López, s.f., p. 23)

Con la aparición del sistema capitalista en el siglo XV, empieza a gestarse una economía mundial basada en flujos de comercio de la producción industrial de bienes manufactureros intercambiables, que trajo consigo la industrialización, lo que desencadenó la expansión del Estado nacional con la formación del mercado mundial.

De hecho, el artículo 1 de la *Constitución política de Colombia* de 1991, dice:

Colombia es un Estado social de derecho, organizado en forma de República unitaria, descentralizada, con autonomía de sus entidades territoriales, democrática, participativa y pluralista, fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general. (Corte Constitucional, 2010, p. 13)

Pero, ¿qué significa esto? Luis Villar Borda en el artículo *Estado de derecho y Estado social de derecho*, hace una diferenciación entre estos dos modelos de Estado. Para empezar, el autor expone que el Estado de derecho nació en el ámbito jurídico-político alemán entre los siglos XVIII y XIX, y que su origen es liberal:

Se trata de oponer un Estado respetuoso de la ley y de las libertades del ciudadano al despotismo del Estado absolutista. La idea básica de este concepto de Estado de derecho consiste en que su tarea es el aseguramiento de la libertad y propiedad del ciudadano, su objeto la promoción del bienestar del individuo. (Villar, 2007, p. 74)

Como se señala, esta forma de Estado, según el autor, se ha ido empobreciendo a tal punto de convertirse en un Estado de leyes, debido a que el Estado de derecho material es cambiado por una idea formal del Estado de derecho, para la cual el Estado es reducido a sus principios formales, que son los postulados de legalidad de la administración, que hacen que la preocupación central del Estado gire entorno de la seguridad jurídica y el control del Estado, partiendo del supuesto de que la ley es la máxima expresión de la voluntad general y la soberanía estatal (Ibíd., p. 75).

Por otra parte, en cuanto Estado social de derecho, el autor menciona a su creador el jurista Hermann Heller, quien manifiesta que el Estado de derecho es insuficiente para dar cumplimiento al principio de la igualdad, esto debido a que las relaciones sociales no son tenidas en cuenta por los legisladores, lo que lleva a convertir el derecho en expresión de los más fuertes, mientras que el Estado social de derecho se propone cumplir con la igualdad social real: “Esto trae como consecuencia la obligación de proteger derechos tales como el del empleo, el del arrendatario, el de la mujer y la juventud, el de seguridad social y asistencia médica, el de educación, etc.” (Ibíd., p. 83).

En este sentido, un Estado social de derecho es aquel que:

(...) Acepta e incorpora al orden jurídico, a partir de su propia Constitución, derechos sociales fundamentales junto a los clásicos derechos políticos y civiles (...) Los derechos sociales son, a diferencia de los derechos políticos y civiles, positivos, es decir que obligan a determinadas prestaciones por parte del Estado, o de los particulares. Los derechos civiles y políticos se han clasificado como negativos o de defensa, pues se trata de evitar que sean conculcados o desconocidos. (Ibíd., p. 86)

En este orden de ideas, los gobiernos que fueron posteriores a estos principios orientadores que surgían de una articulación de una pluralidad de redes organizacionales que conforman las diferentes formas de poder tanto sociales, económicas, políticas e ideológicas, fueron constituyendo una infraestructura estatal que permitió “la convergencia con los grupos económicos respecto a limitar los beneficios económicos, aumentar los requisitos de

pensión y establecer la sostenibilidad fiscal como principio constitucional” (Arrubla, 2018, p. 235).

2.1.2. La salud como derecho fundamental.

Los Estados soberanos de todo el mundo en el transcurrir de los años han podido percibir como el desconocimiento y la no operalización de las garantías mínimas de los derechos iguales e inalienables de los seres humanos como lo son la libertad, la justicia, la paz, la vivienda, la salud, entre otros, ha venido generando una serie de desigualdades, iniquidades, conflictos que no permiten el progreso social , político, económico y cultural de los individuos, por lo tanto se proclamó el 10 de diciembre de 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos, en donde los Estados participantes tiene como finalidad:

Como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción. (Organización de las Naciones Unidas, 1948, p. 2)

Dentro de esta proclamación de los derechos fundamentales se encuentra en su artículo 22 el derecho a la salud, proclamado de la siguiente manera: Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo

nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad (Ibíd., p. 6).

Por todo esto, los Estados pertenecientes y en especial, el modelo de Estado social de derecho en el que se encuentra Colombia debe comprender principios como el de la dignidad humana, el derecho a la vida y la integridad personal, la igualdad, la no discriminación, el libre desarrollo de la personalidad, derecho a la educación y derecho a la salud, entre otros. Lo anterior, da cuenta del papel indispensable del Estado colombiano como garante de que todos los ciudadanos gocen de los derechos plasmados en la Constitución Política de Colombia de 1991 entre los que se encuentra el derecho a la salud, un derecho indispensable para el libre desarrollo de todos los colombianos y el buen vivir.

La Constitución Política de Colombia de 1991 establece en su artículo 48 que: “La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.” (Corte Constitucional, 2010, p. 25). Pero, ¿cómo es la prestación del servicio de salud en Colombia? Pereira (2007), en el artículo titulado *La prestación del servicio de salud en Colombia*, analiza la forma como la implementación de la ley 100 de 1993 trajo consigo contribuciones a la manera como se relacionan los actores involucrados en el sistema de salud.

Asimismo, en el artículo titulado *Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura*, Merlano & Gorbanev (2013) estudian las contribuciones que se

hacen desde la academia colombiana a la reflexión sobre la salud en Colombia, lo que da como resultado 102 publicaciones en la revista *Scielo* entre 1993 y 2012. A continuación, estudiaremos los postulados y aportes de los dos artículos mencionados anteriormente sobre la prestación del servicio de salud en Colombia.

Antes de la Ley 100 de 1993, la prestación del servicio de salud en Colombia, funcionaba a través del Sistema Nacional de Salud (SNS) el cual se encontraba bajo el monopolio del Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) que hasta ese momento, era la entidad estatal encargada de afiliar y prestar los servicios de salud a los colombianos. Sin embargo, este sistema de salud era poco funcional, en la medida que no lograba abarcar la totalidad de la población colombiana y debido a esto, muchas personas estaban por fuera del servicio de salud.

En 1993, el sistema de salud en Colombia es reformado y aparece la Ley 100 de 1993, mediante la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): “Reemplazó al Sistema Nacional de Salud que funcionaba desde 1975, creó el sistema de aseguramiento y estableció relaciones de mercado entre las aseguradoras denominadas “Empresas Promotoras de Salud (EPS)” y las “Instituciones Prestadoras de Servicios de salud (IPS)” (Merlano & Porras, 2013, p. 76).

Mediante esta ley, los usuarios de la salud en Colombia se organizaron de la siguiente manera: las personas que estaban anteriormente afiliadas al sistema por medio de cotizaciones pasaron a pertenecer al Régimen Contributivo (RC); y las personas que gozaban de la prestación del servicio de salud gracias a los subsidios estatales, pasaron a hacer parte

del Régimen Subsidiado (RS). Así, los primeros, se afiliaron a las Entidades Promotoras de Salud (EPS), y los segundos al Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) (Pereira, 2007).

Teniendo claro lo que el sistema de salud en Colombia solicitaba para la población esta ley “se enmarcó en los principios de universalidad, cobertura, integralidad, solidaridad, igualdad, suficiencia, participación y unidad” (Merlano & Gorbanev, 2013, p. 6) (Merlano Porras & Gorbanev, 2013, pág. 76). Y a pesar de que la cobertura fue la bandera principal en la implementación de esta ley, las críticas a este modelo de salud no se han hecho esperar, se dice que:

Este SGSSS tiene altos costos de transacción, baja competitividad y eficiencia (...) Apenas en el año 2012 se logró la cobertura casi total de la población con el POS, excepto las personas que por alguna razón abandonan el régimen contributivo, pero no califican para el régimen subsidiado. También apenas en el 2012 se logró unificar el POS contributivo y el subsidiado que se diferenciaban por el volumen de recursos y servicios. (Ibíd., p. 76)

Vale la pena aclarar que la cobertura no siempre se traduce en acceso efectivo y oportuno a servicios de calidad, y es por ello que la Ley 100 ha sido objeto de tantas críticas de diversos sectores de la población. De hecho, a esta ley se le han hecho múltiples reformas a través de decretos y resoluciones, con el fin de mejorar progresivamente la prestación del servicio de salud a los colombianos:

En 2007 se le hizo una reforma a través de la Ley 1122, dirigida a mejorar la prestación de los servicios. En 2011 se hizo una nueva reforma por medio de la Ley 1438 para fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria. Estas reformas no han resuelto de fondo los problemas del SGSSS y ahora la sociedad colombiana se prepara a otra reforma que busca establecer un nuevo modelo de salud desde un enfoque de derechos humanos y atención primaria. (Ídem)

La falta de accesibilidad y de eficiencia en la prestación del servicio de salud, son el motivo principal por el que los colombianos deben recurrir a mecanismos como la tutela para lograr que les sea prestado un buen servicio de salud. Lo que es muestra de que a pesar de las diferentes reformas a la ley 100, persiste la sensación de que el sistema de salud en Colombia está en crisis, lo que se evidencia en las constantes peleas que muchas personas enfrentan contra el sistema para poder acceder al servicio y no tener que morir fuera de los hospitales.

En este orden de ideas vemos como los usuarios del sistema de salud se ven en un gran esfuerzo para poder acceder a la prestación de servicio y la obtención de un bienestar general, fomentando problemáticas en a los diferentes actores de la sociedad, en este caso a los adultos mayores.

Debido a que la ley no fijó el presupuesto de los programas, lo cual permite que los recursos se asignen a discreción del gobernante de turno (fomentando el clientelismo), y los programas tienen un carácter de asistencia-caridad, dado que los beneficios son

otorgados vía demostración de pobreza, y no a través de la ciudadanía. (Arrubla, 2010, p. 237)

2.1.3. Políticas públicas.

Teniendo claro que desde la estructura de la sociedad es donde surgen los problemas, necesidades y demandas, y que tanto los actores de estas problemáticas como el Estado hacen parte de este contexto, a continuación, nos adentraremos en los diferentes modelos teóricos que contribuyen a conocer mejor las políticas públicas. Estas se pueden reunir en tres grupos principales:

El primero, centrado en un enfoque «social», privilegia al individuo y el pluralismo social, y sólo concibe el Estado, desde una perspectiva funcionalista, como una ventanilla encargada de atender las demandas sociales. [El segundo] al contrario, insiste en atribuir al Estado la condición de instrumento al servicio de una clase o de grupos específicos. Según esta óptica, el Estado dispone sólo de una autonomía marginal, ya represente los intereses del capital (teorías neomarxistas) o los de burócratas o expertos que lo controlan desde su interior (teorías neoweberianas) y finalmente, un tercer conjunto intenta encontrar un camino intermedio, dedicándose a interpretar los equilibrios y desequilibrios que se establecen entre el Estado y la sociedad y que las políticas públicas permiten traducir. (Meny & Thoening, 1992, 45-46)

La ciencia tradicional consideraba en los años cincuenta y sesenta, que las Políticas Públicas (*policies*) eran variables dependientes de la actividad Política (*politics*) (Aguilar & Lima, 2009, p. 13-14). Se suponía que las políticas no eran más que el resultado, el producto, la consecuencia, de los gobernantes o de quienes estaban representados en el sistema mediante los partidos políticos, es decir que, las políticas eran las decisiones de los gobernantes para la solución de un problema en particular, y que solo eran realizadas para legitimar su poder ante los gobernados.

En el texto *¿Qué son y para qué sirven las políticas públicas?* Aguilar & Lima (2009) plantean que para entender qué son las políticas públicas es necesario hacer una diferenciación entre dos conceptos, *politics* que significa política, y *policies* que quiere decir políticas, así:

El primero es entendido como las relaciones de poder, los procesos electorales, las confrontaciones entre organizaciones sociales con el gobierno. El segundo tiene que ver más con las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores involucrados en los asuntos públicos. (p. 2).

En este sentido, como lo plantean Meny y Thoenig (1992): “Una política pública se presenta bajo la forma de un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o un espacio geográfico” (p. 130). Asimismo, Pierre Muller (2002) quien está de acuerdo con el planteamiento anterior, afirma que: “Hay una política pública cuando una autoridad política local o nacional intenta, a través de un programa de acción coordinado, modifica el

ámbito cultural, social o económico de actores sociales, considerados en general dentro de una lógica sectorial” (p. 50).

En cuanto al carácter público de la política, Aguilar y Lima (2009) trazan que:

La política pública es hasta cierto punto un pleonismo, pues la política desde los griegos era una actividad que se realizaba en la polis y no podía ejercerse sino en público (la familia era un espacio pre-político y por ende privado, era el oikos). Público y política para los griegos era algo similar porque no había concepción de lo individual, la política era pública y lo público era político. (p. 4)

Sin embargo, los mismos autores afirman que una de las aportaciones de las políticas públicas, es precisamente el hecho de rescatar lo público de las políticas, es decir, poner sobre la mesa la importancia de la intervención de actores diferentes al gubernamental para la creación de estas, como lo plantea el autor Mann et al. Citado por Arrubla (2018):

(...) las sociedades no son unidades cerradas o totalitarias definidas por límites espaciales o geográficos; por el contrario, están constituidas por redes socio-espaciales que se entrelazan y organizan a partir de la interacción de cuatro fuentes de poder social: económica, política, ideológica y militar”. (p. 230)

2.1.4. Ciclos de las políticas públicas.

Teniendo en cuenta que por medio de las políticas públicas se busca darle una mejor gestión de las acciones del Estado a las problemáticas de la sociedad, es importante entonces preguntarse ¿cómo se convierte un problema en política? La autora Kelly (2003) en su artículo *Políticas públicas en América Latina: teoría y práctica* plantea que cualquier grupo de estudiantes podría sentarse a estudiar un problema de su país y llegar a la conclusión de lo que hay que hacer; sin embargo, lo más difícil es el cómo hacerlo. Pues bien, la autora afirma que tener respuestas para los problemas sociales no es lo mismo que tener las soluciones en forma de acciones concretas y eficaces, y esto se debe a que hay diversos factores que inciden a lo largo de la trayectoria de una política, puesto que éstas tienen unos ciclos que van desde la aparición en la mente de alguien hasta su implementación de forma satisfactoria.

Con respecto a los ciclos de las políticas públicas, gran cantidad de autores plantean una variedad de ciclos, entre estos podemos encontrar a Eugene Bardach, citado por Aguilar & Lima (2009, p. 7), quien plantea que las políticas públicas tienen un ciclo compuesto por ocho pasos, mientras que Kelly (2003) plantea sólo seis, este último será el modelo que se trabajará en este marco teórico, por ser este el más claro y pertinente.

El primer y segundo de los pasos del ciclo de las políticas públicas, planteados por la autora, es el de la *Identificación del problema* y la *colocación en la agenda* respectivamente. En esta parte la autora afirma que en la sociedad hay un número ilimitado de problemas que diferentes personas pueden identificar según su visión y posición en la sociedad, pero que no

todos pueden hacer parte de la agenda pública a causa de los recursos limitados, por lo tanto, solo algunos de los problemas llegarán a hacer parte de una política pública. Ahora bien, la pregunta es ¿por qué unos sí y otros no? Según la autora:

Entre todos los asuntos que podrían ser incorporados al conjunto de políticas públicas, los que llegan a formar parte de la *agenda* tienden a tener una de las siguientes características:

Hay un alto nivel de consenso en cuanto a su consideración en la agenda. Ningún político se atrevería a ignorar la opinión pública en estos casos.

Hay un grupo de promotores que gozan de un alto nivel de influencia o poder para colocar el problema en la agenda. (Ibíd., p. 67)

Con lo anterior, la autora deja claro que no siempre lo que se pone en la agenda corresponde a los intereses de la mayoría de la población. Es claro que en la mayoría de casos, los usuarios no tienen acceso a la agenda pública, mientras que algunas personas que tienen intereses individuales y cuentan con gran influencia en la agenda, llegan a ser importantes en el proceso de decisión y por lo tanto, llegan a influir en el resultado en este ciclo de las políticas.

El tercer punto de las políticas es para el de *la formulación*, en esta parte la autora plantea que si identificar el problema y ponerlo en la agenda, son tareas difíciles, éstas sólo

abren la puerta a la formulación de las políticas, pues muchos de los problemas puestos en la agenda, pasan años sin ser formulados en la política pública:

Una debilidad común en la formulación de las políticas públicas es la tendencia natural a la precipitación. Cuando un problema llega a la agenda, la gente quiere soluciones rápidas. Muchas veces, hay urgencias que no admiten vacilaciones (...) Sin embargo, nunca es sano que se adopten soluciones, aun en una crisis, sin que éstas sean consideradas contra otras opciones y medidas, en cuanto a sus impactos relativos en términos de eficiencia, eficacia y justicia. (Ibíd., p. 69)

Después de esto, la autora pregunta ¿quién formula las políticas públicas? A lo que responde que una vez el problema es puesto en la agenda, es entregado a los expertos (personas con conocimiento del tema) quiénes son los que buscan las soluciones más efectivas de acuerdo con los recursos disponibles y las especificidades del caso, estas soluciones serán más adelante aprobadas o no por el gobierno. No obstante, la autora afirma que es bastante común que organizaciones con intereses específicos pasen proyectos para que el gobierno los considere como política pública, lo que si bien, puede ser visto como corrupción, para la autora es beneficioso, ya que esto abre la posibilidad de que las personas (organizaciones) afectadas hagan parte de la solución al problema.

El cuarto punto del ciclo de las políticas, es denomina la *aprobación de legislación o reglamentos para su implantación*, la autora inicia esta parte del texto con la frase “Ley mata reglamento y constitución mata ley” (Ibíd., p. 73) para explicar que la legislación implica una jerarquía de decisiones que componen el conjunto de las políticas públicas en un país:

Las decisiones formales acordadas en un país incluyen muchos tipos de reglas, desde los más generales y de principios (la constitución) hasta los más específicos y coyunturales (una resolución sobre el monto de una multa por una violación de tránsito). Para nuestros propósitos, la suma de reglas formales en el país representa el producto de un momento preciso en el ciclo de políticas públicas: el momento en que se toma una decisión que impone un límite y deber al ciudadano. (Ibíd., p. 71)

El punto cinco que establece Janet Kelly en el ciclo de las políticas públicas es el de *implementación*, en este punto la autora plantea que la aprobación de la ley es apenas la mitad del camino en el ciclo de las políticas, aunque la ley sea aprobada, esto no implica que todo saldrá perfectamente en la fase de implementación lo que puede desencadenar barreras que impidan alcanzar los fines propuestos en la legislación. En el desarrollo de este punto de las políticas públicas, se expondrá también en lo que plantean otros autores.

2.1.5. Implementación de la política pública.

Partiendo de una definición, *La implementación* puede considerarse como: “El conjunto de procesos que, tras la fase de programación, tienden a la realización concreta de los objetivos de una política pública (Subirats, Knoepfel, Larrue, & Varone, 2008, p. 179). En esta parte de la política participan una gran variedad de actores públicos, paraestatales y privados que se encuentran regulados por normas legislativas y reglamentarias que orientan la función de crear, influenciar y controlar.

Por otra parte, la implementación abarca aquellas acciones efectuadas por individuos (o grupos) públicos y privados, con miras a la realización de objetivos previamente decididos (Aguilar, 1993). Aquí vemos como en este proceso de la implementación de la política pública se debe buscar la manera de establecer en que momento las organizaciones u operadores de este proceso pueden conjugar los recursos para llevar acabo los objetivos plasmados dentro de la política pública porque estos objetivos pueden ser poco o bastante claros generando procedimientos suficiente o insuficientemente precisos que influncian la implementación, a través del cual una política puede ser influenciada por diversas variables independientes –actores y factores– que pueden apoyar, alterar u obstruir el cumplimiento de los objetivos originales (Revuelta, 2007, p. 139).

En cuanto a los enfoques de la implementación de políticas públicas, podemos hablar de los enfoques Top-Down y Bottom-Up, por cierto las más usadas en este campo y aunque se plantearon en los años 70 siguen vigentes. El enfoque Top-Down también conocido como de arriba-abajo, reconoce la administración como un sistema unitario con una línea de autoridad sencilla y definida, no busca la participación o el dialogo con los ciudadanos objetivo de la política. Este es un paradigma que se puede relacionar con el enfoque clásico de Weber y Fayol, en donde existe una dirección, un órgano de pensamiento y además, un órgano ejecutor, no se tiene en cuenta en las decisiones de otro órgano más que el encargado de la formulación de la Política Pública (Roth, 2003).

Por ser guiado desde arriba, el control de la programación estará en la dirección, pero los problemas que ocurran en la implementación obedecen a falta de control y coordinación (Thoenig, 1985). En este enfoque no se tiene en cuenta las desviaciones creadas por los

burócratas del primer piso, así como tampoco puede existir un proceso de aprendizaje y retroalimentación ya que el diseño no lo permite, además el modelo centralista no permite la interacción de otros grupos que pueden enriquecer el proceso de implementación de las políticas públicas.

Para Claude Thoenig, en el libro *Las Políticas Públicas*, existen tres creencias estructurales del pensamiento lineal de este enfoque, la primera es la jerarquía de autoridad, una autoridad entendida como piramidal de la cabeza a la base. La segunda tiene que ver con la diferencia entre el universo político y el administrativo, en este sentido recoge la teoría expresada por Roth en su texto *Implementación de las decisiones*, en el cual existe una diferenciación clara entre dirección y ejecutores. La tercera, se refiere a la búsqueda del principio de la eficiencia, este busca la organización, optimización de los recursos y los resultados de manera eficaz (Meny & Thoenig, 1992, p. 158-161). Se sostiene que este enfoque Top-Down se puede aplicar perfectamente cuando el objetivo es claro y sus procedimientos permiten flexibilidad, de lo contrario estaríamos desconectando la dirección de la política con los ciudadanos objetos de esta, ocasionando procedimientos sujetos a valores personales y no meramente técnicos, debemos tener claro que no existe un enfoque perfecto, este busca optimizar los recursos a partir de una administración racional, pero se le critica que trabaja los procesos de manera aislada desconecta la dirección del equipo técnico.

Por otra parte, en el enfoque Bottom-Up; contrario al enfoque anterior, se toma como punto de partida a los actores desde de la base hacia la periferia y viceversa, es decir se busca conocer el comportamiento real de los actores objetivo y la interacción de estos con otros

grupos también implicados en el proceso de implementación. Elmore (1982) expone que cuanto más próximos se esté al problema mayor será nuestra capacidad de influencia.

En el texto *La Implementación de las decisiones*, el autor aborda la perspectiva de Bardach (1999), citado por Aguilar & Lima (2009, para quien la implementación se estructura a partir de la negociación, persuasión e intercambios entre conjuntos de actores presentes en diferentes niveles de acción, es decir, se tiene en cuenta a los actores desde la base hasta la cabeza de la pirámide, o sea, no todo parte del Estado sino también desde los grupos de presión.

Para Revuelta (2007), en la implementación de las políticas públicas intervienen un gran número de factores y no solo los factores burocráticos, es decir, la diferencia sustancial entre los enfoques está en la racionalidad, mientras que para una opera como un control remoto orientado desde la dirección, para la otra, opera a través de negociaciones de la periferia al centro y viceversa.

Otros autores tratando de tomar lo mejor de cada enfoque proponen un enfoque híbrido, en otras palabras, tratan de encontrar un punto medio entre el enfoque Top-Down y el enfoque Bottom-Up. Sabatier, citado por Revuelta (2007, p. 148), comenzó con una síntesis de los dos enfoques, a lo que él llamó “Sociedades industriales modernas”. Este autor argumenta que se deben estudiar las políticas por periodos más largos, por lo menos 10 años, y por esto, propone lo que llamó Advocacy Coalition Framework (ACF), en donde se plantea un marco de coaliciones de apoyo, como un instrumento para analizar no solo la implementación sino todo el proceso de las políticas públicas, mejor dicho su unidad de

análisis no es la agencia gubernamental, sino los actores públicos y privados. Esta es la nueva tendencia hoy, para legitimar las políticas públicas se busca la llegada de nuevos actores como empresas privadas (Banco Mundial, FMI, etc.), además de ONG's, lo que ha generado en muchas ocasiones que el gobierno pierda nitidez en los límites de la responsabilidad del Estado e interdependencia entre las instituciones que intervienen en la acción pública. El poder avasallador de los bancos y donantes multilaterales impiden en muchas ocasiones que los programas tengan mayor eficiencia.

Ahora bien, Kelly pone como sexto y último punto del ciclo de las políticas públicas *la evaluación*, en esta parte la autora manifiesta que nunca una política tendrá la mirada aprobatoria de todos los ciudadanos, dado que el ciclo de las políticas es circular, reiterativo y continuo e incluso los gobernantes en algunas ocasiones no llegarán a sentirse satisfechos con los resultados de sus propios esfuerzos. Por lo anterior, la autora expone que llevar a cabo una política pública es un experimento en el cual la realidad llega a defraudar las expectativas. Es en esta última fase donde se evalúan los resultados de la política:

En efecto, la evaluación constituye también el primer paso hacia la formación de una nueva agenda para las políticas públicas. Cuando la evaluación indica que no se ha logrado del todo el objetivo, de nuevo surge “un problema” que empieza a transitar el camino hacia la agenda de reformas. (Kelly, 2003, p. 78)

De igual modo, la autora argumenta que hay tres reglas importantes a llevar a cabo para que la evaluación sea una fase fructífera en el ciclo de las políticas públicas: la primera de ellas “es que la evaluación, debería ser incorporada como una fase integral de la política

desde su diseño inicial” (Ídem). Esto servirá para que la evaluación tenga un objetivo explícito, lo que permitirá que las políticas se tracen sus metas de manera concreta. La segunda regla es que “el evaluador debería ser un ente independiente de la unidad ejecutora” (Ibíd., p. 79). Que los evaluadores sean externos y no internos garantizará en mayor medida la honestidad a la hora de evaluar la política pública.

Y finalmente, la tercera regla que propone se refiere a la transparencia, tiene que ver con que los evaluadores de las políticas sean los ciudadanos. En últimas son ellos los principales afectados por las problemáticas y los principales beneficiados de las políticas públicas, así que para responder si una política funcionó o no quién mejor que los mismos ciudadanos. La autora afirma que estas reglas permitirán nuevas agendas para las políticas públicas.

Ya teniendo claro los diferentes conceptos sobre los ciclos de acción que rodean las políticas públicas, esta investigación estará alineada al enfoque híbrido de la implementación de las políticas públicas expuesto anteriormente, el cual busca encontrar un punto medio entre el enfoque Top-Down y el enfoque Bottom-Up que plantea Sabatier, pues se necesita si bien de una respuesta por medio de acciones del estado, también el tener en cuenta a la población beneficiaria es el camino más asertivo para la implementación de política pública para los adultos mayores.

Así pues, ya desarrollados los diferentes referentes teóricos que se abordaron en este apartado, a continuación se verá contrastados los diferentes conceptos que se desarrollaran

dentro del problema específico los cuales son: acceso a la salud, barreras de acceso a la salud, envejecimiento y desarrollo social.

2.1.6. Acceso a la salud.

Partiendo del hecho de que la salud en Colombia está constitucionalmente definida como un derecho fundamental, y que por tanto, todos los ciudadanos tienen derecho a acceder a ella ya sea como contribuyentes o a través del régimen subsidiado, el concepto de *accesibilidad* se convierte en un concepto importante, dado que la mala prestación del servicio de salud en muchas ocasiones, se debe a que las personas no logran acceder a los servicios y esto termina constituyéndose en barreras de acceso que coartan el derecho de los colombianos a disfrutar de la prestación del servicio de salud.

En el artículo titulado *The concept of accessibility: a relational perspective between health services and population* Comes et al. (2006) plantean respecto al concepto de accesibilidad, que este ha venido utilizándose a partir de los años 60, momento en el que se buscaba concretar el desarrollo social de los países latinoamericanos:

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer.
(p. 202)

Como se ve, el concepto de accesibilidad va encaminado a que todas las personas puedan gozar del servicio de salud de una manera sencilla.

Otra definición del concepto de accesibilidad, podemos encontrarla en la cartilla *Estudio de percepción de barreras de acceso en la prestación de servicios de salud de las ESE del municipio de Santiago de Cali* en esta, los autores plantean la accesibilidad como:

El encuentro entre los sujetos y los servicios [lo cual] obliga a pensar la accesibilidad como un problema de encuentro y desencuentro entre la población y los servicios. En este encuentro se generan relaciones que se traducen en prácticas de la población que dan lugar a diferentes formas de acercamiento y utilización. Desde esta perspectiva la accesibilidad se define como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. (Varela et al. (2011, p. 17)

2.1.7. Barreras de acceso a la prestación del servicio de salud.

El acceso a la salud se estudia desde dos perspectivas como se explicó anteriormente: el primero es el acceso potencial, el cual está determinado por las características del sistema de salud; y el segundo es el acceso real o realizado, el cual depende de indicadores de uso de los servicios médicos y la satisfacción asociada. Ayala (2014) afirma que:

Hay estudios empíricos que han utilizado medidas de acceso potencial como la distancia al centro de salud más cercano o el tiempo de viaje hasta el centro de atención, pero estas medidas fallan al asumir que estar cerca al centro de atención es

tener acceso, ignorando la existencia de barreras relacionadas con la demanda de salud, como la falta de dinero, que impiden que las personas utilicen los servicios médicos. (p. 2)

Lo anterior muestra que, cuando el vínculo entre los usuarios y los servicios de salud no se dan de manera efectiva se crean unas barreras de acceso que pueden ser divididas según sus características en: *barreras geográficas* “se entiende que la imposibilidad de acercar los servicios a la población era por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre (por ejemplo, una autopista).” (Comes et al., 2006, p. 202). *Barreras económicas*, que son las que aluden a la “imposibilidad de acceso por motivos de falta de dinero, tanto para el transporte como, por ejemplo, para comprar medicamentos.” (Ídem). *Barreras administrativas*, las cuales “expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos.” (Ídem). Y finalmente, están las *barreras de tipo cultural*, estas se centran “en que las diferentes culturas entre el personal de los servicios y la población también pueden ser una barrera de acceso” (Ídem).

2.1.8. Envejecimiento.

En este apartado iniciaremos con una postura antropológica de la autora Bernis Cristina en su artículo titulado “*Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas*” donde argumenta que:

(...) la duración potencial del ciclo vital de Homo sapiens no ha variado desde hace al menos 100.000 años, que su duración real (medida por la esperanza de vida al nacer) ha oscilado entre 20 y 50 años en función de las condiciones del medio, y que a comienzos del siglo XX, al controlarse eficazmente la mortalidad infantil, cada vez más humanos aproximan la duración real de su ciclo vital a la potencial que tiene como especie, aumentando así el número de longevos en las poblaciones. (Bernis, 2004, p. 4)

En este orden de ideas, en su texto la autora Bernis enuncia la presencia de unos ciclos vitales de los seres humanos, los cuales hacen referencia al proceso que va desde nacimiento hasta el momento de la muerte donde hay una mezcla de procesos ontogénicos y ontogenéticos que son transversales al crecimiento, desarrollo, maduración e involución pues:

(...) lo que ocurre en cada etapa está condicionado por lo que ha ocurrido en las anteriores, de manera que la acción de factores limitantes del medio en etapas tempranas del ciclo vital puede tener consecuencias a largo plazo sobre el proceso de envejecimiento. (Ibíd., p. 3)

En el libro *Derechos humanos y políticas públicas para el adulto mayor: situación en Colombia y referencias iberoamericanas*, Dueñas, Riaño, Palacios y Sierra (2011) definen adulto mayor como:

Aquellas personas que, debido al paso de los años, se hallan en una etapa de cambios a nivel físico, psicológico y dentro de la comunidad. A ellos se les deben dar condiciones y garantías para la efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales, ya que requieren de cuidados especiales en el proceso de envejecimiento.

(p. 4)

Ahora bien, el estándar internacional ha establecido que una persona puede ser considerada como adulto mayor desde los 60 años en adelante; sin embargo, los autores hacen una distinción biológica entre las diferentes etapas que puede atravesar una persona después de los cincuenta.

La vejez puede clasificarse en cuatro etapas: la primera se denomina vejez activa que va de los 50 a los 63 años, la cual se caracteriza por falta de calcificación en los huesos, cataratas, bronquitis y osteoporosis; la segunda es denominada vejez hábil que va de los 63 a los 70 años, que se caracteriza por cosas negativas como atrofia de los sentidos, cansancio y fatiga, y por cosas positivas como tranquilidad y experiencia; la tercera etapa es denominada vejez pasiva que va de los 70 a los 77 años, caracterizada por disminución de la estatura, insomnio, anemia y sequedad de las mucosas; y finalmente, encontramos la cuarta edad que inicia a los 77 años, en la cual es común las manos temblorosas, la productividad reducida, minusvalía, senectud creciente, pérdida progresiva de la conciencia, entre otros

(Dueñas et al., 2011, p. 4)

A estas etapas de envejecimiento podemos también sumarle una que es conocida como envejecimiento óptimo o activo, etapa que permite optimizar las oportunidades tanto

cognitivas, físicas y sociales de los adultos mayores, permitiéndoles gozar de procesos culturales, educativos y físicos que los saquen de esos momentos de ocio, mala alimentación, desarrollo social, ni actividades de riesgo como el uso de tabaco, licores drogas entre otras ya que:

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población, permitiendo a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital, mientras participan en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, proporcionándoles protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia. (González & De la Fuente, 2014, p. 127)

Las anteriores etapas del ciclo vital de los adultos mayores, es muestra de que solo unas pocas personas que llegan a su estado de adultez hacen parte de la etapa activa debido a sus posiciones económicas, sociales y culturales y la gran mayoría de la población adulta por sus condiciones físicas (de salud) se encuentran en una etapa general de vulnerabilidad, la cual es definida por los autores como “el estado de indefensión o incapacidad de respuesta o consecuencia de factores endémicos, físicos o psicológicos, económicos, sociales, culturales, políticos.” (Dueñas et al., 2011, p. 4). Por su parte Viveros (2001) afirma que:

Los riesgos y la vulnerabilidad de las personas mayores se explican por la mala distribución de la riqueza –socialmente producida– y por la pereza administrativa para hacer frente a desequilibrios sociales. Todo desafío para mejorar la calidad de vida de

los adultos mayores reclama una política estatal y la acción de toda la sociedad. (p. 38)

En este orden de ideas, Ortiz & Díaz (2018) sostiene que:

(...) la vulnerabilidad social, entonces, no es una condición o atributo de los individuos, poblaciones o regiones, dada por cuestiones étnicoraciales, edad, origen, género o clase. Corresponde más bien a un efecto social originado por dinámicas históricas excluyentes y vulneradoras de los derechos de diferentes grupos sociales (...) que restringe capacidades y libertades. (p. 614)

Todo esto permitiendo que las respuestas por parte del Estado sean de una baja calidad, fomentando una estructura societal en un marco de una democracia capitalista que permanentemente reproduce población sobrante, apartada y debilitada entorno a la participación de las relaciones, redes y vínculos sociales con respecto al sistema económico, permitiendo:

(...) una marginación económica y productiva, toda vez que las personas tienen ingresos de subsistencia y empleos inestables y precarios. Hay un resquebrajamiento de la participación política, debido a que no forman parte de organizaciones políticas que los representen ni participan en las tareas que deben emprenderse para la solución de los problemas sociales, incluidos los propios. (Ibíd., p. 630)

Asimismo, Dueñas. Et al. Sierra, plantean que los adultos mayores están amparados por todos los derechos fundamentales que corresponden a cualquier persona, pero además, tienen un añadido que es la protección debido a sus características:

Así se reconoce en los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad, que incluyen aspectos como: necesidades básicas, trabajo e ingresos, educación y formación, seguridad, participación, salud, libertades humanas, cultura y recreación, y dignidad humana (Dueñas et al., 2011, p. 16).

Desde esta perspectiva, en el 2002 se creó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, fundamentado en tres ejes: desarrollo, salud y bienestar, haciendo especial énfasis en el objetivo de terminar con todas las maneras de discriminación hacia los adultos mayores y dando un enfoque de género a las políticas que se implementen, ya que lo importante no es solamente garantizar la protección a los adultos mayores, sino también conservar su participación activa dentro de la sociedad y reconocer el papel fundamental que desempeñan dentro de la sociedad colombiana, tal y como se menciona en la Constitución Política de 1991 en su artículo 46 (donde la seguridad social integral incluye los denominados servicios):

El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. (Corte Constitucional, 2010, p. 24)

Para cumplir con dicho artículo, el Estado debe crear mecanismos, entre los cuales están las políticas públicas encaminadas a solucionar las problemáticas que se le presentan a esta población. Pero podemos observar que las deficiencias en las calidades de vida tanto desde el ámbito del hogar hasta en la vida social y pública “se evidencia la incapacidad del sistema político de generar condiciones de equidad y, en consecuencia, ejercicios de ciudadanía generalizados. Los derechos sociales, económicos, culturales, ambientales y políticos son negados o entregados de forma deficitaria” (Ortiz & Díaz, 2018, p. 633).

Sin dejar de lado que cada país es diferente, y por tanto sus políticas son diferentes, Viveros (2001) propone unos principios y objetivos que pueden ser útiles al momento de generar una política pública para los adultos mayores, teniendo en cuenta su estado de vulnerabilidad:

- a) La política dirigida a las personas adultas mayores debe formar parte integral de un desarrollo humano sostenible, cuyo objetivo sustancial es elevar y mejorar la calidad de vida de todos los miembros de la sociedad, particularmente los pobres o vulnerables.
- b) Toda política que busque enfrentar los problemas del envejecimiento debe considerar enfoques multidisciplinarios, integrales e integradores, pues inciden múltiples factores; el objetivo es transformarlo en factor de desarrollo nacional, con los adultos mayores como sujetos activos.

c) La política social debe promover la solidaridad entre generaciones y las políticas y acciones sobre la vejez deben tener el objetivo de construir y desarrollar estereotipos culturales que valoren el aporte de las personas mayores y la transmisión de sus habilidades y experiencias a las nuevas generaciones.

d) Las sociedades y Estados de la región deben garantizar a los adultos mayores en situación de pobreza o riesgo de vulnerabilidad social una prioridad en el acceso a beneficios, para disminuir las desigualdades sociales y territoriales. En este sentido, uno de los objetivos es promover la equidad social, los derechos de la mujer y la igualdad de los sexos.

e) Las políticas sobre envejecimiento deben tener una capacidad convocatoria a la participación, con el objetivo de incorporar a los adultos mayores, grupos sociales y otros agentes de desarrollo que trabajan en el tema del envejecimiento (ONG, iglesias, universidades) en el diseño y ejecución de programas.

f) Las políticas públicas deben ser diseñadas propiciando la vigencia plena de los derechos fundamentales de las personas mayores y poner acento en el rescate de los derechos de grupos de adultos mayores muy vulnerables (étnicos, discapacitados, maltratados, etc.). (p. 38)

Igualmente, el Estado colombiano debe propender porque se garanticen estos principios pues se puede ver como la integridad de cada uno de ellos permiten el desarrollo activo de los adultos mayores, dejando a un lado las barreras o iniquidades que podrían

enfrentar los adultos mayores en los diferentes sectores anteriormente mencionados, apostando por la formación de políticas, planes y programas que vayan en consecuencia de las garantías de sus derechos sociales y civiles dentro de del territorio nacional.

2.1.9. Desarrollo social.

Para referirse sobre el desarrollo social, primero tenemos que dejar claro cómo el conocimiento en las diferentes sociedades se ha fortalecido de generación en generación y se han ido transmitiendo los diferentes valores, costumbres, idiosincrasias que han formalizado y traspasan las instituciones informales dentro de las sociedades y de esta manera poder construir un camino institucional formal que garantice una interiorización de los diferentes valores que caracterizan el desarrollo socio-cultural, por medio de instrumentos que hacen parte de los procesos cognitivos compartidos por un sujeto más experimentado hacia otros menos experimentados.

Teniendo en cuenta lo anterior, se analizará el texto *Contexto y Desarrollo social*, en el cual Rodrigo (1994) sustenta que para garantizar un apropiado desarrollo individual como colectivo se requiere:

Una gran dosis de conocimiento social: debe saber inscribir a los otros en la categoría social apropiada, conocer usos y costumbres, dominar una cierta pragmática de la comunicación Social para dirigirse a de ellos y, por último, tener algunas previsiones acerca de las creencias, deseos y metas de los demás para poder intercambiar puntos de vista y generar ciertas expectativas sobre su reacciones ante determinados sucesos

y situaciones. Además de este conocimiento impersonal, los individuos también necesitan conocer el funcionamiento de sus instituciones sociales, los roles que en ellas desempeñan y las normas que rigen (familia, banco, ayuntamiento nación, escuela, etc.), puesto que sus vidas personales se desarrollan unidas a estas (conocimiento social), En suma, de su habilidad para comprender el sistema social en toda su complejidad, depende su supervivencia como individuos y su éxito como miembros de determinados grupos sociales. (p. 8)

Ya desde este punto de vista se debe procurar que los individuos desde sus diferentes ciclos vitales: niños, adolescentes y adultos, tengan un camino que seguir, en el cual se garantice su participación activa en los procesos de desarrollo del país, mediante diferentes maneras de expresión para mostrar sus necesidades y problemáticas siendo los mismos protagonistas de su desarrollo, es aquí donde ellos pueden ser partícipes, potencializando sus relaciones interpersonales y su utilidad.

En este orden de ideas ,para seguir fomentando el desarrollo social de los actores sociales y en este caso los adultos mayores debemos ir reconociendo que las formas de vivir, envejecer y ser personas viejas van cambiando a medida que cambian los tiempos y que ello exige nuevas formas de pensar y de conversar al respecto, de establecer relaciones entre las personas y, sobre todo, de plantear políticas y planes que tengan en cuenta, tanto el corto plazo en términos de la vejez actual, como especialmente el mediano y largo plazo, previendo condiciones políticas, económicas, sociales y culturales que permitan a las generaciones viejas del futuro vivir con calidad (Dulcey, Arrúbla & Sanabria, 2013, p. 17).

Partiendo de lo anterior y buscando respuestas sobre el objeto de estudio de esta investigación, los adultos mayores, se consulta el libro titulado *El cambio social planificado y la cultura: el desarrollo social en las zonas rurales deprimidas*. Díaz (2000) en este libro plantea dos líneas de acción para trabajar con los ancianos: una es la ayuda integral al anciano; y la otra es encuadrar el servicio en ese proyecto de construcción del desarrollo social, líneas de actuación que se reflejan en los siguientes objetivos con lo que se pretende resolver las necesidades fundamentales de los ancianos:

1) La cobertura de las necesidades primarias de los adultos mayores que carecen de medios, atendiendo, especialmente, los problemas derivados de su aislamiento, soledad e inactividad forzosa. 2) la permanencia del anciano en su medio, con sus objetos, amigos, etc., tratando de transmitirle que no está solo, que hay alguien con quien puede contar en cualquier momento y que él puede también aportar algo a su comunidad; 3) la prestación de un servicio complementario en la búsqueda los recursos sociales sanitarios y culturales; la concienciación de la comunidad en la problemática del aciano. (p. 103)

Teniendo claro estos elementos se determina que los adultos mayores gracias a su amplia experiencia adquirida a través de los años; sus luchas en el proceso sociocultural; y el rol que ocupan dentro de la sociedad, son los que brindan un gran aporte a las generaciones venideras, influyendo en el contexto histórico. Infortunadamente, gran parte de la sociedad actual tiende a visibilizar a esta población adulta de una manera diferente, tomándolos como una carga para la sociedad, generando inconvenientes en torno a la salud, la familia, la educación, entre otros aspectos sociales, debido a que si bien, el envejecimiento trae consigo

ganancias como las anteriormente mencionadas, también trae perdidas como las capacidades físicas, enfermedades y problemas crónicos, que ponen a los adultos mayores en una situación de mayor vulnerabilidad.

2.1.10. Satisfacción.

Ya teniendo claro los anteriores conceptos que enmarcan la problemática de la presente investigación es pertinente tener en cuenta el concepto sobre la satisfacción pues de aquí deriva el cómo asumir procesos y caminos para el mejoramiento de la calidad de los servicios, ya que de aquí es donde se evidencia el proceso emocional, cognitivo/comportamental y experimental que vive el usuario. Así pues, la satisfacción es:

(...) entendida como la reacción, sentimiento y sensación que el cliente experimenta al momento de adquirir y beneficiarse de un producto o servicio; también se puede entender como la comparación entre las expectativas que posee el cliente frente a un producto o servicio y lo que cree haber recibido, percibido, sentido o experimentado. (Acevedo, 2015, p. 23)

Permitiendo que sea el mismo usuario entendiendo y afirmando que los agentes prestadores del servicio cumplen sus expectativas y funciones eficiente, eficaz y con oportunidad a el acceso y calidad de los servicios.

Dentro de las diferentes teorías y literaturas que asumen el concepto de satisfacción podemos encontrar que esta puede ser entendida desde tres componentes generales de partida, los cuales se referencian como

(...) una respuesta (emocional, cognitiva y/o comportamental); la respuesta se enfoca en un aspecto en determinado (expectativas, producto, experiencia del consumo, etc.); y finalmente, la respuesta se da en un momento particular (después del consumo, después de la elección, basada en la experiencia acumulada, etc.). (Mora, 2011, p. 148)

Componentes que harán ver desde diferentes ópticas la satisfacción del cliente y que se tienen en cuenta para la presente investigación, pues esto permite explicar las diferentes conductas que tiene los consumidores de un bien o un servicio, permitiendo que se tenga claro lo que el cliente requiere y el cómo se prestara el servicio.

Se puede evidenciar de igual forma el cómo los prestadores de servicios o bienes a pesar de tener en claro lo que el usuario o cliente quiere hay una falta de conocimiento en cuáles son las expectativas que ellos requieren y aparecen cuatro brechas para la real satisfacción de estos las cuales se derivan así:

(...) una brecha (brecha 1) entre lo que la organización percibe sobre las expectativas del cliente y lo que el cliente realmente espera. Sin embargo, aun cuando la organización logre entender con claridad las expectativas de sus clientes, pueden existir problemas si ese conocimiento no se traduce en diseños y estándares de

servicio orientados a los clientes (brecha 2). Una vez la organización dispone de los diseños y los estándares, puede parecer que está lista para prestar servicios de alta calidad, lo cual no es cierto, ya que debe tener sistemas, procesos y personas que aseguren que la ejecución del servicio efectivamente igual (o incluso supere) los diseños y los estándares establecidos (brecha 3). Finalmente, cuando la organización cuenta con todo lo necesario para cumplir o superar efectivamente las expectativas del cliente, debe asegurarse de que las promesas que se formulan a los clientes se igualen con lo que se proporciona (brecha 4). (Ibíd., p. 156)

Estas brechas mencionadas solo nos ratifica el cómo a pesar de las reformas y propósitos a nivel gubernamental en:

(...) Colombia, se reportan estudios donde muchos pacientes se encuentran insatisfechos con algunos aspectos relacionados con la atención en los servicios de salud como los tiempos de espera, duración en la atención, entrega de medicamentos y trato recibido por el personal, e indica que dependiendo de estas variables se usan o no estos servicios, lo que puede comprometer el estado de salud (...). (Díaz et al., 2016, p. 292).

En este orden de ideas se debe ahondar claramente en este concepto de satisfacción pues

(...) es importante tener en cuenta la distinción entre satisfacción general, referida al grado de satisfacción del paciente con los cuidados de salud recibidos, y la

satisfacción específica, que es el grado de satisfacción respecto a la utilización de un servicio concreto, o respecto a aspectos concretos de los servicios recibidos (...). (Ibíd., p. 299)

Por tal motivo a pesar de que se llevan más de una década y media luchando por esclarecer el concepto de satisfacción y buscando los mejores procedimientos para generar esta satisfacción en los consumidores de un bien y un servicio, se deben generar nuevos aspectos de evaluación y seguimiento tanto dentro de las mismas organizaciones como el Estado colombiano para que se puede ir generando una cultura económica, organizacional, cultural e institucional que permita nuevas posturas frente a las necesidades y expectativas de estos ya que:

(...) un cliente satisfecho es fiel a la empresa y el producto o el servicio que adquiere y además puede convertirse en portavoz de la empresa siendo de forma indirecta un instrumento de publicidad positiva, mientras que si está insatisfecho no solo dejará de adquirir el producto sino que se encargara de desvirtuar la imagen de la organización. (Acevedo, 2015, p. 29)

2.2. Marco Normativo

Colombia, como Estado social de derecho, ha venido implementando normas, leyes y políticas públicas con el fin de garantizar a todos los ciudadanos el cumplimiento de los derechos consagrados en la *Constitución Política de 1991* aunque esto no significa que la

prestación del servicio de salud tenga diferentes falencias que tienen que ver (en muchos casos) con el acceso a salud de los adultos mayores. Por lo anterior, en el presente marco normativo, se pretende realizar una revisión de las normas que abarquen la prestación del servicio de salud a los adultos mayores; esta revisión nos va a permitir conocer cómo los gobiernos han abordado esta problemática mediante leyes, políticas públicas, CONPES, decretos y otros documentos estatales, creados con el objetivo de resolver las necesidades de la sociedad por medio de diagnósticos, metas, y acciones.

2.2.1. Acuerdos y tratados internacionales.

En el orden internacional podemos encontrar acuerdos formalizados solemnemente por escrito entre dos o más Estados con personería jurídica internacional, destinados a regular materias determinadas. Cuando el tratado ha de atribuir a una organización o institución internacional el ejercicio de competencias derivadas del texto constitucional será necesaria la previa autorización mediante ley orgánica. Hay tratados para cuya ratificación se necesita la previa autorización de las Cortes. Y, hay tratados acerca de los cuales las Cortes sólo han de ser informadas.² Por lo tanto en relación con el tema de esta investigación se podría encontrar una serie de tratados, pactos y acuerdos que buscan garantizar la prestación del servicio de salud a los adultos mayores, pues como se expresa en el texto “*Envejecimiento y vejez en Colombia*” Dulcey et al. (2013) desde que la vejez incursiona en las políticas internacionales “se evidencia la necesidad de atender con urgencia, oportunidad y pertinencia los retos implicados en el rápido envejecimiento de América Latina y, específicamente, de

² Enciclopedia Jurídica (2014). Tratados internacionales. Recuperado de: <http://www.enciclopedia-juridica.biz14.com/d/tratados-internacionales/tratados-internacionales.htm>

Colombia, el cual es uno de los países que más aceleradamente envejece en la región, en condiciones de gran inequidad y precariedad laboral, económica, social y regional. (p. 19)

En concordancia con lo anterior, contribuye al ordenamiento nacional la siguiente normatividad internacional:

a. La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Donde se establecen derechos fundamentales como el de igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, los que son aplicables por extensión a las personas mayores y de gran importancia para el desarrollo de las libertades en la vejez.³

b. El pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966). No contiene referencia explícita a los derechos de las personas mayores. Sin embargo, el artículo 9 “derecho de toda persona a la seguridad social, comprendiendo los seguros sociales”⁴, supone implícitamente el reconocimiento de un derecho a las prestaciones de la vejez. Las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, por lo que es evidente que las personas mayores deben gozar de la totalidad de los derechos en él reconocidos.

³ Villarreal (2005)

⁴ Ibid.

c. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento (1982).

Este documento ofrece a los Estados partes una orientación esencial sobre las medidas que se deben tomar para garantizar los derechos de las personas de edad avanzada.⁵

d. Principios de las Naciones Unidas de las personas de edad (1991).

Constituyen un instrumento importante en el contexto actual. Allí se enuncian cinco principios que tienen relación estrecha con los derechos consagrados en los diversos instrumentos internacionales: independencia, La participación, cuidados, La autorrealización, dignidad.⁶

e. Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1999). Es el único instrumento vinculante que estipula derechos básicos para las personas mayores. El artículo 9 indica que: “Toda persona tiene el derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez”, y el artículo 17 señala que: “toda persona tiene derecho a la protección especial durante la ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica”.⁷

f. Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento: (2002). El Plan de Acción de Madrid constituye un nuevo y ambicioso programa para encarar el reto del envejecimiento en el siglo XXI. El Plan de Acción se

⁵ Ibíd.

⁶ Ibíd.

⁷ Ibíd.

centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable, sirve de base para la formulación de políticas y apunta a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas las posibilidades de reorientar la manera en que sus sociedades perciben a los ciudadanos de edad se relacionan con ellos y los atienden. Es también la primera vez que los gobiernos han aceptado vincular las cuestiones del envejecimiento a otros marcos del desarrollo social y económico y de los derechos humanos, en particular los convenidos en las conferencias y cumbres celebradas por las Naciones Unidas durante el pasado decenio. (UNITED NATIONS, 2003).⁸

g. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible 21 octubre 2015. Se aspira a un mundo en el que sea universal el respeto de los derechos humanos y la dignidad de las personas, el estado de derecho, la justicia, la igualdad y la no discriminación; donde se respeten las razas, el origen étnico y la diversidad cultural y en el que exista igualdad de oportunidades para que pueda realizarse plenamente el potencial humano y para contribuir a una prosperidad compartida. (Naciones Unidas, 2015).⁹

⁸ Naciones Unidas (2003). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento.

⁹ Asamblea General de las Naciones Unidas (21 de Octubre de 2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible..

2.2.2. Regulación nacional: marco constitucional y legal

Referente a la normatividad nacional, se puede afirmar que esta ha permitido cerrar brechas a la problemática respecto a la necesidad de regulación y acciones latentes de las comunidades y, se puede evidenciar como los Estados a partir de las normas constitucionales generan leyes, CONPES, decretos, resoluciones, que permiten regular todo lo relacionado al estilo de vida que una determinada tasa de población pueda experimentar, para mantener un estado cívico en un país es necesaria la creación de una constitución que contempla leyes generalizadas de respeto y consideración en el país. A partir de las leyes, restricciones y derechos emanados de esta Constitución, se considera la elaboración de más leyes que complementen la matriz inicial. Entre estas podemos encontrar el marco constitucional y legal.

Ley la Ley 29 de 1975. En el contexto colombiano se pueden encontrar los primeros esfuerzos por incorporar en la agenda política la problemática referente a los adultos mayores ~~que~~ desde 1973 con la creación del Primer Seminario Nacional sobre el Anciano, el cual se ocupó de temas relacionados con la institucionalización, la asistencia social y la salud. Seguido de la ley la Ley 29 de 1975: Ley de Protección a la Ancianidad Desprotegida, reglamentada por el Decreto 2011 de 1976 "por el cual se organiza la protección nacional a la ancianidad" (Ibíd., p. 19).

El Plan Nacional de Atención Integral a la Tercera Edad en Colombia, 1986 - 1990, dirigido a la población mayor de 55 años, cuyo objetivo era asegurar su participación en la sociedad, "considerando al anciano como merecedor de dignidad y respeto". Sumándose a esta línea de acción en 1982, el Plan para la Atención de los Ancianos en Colombia, cuyo

objetivo era presentar acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida del "anciano colombiano". (Dulcey, Arrúbla, & Sanabria, 2013, pág. 19)

El artículo 46 Constitución de Colombia 1991, consagra que:

(...) El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia. (Corte Constitucional, 2010, p. 24)

A su vez, el Artículo 48 Constitución de Colombia 1991, se pronuncia sobre

(...) La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la Ley.

Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.

El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la Ley.

La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la ley. No se podrán destinar ni utilizar los recursos de las instituciones de la Seguridad Social para fines diferentes. (Ibíd., p. 25)

En 1993, la recién creada Defensoría del Pueblo estableció la oficina delegada para los derechos de la niñez, la juventud, la mujer y la tercera edad. Mismo año en el cual se promulgó la Ley 100 de 1993.

Ley 1171 de 2007 beneficios (62 años). La presente ley tiene por objeto conceder a las personas mayores de 62 años beneficios para garantizar sus derechos a la educación, a la recreación, a la salud y propiciar un mejoramiento en sus condiciones generales de vida. (Congreso de la República, 2007, art. 1)

Ley 1251 de 2008 protección, promoción y defensa derechos de los mayores. La presente ley tiene como finalidad lograr que los adultos mayores sean partícipes en el desarrollo de la sociedad, teniendo en cuenta sus experiencias de vida, mediante la promoción, respeto, restablecimiento, asistencia y ejercicio de sus derechos. (Congreso de la Republica, 2008, art. 2).

Ley 1315 de 2009. Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención: busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social (Congreso de la República, 2009, art. 1).

2.2.2.1. Otros instrumentos de política pública.

CONPES 2793 de 1993. Establece lineamientos política envejecimiento y vejes. En este documento se busca mejorar las condiciones de vida de las personas de mayor edad y elevar la calidad de vida de toda la población para que alcance una vejez saludable y satisfactoria.¹⁰

Política Nacional de prestación de servicios de salud: (2005). Esta política se desarrolla a partir de tres ejes: accesibilidad, calidad y eficiencia. Está dirigida a los prestadores del servicio de salud público como a los privados, y cubre a la población asegurada y no asegurada del país.¹¹

Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019. Esta política está dirigida a toda la población residente en Colombia y en especial a los mayores de sesenta años, la política se enmarca en cuatro ejes: promoción y garantía de los derechos humanos de las personas mayores; protección social integral; envejecimiento activo; y formación del talento humano e investigativo. Siendo de vital importancia para este trabajo de investigación el eje de protección social integral, ya que este eje pretende visualizar las intervenciones pertinentes en el marco de concepción del manejo social del riesgo y de acuerdo con las intervenciones requeridas según el diagnóstico de la situación de la persona mayor, constituyendo a la

¹⁰ Departamento Nacional de Planeación (23 de junio de 1995). "Envejecimiento y vejez". CONPES DNP-2793-Vicepresidencia de la República-UDS. Bogotá D.C.

¹¹Ministerio de la Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C.

protección social integral: la seguridad social en salud, la protección económica, promoción y asistencia social, vivienda, seguridad alimentaria y educación.¹²

CONPES 166 del 2013 política pública nacional de discapacidad e inclusión social. Este documento tiene un apartado que habla de las personas mayores con discapacidad: Las mayores prevalencias entre las PcD mayores de 60 años están relacionadas con limitaciones para moverse o caminar (46,6%), limitaciones para ver (31,4%), limitaciones para oír (20,3%), limitaciones para usar brazos y manos (16,2%), limitaciones para bañarse o vestirse (11,4%), limitaciones para entender o aprender (8,5%), y limitaciones para hablar (7,2%).¹³

2.2.3. Marco normativo regional.

En el nivel regional se encuentran diferentes mecanismos normativos como las ordenanzas, acuerdos, decretos los cuales son una disposición o mandato por parte de una corporación pública de una región y es fallada por la asamblea de los departamentos, este término se utiliza para nombrar al tipo de norma jurídica que forma parte de un reglamento y que está subordinada a una ley. La ordenanza es emitida por la autoridad que tiene el poder o la facultad para exigir su cumplimiento, en este caso en el departamento del Valle del Cauca podemos contar con las siguientes disposiciones:

¹² Ministerio de la Protección Social (2007). Política nacional de envejecimiento y vejez. Bogotá D.C.

¹³ Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social 2013-2022. Bogotá D.C.

Ordenanza 381 del 30 de octubre del 2013 “para realizar acuerdos de restructuración de pasivos, restructuración administrativa, fusión, supresión o liquidación de las ESE departamentales”. En esta se busca que los diferentes prestadores del servicio sean evaluados y de esta manera se vea si estos son viablemente restructurados o a su vez se liquiden las EPS que no están cumpliendo con los lineamientos administrativos y financieros para ejercer la prestación eficiente en relación con la prestación del servicio de salud.

Decreto N° 0265 del 2013 “por el cual se adopta y autoriza la implementación del proceso de transformación de la organización de la red de servicios de salud del departamento del Valle del Cauca”. Se autoriza al gobernador del departamento a llevar a cabo la restructuración y la adopción de una red de prestadores de servicios que permitan una cobertura y ejecución de la prestación del servicio de salud a los vallecaucanos.

En este orden de ideas se puede evidenciar como en el fondo hay una preocupación latente por los diferentes actores tanto a nivel internacional, nacional y regional, para así consolidar regiones y Estados capaces de brindar las garantías necesarias para el libre desarrollo de las libertades y derechos que poseen los adultos mayores, y así generar lineamientos estratégicos que estén acordes a los principios que fundamentan el Estado.

En este sentido el Estado colombiano ha apostado en gran medida a fortalecer desde los principios que categorizan la constitución política, por medio de estas leyes que suman doce apuestas que desde el transcurso de la Constitución Política de 1991, se han creado para favorecer a la población adulta del país, sin embargo dentro de la implementación de esta

normatividad vemos que para la prestación de los servicios y garantías a esta población siguen habiendo muchas dificultades que deben ser soportadas a partir de una indagación de en donde radica la problemática para que estas sean válidas y coherentes con lo que se busca a partir de ellas.

3. Implementación de la Política de Envejecimiento Humano y Vejez en Entidades del Departamento del Valle del Cauca

En el siguiente capítulo se realizará el análisis de la implementación de la política pública de envejecimiento humano y vejez en la cual se expondrá el contexto en el que se suscribe el estudio de caso, donde se dará a conocer como el departamento del Valle del Cauca se encuentra conformado en su división político administrativa , como está conformada la red de prestación de servicios de salud tanto pública como privada , al mismo tiempo se dará a conocer la región suroccidente donde está ubicado el hospital Mario Correa Rengifo, sus prestadores de servicio, al mismo tiempo se conocerán los instrumentos claves para la prestación del servicio de salud , los factores que interfieren en la prestación del servicio y la satisfacción en la prestación del servicio de salud en el hospital.

3.1. Contexto Regional o Departamental.

En este orden de ideas, se puede evidenciar que el departamento del Valle del Cauca está situado al suroccidente del país, formando parte de las regiones andina y pacífica este cuenta con una superficie de 22.140 km² lo que representa el 1.9 % del territorio nacional. Limita por el Norte con los departamentos de Chocó, Caldas y Quindío; por el Este con los departamentos del Quindío y Tolima, por el Sur con el departamento del Cauca y por el Oeste con el océano Pacífico y el departamento del Chocó.¹⁴

¹⁴ Gobernación del Valle del Cauca (s.f.). Valle del Cauca. Recuperado de: <https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/valle-del-cauca.html>

Dicho departamento está dividido en 42 municipios, 88 corregimientos y este desde el año 2013 han venido implementando diferentes estrategias que incluyen un proceso técnico, financiero y jurídico para transformar la red de prestación de servicios de salud en el departamento, donde se tienen en cuenta las perspectivas de enfoque regional, geográfico y redes integradas de salud, todo para dar solución a las crisis tanto técnicas como financieras de las empresas sociales del estado ESE que prestan el servicio en dicho departamento, buscando el acompañamiento de la participación de las comunidades, comités técnicos y sectores del bienestar tanto públicos como privados.

Desde esta perspectiva el 7 de abril de 2014 se llevó a cabo desde la Asamblea del Valle el concepto favorable al decreto *N° 0265* por el cual se adopta y autoriza la implementación del proceso de transformación de la organización de la red de servicios de salud del departamento del valle del cauca. Este decreto, según la Gobernación del Valle del cauca (2014), faculta al gobernador del departamento a través de la ordenanza 381 del 30 de octubre del 2013 “para realizar acuerdos de restructuración de pasivos, restructuración administrativa, fusión, supresión o liquidación de las ESE departamentales” (p. 22), en el cual se tenga un propósito de asegurar la operatividad funcional, sistemática y equilibrada de las empresas sociales del Estado , donde sea primordial el derecho a la salud, garantizando la atención integral y de calidad que responda a la población en general.

Para llevar a cabo esta apuesta el departamento en mención, se ampara bajo los criterios de una atención regional con puntos locales de atención, que garanticen la prestación integral de servicios de salud en sus diferentes grados de atención; el acercamiento a una población objetivo de bajos recursos, no asegurada al sistema de

seguridad social y los pertenecientes al régimen subsidiado; así mismo tiene en cuenta los enfoques de riesgo, los perfiles epidemiológicos, las condiciones socio-culturales para tener una oportunidad adicional de crecimiento y fortalecimiento de las ESE. Así las cosas, la red de prestación de servicios se estructura en seis (6) áreas geográficas de la siguiente forma: área geográfica Norte, área geográfica centro Tuluá, área geográfica centro Buga, área geográfica sur oriente, área geográfica sur occidente, área geográfica pacifico.



Figura 1. Áreas geográficas del Valle del Cauca. Tomado de la cartilla departamental del proceso de transformación de la organización de la red de servicios de salud del departamento del valle del cauca 2013.

Fuente:

Como se ve en la figura, se pueden encontrar dentro de cada una de las áreas en mención una distribución de los 42 municipios del Valle del Cauca, en el que el área geográfica Norte está constituida por 336.695 habitantes y se agrupa por 13 municipios los cuales son : Cartago, Alcalá, Ansermanuevo, Argelia, El águila, El Cairo, Obando, Ulloa, Zarzal, La Victoria, La Unión, Toro, Versalles, así mismo en el área centro Tuluá tiene un

estimado de 428.208 habitantes y se constituye por 11 municipios a saber: Tuluá, Andalucía, Bugalagrande, Riofrío, Trujillo, San Pedro, Roldanillo, El Dovio, Bolívar, Sevilla, Caicedonia; por su parte el área geográfica centro Buga está constituida por 217.771 habitantes y está conformada por seis municipios: Buga, Restrepo, Calima-Darién, Ginebra, Guacarí, Yotoco, donde la prestación del servicio de salud se caracteriza por alianzas público privadas; el área geográfica suroccidente conformada por 548.399 habitantes y se constituye por cinco municipios los cuales son: Palmira, Candelaria, El cerrito, Florida, Pradera; el área geográfica el suroccidente está comprendida por 2.604.461 habitantes y está constituida por seis municipios estos son : Cali, Dagua, Jamundí, La cumbre, Vijes, Yumbo y el área geográfica pacifico está comprendida por 384.504 habitantes y está constituida por el distrito de Buenaventura.

Tabla 2. Red de prestadores de salud en el departamento

Área geográfica	Nº	MUNICIPIO	Población DANE 2013	PRESTADORES DE SERVICIO	NIVEL
NORTE	1	Cartago	130.820	1 ese	I.II.III
	2	Alcalá	20.512	Hospital san Vicente de Paul	I
	3	Ansermanuevo	19.771	Hospital santa Ana de Carlos caballero	I
	4	Argelia	6.493	Hospital PíoXII	I
	5	El águila	10.987	Hospital San Rafael	I
	6	El Cairo	9.847	Hospital Santa catalina	I
	7	Obando	14.837	Hospital local de Obando	I
	8	Ulloa	5.520	Hospital Pedro Saenz	I
	9	Zarzal	44.342	Hospital San Rafael	I
	10	La Victoria	13.426	Hospital Nuestra Señora de todos	I

	11	La Unión	36.452	Hospital Gonzalo Contreras	I
	12	Toro	16.277	Hospital Sagrada Familia	I
	13	Versalles	7.411	Hospital San Nicolás	I
	Subtotal Pobl.		336.695		
CENTRO TULUÁ	1	Tuluá	206.610	Tomas Uribe Uribe Rubén cruz Vélez	I.II.III
	2	Andalucía	17.865	Hospital San Vicente Ferrer	I
	3	Bugalagrande	21.264	Hospital San Bernabé	I
	4	Riofrío	15.193	Hospital Kenedy	I
	5	Trujillo	18.223	Hospital santa cruz	I
	6	San pedro	17.644	Hospital Ulpiano Tascòn Q	I
	7	Roldanillo	33.153	Hospital San Antonio	I
	8	El Dovio	8.701	Hospital Santa Lucía	I
	9	Bolívar	13.827	Hospital Santa Ana	I
	10	Sevilla	45.696	Hospital Centenario	I
	11	Caicedonia	30.032	Hospital Santander	I
	Subtotal Pobl.		428.208		
CENTRO BUGA	1	Buga	115.609	Hospital divino niño	I
	2	Restrepo	16.145	Hospital San Jose	I
	3	Calima-Darién	15.278	Hospital san Jorge	I
	4	Ginebra	20.665	Hospital del Rosario	I
	5	Guacarí	33.955	Hospital san roque	I
	6	Yotoco	16.109	Hospital local de Yotoco	I
	Subtotal Pobl.		217.771		
SURORIENTE	1	Palmira	300.707	1 ESE	I.II.III
	2	Candelaria	79.297	Hospital local de Yotoco	I
	3	El Cerrito	56.892	Hospital san Rafael	I
	4	Florida	57.699	Hospital benjamín Barney	I
	5	Pradera	53.804	Hospital san roque	I

	Subtotal Pobl.		548.399		
SUR OCCIDENTE	1	Cali	2.319.684	Hospital Universitario del Valle Hospital Psiquiátrico del Valle Hospital Mario Correa Rengifo Hospital Isaías Duarte Cansino Hospital Geriátrico San Miguel Red salud de la Ladera Red salud de Centro Red salud de Sur oriente Red salud de Oriente Red salud de Norte	III II II II I I I I I I
	2	Dagua	36.151	Hospital Rufino vivas	I
	3	Jamundí	114.107	Hospital Piloto	I
	4	La cumbre	11.418	Hospital Santa Margarita	I
	5	Vijes	10.748	Hospital Local	I
	6	Yumbo	111.753	Hospital la Buena Esperanza	I
	Subtotal Pobl.		2.604.461		
Pacífico	1	Buenaventura	384.504	ESE Distrital	I.II.III
Total de la población			4.520.480		

Fuente: Cartilla Departamental del proceso de transformación de la organización de la red de servicios de salud del departamento del Valle del Cauca 2013.

Esta organización permite saber cómo se encuentra preparada la red de prestadores de salud en el departamento, cuáles son los centros de atención significativos y con viabilidad política, económica, cultural y social de cada una de ellas para el proceso más eficiente de garantía de este derecho fundamental. A continuación, se brindará la información referente a

los prestadores de servicio de salud con los cuales el departamento del Valle del Cauca cuenta para hacer sus veces de garantes de esta prestación del servicio.

3.1.1. Prestadores de servicio de salud del valle del cauca con este estudio de caso.

Ya habiendo reconocido como se encuentra organizada la prestación del servicio de salud en el departamento vallecaucano a través de sus entidades prestadoras de servicios y la organización mediante sus áreas geográficas para llevar a cabo una prestación más eficiente y eficaz, se hace necesario saber cuáles son las proyecciones para el año 2015, las proyecciones DANE, indicaban que el Valle del Cauca cuenta con un total de 4.613.377 habitantes, el 82% habita en las zonas urbanas y el 18% en zonas rurales, por lo general muy extensas y de difícil acceso. En cuanto a la composición por género 48% son hombres y 52% son mujeres (Secretaria Departamental de Salud, 2016, p. 25). Por consiguiente, en este apartado se dará a conocer cómo se encuentra la cobertura al sistema de salud en el departamento tanto a nivel público como privado donde los datos referenciados corresponden al corte del 31 de marzo de 2016.

Debo señalar ahora, que en el departamento traído a colación podemos encontrar que en el régimen contributivo se encuentran afiliados un total de 2.359.209 habitantes que equivale al 50,62% de la población y en el régimen subsidiado 1.868,415 habitantes que equivalen al 40,09% de la población, en el régimen de excepción ese encuentra 214.380 habitantes los cuales equivalen al 4,60% de la población asegurada. Esto nos da una cobertura total de 4.442.004 lo que equivale a un 95,31% de la población asegurada y una población

sin asegurar 218.434 lo que equivale al 4,69% de la población que reside en el departamento del valle del cauca (Ibíd., p. 27-28).

Para la prestación del servicio de salud podemos ver como en el Valle del Cauca las entidades prestadoras de salud suman 39 empresas prestadoras de salud tanto del régimen contributivo como el subsidiado en las cuales al mes de marzo del 2016 se encuentran activos en *nivel subsidiado* 1.868,415 usuarios así: *EPS A.I.C.* con una total de 8,848 afiliados, *MALLAMAS* 4,188 afiliados, *CAFESALUD MOVILIDAD* 11,884 afiliados, *SALUD TOTAL* 4,757 afiliados, *CAFESALUD SUBSIDIADA* 212,767 afiliados, *SANITAS* 681 afiliados, *SURA* 3,949 afiliados, *COMFENALCO* 9,390 afiliados, *COOMEVA* 20,372 afiliados, *FAMISANAR* 8 afiliados, *S.O.S.* 26,955 afiliados, *CRUZ BLANCA* 1,157 afiliados, *SALUD VIDA EPSS* 1 afiliado, *NUEVA EPSS* 14,893 afiliados, *NUEVA EPSS* 162 afiliados, *COOSALUD* 358,191 afiliados, *ASMET SALUD* 143,370 afiliados, *AMBUQ* 83,246 afiliados, *EMSSANAR* 963,596 afiliados.

En el *régimen contributivo* se encuentran activos 2.359.209 afiliados distribuidos en las siguientes EPS: *FERROC. NACLES* 10.545 afiliados, *ALIANSALUD* 5 afiliados, *SALUD TOTAL* 88.092 afiliados, *CAFÉ SALUD* 240.994 afiliados, *EPS SANITAS* 95.930 afiliados, *COMPEN SAR EPS* 2 afiliados, *EPS SURA* 161.130 afiliados, *COMFENALCO VALLE* 242.176 afiliados, *COOMEVA EPS* 512.657 afiliados, *FAMI SANAR EPS LTDA* 59 afiliados, *S.O.S.* 608.335 afiliados, *CRUZ BLANCA* 48.179 afiliados, *NUEVA EPS* 316.468 afiliados, *NUEVA EPS* 1, *CAFÉ SALUD MOVIL* 3.652 afiliados, *MALLA MAS MOVIL* 25 afiliados, *EMSSANA R MOVIL* 19.503 afiliados, *COOSALUD MOV* 8.288 afiliados, *ASMET SALUD MOV* 2.726 y *AMBUQ MOVIL* 505 afiliados.

Teniendo clara la oferta pública y privada para el aseguramiento de la población del departamento, se dará a conocer cómo se encuentra la oferta pública y privada dentro del área suroccidente área en la que se encuentra ubicado el municipio de Santiago de Cali, lugar de ubicación del Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, espacio del estudio de caso que en la presente investigación.

Desde diciembre del 2015 se encuentran ubicados en el municipio de Cali 10 hospitales de mediana, baja y alta complejidad, 21 centros de salud y 70 puestos de salud, estos son:

Tabla 3. Hospitales, Centros y puestos de salud en Santiago de Cali

Municipio	Hospital	Centro de Salud	Puesto de salud
CALI	E.S.E. Hospital Carlos Carmona Montoya IPS	Centro de Salud Antonio Nariño IPS	Puesto de Salud Mariano Ramos IPS
			Puesto de Salud Unión De Vivienda Popular IPS
	E.S.E. Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle		
	E.S.E. Hospital Universitario del Valle Evaristo García		
	E.S.E. Hospital Departamental Mario Correa Rengifo		
		Centro de Salud Puerto Mallarino	Puesto de Salud Alfonso López III
			Puesto de Salud 7 De Agosto
			Puesto de Salud Las Ceibas
			Puesto de Salud La Campiña

	E.S.E. Red de Salud del Norte Empresa Social del Estado Hospital Joaquín Paz Borrero		Puesto de Salud Popular
			Puesto de Salud Calima
			Puesto de Salud La Isla
			Centro de Salud La Rivera
			Centro de Salud San Luis II
			Puesto de Salud Petecuy III
			Puesto de Salud Petecuy II
			Puesto de Salud San Luis I
			Centro de Salud Floralia
			Puesto de Salud Floralia
			Puesto de Salud Porvenir
			Puesto de Salud Ricardo Balcázar
			Puesto de Salud Los Lagos
			Puesto de Salud Ulpiano Lloreda
			Puesto de Salud Comuneros II
			Puesto de Salud Poblado II
			Puesto de Salud El Vergel
			Puesto de Salud Charco Azul
			Puesto de Salud Alfonso Bonilla Aragón
			Puesto de Salud Alirio Mora Beltran
	E.S.E. Red De Salud Del Oriente Empresa Social Del Estado Hospital Carlos Holmes Trujillo	Centro de Salud El Diamante	Puesto de Salud Intervenidas
		Centro de salud Marroquín Cauquita	Puesto de Salud Naranjos
		Centro de Salud Manuela Beltrán	Puesto de Salud Pizamos
		Centro de Salud Decepaz	Puesto de Salud Comuneros I

		Centro de Salud El Vallado	Puesto de Salud El Retiro
		Centro de Salud Potrero Grande	Puesto de Salud Ciudad Córdoba
		Calipso	Puesto de Salud Navarro
	E.S.E. Red De Salud Del Centro Empresa Social Del Estado Hospital Primitivo Iglesias	Centro de Salud Diego Lalinde	
		Centro de Salud Obrero	
		Centro de Salud Belalcazar	
		Centro de Salud El Rodeo	
		Centro de Salud Santiago Rengifo	
		Centro de Salud Luis H. Garcés	Puesto de Salud Doce De Octubre
		Centro de Salud Agua Blanca	Puesto de Salud La Primavera
		Centro de Salud Panamericano	Puesto de Salud Cristóbal Colon
		Centro de Salud Alfonso Young Valero	Puesto de Salud El Divino Niño
	E.S.E. Red de Salud de Ladera Empresa Social Del Estado Hospital Cañaveralejo		Puesto de Salud Sultana
			Puesto de Salud Sirena
			Puesto de Salud Brisas De Mayo
			Puesto de Salud Estrella
			Puesto de Salud Vista Hermosa
			Puesto de Salud Lourdes
			Puesto de Salud Nápoles
			Puesto de Salud Primitivo Crespo
			Puesto de Salud Polvorine
			Puesto de Salud Alto Nápoles
			Puesto de Salud Montebello

			Puesto de Salud Cascajal
			Puesto de Salud Hormiguero
			Puesto de Salud La Buitrera
			Puesto de Salud Saladito
			Puesto de Salud Felidia
			Puesto de Salud Bella Vista
			Puesto de Salud La Paz
			Puesto de Salud Fray Damián
			Puesto de Salud Belén
			Puesto de Salud Pance
			Puesto de Salud Villacarmelo
			Puesto de Salud La Voragine
			Puesto de Salud La Leonera
			Puesto de Salud Peñas Blancas
			Puesto de Salud Pichinde
			Puesto de Salud Golondrinas
			Puesto de Salud La Castilla
			Puesto de Salud La Paz Rural
			Puesto de Salud Los Andes
		Centro de Salud Terrón Colorado	Puesto de Salud La Elvira
		Centro de Salud Melendez	Puesto de Salud Alto Aguacatal
		Centro de Salud Primero de Mayo	Puesto de Salud Alto Polvorines
	E.S.E. Hospital Geriátrico Ancianato San Miguel		
	Hospital Isaías Duarte Canción		

Fuente: Secretaria Departamental de Salud (2016)

Las ESE del área Suroccidente tienen habilitadas desde diciembre de 2015, 419 camas adulto (217 en HUV), 167 pediátricas (81 en HUV) y 116 obstétricas (60 en HUV). 39 ambulancias básicas y 6 medicalizadas, 13 salas de parto y 33 quirófanos 31 en total Cali (19 en HUV) (Ibíd., p. 67).

De esta forma, se expone como se viene garantizando este servicio, conociendo como operara la organización de prestadores de salud pública, cuál es la cobertura total de la población en Valle del Cauca. En el siguiente apartado se verá a la luz de este estudio de caso, la operatividad dentro del Hospital Mario Correa Rengifo para la población y en especial a los adultos mayores.

3.2. Análisis de la Implementación de la Política de Envejecimiento y Vejes en el Hospital Mario Correa Rengifo del Municipio de Santiago de Cali.

El hospital Mario Correa Rengifo tiene trazado un Plan de Desarrollo Institucional para el cuatrienio que comprenden del 2016-2019 llamado “El Mario Somos Todos” en el que por razones del cambio institucional y las políticas de ajuste macroeconómico de tipo internacional y nacional , tiene como fin reorientar las acciones para la garantía de las soluciones reales a las demandas y necesidades de la población usuaria de esta institución prestadora de salud, todo esto gracias al plan de desarrollo institucional en la formulación de objetivos, estrategias y programas lo que “Pretende promover como pilar la humanización, el establecimiento de la calidad como herramienta fundamental para realizar un servicio eficiente, universal, oportuno y equitativo, además de promover el uso racional

de los recursos, realizando una evaluación continua y dinámica de su ejecución y sus resultados” (Plan de desarrollo " El Mario somos todos" 2016-2019, 2016, pág. 5).

Para poder realizar este programa el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo desde hace 44 años viene efectuando los protocolos organizacionales más pertinentes para generar planes tanto a largo, mediano y corto plazo para el cumplimiento eficaz en las actividades y funciones asignadas por los órganos públicos competentes desde el nivel nacional, como a nivel regional y local, para que se vele por la salud y calidad de vida de la población, brindando el mejoramiento de la institucional, la responsabilidad y rentabilidad social, la sostenibilidad económica, a través de una gestión moderna. Para ello, como parte de su componente estratégico presenta la siguiente misión:

Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y su familia a través de la prestación de servicios integrales de salud de baja, media y alta complejidad, donde nuestros usuarios son atendidos por personal competente, aplicando los principios y valores institucionales; apoyados en una implementación de tecnología e infraestructura segura, respondiendo ante todo al compromiso social, formación continua de nuestro personal, en correlación al desarrollo científico – académico de la región y responsabilidad de autosuficiencia financiera. (Hospital Mario Correa Rengifo, 2016, p. 23)

De manera semejante, dentro del mismo componente estratégico se encuentra la visión, expresada así:

Para el año 2021 el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo ESE, debe ser reconocido en la región como modelo de atención integral en salud humanizada y segura con altos estándares de calidad, apoyado en un grupo humano comprometido, con vocación de servicio, criterios Científicos, Administrativos y Tecnológicos, al servicio de la Comunidad. (Ídem)

Así, pues, en el proceso metodológico y organizacional el HMCR en el plan de desarrollo institucional tiene una estructura organizacional que dispone del siguiente orden jerárquico:

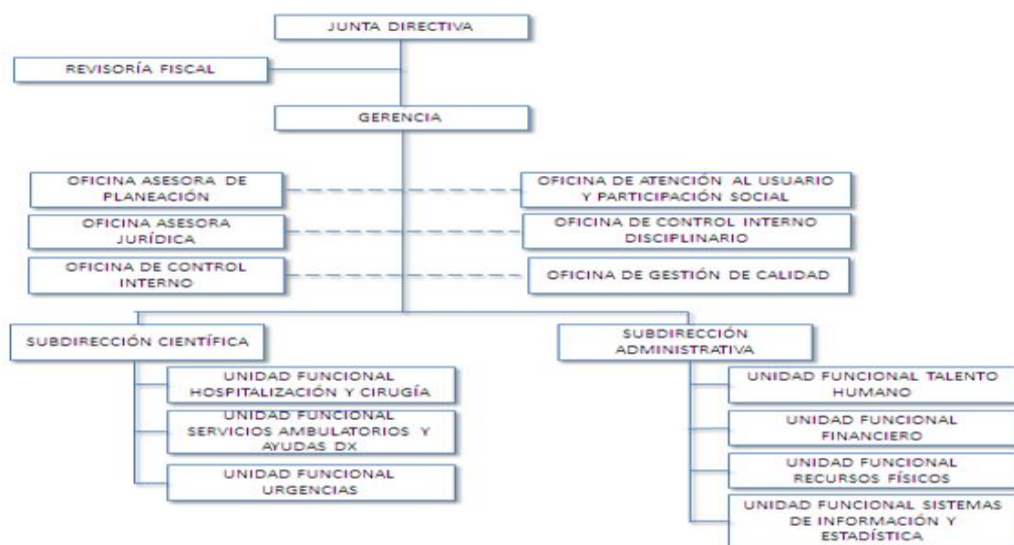


Figura 2. Organigrama del hospital Mario Correa Rengifo. Tomado del plan de desarrollo “el Mario somos todos” 2016-2019.

Fuente: Hospital Mario Correa Rengifo (2016)

El hospital Mario Correa Rengifo cuenta con un mapa de procesos para la atención a los usuarios, constituido por cuatro procesos divididos en: *procesos de direccionamiento* que se basan en: direccionamiento estratégico y gestión de la calidad; *procesos misionales*

entre los que se encuentra: el apoyo diagnóstico, urgencias, laboratorio, ambulatorios, hospitalización, cirugía, atención a los usuarios; *procesos de apoyo* conformando por: la gestión jurídica, gestión del talento humano, gestión de sistema de información, gestión administrativa y financiera, gestión tecnológica, gestión del ambiente físico y finalmente, *proceso de evaluación* conformado por :control interno disciplinario y gestión de control interno. Véase el siguiente cuadro:



Figura 3. Mapa de procesos Hospital Mario Correa Rengifo. Tomado de Plan de desarrollo “El Mario Somos Todos”2016-2019.

Fuente: Hospital Mario Correa Rengifo (2016)

Dentro del hospital Mario correa Rengifo podemos encontrar los servicios de unidad de consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención odontológica integral, unidad de hospitalización que cuenta con una capacidad instalada de 27 camas pediátricas, 12 quirúrgicas, 66 de medicina interna, 35 de observación y urgencias, 9 observación pediátrica, unidad de urgencias, programa de atención

domiciliaria, servicios de urología, unidad de cuidados intensivos – intermedios, al servicio de los habitantes del departamento.

3.2.1. Acceso potencial a la prestación del servicio de salud de las y los usuarios.

Conociendo como está operando el Plan de Acción Institucional del hospital en mención, tendremos en cuenta que este tiene cuatro ejes estratégicos, ocho objetivos, 18 programas y 69 metas e indicadores que impulsaron el desarrollo, en consonancia con la misión, visión y los valores institucionales. Para efectos de esta investigación, se fijará el análisis del eje No. 2,

(...) el cual busca garantizar oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios institucionales que la organización esté alineada con el direccionamiento Estratégico, para el logro de los resultados institucionales esperados, en un enfoque de gestión centrado en el cliente y de mejoramiento continuo de la calidad (Ibíd., p. 83)

Por lo tanto, el hospital Mario correa Rengifo tiene como responsabilidad Poblacional la atención de 100 mil personas lo que equivale a 30.000 familias para la garantía de prestación de servicios que van desde atención ambulatoria, consulta externa y de urgencias, procedimientos de tipo ambulatorio y electivo, así como también servicios de cirugía ambulatoria y electiva, programada hospitalaria y urgente, interconsulta a los médicos especialistas. Hospitalización de mediana complejidad, servicios de apoyo

diagnóstico de mediana complejidad, de laboratorio clínico, patología e imagenología radiología con radiólogo, ecografía, así como también servicios de apoyo terapéutico de rehabilitación con fisioterapia, terapia física, respiratoria, ocupacional y del lenguaje. Unidad de cuidados intermedios adultos y neonatales. Atención desconcentrada a nodos primarios, programación rotativa de especialidades básicas según perfil epidemiológico y necesidades de la población, específicamente gineco-obstetricia y medicina interna para el Valle del Cauca (Ibíd., p. 21).

Es así que en búsqueda del mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes y su familia a través de la prestación de servicios integrales de salud de baja, media y alta complejidad, las estrategias objetivos y programas del Plan de Desarrollo: “El Mario Somos Todos” se soportan sobre un Plan Plurianual de Inversiones (PPI) 2016 – 2019 que asciende a un valor de \$ 95.600.697.560 Millones de 2016 (Ibíd., p. 93).

De aquí se desprende que el hospital Mario Correa Rengifo haya organizado su presupuesto de la siguiente forma, para llevar acabo sus ejes estratégicos en los cuales cada uno tiene un porcentaje destinado. Observe el siguiente esquema:

Tabla 4. Ejes estratégicos del plan de inversiones. Tomado del plan de desarrollo “El Mario somos todos” 2016-2019.

Estrategia/objetivo	Fuente	2016	2017	2018	2019	TOTAL
EJE ESTRATEGICO No.1: FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN (Fortalecimiento del modelo de gestión y sostenibilidad financiera)						
Objetivo No. 1: Afianzar el Modelo de Gestión Financiera	Recursos propios	4.168.062.000,00	4.251.423.240,00	4.336.451.704,80	4.423.180.738,90	17.179.117.683,70
EJE ESTRATEGICO No. 2: ATENCIÓN CON CALIDEZ HUMANA, NUESTRA RAZÓN DE SER (Atención con calidez y satisfacción de nuestros usuarios)						
Objetivo No. 2: Garantizar la oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud	Recursos propios	85.000.000,00	86.700.000,00	88.434.000,00	90.202.680,00	350.336.680,00
EJE ESTRATEGICO No.3: COMPROMISO GERENCIAL (Competitividad en la prestación de servicios)						
Objetivo No. 5: Fortalecimiento de los servicios de salud	Recursos propios	380.000.000,00	387.600.000,00	395.352.000,00	403.259.040,00	1.566.211.040,00
EJE ESTRATEGICO No.4: POSICIONAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL (Recurso humano, infraestructura y tecnología, compromiso gerencial)						
OBJETIVO No. 6: Fortalecimiento del Sistema de apoyo logístico hospitalario.	Recursos propios	4.243.937.326,00	4.328.816.072,52	4.415.392.393,97	4.503.700.241,85	17.491.846.034,34
OBJETIVO No. 7: Desarrollo y fortalecimiento de la tecnología y sistemas de información ajustadas a las necesidades específicas de la institución.	Recursos propios	10.000.000,00	10.200.000,00	10.404.000,00	10.612.080,00	41.216.080,00
Objetivo No. 8: Desarrollar y fortalecer el modelo de gestión de Talento Humano	Recursos propios	14.308.000.674,00	14.594.160.687,48	14.886.043.901,23	15.183.764.779,25	58.971.970.041,96
TOTAL		23.195.000.000,00	23.658.900.000,00	24.132.078.000,00	24.614.719.560,00	95.600.697.560,00

Fuente. Plan de Acción Hospital Mario Correa Rengifo (2016)

Podemos evidenciar entonces, que el Plan de Acción del Hospital MCR tiene trazado un presupuesto para los cuatro años de cada uno de los ejes para la ejecución en la prestación del servicio de salud de la siguiente manera: el 100% de los recursos equivale a 95.600.697.560,00, que se dividen así:

- **Eje estratégico No. 1: FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN (Fortalecimiento del modelo de gestión y sostenibilidad financiera).**

Cuenta con un 17.96% del presupuesto total lo que equivale 17.179.117.683,70 de pesos para la ejecución de un objetivo que busca afianzar el Modelo de Gestión Financiera.

- **Eje estratégico No. 2: ATENCIÓN CON CALIDEZ HUMANA, NUESTRA RAZÓN DE SER (Atención con calidez y satisfacción de nuestros usuarios).** Tiene un 0,36% del presupuesto total lo que equivale 350.336.680,00 de pesos para la ejecución de un objetivo que garantiza la oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud.

- **Eje estratégico No.3: COMPROMISO GERENCIAL (Competitividad en la prestación de servicios).** Tiene un 1,63% del presupuesto total lo que equivale a 1.566.211.040,00 de pesos para el fortalecimiento de los servicios de salud.

- **Eje estratégico No.4: POSICIONAMIENTO DE LA IMAGEN INSTITUCIONAL (Recurso humano, infraestructura y tecnología, compromiso gerencial).** Tiene un 80,02% del total del presupuesto equivalente a 76.505.032.156,30 de pesos los cuales se dividen en tres objetivos uno de ellos es *el fortalecimiento del Sistema de apoyo logístico hospitalario* que equivale a 17.491.846.034,34 de pesos equivale al 22.8% del 80,02% del total del eje número 4; el siguiente *objetivo desarrollo y fortalecimiento de la tecnología y sistemas de información ajustadas a las*

necesidades específicas de la institución equivale al 41.216.080,00 de pesos con un porcentaje de 0.05% del 80,02% del total del eje número 4, y por último, el objetivo, *desarrollar y fortalecer el modelo de gestión de Talento Humano* equivale a 58.971.970.041,96 de pesos con un porcentaje de 77% del 80,02% del total del eje número 4. Véase la siguiente tabla:

Tabla 5. Presupuesto plurianual del hospital Mario correa Rengifo.

ESTRATÉGICO	OBJETIVOS	2016	%	2017	%	2018	%	2019	%	TOTAL, PRESUPUESTO PLURIANUAL DEL HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO	% DEL PRESUPUESTO GENERAL PLURIANUAL DEL HOSPITAL MARIO CORREA RENGIFO
NO.1: FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN (FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE GESTIÓN Y SOSTENIBILIDAD FINANCIERA)	Objetivo No. 1: Afianzar el Modelo de Gestión Financiera	4.168.062.000,00	24.2 %	4.251.423.240,00	24.7 %	4.336.451.704,80	25.2 %	4.423.180.738,90	25.7 %	17.179.117.683,70	17.96%
EJE ESTRATÉGICO NO. 2: ATENCIÓN CON CALIDEZ HUMANA, NUESTRA RAZÓN DE SER (ATENCIÓN CON CALIDEZ Y SATISFACCIÓN DE NUESTROS USUARIOS)	Objetivo No. 2: Garantizar la oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios de salud	85.000.000,00	24.2 %	86.700.000,00	24.7 %	88.434.000,00	25.2 %	90.202.680,00	25.7 %	350.336.680,00	0,36%
EJE ESTRATÉGICO NO.3: COMPROMISO GERENCIAL (COMPETITIVIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS)	Objetivo No. 5: Fortalecimiento de los servicios de salud	380.000.000,00	24 %	387.600.000,00	24 %	395.352.000,00	25 %	403.259.040,00	25 %	1.566.211.040,00	1,63%

EJE ESTRATEGICO NO.4: POSICIONAMI ENTO DE LA IMAGEN INSTITUCION AL (RECURSO HUMANO, INFRAESTRU CTURA Y TECNOLOGÍA , COMPROMIS O GERENCIAL)	OBJETIVO No. 6: Fortalecimiento del Sistema de apoyo logístico hospitalario.									TOTAL, OBJETIVO	%		
		4.243.937.326,00	24,2 %	4.328.816.072,52	24,7 %	4.415.392.393,97	25,2 %	4.503.700.241,85	25,7 %	17.491.846.034,34	22,8 %		
	OBJETIVO No. 7: Desarrollo y fortalecimiento de la tecnología y sistemas de información ajustadas a las necesidades específicas de la institución.	10.000.000,00	24,2 %	10.200.000,00	24,3 %	10.404.000,00	25,2 %	10.612.080,00	25,7 %	41.216.080,00	0,05 %	76.505.032.156,30	80,02%
	Objetivo No. 8: Desarrollar y fortalecer el modelo de gestión de Talento Humano	14.308.000.674,00	24,2 %	14.594.160.687,48	24,7 %	14.886.043.901,23	25,2 %	15.183.764.779,25	25,7 %	58.971.970.041,96	77 %		
	TOTAL											95.600.697.560,00	100%

Fuente. Plan de acción Hospital Mario Correa Rengifo 2016.

En este cuadro del presupuesto plurianual podemos observar que en el eje estratégico número 2 que corresponde a la *atención con calidez humana, nuestra razón de ser (atención con calidez y satisfacción de nuestros usuarios)*, cuenta con un presupuesto que equivale al 0,36% que a comparación de los demás ejes estratégicos es muy bajo , pues este es el que promueve el acceso, la atención y la prestación del servicio de los usuarios en el Hospital Mario Correa Rengifo, donde hay una gran debilidad pues no se han podido llevar

acabo todas las metas trazadas en el plan de acción tema que trataremos en los siguientes apartados.

3.2.2. Acceso real a la prestación del servicio de salud.

Conociendo el proceso organizacional, financiero y de capacidad instalada para la prestación del servicio de salud de los usuarios del HMCR, se analizará información brindada por parte del sistema de estadísticas del hospital, cuál es el acceso real a la prestación del servicio de los usuarios en los años 2016 y 2017 que forman parte del plan de desarrollo el HMCR Somos Todos, en el que se puede encontrar la siguiente información:

Para el año 2016 el HMCR atendió a 77844 habitantes de los cuales 20957 son adultos mayores quienes realizaron consultas de atención y servicios. Se quiere reconocer entonces cuál es la edad en la que los adultos mayores tienen mayor necesidad de atención en salud. Para ello, se realizó la agrupación de estos usuarios según rango de edades comprendido entre los 60 a 70 años, encontrando que justo en este rango de edad se encuentra la mayor población que durante este año hace uso de los servicios de salud con un total de atenciones a 10416 usuarios. El grupo 2 abarca de los 71 a 80 años, siendo esta la segunda población con un total de servicios de 6979. Por su parte, el grupo 3 de 81 a 90 años que con un total de servicios de 3165. El grupo 4 de los 91 a 100 años con una atención de 392 servicios y grupo 5 de 101 a más con un total de 5 servicios de atención. (Vea la siguiente tabla)

Tabla 6. Prestación de servicios del Hospital Mario Correa Rengifo por rango de edad año 2016.

SERVICIO PRESTADO	60 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	91 A 100 AÑOS	101 0 MAS	Total general
AYUDAS DX – CARDIOLOGIA	89	82	48	3		222
femenino	42	42	32	3		119
masculino	47	40	16			103
CIRUGIA URGENCIAS	47	26	8			81
femenino	23	15	4			42
masculino	24	11	4			39
CISTOSCOPIAS	104	84	20			208
femenino	32	17	3			52
masculino	72	67	17			156
CONSULTA NEUROLOGIA	491	377	189	21		1078
femenino	298	232	126	16		672
masculino	193	145	63	5		406
CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGÍA	21	21	9	1		52
femenino	15	10	6	1		32
masculino	6	11	3			20
CONSULTA MEDICA CIRUGIA PLASTICA	7	6	1			14
femenino	6	2				8
masculino	1	4	1			6
CONSULTA MEDICA CIRUGIA VASCULAR	86	60	12	3		161
CONSULTA MEDICA DE ATENCION PERMANENTE URGENCIAS	1725	1146	622	92	1	3586
CONSULTA MEDICA DE CIRUGIA GENERAL	430	239	68	12		749
CONSULTA MEDICA DE OTORRINO	243	164	90	5		502
CONSULTA MEDICA DE TRAUMA Y ORTOPEDIA	459	219	66	8		752
CONSULTA MEDICA DERMATOLOGICA	287	136	76	9		508
CONSULTA MEDICA GENERAL		1				1
CONSULTA MEDICA GINECOLOGICA	300	125	22	1		448
CONSULTA MEDICA MEDICINA INTERNA	1332	883	456	49		2720
CONSULTA MEDICA NEUMOLOGIA	1		1			2
CONSULTA MEDICA OFTALMOLOGICA	382	230	76	3		691
CONSULTA MEDICA PREANESTESICA	366	193	54	2		615
CONSULTA MEDICA UROLOGICA	629	444	163	14	2	1252
CONSULTA ODONTOLOGICA DE URGENCIAS	1					1

CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMADA	14	7	1		22	
CONSULTA POR NUTRICION	173	93	49	9	324	
CONSULTA POR PSICOLOGIA	9	6	4		19	
ECOGRAFIAS	100	64	21	5	190	
ELECTRODIAGNOSTICO - ELECTROCARDIOGRAMA	202	129	40	5	376	
HOSPITALIZACION EN MEDICINA INTERNA UNO	494	504	316	46	1360	
HOSPITALIZACION EN PEDIATRIA			1		1	
HOSPITALIZACION EN QUIRURGICAS	121	79	43	3	246	
IMAGENOLOGIA - RX	248	205	82	13	1	549
IMAGENOLOGIA - TOMOGRAFIAS	24	17	11			52
LABORATORIO CLINICO	697	488	181	21		1387
LABORATORIO CLINICO PARTICULAR	105	88	27	3		223
LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE	18	29	5	1		53
LABORATORIO DE ENDOSCOPIA	124	90	29	6		249
LABORATORIO DE PATOLOGIA MATERIAL MEDICO QUIRURGICO - INSUMOS	41	17	6	1		65
	17	22	5	1		45
MEDICAMENTOS	28	24	20	1		73
OBSERVACION	99	85	48	7		239
URGENCIAS < 24 HORAS						
OPTOMETRIA Y BIOMETRIA	37	29	15			81
PROCEDIMIENTOS CONSULTORIO	2	3				5
CIRUGIA GRAL						
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA POR CONSULTA EXTERNA	69	57	26	5		157
PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE DERMATOLOGIA	3		1			4
PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE OTORRINO	13	3	1			17
PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE UROLOGIA EN CONSULTORIO	2					2

PROCEDIMIENTOS MEDICOS GINECOLOGICOS CONSULTORIO	10					10
PROCEDIMIENTOS MEDICOS ORTOPIEDIA Y TRAUMATOLOGIA	24	7	2			33
PROCEDIMIENTOS POR MEDICO DE CONSULTA EXTERNA	14	10	1			25
PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD)	81	116	116	37	1	351
PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA	425	205	83	3		716
REMISION DE PACIENTES EN AMBULANCIA	13	5	7			25
TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	4	13	5			22
TERAPIA FISICA	101	56	9			166
TERAPIA RESPIRATORIA	94	88	28	2		212
TRABAJO SOCIAL	1	2	1			4
TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS	9	2				11
Total general	10416	6979	3165	392	5	20957

Fuente: Mario Correa Rengifo (2016).

Observando las estadísticas brindadas por el Hospital Mario Correa Rengifo, podemos ver que los adultos mayores en el año 2016 hacen uso de las diferentes especialidades y atenciones dentro del hospital pero dentro de estas podemos hacer una distinción de los servicios que han tenido más de 1000 atenciones en el año por los usuarios las cuales son seis tipos:

1. **Consulta médica de atención permanente urgencias.** 3.586 dividiéndose así *grupo 1*, 1.725 atenciones; *grupo 2*, 1.146 atenciones; *grupo 3*, 622 atenciones; *grupo 4*, 92 atenciones, *grupo 6*, 1 atención.

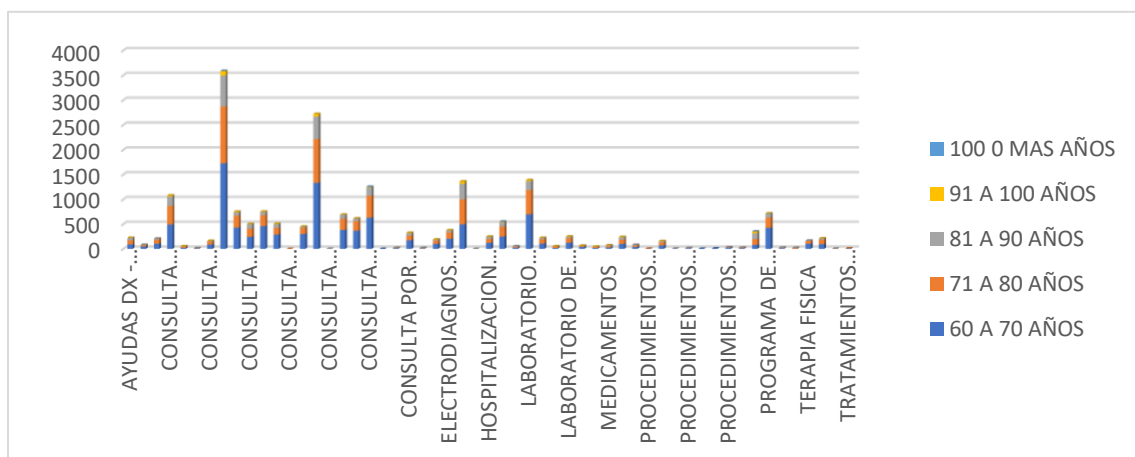
2. **Consulta médica medicina interna:** 2.720 atenciones dividiéndose en los rangos de edad de la siguiente manera 1332 dividiéndose así: *grupo 1*, 883 atenciones, *grupo 2*, 456 atenciones, *grupo 3*, 49 atenciones.

3. **Laboratorio clínico.** 1.387. *grupo 1*, 697 atenciones; *grupo 2*, 488 atenciones; *grupo 3*, 181 atenciones; *grupo 4*, 21 atenciones.

4. **Hospitalización en medicina interna** uno 1360 dividiéndose así, *grupo 1*, 494 tenciones; *grupo 2*, 504 atenciones; *grupo 4*, 316 atenciones; *grupo 5*, 46 atenciones.

5. **Consulta médica urológica** 1252 dividiéndose así: *grupo 1*, 629; *grupo 2*, 444 atenciones; *grupo 3*, 163 atenciones; *grupo 4*, 14 atenciones, grupo 6: 2 atenciones.

6. **Consulta de neurología** con un total de 1078 atenciones en el año, dividiéndose así: *grupo 1*, 491 atenciones; *grupo 2*, 377 atenciones; *grupo 3*, 189 atenciones; *grupo 4*, 21 atenciones.



Gráfica 1. Estadística rangos de edad de los usuarios y prestación de servicios.

Fuente: Hospital Mario Correa Rengifo (2016)

Es así como podemos ver como la población adulta mayor tubo más incidencia a la necesidad de prestación del servicio de salud pues entran en los rangos de edad de las etapas de vida mencionados en apartados anteriores sus edades oscilan desde los 60 años en adelante y requieren de servicios que fomenten, la prevención, atención a enfermedades como, osteoporosis, cataratas, problemas en los riñones, fatiga, desnutrición entre otras.

Ahora bien para el año 2017 El hospital Mario Correa Rengifo brindó la atención a 114650 usuarios en sus diferentes prestaciones de servicios dentro de estos usuarios se atendieron a 35031 adultos mayores lo que equivale al 30% de la población total de la siguiente forma:

Tabla 7. Prestación de servicios por rango de edad del Hospital MCR año 2017. Tomado de estadísticas hospital Mario Correa Rengifo. 2017.

Etiquetas de fila	60 A 70 AÑOS	71 A 80 AÑOS	81 A 90 AÑOS	91 A 100 AÑOS	101 0 MAS	Total general
AYUDAS DX - CARDIOLOGIA	173	161	81	13		428
femenino	105	85	52	10		252
masculino	68	76	29	3		176
CIRUGIA URGENCIAS	35	21	12	1		69
femenino	13	9	6			28
masculino	22	12	6	1		41
CISTOSCOPIAS	168	133	37	4	1	343
femenino	47	35	8	1		91
masculino	121	98	29	3	1	252
CONSULTA NEUROLOGIA	892	654	351	30		1927
femenino	559	414	231	22		1226
masculino	333	240	120	8		701
CONSULTA MÉDICA CARDIOLOGÍA	106	83	36	3		228
femenino	60	44	20	3		127
masculino	46	39	16			101
CONSULTA MEDICA CIRUGIA PLASTICA	31	7	4			42
femenino	23	3	3			29
masculino	8	4	1			13

CONSULTA MEDICA CIRUGIA VASCULAR femenino	1 1					1 1
CONSULTA MEDICA DE ATENCION PERMANENTE URGENCIAS femenino masculino	1879 1007 872	1315 721 594	714 414 300	95 54 41	3 3	4006 2199 1807
CONSULTA MEDICA DE CIRUGIA GENERAL femenino masculino	581 369 212	270 160 110	107 66 41	18 13 5		976 608 368
CONSULTA MEDICA DE OTORRINO femenino masculino	406 275 131	255 140 115	139 89 50	20 13 7		820 517 303
CONSULTA MEDICA DE TRAUMA Y ORTOPEdia femenino masculino	539 377 162	271 213 58	97 74 23	10 7 3		917 671 246
CONSULTA MEDICA DERMATOLOGICA femenino masculino	422 300 122	244 145 99	114 76 38	21 16 5		801 537 264
CONSULTA MEDICA GINECOLOGICA femenino	353 353	143 143	37 37			533 533
CONSULTA MEDICA MEDICINA INTERNA femenino masculino	1609 1106 503	1110 710 400	512 337 175	81 59 22		3312 2212 1100
CONSULTA MEDICA NEUMOLOGIA femenino masculino	6 5 1	8 5 3	5 5			19 15 4
CONSULTA MEDICA OFTALMOLOGICA femenino masculino	1045 691 354	694 437 257	299 209 90	18 11 7		2056 1348 708
CONSULTA MEDICA PREANESTESICA femenino masculino	564 359 205	386 218 168	127 63 64	8 6 2	1 1	1086 646 440
CONSULTA MEDICA PSIQUIATRA femenino masculino	4 3 1	1 1	1 1	1 1		7 4 3
CONSULTA MEDICA UROLOGICA femenino masculino	1001 249 752	673 162 511	238 44 194	23 3 20	1 1	1936 458 1478
CONSULTA ODONTOLOGICA PROGRAMADA femenino	5 5	3 3	1 1	1 1		10 10
CONSULTA POR NUTRICION femenino masculino	224 174 50	93 66 27	62 43 19	8 8		387 291 96
CONSULTA POR PSICOLOGIA femenino masculino	29 23 6	14 11 3	3 3			46 37 9
ECOGRAFIAS femenino masculino	333 190 143	215 100 115	100 49 51	15 8 7		663 347 316
ELECTRODIAGNOSTICO - ELECTROCARDIOGRAMA femenino masculino	340 215 125	237 135 102	96 47 49	7 6 1	1 1	681 403 278
HOSPITALIZACION EN MEDICINA INTERNA UNO femenino	553 270	498 253	326 185	63 39	2 2	1442 749

masculino	283	245	141	24	693
HOSPITALIZACION EN QUIRURGICAS	199	106	35	3	343
femenino	112	65	23	1	201
masculino	87	41	12	2	142
IMAGENOLOGIA - RX	453	307	155	29	945
femenino	281	177	87	22	567
masculino	172	130	68	7	378
IMAGENOLOGIA - TOMOGRAFIAS	64	52	42	5	163
femenino	31	26	23	3	83
masculino	33	26	19	2	80
INTERCONSULTA MEDICA AMBULATORIA		2			2
femenino		1			1
masculino		1			1
LABORATORIO CLINICO	1400	945	382	53	2782
femenino	770	489	215	38	1512
masculino	630	456	167	15	1270
LABORATORIO CLINICO PARTICULAR	169	83	49	6	307
femenino	102	49	38	5	194
masculino	67	34	11	1	113
LABORATORIO DE BANCO DE SANGRE	58	47	21	2	128
femenino	36	32	12	2	82
masculino	22	15	9		46
LABORATORIO DE ENDOSCOPIA	233	126	56	6	421
femenino	149	81	30	3	263
masculino	84	45	26	3	158
LABORATORIO DE PATOLOGIA	65	29	10		105
femenino	41	16	6		64
masculino	24	13	4		41
MATERIAL MEDICO QUIRURGICO - INSUMOS	38	29	21	1	89
femenino	17	17	10	1	45
masculino	21	12	11		44
MEDICAMENTOS	52	39	36	6	133
femenino	26	23	24	4	77
masculino	26	16	12	2	56
OBSERVACION URGENCIAS < 24 HORAS	136	105	62	7	310
femenino	66	56	36	4	162
masculino	70	49	26	3	148
OPTOMETRIA Y BIOMETRIA	183	163	64	3	413
femenino	109	101	41	1	252
masculino	74	62	23	2	161
PROCEDIMIENTOS CONSULTORIO CIRUGIA GRAL	2				2
masculino	2				2
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA EN URGENCIAS	1	1			2
femenino		1			1
masculino	1				1
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA POR CONSULTA EXTERNA	63	66	19	3	151
femenino	27	27	7		61
masculino	36	39	12	3	90
PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE DERMATOLOGIA	3				3
femenino	1				1
masculino	2				2
PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE OTORRINO	24	19	4		47
femenino	17	9	4		30
masculino	7	10			17

PROCEDIMIENTOS MEDICOS DE UROLOGIA EN CONSULTORIO	13	8	3	1	25	
femenino	7	1	1		9	
masculino	6	7	2	1	16	
PROCEDIMIENTOS MEDICOS GINECOLOGICOS CONSULTORIO	7	1			8	
femenino	7	1			8	
PROCEDIMIENTOS MEDICOS ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA	12	8	3		23	
femenino	8	8	3		19	
masculino	4				4	
PROCEDIMIENTOS MEDICOS POR URGENCIAS	2				2	
masculino	2				2	
PROCEDIMIENTOS POR MEDICO DE CONSULTA EXTERNA	19	6	9		34	
femenino	11	4	5		20	
masculino	8	2	4		14	
PROGRAMA DE ATENCION DOMICILIARIA (PAD)	103	159	199	56	7	524
femenino	64	95	123	40	4	326
masculino	39	64	76	16	3	198
PROGRAMA DE CIRUGIA AMBULATORIA	749	427	128	14		1318
femenino	511	265	88	9		873
masculino	238	162	40	5		445
REMISION DE PACIENTES EN AMBULANCIA	114	124	52	4		294
femenino	68	68	29	2		167
masculino	46	56	23	2		127
TERAPIA DE FONOAUDIOLOGIA	24	21	7	4		56
femenino	16	11	4	3		34
masculino	8	10	3	1		22
TERAPIA FISICA	109	54	9			172
femenino	68	43	7			118
masculino	41	11	2			54
TERAPIA OCUPACIONAL	1					1
masculino	1					1
TERAPIA RESPIRATORIA	146	122	60	7		335
femenino	89	73	40	6		208
masculino	57	49	20	1		127
TRABAJO SOCIAL	8	2	1			11
femenino	6	2				8
masculino	2		1			3
TRATAMIENTOS ODONTOLOGICOS	11	2		1		14
femenino	8	2		1		11
masculino	3					3
Total general	15760	10542	4926	651	20	31899

Fuente: Hospital Mario Correa Rengifo (2016).

Observando las estadísticas brindadas por el Hospital Mario Correa Rengifo, podemos ver que los adultos mayores en el año 2017 hacen uso de las diferentes especialidades y atenciones dentro del hospital pero dentro de estas podemos hacer

una distinción de los servicios que han tenido más de 1000 atenciones en el año por los usuarios las cuales son seis tipos:

1. Consulta médica de atención permanente urgencias: con un total de 4.006 atenciones dividiéndose así. *grupo 1:* 1879 atenciones; *grupo 2:* 1315 atenciones; *grupo 3:* 714; *grupo 4:* 95; *grupo 5:* 3 atenciones.

2. Consulta médica medicina interna: con un total de 3.312 atenciones, dividiéndose así: *grupo 1:* 1609 atenciones; *grupo 2:* 110 atenciones; *grupo 3:* 512 atenciones; *grupo 4:* 81 atenciones.

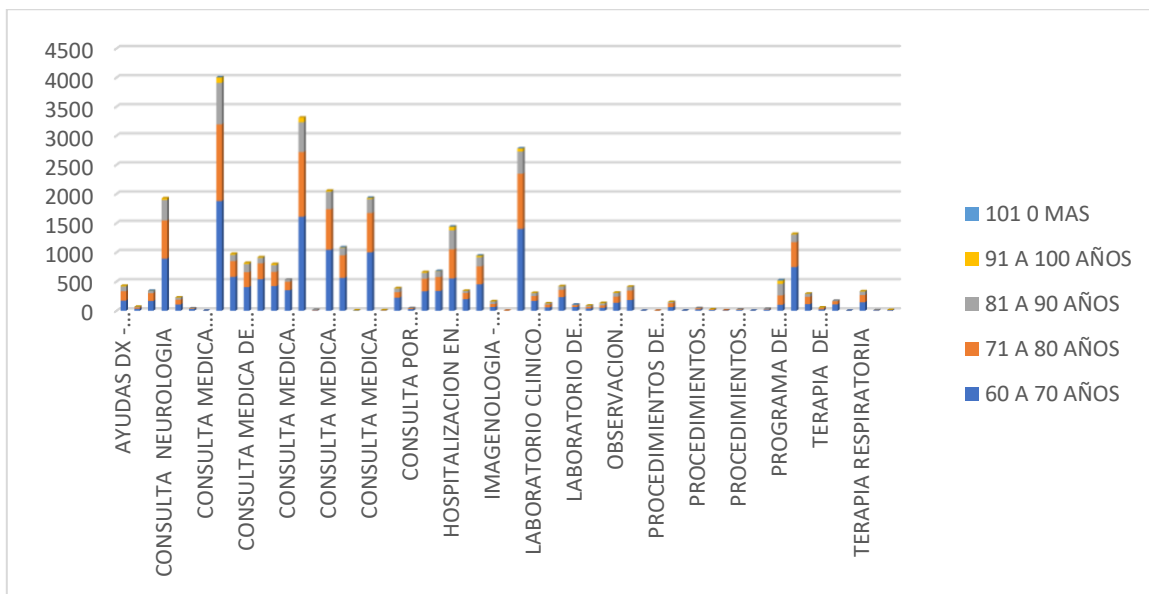
3. Consulta médica oftalmológica: con un total de 2.056 distinguidas así: *grupo 1:* 1045 atenciones; *grupo 2:* 694 atenciones; *grupo 3:* 299 atenciones; *grupo 4:* 18 atenciones.

4. Consulta médica urológica: con un total de 1.936 atenciones, dividiéndose así: *grupo 1:* 1001 atenciones; *grupo 2:* 673 atenciones; *grupo 3:* 238 atenciones; *grupo 4:* 23 atenciones; *grupo 5:* 1 atención.

5. Consulta neurología: con un total de 1.927 atenciones, dividiéndose así: *grupo 1:* 892 atenciones; *grupo 2:* 654 atenciones; *grupo 3:* 351 atenciones; *grupo 4:* 30 atenciones.

6. Hospitalización en medicina interna uno: con un total de 1.442 atenciones, dividiéndose así: *grupo 1*: 553 atenciones; *grupo 2*: 498 atenciones; *grupo 3*: 326 atenciones; *grupo 4*: 63 atenciones; *grupo 5*: 2 atenciones.

7. Programa de cirugía ambulatoria: con un total de 1.318 atenciones, dividiéndose así: *grupo 1*: 749 atenciones; *grupo 2*: 427 atenciones; *grupo 3*: 128 atenciones; *grupo 4*: 14 atenciones.



Gráfica 2. Estadísticas Hospital Mario Correa Rengifo

Fuente: Hospital Mario Correa Rengifo (2016)

En relación con el año 2016, podemos ver que los adultos mayores reinciden en las atenciones que tienen más de 1000 servicios dentro del hospital en relación al año 2017, lo que nos brinda unos parámetros para intensificar y brindar mayor peso hacia el acceso real para la prestación del servicio de salud a este tipo de enfermedades pues la necesidad que estos requieren van encamadas en las etapas del ciclo de vida activa, pasiva y hábil desde los 60 años hasta los 76 (Ver: Grafica 2).

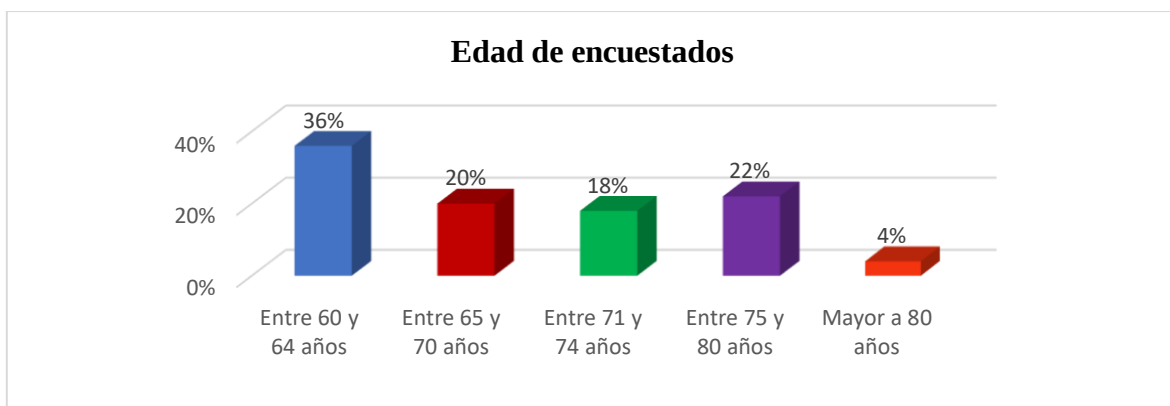
3.3. Análisis de Satisfacción en la Prestación del Servicio de Salud en el Hospital

Mario Correa Rengifo del Municipio de Santiago de Cali

En este apartado se recogerán las generalidades de la investigación. En este se pondrá en evidencia a través de tres subcapítulos los objetivos y los resultados que han sido producto de una metodología de investigación fundamentada la indagación de documentos, observaciones y visitas al HMCR en las que se aplicaron las encuestas a la población objeto aclarando que se cuenta con la siguiente información: edad, género, régimen de salud, puntaje de Sisbén, entidad prestadora de salud.

Así las cosas, la mayor parte de los encuestados se encuentra en un rango entre 60 y 64 años, porcentaje que corresponde a 18 de las 50 personas que respondieron este cuestionario. Tan solo dos personas superaron los 80 años, al tener específicamente 83 años.

3.3.1. Edad



Gráfica 3. Edad de encuestados

Fuente: elaboración propia año???

Tabla 8. Estadísticos para la edad

Estadísticos para la Edad		
Media		69
Mediana		66
Moda		64
Desviación típica		7
Varianza		44
Mínimo		60
Máximo		83
Percentiles	25	64
	50	66
	75	75

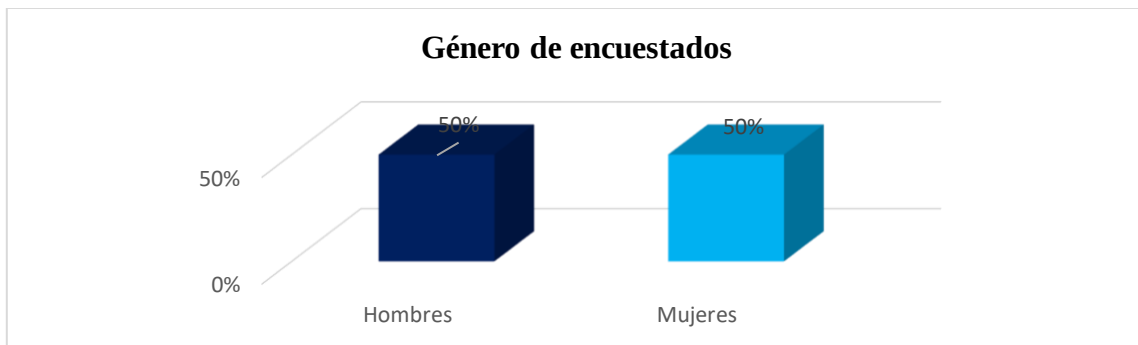
Fuente: (Gómez, 2019).

Al estimar los estadísticos presentados en la tabla anterior, se puede observar que en promedio la edad de los encuestados es de 69 años y la edad que posee la mayoría de las personas entrevistadas es 64 años, valor que se ve representado por la Moda. De igual manera, se puede destacar que en el conjunto de datos existe una desviación estándar igual a 7, valor que indica que muestra cuan alejados están los valores respecto al promedio (Ver: Gráfica 3; Anexo 1).

Otros de los estadísticos calculados para esta variable denominada edad, son los Percentiles, uno de ellos es el P_{25} el cual indica que, al ordenar los datos de la edad de menor a mayor, el 25% de ellos se encuentran por debajo de 64 años. El segundo percentil corresponde a P_{50} o también denominada Mediana, este conjunto de datos resulta ser igual

a 66 años y es considerado como el valor central en este grupo de edades. Por último, se tiene la medida de posición P_{75} , esto significa que hay un 75% de las personas adultas encuestadas tiene menos de 75 años.

3.3.2. Género

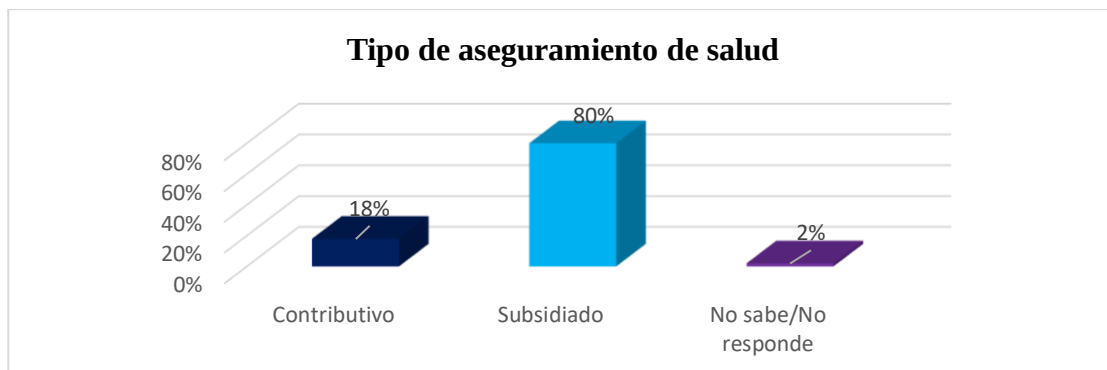


Gráfica 4. Género de los encuestados

Fuente: (Gómez, 2019).

A través del análisis descriptivo presentado anteriormente, se resume que de los 50 encuestados, 25 son mujeres y 25 son hombres (Ver: Gráfica 4; Anexo 2).

3.3.3. Régimen de salud

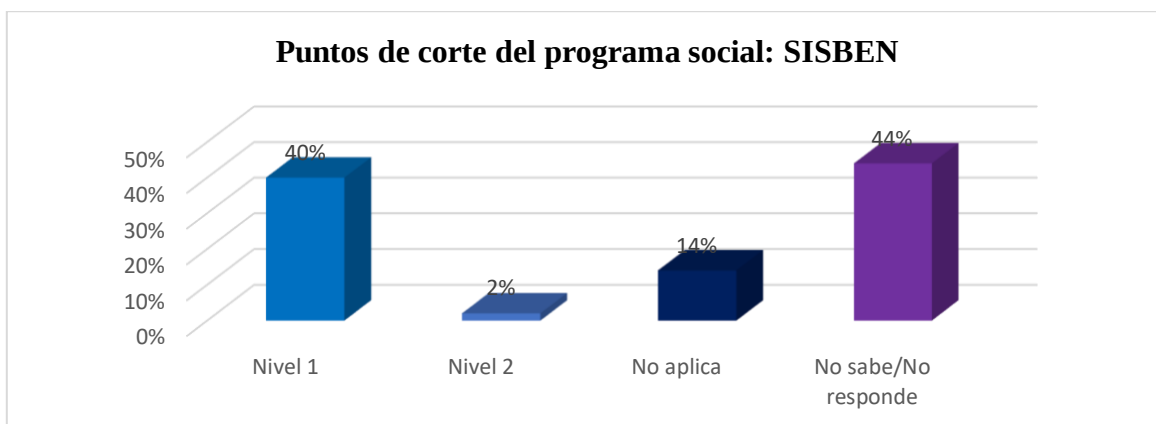


Gráfica 5. Régimen de salud de los encuestados

Fuente: (Gómez, 2019).

De lo anterior, se puede inferir que de los adultos seleccionados para el presente estudio, el 80% de la muestra se encuentran afiliados al Régimen de Salud Subsidiado, porcentaje que representa la selección de 40 personas mayores que gozan de la prestación de servicio de salud, debido a los subsidios estatales. Tan solo el 18% de los encuestados (9 de 50), pertenecen al Régimen Contributivo y una de las personas desconocía el tipo de aseguramiento al que se encontraba inscrito (Ver: Gráfica 5; Anexo 3).

3.3.4. Puntaje del Sisbén.



Gráfica 6. Puntaje del Sisbén de los encuestados

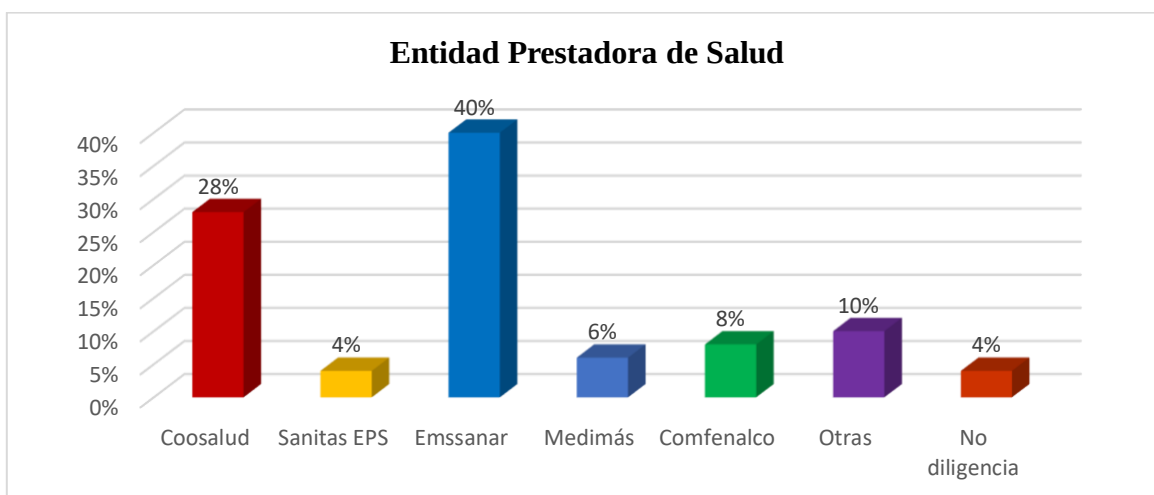
Fuente: (Gómez, 2019).

Este recuento de frecuencias se realizó, agrupando de acuerdo con los puntos de corte establecidos para la afiliación al régimen subsidiado de salud (Nivel 1 y Nivel 2). A partir de lo anterior, se encontró que el 44% de los encuestados (22 de 50) no tienen conocimiento sobre el puntaje o el nivel que tienen asignado, al ser beneficiados al programa social SISBEN. La segunda opción con mayor porcentaje de selección fue Nivel

1, al cual pertenecen 20 de los 50 adultos mayores; seguido se encuentra la opción No aplica, con un 14%, opción que recuenta aquellos que pertenecen al régimen contributivo y que por ende, no dieron respuesta a este ítem. (Ver: Gráfica 6; Anexo 4)

3.3.5. Entidad prestadora de salud

Al preguntarle a los encuestados el nombre de la entidad prestadora de salud a la cual se encuentra afiliados, se encontró que el 40% de los encuestados equivalentes a 20 personas, se hayan vinculados a la Empresa Solidaria de Salud EMSSANAR, seguido con un 28% (14 de 50) que se encuentran inscritos en la entidad Coosalud. Cabe destacar que el 10% de los encuestados representa las respuestas de 5 personas, mencionaron pertenecer a las entidades Prosalud, Nueva EPS, Asmet Salud, AIC y Colsanitas. Tal y como se explica en las siguientes gráficas. (Ver: Gráfica 7; Anexo 5)



Gráfica 7. Entidad prestadora de salud de los encuestados

Fuente: (Gómez, 2019).

3.4. Instrumentos Claves en la Implementación de la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez en el Departamento del Valle del Cauca.

Para que la prestación del servicio de salud garantice el pleno goce de los derechos de los adultos mayores de nuestro país, se deben poner en marcha ciertas reglamentaciones, contar con presupuestos, tener una infraestructura adecuada para la prestación del servicio, contar con un área geográfica que permita la accesibilidad de los usuarios, una cultura que garantice la efectividad de esta prestación de servicio con calidad.

En efecto, esto lleva a la identificación de los diferentes instrumentos que permiten la implementación de la PPDEHV, por eso debemos indagar cómo el Estado ha venido incursionando en la promoción de leyes, normas, decretos, mandatos constitucionales que permitan la articulación de los sectores que les compete esta necesidad latente de los adultos.

Siguiendo la misma línea, vale mencionar al autor Waldo Arriagada Peñailillo en su libro *Derechos humanos y políticas de protección social del adulto mayor* la importancia de la estrecha relación de los derechos humanos y las políticas de protección social para los adultos mayores y la obligación del Estado mediante los gobiernos de turno en generar planes y programas que fortalezcan el entorno institucional referente a esta demanda social. Por otro lado, como lo dicta la declaración de los derechos humanos en cuanto a la promoción de estos con la mediación de procesos educativos, el respeto a estos derechos y libertades, asegurando, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su

reconocimiento y aplicación universal y efectiva, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción (Organización de las Naciones Unidas, 1948, p. 2).

En consonancia con lo establecido anteriormente, el Estado colombiano desde la promulgación de la Constitución Política en su artículo 48, hace referencia a la importancia de la seguridad social, su universalidad, la obligación de ejecutar , coordinar y controlar por medio de las entidades públicas y privadas el desarrollo eficiente y solidario según sea establecido por la ley , debido a esto la seguridad social se vio enfrentada a varias reformas circunstanciales que permitieron tener un cambio en el sistema nacional de salud que funcionaba desde el año 1975, por cierto un modelo poco funcional que no abarcaba al total de la población nacional, para así trazar un norte en un sistema de aseguramiento que permitiera una cobertura total donde se crearon dos regímenes de salud uno contributivo y otro subsidiado permitiendo la relación de mercado entre las EPS y las IPS a través de la ley 100 de 1993 (Merlano & Gorbanev, 2013).

Es por esta razón que el Estado colombiano a través de MINSALUD (uno de sus 16 ministerios) ha fomentado estrategias que garantizan la prestación del servicio de salud por medio de las asociaciones público-privadas, teniendo como objetivo principal garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimizar el uso de los recursos, promover los enfoques de atención centrada en el usuario y lograr la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Públicas, reconociendo los diferentes instrumentos que permitan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud, pues como planteó Kelly (2003) en su libro *Políticas públicas en América Latina: teoría y práctica:*

“Las decisiones formales acordadas en un país incluyen muchos tipos de reglas, desde los más generales y de principios (la constitución) hasta los más específicos y coyunturales (una resolución sobre el monto de una multa por una violación de tránsito.” (p. 71).

No obstante, este empeño por garantizar la prestación del servicio ha permitido que el Ministerio de Salud y Protección Social a través de la Ley 1122 del 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, dirija a mejorar la prestación de los servicios permitiendo la organización, el equilibrio de los actores, el fortalecimiento de programas, la financiación, vigilancia, el control, y el funcionamiento en redes de prestación del servicio brindando garantías y estrategias que lleven a la efectiva prestación del servicio. Ya en 2011 se hizo una nueva reforma por medio de la Ley 1438 del 19 de febrero para fortalecer el sistema con un modelo de atención primaria con la coordinación del estado, las instituciones y la sociedad para de esta manera poder propiciar un servicio de mayor calidad, incluyente y equitativo para todos los colombianos.

En respuesta a estas reformas, los gobiernos regionales y locales han adoptado diferentes estrategias para llevar a cabalidad estas apuestas tanto internacionales como nacionales , por lo que el departamento del Valle del Cauca ha garantizado mediante el decreto N° 0265 la adopción e implementación del proceso de transformación de la organización de la red de servicios de salud “para realizar acuerdos de restructuración de pasivos, restructuración administrativa, fusión, supresión o liquidación de las ESE departamentales” (Gobernación del Valle del Cauca, 2014, p. 22), donde sea primordial el

derecho a la salud, garantizando la atención integral y de calidad que responda a la población en general.

Ya logrado fomentar una cultura institucional, financiera , geográfica que incluye las diferentes áreas geográficas del departamento y al total de la población, adentrándonos al estudio de caso podemos contar con el plan de acción del HMCR “El Mario somos todos” en el que se identifican los procesos organizacionales que se llevan a cabo a través de una gestión moderna de sus objetivos, estrategias y programas que velen por mejoramiento de la institucional, la responsabilidad y rentabilidad social, y la sostenibilidad económica instrumentos que hacen parte importante de la implementación de una política pública.

A pesar de que estas reformas van fortaleciendo el sistema de salud podemos ver que estas no están generando el impacto necesario para la prestación del servicio, puesto que, la mayoría de usuarios deben recurrir a diferentes mecanismos como derechos de petición y tutelas, para el acceso a la prestación del servicio de salud, término ya trabajado en páginas anteriores, pues tener cobertura en la prestación del servicio no es lo mismo que tener acceso real. Todo esto se fundamenta en que la implementación de la política pública de envejecimiento humano y vejez está siendo direccionada desde un enfoque Top-Down como lo soporta Roth (2003):

El enfoque Top-Down también conocido como de arriba abajo, reconoce la administración como un sistema unitario con una línea de autoridad sencilla y definida, no busca la participación o el dialogo con los ciudadanos objetivo de la

política. Este es un paradigma que lo podemos relacionar con el enfoque clásico de Weber y Fayol, en donde existe una dirección, un órgano de pensamiento y aparte un órgano ejecutor, no se tiene en cuenta en las decisiones de otro órgano más que el encargado de la formulación de la Política Pública. (p. xxx)

Esto conduce a reflexionar en torno a la implementación de la política pública como un hecho racional donde ya formulada, se da por sentado que esta será garante de la solución a la problemática que vive el grupo poblacional teniendo el objetivo claro y los procedimientos que serán racionalmente efectuados, donde la falta de control y seguimiento permite que se avencinen las fallas en la implementación, dado que dentro de este modelo no se tiene en cuenta los actores que ejecutan y son beneficiarios de esta política pública. Lo importante no es solamente garantizar la protección a los adultos mayores, también conservar su participación activa dentro de la sociedad y reconocer el papel fundamental que desempeñan dentro de la sociedad colombiana.

3.4.1. Factores que interfieren a la prestación del servicio de salud para los adultos mayores en el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, que surgen a partir de la implementación de la política pública.

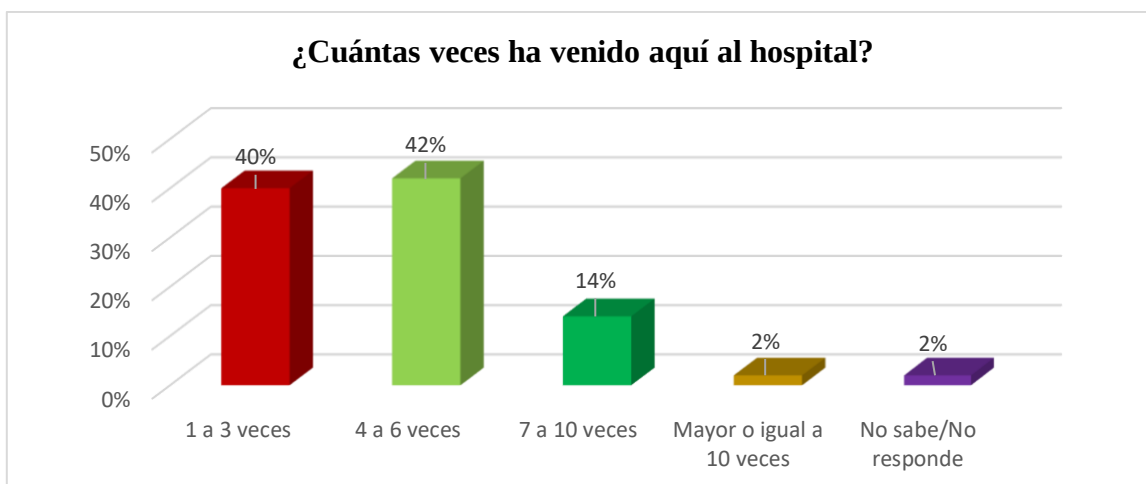
En este apartado, se pone de manifiesto como a pesar de contar con los diferentes instrumentos normativos, económicos, geográficos, culturales y organizacionales que facilitan la implementación de la política pública de envejecimiento humano y vejez, por parte de los prestadores de salud para llevar con cabalidad la prestación de servicio eficiente, que garantice el funcionamiento adecuado de la infraestructura mobiliaria de

estas entidades, permitiendo un acceso real (utilización efectiva de los servicios) de los usuarios objeto de esta investigación, se pueden encontrar factores, condiciones y procedimientos que interfieren para la prestación del servicio.

De hecho, analizando la evaluación del plan operativo del HMCR para el año 2017, en especial en el eje estratégico número 2 que corresponde a la atención con calidez y satisfacción de los usuarios cuyo como objetivo es garantizar la oportunidad y accesibilidad en la prestación de los servicios institucionales, podemos encontrar que en sus programas y metas hay una serie de oportunidades en mejora, revisemos:

En el programa *No. 6, que trata de realizar trabajo de mercadeo y recuperación de imagen corporativa al interior y exterior de la organización* la meta que corresponde a mejorar los procedimientos del área, recepción de quejas y atención al usuario no se cumple; así mismo como el *programa no. 8: prestación de servicios oportunos* y sus metas como lo son la oportunidad de atención en urgencias triage 2 y la oportunidad en asignación de cita en consulta de medicina general no se logran el cumplimiento de estas metas (HMCR, 2018, p. 10-16).

Para indagar lo que hace referencia al acceso real de la prestación del servicio de salud del HMCR y poder contrastar con la información adquirida en el plan operativo de evaluación, se les pregunta a los usuarios cuántas veces han asistido al HMCR, lo que arrojó la siguiente información:



Gráfica 8. No. de visitas de los encuestados al hospital

Fuente: (Gómez, 2019).

Al evaluar la frecuencia con la que los pacientes visitan el centro médico, se destaca que el uso del hospital es permanente, ya que esta indagación, solo representa una muestra de la población objetivo y en este caso el 42% de los encuestados manifestó acudir al servicio de este hospital entre 4 y 6 veces al año (Ver: Gráfica 8; Anexo 6).

Tabla 9. Estadísticos de la frecuencia de visitas al Hospital MCR de los encuestados

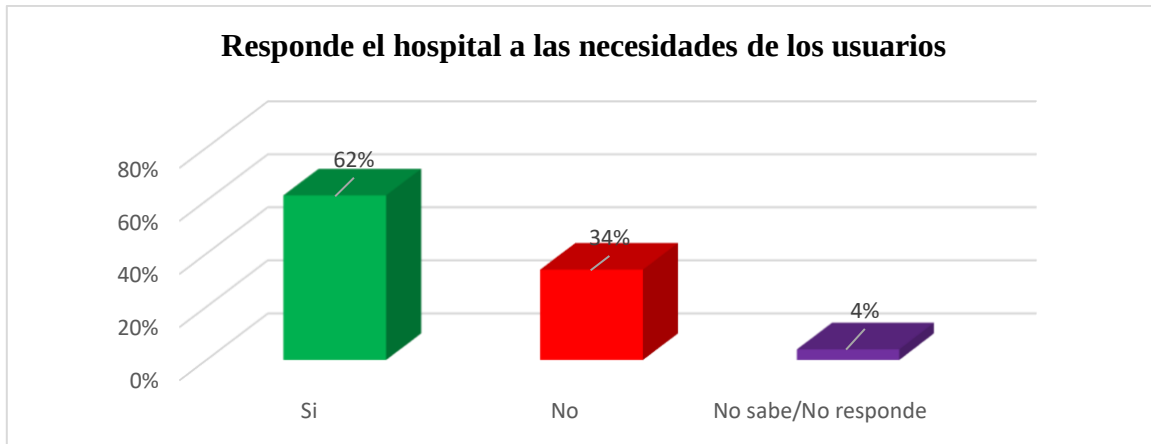
Estadísticos		
N Válidos		50
Media		4
Mediana		4
Moda		3
Desviación típica		2,6
Varianza		6,6
Mínimo		0
Máximo		12
Percentiles	25	3
	50	4
	75	5

Fuente: (Gómez, 2019).

La tabla anterior resume las medidas de tendencia central y posicionamiento de los datos obtenidos en las encuestas. En general, se puede observar que en promedio los adultos mayores han asistido por lo menos cuatro (4) veces al Hospital Departamental, valor que coincide con la opción dada por el 50% de los encuestados (mediana). De igual manera, se puede destacar que, en el conjunto de datos, existe una desviación estándar igual a 2, indicando que en general, el número de veces que los encuestados visita el hospital, presenta leve variación, es decir no se encuentran tan alejados del valor de la Media.

Otros de los estadísticos calculados para esta variable son los Percentiles, uno de ellos es el P_{25} el cual indica que, al ordenar los datos de menor a mayor, el 25% de los encuestados asisten 3 veces al Hospital. Por último, se tiene la medida de posición P_{75} , esto significa que el 75% de las personas adultas encuestadas ha asistido por lo menos 5 veces al Hospital.

Ahora bien, ya conociendo la frecuencia con la que se requieren los servicios de salud, se puede evidenciar que para los usuarios del hospital a pesar de las inconformidades, consideran que después de los contratiempos, finalmente son atendidos. Sin embargo, cabe anotar que muchos de los que se manifiestan conformes, han presentado quejas en cuanto a la atención, espacios y tiempo de respuesta del hospital, que ya se han enunciado anteriormente en el capítulo número 1.1 que hace referencia a la prestación del servicio de salud. Por lo tanto, se les consultó a ellos quienes son los que viven en la realidad, si responde el hospital a las necesidades de los usuarios. Resultó la siguiente información:

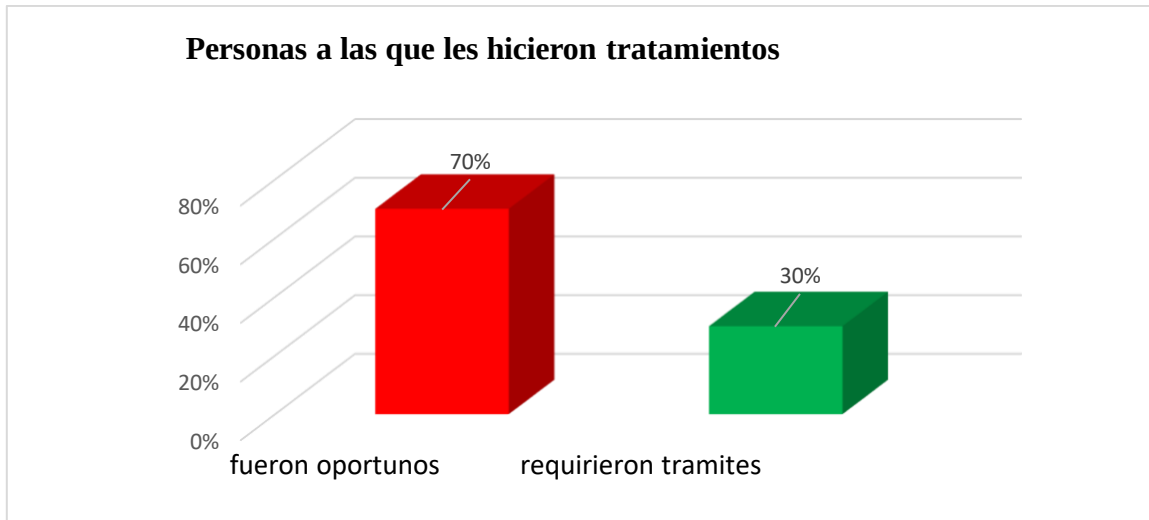


Gráfica 9. Encuesta de satisfacción de los usuarios

Fuente: (Gómez, 2019).

A pesar de las inconformidades, hay un mayor número de usuarios satisfechos con el hospital (62% de los encuestados) y respecto a la opinión del 34% de los adultos mayores que no se encuentran conformes con la respuesta dada por el Hospital Departamental Mario Correa Rengifo, se destaca su inconformidad con respecto al servicio de autorización y entrega, debido a que en este caso, los encuestados aseguran que los medicamentos y los exámenes médicos requeridos, deben ser solicitados en entidades alejadas del Hospital (Ver: Gráfica 9; Anexo 7).

A su vez, se indagó si para recibir estos tratamientos ellos debieron realizar algún trámite o si la atención fue oportuna, lo que arrojó la siguiente información:



Gráfica 10. Encuestados que recibieron tratamientos

Fuente: (Gómez, 2019).

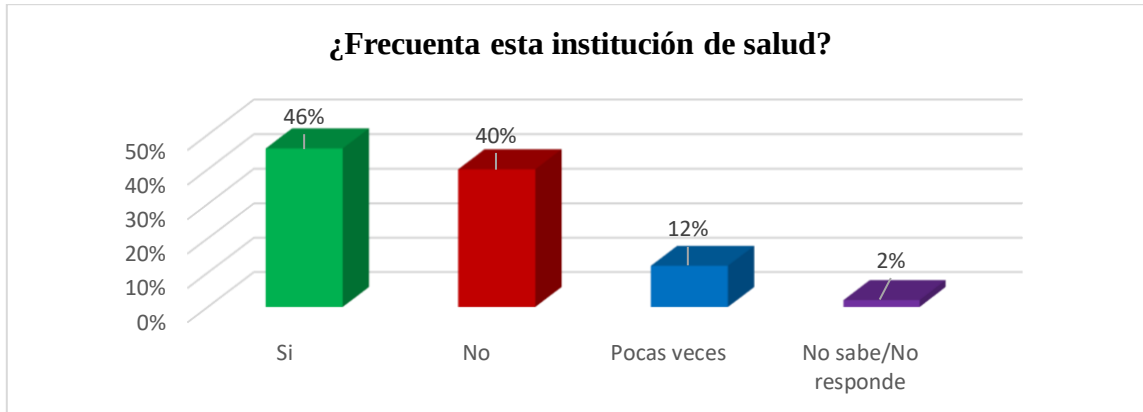
En términos generales, se puede observar que 35 de los 50 pacientes encuestados, aseguraron no haber realizado trámites, por lo que calificaron como oportuna la aprobación para recibir los tratamientos.

El 30% restante equivalente a 15 adultos mayores, tuvieron que realizar por lo menos algún trámite para seguir con sus procesos médicos, por ejemplo, presentar derechos de petición y tutelas, generando así, una demora en las autorizaciones y poniendo en peligro la vida del paciente o que sus molestias prevalezcan un tiempo mayor al necesario (Ver: Gráfica 10; Anexo 8).

La accesibilidad a los servicios de salud nace de la relación entre la capacidad de producir servicios de salud y el consumo real de ellos. En esta relación intervienen básicamente dos factores: el geográfico, que lleva implícito distancia, tiempo y costo de dichos factores; y el organizacional, que incluye todas las variables que tienen que ver con

la forma, los métodos y los mecanismos utilizados por las instituciones prestadoras de los servicios de salud (Varela et al., 2011, p. 13).

- **Frecuenta esta institución de salud.**



Gráfica 11. Visitas a la institución de salud de los encuestados

Fuente: (Gómez, 2019).

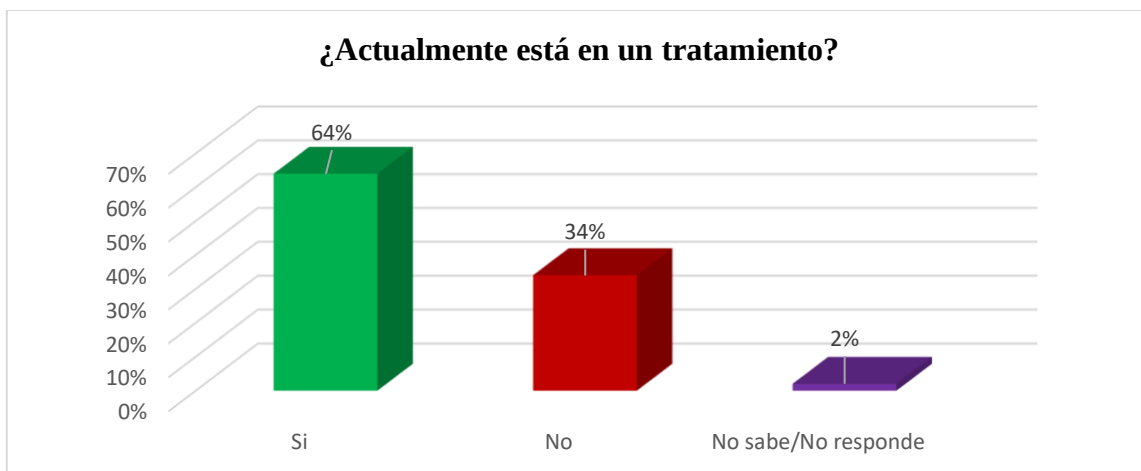
En esta pregunta, se refleja un contraste con la pregunta anterior, debido a que, aunque se pudo ver que el 72% de los encuestados padece de alguna enfermedad, tan solo el 46% de esta población acude a este hospital, lo que nos lleva a cuestionar si existe alguna relación con la calidad de la atención o el espacio disponible en el lugar. Por el contrario, el 40% de adultos justificaron que no frecuentan esta institución de salud manifestando que asisten a otras entidades prestadoras del servicio de salud (San Juan de Dios, Clínica Los Remedios, Centro de salud de los barrios Meléndez, Siloé, Terrón Colorado y Tequendama) (Ver: Gráfica 11; Anexo 9).

Por su parte, al no haber agenda para citas, los usuarios tienen que pedir cita en el hospital donde se la puedan dar más prontamente, lo que implica en muchas ocasiones

largos desplazamientos que se hacen difíciles debido a las condiciones físicas de los adultos mayores, que en muchas ocasiones tienen problemas de movilidad, de respiración, de memoria y no cuentan con alguien que los acompañe.

Los costos de medicamentos, consultas médicas y exámenes; horarios de atención inadecuados; distancias largas entre residencia de usuarios y lugar de atención; escasez y dificultad de transporte; largas listas y tiempos de espera excesivos; procedimientos complicados; costos del traslado al centro de atención (Hirnas Audauy, y otros, 2013, pág. 227). Por nombra otras de las barreras que existen en la prestación del servicio de salud de los adultos mayores. Se revisará a continuación qué se respondió a la pregunta ¿actualmente está en algún tratamiento?

- **Actualmente está en un tratamiento.**



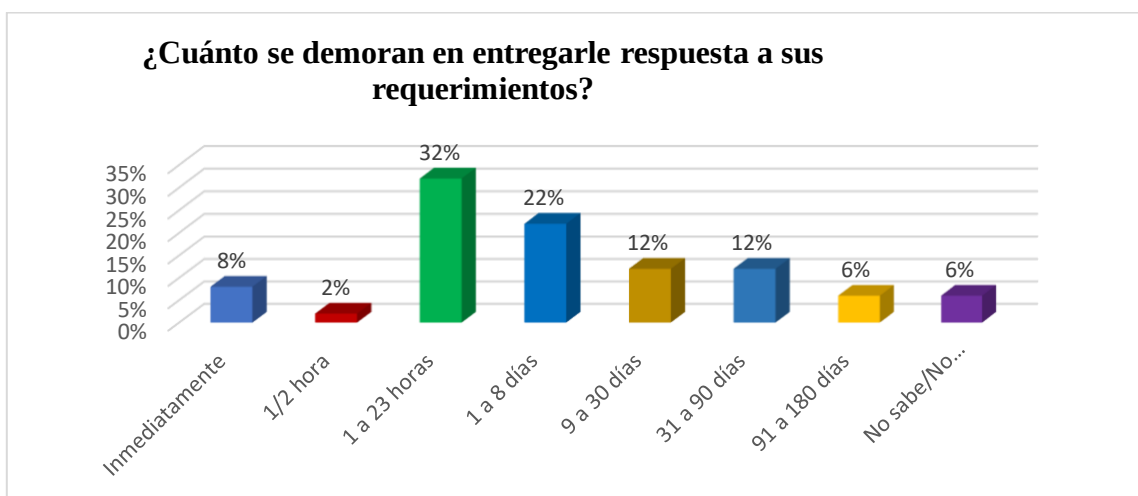
Gráfica 12. Encuesta acerca de tratamientos de los encuestados.

Fuente: (Gómez, 2019).

A la pregunta sobre si el encuestado se encuentra en tratamiento, el 64%, porcentaje que representa la opinión de 32 personas encuestadas, respondieron que sí se encuentran en algún tratamiento, por lo que la observación expuesta en la pregunta anterior cobra una mayor validez, en cuanto a la capacidad o calidad del hospital (Ver: Gráfica 12; Anexo 10). Algunos de los tratamientos que toman los adultos mayores están destinados para el alivio o curación de enfermedades tales como la hipertensión, problemas psiquiátricos, dolencias en alguna de las extremidades del cuerpo, complicaciones en las vías respiratorias y control del adulto mayor.

Y estos no es todo, se encuentra la opinión del 34% de los encuestados (17 de 50), quienes actualmente no están en ningún tipo de tratamiento y de los cuales, dos personas aseguran solo haber recibido órdenes médicas, pero no han sido remitidos a tomar algún tratamiento para sus dolencias.

Y es que, las fallas administrativas en cuanto a la información que se les brinda a los pacientes, lo que desencadena en muchas ocasiones una serie de trámites innecesarios que demoran la prestación del servicio, a lo que se le suman las largas filas que hay que hacer para llevar a cabo cada trámite, aunque hay filas especiales para los adultos mayores, la demanda es tan grande y el personal de atención tan poco que los usuarios terminan demorándose igual o hasta más del tiempo que se demorarían haciendo la fila no preferencial, tal y como y se había mencionado, aquello denominado barreras administrativas aquellas que “expresan la dificultad que impone la organización misma de los servicios, por ejemplo, los horarios de atención o los turnos” (Comes et al., 2006, p. 202).



Gráfica 13. Tiempo de respuesta de los requerimientos de los encuestados

Fuente: (Gómez, 2019).

Se puede evidenciar la diferencia que hay en los tiempos de respuesta del hospital, que va ligada a la complejidad del servicio que se tramita, irónicamente, los servicios que requieren una atención temprana como es el caso de los especialistas, son los que suelen demorarse más de un mes.

Tabla 20. Estadístico del tiempo de respuesta de los requerimientos de los encuestados

Estadísticos		
N	Válidos	47 datos
	Perdidos	3 datos
Media		522 horas
Mediana		24 horas
Moda		1 a 23 horas
Mínimo		0
Máximo		4320 horas
Percentiles	25	4 horas
	50	24 horas
	75	408 horas

Fuente: (Gómez, 2019).

Debe señalarse ahora que las personas encuestadas dieron su respuesta en días y otros en horas, por practicidad se unifican los datos a una sola medida de tiempo (horas), esto con el fin de calcular los estadísticos presentados en la tabla anterior (ver: Gráfica 13; Anexo 13).

A partir de dicha conversión, se obtiene que en promedio, un adulto mayor se demore 522 horas en recibir una respuesta a sus solicitudes por parte del hospital, lo que resulta equivalente a 22 días de espera. Otra de las medidas de tendencia central calculada es la Moda, esta explica que la mayoría de los encuestados (32%) deben esperar entre 1 y 23 horas, como se puede observar en la gráfica de frecuencias expuesta al comienzo de esta respuesta. Los valores extremos encontrados corresponden a los tiempos de respuesta: inmediato (0) y 6 meses (4320 horas) que toma el hospital para dar solución a los requerimientos. Por último, se destaca que el 75% de los encuestados (P_{75}) demoran 17 días (408 horas) en ser atendidos o en recibir una autorización para adquirir los medicamentos.

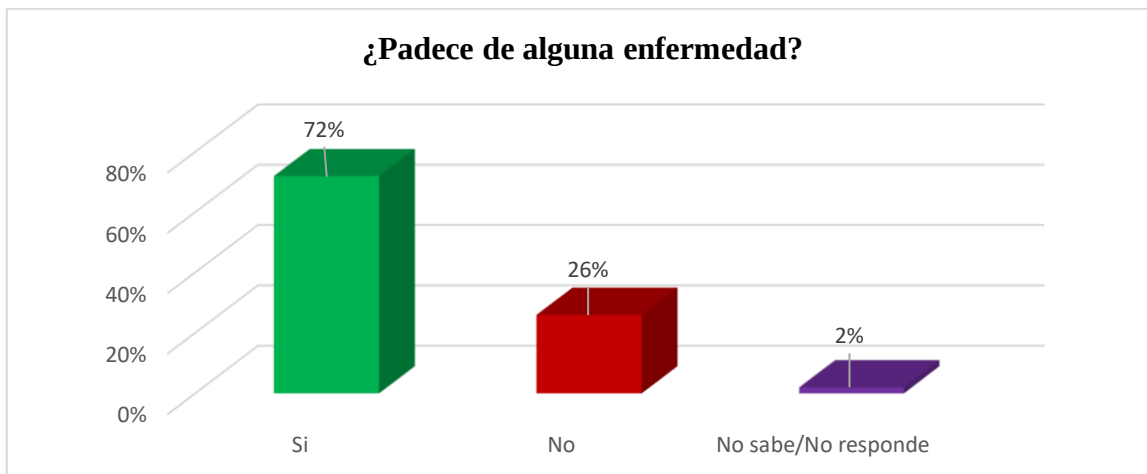
3.4.2. Grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud a los adultos mayores en el hospital departamental Mario Correa Rengifo.

Viveros argumenta que las políticas públicas deben constituirse asumiendo la recuperación del bienestar físico, psíquico y cultural de los adultos mayores, apuntando a su integración social y a revertir la desvalorización social, recomponer las redes de solidaridad, los mecanismos para un acceso pleno a la educación y la salud, y repensar la

construcción de un hábitat que permita su desenvolvimiento físico y sociocultural (Viveros, 2001, p. 18).

Es por esto que para poder dar un esclarecimiento de cuál es el grado de satisfacción que tienen los usuarios adultos mayores en el hospital Mario Correa Rengifo se debe indagar a estos mismo si padecen de enfermedades, necesidades que requieran, percepciones frente a la salud y así mismo el grado de satisfacción de la prestación del servicio de salud en el Hospital Mario Correa Rengifo

- **Padece de alguna enfermedad.**



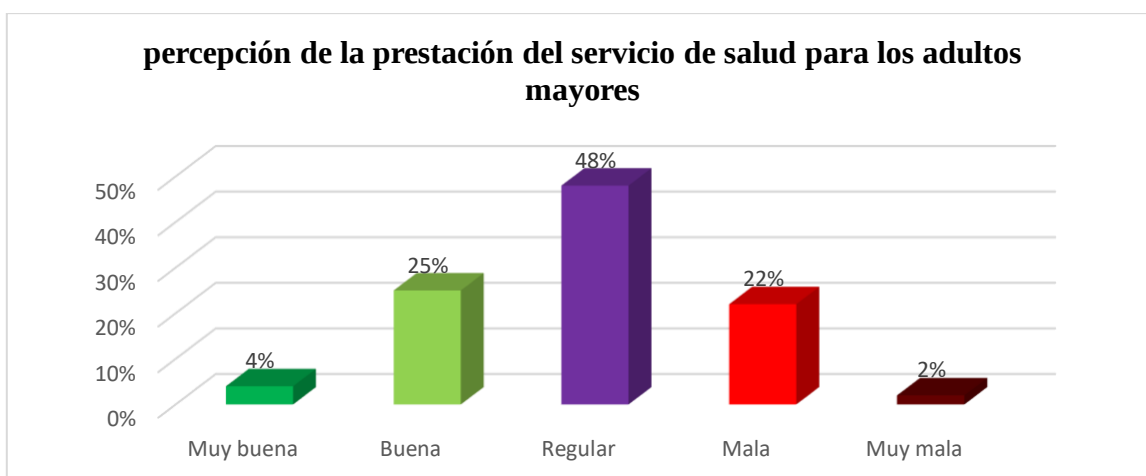
Gráfica 14. Encuesta padece alguna enfermedad

Fuente: (Gómez, 2019).

Al comparar los resultados presentados en esta gráfica, se puede pensar que el hospital debe tener un alto grado de respuesta inmediata, debido a que el 72% de la población padece de alguna enfermedad, lo que provoca que la asistencia a éste, sea masiva, debido a las urgencias o simplemente solicitar citas de control. Entre las enfermedades

mencionadas por los encuestados se encuentran: la diabetes, presión arterial, bronquitis, osteoporosis, anemia gastritis y colesterol. El 26%, el cual representa la opinión de 13 encuestados, mencionaron no padecer ninguna enfermedad (Ver: Gráfica 14, Anexo 14).

- **Opinión de la salud frente a los adultos mayores.**

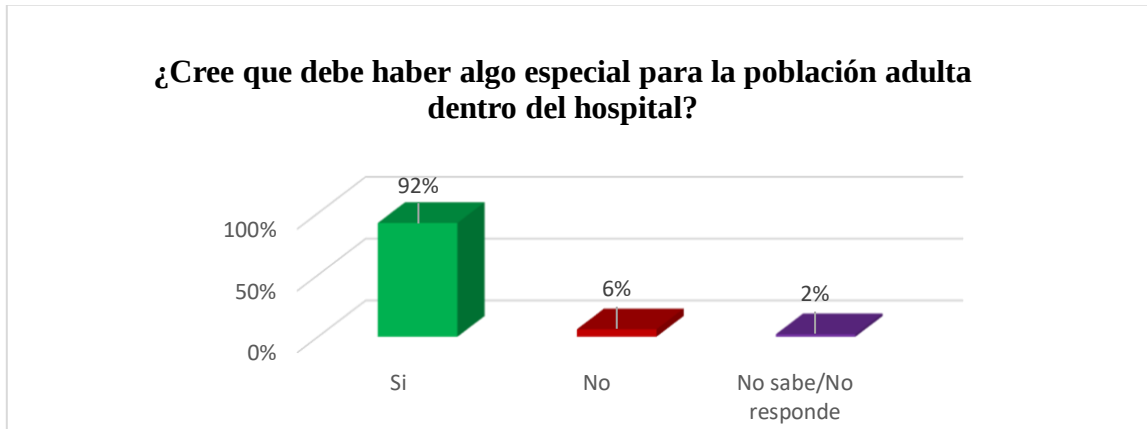


Gráfica 15. Percepción de los encuestados frente a la prestación del servicio de salud.

Fuente: (Gómez, 2019).

De acuerdo con el gráfico anterior, se puede ver que la percepción de la mayoría de los encuestados (48%), es que la atención a los adultos mayores padece las mismas falencias que la atención al usuario promedio, estos piensan que la condición del adulto mayor debería reconocerse y ser tratados con prioridad. A lo anterior, se incluyen aspectos tales como la falta de espacio y de asientos, y en algunos casos, de camillas para ser atendidos (Ver: Gráfica 15; Anexo 15).

Con porcentajes muy similares, se encuentran las opciones buena y mala, con un 25% y 22% respectivamente.



Gráfica 16. Percepción de los encuestados frente a la atención preferencial del adulto mayor

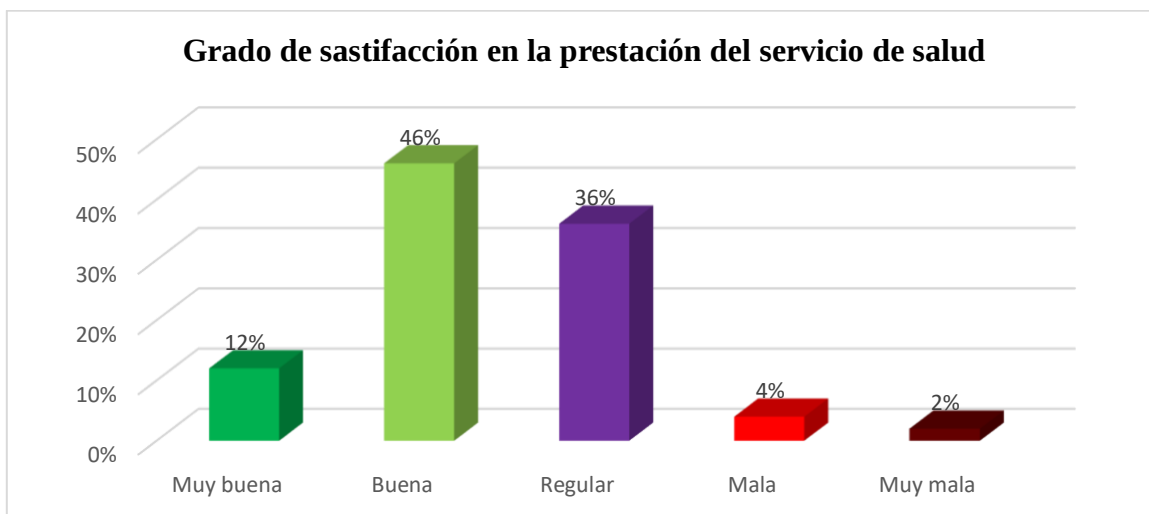
Fuente: (Gómez, 2019).

De acuerdo con los datos recolectados, se puede ver que casi todos los encuestados coinciden en la necesidad que tiene el centro hospitalario de crear espacios y garantizar personal que tenga una dedicación exclusiva al adulto mayor (Ver: Gráfica 16; Anexo 16). Otros de los requerimientos presentados por el 92% de los encuestados son:

- Inversión en infraestructura por parte del Estado, sobre todo para aquellos espacios de espera y en aquellas salas donde son atendidos.
- Más personal cualificado para la atención.
- Promoción y prevención en salud.

- Turnos prioritarios a las personas mayores.
- Mejorar el aseo en la planta física.

Tan solo 3 de las 50 personas encuestadas no consideran necesario crear algo especial para la población adulta en el hospital.



Gráfica 17. Grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud

Fuente: (Gómez, 2019).

Se puede afirmar entonces, que el 46% equivalente a 23 de los encuestados se encuentran conformes con la prestación a nivel general del servicio de salud, quienes en su mayoría de veces opinaron que después de ser operados fueron bien atendidos, aunque a veces se presentaba cierta demora en la entrega de exámenes y medicamentos. De igual manera, el 12% exalta el servicio que ha recibido por parte de la entidad de salud a la cual se encuentra afiliado (Ver: Gráfica 17; Anexo 17).

Por el contrario, el 36% de la población encuestada, tiene quejas acerca del desempeño, por lo que calificó como regular el servicio. Una de las inconformidades comentadas por las personas adultas mayores, es la demora para ser atendidos, independiente de la situación en la que lleguen, pues en muchas ocasiones comentan que no hay una fila especial para ellos. Otras de las quejas más comunes es que resulta difícil conseguir una cita con un especialista.

Según Dueñas et al. (2011, p. 4) la vejez puede clasificarse en cuatro etapas: la primera se denomina vejez activa que va de los 50 a los 63 años, caracterizada por falta de calcificación en los huesos, cataratas, bronquitis y osteoporosis; la segunda es denominada vejez hábil que va de los 63 a los 70 años, que se caracteriza por cosas negativas como atrofia de los sentidos, cansancio y fatiga, y por cosas positivas como tranquilidad y experiencia; la tercera etapa es denominada vejez pasiva que va de los 70 a los 77 años, caracterizada por disminución de la estatura, insomnio, anemia y sequedad de las mucosas; y finalmente, encontramos la cuarta edad que inicia a los 77 años, en la cual es común las manos temblorosas, la productividad reducida, minusvalía, senectud creciente, pérdida progresiva de la conciencia, entre otros.

Ahora bien, habiendo indagado y llevado a analizar las diferentes percepciones por parte de los sujetos de la presente investigación, se puede evidenciar que los esfuerzos por parte de las entidades de dirección, control y prestación del servicio de salud vienen generando grandes avances en términos de adecuación, prospección y atención al servicio de salud de los adultos mayores en el hospital Mario Correa Rengifo, pero esto no ha sido tan efectivo como se requiere, pues podemos ver que aun las barreras geográfica,

económicas, organizacionales, culturales se ven aun en un 40% de desfavorabilidad en cada una de sus competencias lo que implica demoras en asignación de citas con un porcentaje de entre del 12% lo que equivale a una demora entre 9 y 30 días, desplazamientos desde lugares apartados hacia el hospital, infraestructura deficiente con un 92 % de los encuestados que ven la necesidad de una adecuación de infraestructura, el prolongamiento de enfermedades y la no prevención, la no entrega de los medicamentos y/o usos de mecanismos jurídicos entre otros factores que afectan la calidad y satisfacción del servicio de salud a los adultos mayores.

Conclusiones

El método de análisis que se realizó en la presente investigación empleó un tipo de investigación mixta el cual nos permitió obtener una postura tanto racional como subjetiva de la problemática que tienen los adultos mayores en cuanto al derecho de una vejez activa, digna, democrática y participativa, pues ellos fueron los que permitieron a través de la subjetividad consciente brindar datos descriptivos que al momento de analizar las diferentes políticas públicas sociales y en especial la política pública de envejecimiento humano y vejez 2007-2019 podamos encontrar una serie de instrumentos claves que brinden las herramientas para desarrollarse como ciudadanos garantes de derechos permitiendo contrastar lo planeado en esta política en especial en su eje número dos sobre la protección integral a los adultos mayores con la realidad que viven al momento de hacer uso del servicio de salud.

En este orden de ideas, se puede evidenciar como la prestación del servicio de salud para los adultos mayores en Colombia está fundamentada por una serie de leyes, planes, programas de carácter asistenciales de carácter condicionados con el fin de garantizar una respuesta a las brechas organizacionales, económicas, políticas y culturales en lo concerniente al fomento y desarrollo de su personalidad; una de las bases fundamentales que trazan estos lineamientos es la garantía de los derechos económicos, políticos, sociales y culturales, de los cuales centramos el referente a la prestación del servicio de salud, ya que cada uno de estos derechos permiten que las agendas gubernamentales puedan garantizar efectivamente la prestación de un servicio de salud a los adultos mayores, teniendo muy claros los conceptos de universalidad, integralidad, acceso potencial, acceso

real a la prestación del servicio de salud esta última mencionada clave fundamental para garantizar una vida de calidad y bienestar a la población objeto del estudio.

Estas políticas y planes han venido siendo adoptadas por los gobiernos en serie de lineamientos, leyes y mecanismos organizacionales de orden internacional , nacional, regional, municipal y local para fortalecer a esta población que en el modelo actual de una dinámica económica capitalista y bajo una democracia débil permite una vulnerabilidad por falta de condiciones equitativas , bajos niveles de desarrollo educativo, procesos económicos y productivos y baja participación para la incidencia de las tomas de decisiones.

Así pues, de toda la información recabada se puede evidenciar los siguientes:

1. La población adulta mayor en todos los aspectos de la integridad humana y social deben ser retomados con cierta rigurosidad entorno a la garantía eficiente de sus derechos , pues estos están siendo vulnerados en todos los aspectos para un desarrollo físico, social, cultural, educativo y político, pues podemos observar que todos no cuentan con la garantía de acceder a los beneficios por parte del Estado , pues se busca una respuesta solo para la población más marginada y se deja por un lado la importancia de atención al total de la población adulta mayor, gran brecha, pues todos los que actualmente están en el ciclo vital de la vejez y necesitan de estas políticas y programas fueron los partícipes del fomento del desarrollo democrático de la sociedad actual durante sus años de envejecimiento.

2. Colombia desde el 2014 ha venido presentando un aumento demográficamente de un 10.79% a un 12,65% al año 2018 de la población adulta mayor, el cual es un grupo poblacional que tiene mayor tendencia a la necesidad de la prestación del servicio de salud, porque su ciclo de vida está culminando y esto los hace vulnerables en todos los aspectos ontogénicos y ontogenéticos, al igual que no cuentan con estructuras institucionales ni organizacionales idóneas para resolver su reproducción social, dejando a un lado la importancia que tienen estos del conocimiento social que sirve para las generaciones venideras.

3. El acceso a la prestación del servicio de salud debe brindarse desde tres posturas claves para la efectiva utilización del servicio y así brindar las garantías necesarias para una satisfactoria atención a los adultos mayores los cuales son, el acceso potencial que tiene que ver con la red hospitalaria del sistema de salud y las subregiones, el acceso a la demanda específica del usuario tipos de enfermedades o necesidad y el acceso real en el cual se garantiza la prestación y/o utilización de los servicios que requieren de los usuarios al grado de brindar una satisfacción en estos.

4. La prestación del servicio de salud para los adultos mayores en el hospital departamental Mario Correa Rengifo cuenta con un flujo importante de instrumentos normativo en especial el decreto N° 0265 del 2013 que permite una organización eficiente y adecuada para la transformación de la red de servicios de salud del departamento del valle del cauca, lo cual ha permitido una operatividad funcional, administrativa, sistemática y equilibrada a la red suroccidente, donde se encuentra ubicado el hospital Mario correa Rengifo permitiéndole tener un plan organizacional

para el 2016-2019 llamado “el Mario somos todos” el cual ha sido de gran importancia para cerrar brechas a las barreras de acceso de prestación del servicio a los usuarios del hospital, con sus procesos misionales, de direccionamiento, apoyo y evaluación, los cuales se van desencadenando según la interacción de los diferentes actores en el ámbito territorial garantizando el derecho fundamental a la salud.

5. El hospital Mario Correa Rengifo a pesar de contar con su plan de desarrollo el Mario Somos Todos, debe reorganizar su plan de acción pues solo a su objetivo número dos del presupuesto total de inversión para el cuatrienio se le da el 0.36% siendo el más bajo del total del presupuesto de los otros objetivos misionales y es el que está orientado a garantizar la prestación del servicio de salud y no está cumpliendo con la totalidad de los programas y metas que se tienen trazadas, lo que ha permitido un grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud por los usuarios encuestados con un 58% de efectividad pero así mismo se puede observar que el 42% restante sigue permitiendo falencias en el desarrollo social, físico, mental de los adultos mayores.

6. Se evidencio que el 72% de los encuestados tenían necesidad al acceso a la salud por síntomas de enfermedades como la diabetes, presión arterial, bronquitis, osteoporosis, anemia gastritis y colesterol, argumentando que para tener un acceso real a la prestación del servicio se vieron obligados a realizar algún tipo de trámite jurídico pues se encuentran con barreras administrativas para recibir una respuesta a sus solicitudes por parte del hospital, las cuales tiene respuesta entre 22, 17 e incluso todo un día de espera para servicios como especialistas, citas con médico general, exámenes,

autorización para la entrega de medicamentos y atención de urgencias, barreras económicas para el desplazamiento, manutención de ellos y sus acompañantes y los diferentes requerimientos que le sean pedidos para su efectiva atención; también encontramos barreras geográficas pues muchos de estos usuarios se desplazan desde los diferentes municipios pues argumentan que la asignación de citas y la prioridad de en la prestación del servicio que requieren los obligan a aceptar el agendamiento de sus citas en zonas apartadas de su vivienda.

7. Los adultos mayores mencionan tener un grado de satisfacción entre los rangos de muy bueno y bueno del 58% de los encuestados pues el avance que ha tenido la prestación del servicio de salud dentro del Hospital Mario Correa Rengifo hacia ellos ha mejorado en el transcurso de los años, pero dejan en claro que aun necesitan elementos que permitan gozar de una infraestructura adecuada para aquellos espacios de espera y en aquellas salas donde son atendidos, más personal cualificado para la atención, Promoción y prevención en salud antes de su etapa de vejez, turnos prioritarios a las personas mayores que sean prioritario en serio y el mejoramiento del aseo en la planta física elementos que dejan el 42 % de grado de satisfacción entre los rangos de regular, malo y muy malo.

Recomendaciones

1. Para la efectiva y eficiente prestación del servicio de salud, se requiere una articulación por parte de los diferentes actores que hacen parte de la implementación de la política pública, para de esta manera desarrollar procesos que vayan acordes a los diferentes instrumentos normativos, financieros, geográficos, culturales de la población adulta, pues lo planeado a veces no resulta siendo lo ejecutado.

2. Los programas por parte de la administración Estatal deben ir enfocados con otros procesos misionales como lo hacen en Chile con la declaración de Brasilia para los adultos mayores, la cual cambia esa óptica de asistencialismo a una perspectiva fundada en el enfoque de derechos que reconoce las valiosas contribuciones existentes y potenciales de las personas mayores, brindando una protección social integral, a través de mecanismos como instrumentos, guías, normas técnicas para la prevención de la dependencia funcional de las enfermedades prevalentes en las personas mayores.

3. Se debe para este tipo de políticas distributivas implementar un tipo de enfoque híbrido de la implementación de las políticas públicas en el cual se cuente con las mayores fortalezas de los diferentes actores ejecutores y beneficiarios de tomar las decisiones y así contar con otros mecanismos que permitan darle permanencia a la decisión tomada por medio de coaliciones que brinden un proceso de monitoreo ex ante, durante y ex post de esta misma a través de enfoques multidisciplinarios integrales e integradores, para la transversalidad entre generaciones, políticas y acciones propiciando la vigencia plena de los derechos fundamentales.

4. Se debe garantizar que los adultos mayores sigan fortaleciendo las sociedades permitiéndoles la transmisión de valores, costumbres y el gozo efectivo de sus derechos a través del desarrollo cognitivo, físico, económico y cultural, viéndolos como sujetos de derechos universales, como así mismo potencializar, priorizar el trabajo en red de las diferentes instituciones a cargo de velar, coordinar y ejecutar la prestación del servicio de salud, para así incorporar las comunidades para un estudio que permita una prestación del servicio acorde a las verdaderas demandas y necesidades de la población.

Bibliografía

- Acevedo, J. (2015). Evaluación de la satisfacción en el servicio de los usuarios de la IPS servicios integrales de salud" VAQNAR" ubicada en la ciudad de Tunja Boyacá (Doctoral dissertation), Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Recuperado de: <http://repositorio.uptc.edu.co/handle/001/1457>
- Aguilar, L. (1993). La implementación de las políticas públicas. México DF: Grupo Editor.
- Aguilar, C., & Lima, M. (2009). ¿Que son y para qué sirven las políticas públicas?, en: *Contribuciones a las ciencias sociales*. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccs/05/aalf.htm>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2008). Plan de desarrollo 2008-2011. Cali: Departamento de Planeación Municipal. Recuperado de: http://www.cali.gov.co/planeacion/publicaciones/32433/plan_de_desarrollo_2008_2011/
- Agudelo, A., Gómez, P., Montes, J., & Pelayo, B. (2013). Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San gil–Santander. Universidad autónoma de Bucaramanga–universidad CES: Facultad de Medicina, Especialización en Gerencia de la Seguridad Social Bucaramanga. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10946/2292>
- Arango, c. (1995). La metodología de la investigación Acción Participativa. Valencia: Universidad de valencia.
- Arriaga Peñailillo, W. (2006). Derechos humanos y políticas de protección social del adulto mayor. Recuperado de:

[http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos Humanos y Politicas de Proteccion Social del Adulto Mayor.pdf](http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Derechos_Humanos_y_Politicas_de_Proteccion_Social_del_Adulto_Mayor.pdf)

Arrubla, D. (2010). Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19).

<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2629>

Arrubla, D. (2018). Redes de poder y política social para la vejez: Colombia 2000-2009.

Ciencia Política, 13(26), 225-260. Recuperado de:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/cienciapol/article/view/70283/66913>

Asamblea General de las Naciones Unidas (21 de Octubre de 2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de:

<http://unctad.org>. Recuperado el 6 de septiembre de 2017, de

http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf

Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de*

Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana, No. 204. Recuperado de:

<http://repositorio.banrep.gov.co/handle/20.500.12134/3072>

Bernis, C. (2004). Envejecimiento, poblaciones envejecidas y personas ancianas. *Antropo*, (6), 1-14.

Villar, L. (2007). Estado de derecho y Estado social de derecho. *Rev. Derecho del Estado*,

20, 73. Recuperado de:

<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/revderest20&div=8&id=&page=>

CEPAL, N. (2004). Población, envejecimiento y desarrollo. Recuperado de:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/13059/S044282_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chevallier, J. (1974). Los Grandes Textos Políticos.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, p., Maura, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. En: *Anuario de Investigaciones*, vol. XIV, XIV. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>

Congreso de la Republica. (7 de Diciembre de 2007). “Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores”. (Ley 1171 de 2007). Diario Oficial No. 46.835. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1171_2007.html

Congreso de la República. (27 de Noviembre de 2008). “Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores”. (Ley 1251 de 2008). Diario Oficial No. 47.186. Recuperado de: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1251_2008.htm

Congreso de la República. (13 de julio de 2009). “Por medio de la cual se establecen las condiciones mínimas que dignifiquen la estadía de los adultos mayores en los centros de protección, centros de día e instituciones de atención”. (Ley 1315 de 2009). Diario Oficial No. 47.409. Recuperado de: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1315_2009.html

Corte Constitucional. (2010). Constitución Política de Colombia. Actualizada con los Actos Legislativos hasta 2010. Recuperado de <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf/8b580886-d987-4668-a7a8-53f026f0f3a2>

Corte Constitucional, Sala Segunda de Revisión. (13 de julio de 2008). Sentencia No T-760. (MP Manuel Cepeda). Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>

Cuervo, Z. (2016, Mayo 29). Cali, una ciudad que se vuelve cada vez más 'abuela'. *El País*.

Recuperado de: <https://www.elpais.com.co/california-ciudad-que-se-vuelve-cada-vez-mas-abuela.html>

Cuervo, A., Bautista M., & Tibaduiza, A. (2017). Manual de ejercicios: aplicación de las normas APA. Bogotá: Corporación Universitaria Minuto de Dios. UNIMINUTO Virtual y a Distancia. Recuperado de:

<http://www.uniminuto.edu/documents/992421/0/NORMAS+APA+DIGITAL/ae259594-f937-4d4c-a929-726bd0256b6a>

Departamento Nacional de Planeación (23 de junio de 1995). "Envejecimiento y vejez".

CONPES DNP-2793-Vicepresidencia de la República-UDS. Bogotá D.C., Recuperado de: dnp.gov.co:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Econ%C3%B3micos/2793.pdf>

Departamento Nacional de Planeación – DNP - (2010). Elementos básicos del Estado colombiano. Dirección de Desarrollo Social Sostenible (DDTS). Recuperado de:

<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Territorial/Guia%20Elementos%20Basicos%20Estado.pdf>

Díaz, M. (2000). El cambio Social planificado y la cultura: el desarrollo social en las zonas rurales deprimidas. Madrid: Editorial Complutense.

- Díaz, S., Buelvas, L., De la Valle., & Bustillo, J. (2016). Satisfacción de servicios de salud e impacto sobre calidad de vida en pacientes adultos. *Archivos de Medicina*, 16(2), 290-303. Recuperado de: <https://doi.org/10.30554/archmed.16.2.1737.2016>
- Dueñas, J., Riaño, G., Palacios, M., & Sierra, J. (2011). Derechos Humanos y Políticas Públicas para el adulto mayor: situación en Colombia y referencias iberoamericanas. Bogotá DC: Universidad del Rosario.
- Dulcey, E., Arrúbla, D., & Sanabria, P. (2013). Envejecimiento y vejez en Colombia. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/docs/estudios/imagenes/3%20-%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ%20EN%20COLOMBIA.pdf>
- Enciclopedia Jurídica (2014). Tratados internacionales. Recuperado de: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/tratados-internacionales/tratados-internacionales.htm>
- Gobernación del Valle del Cauca. (2014). transformación de la organización de prestadores de servicios de salud pública del valle del cauca. Recuperado de: <http://www.valledelcauca.gov.co/salud/publicaciones.php?id=7785>
- Gobernación del Valle del Cauca (s.f.). Valle del Cauca. Recuperado de: <https://www.todacolombia.com/departamentos-de-colombia/valle-del-cauca.html>
- Gómez, L., Rivillas, J., Reina, H., & Muñoz, E. (2015). Desafíos del envejecimiento poblacional para el Sistema de Salud Colombiano: necesidad de disponer de datos económicos y aumentar la investigación del adulto mayor. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Poster-Desafios-envejecimiento-pob-Cali-2015.pdf>
- González, J., & de la Fuente, R. (2017). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano. *International Journal of*

- Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 7(1), 121-130. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/3498/349851791013/>
- Grindle, M. (2009). La Brecha de la Implementación. EN: Freddy Mariñez Navarro. Política Pública y democracia en América latina del análisis a la implementación. México D.F: Porrúa.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación (Vol. 3). México: McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación (5taed). MEXICO D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *REV. Panamericana de Salud Pública*. 33, 223-229. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/>
- Hospital Mario Correa Rengifo (2016). Plan de desarrollo " El Mario somos todos" 2016-2019. Cali. Recuperado de: <https://www.hospitalmariocorrea.org/index.php/hospital-mario-correa/componentes/documentos-planeacion-hospital-mario-correa>
- (2018). Informe evaluación plan operativo 2017. Cali. Recuperado de: <https://www.hospitalmariocorrea.org/index.php/hospital-mario-correa/componentes/documentos-planeacion-hospital-mario-correa>
- Kelly, J. (2003). Políticas públicas en América Latina: teoría y práctica. Caracas: Ediciones IESA.
- López, N., & Sandoval, I. (2006). Métodos y Técnicas de investigación cualitativa y cuantitativa. Documento de Trabajo, Sistema de Universidad Virtual, Universidad

- de Guadalajara, 3-23. Recuperado de:
http://recursos.udgvirtual.udg.mx/biblioteca/bitstream/20050101/1103/2/Metodos_y_tecnicas_de_investigacion_cuantitativa_y_cualitativa.swf
- López, S. (s.f.). El Estado en la era de la globalización. Recuperado de:
<https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/4/1572/4.pdf>
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, 20. Universidad del Norte, 165-193. Recuperado de: <http://jbposgrado.org/icuali/Estudio%20de%20caso.pdf>
- Massip, C., Ortiz, R., Llantá, M., Peña, M., & Infante, I. (2008). La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34, 1-10. Recuperado de: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000400004&script=sci_arttext&tlng=en
- Merlano, C., & Gorbanev, I. (2013). Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. *Gerencia y Políticas de Salud*, 12(24). Recuperado de:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/6093>
- McMillan, J. H., & Schumacher, S. (2005). Investigación educativa una introducción conceptual. Pearson educación.
- Meny, I., & Thoenig, J. (1992). Las Políticas públicas. Barcelona: Ariel Ciencia Política, 223-244.
- Ministerio de la Protección Social (2005). Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C., Recuperado el 6 de septiembre de 2017, de
<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Ministerio de la Protección Social (2007). Política nacional de envejecimiento y vejez.

Bogotá D.C., Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/POL%C3%8DTICA%20NACIONAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Ministerio de Salud. (2014). Política colombiana de envejecimiento humano y vejes para

el periodo 2014-2024. Bogotá D.C., Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/POC/EHV-2014-2024.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2014). Política Pública Nacional de Discapacidad

e Inclusión Social 2013-2022. Bogotá D.C., Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

Ministerio de Salud y Protección social (6 de mayo de 2016). “Por medio del cual se expide

el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". (Decreto

780 de 2016). Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad%20Nuevo/Decreto%20780%20de%202016.pdf)

Mora, C. (2011). La calidad del servicio y la satisfacción del consumidor. Revista

Brasileira de Marketing, 10(2), 146-162. Recuperado de:

http://revistabrasileirmarketing.org/ojs-2.2.4/index.php/remark/article/view/2212/pdf_52

Muller, P. (2002). Las políticas públicas. Universidad Externado de Colombia.

Naciones Unidas (2003). Declaración política y plan de acción internacional de Madrid

sobre el envejecimiento. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento.

Recuperado de: <https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf>

Olavarría, M. (2007). Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas. Documentos de Trabajo (Universidad de Chile. Departamento de Gobierno y Gestión Pública), (11), 1-96. Recuperado de: [http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123548/Conceptos %20Basicos Politiclas Publicas.pdf?sequence=1](http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/123548/Conceptos_%20Basicos_Politiclas_Publicas.pdf?sequence=1)

Organización de Las Naciones Unidas. (10 de diciembre de 1948). La Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). Envejecimiento. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/ageing/es/>

Ortiz, N., & Díaz, C. (2018). Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. Revista mexicana de sociología, 80(3), 611-638. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rms/v80n3/0188-2503-rms-80-03-611.pdf>

Pantelides, E. A. (2005). Acceso de los adultos mayores del área metropolitana de Buenos Aires a los servicios de atención de salud. Trabajo presentado en VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Septiembre. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Edith_Pantelides/publication/228926966_Acceso_de_los_adultos_mayores_del_Area_Metropolitana_de_Buenos_Aires_a_los_servicios_de_atencion_de_salud/links/0deec522794ee1e3e6000000/Acceso-de-los-adultos-mayores-del-Area-Metropolitana-de-Buenos-Aires-a-los-servicios-de-atencion-de-salud.pdf

- Pereira, M. I. (2007). La prestación del servicio de salud en Colombia programa: coproducción de la acción pública. París: Instituto de investigación y debate sobre la gobernanza.
- Peña, V. (2013). ¿Que ha salido mal?: hallazgos sobre la implementación de políticas públicas para la transparencia a partir de un caso instrumental. *Revista de Gestión Pública*, 2(2), 405-438. Recuperado de: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32904105/2013_revistagestionpublica.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1554238376&Signature=jxzEY7GKSwDoUgf19kva9Cduf4w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DQue ha salido mal Hallazgos sobre la imp.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/32904105/2013_revistagestionpublica.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1554238376&Signature=jxzEY7GKSwDoUgf19kva9Cduf4w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DQue+ha+salido+mal+Hallazgos+sobre+la+imp.pdf)
- Pressman, W. (1998). Implementación: como grandes expectativas concebidas en Washington se frustra en Oakland. México.
- Revuelta, B. (2007). La implementación de políticas públicas. *Díkaion*, 16(1). Recuperado de: <http://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1379/1515>
- Rodrigo, M. J. (1994). Contexto y Desarrollo Social. Madrid: Síntesis.
- Rojas, A. (Comp.) (s.f.). Manual de citación: normas APA. Bogotá D.C: Universidad Externado de Colombia. Recuperado de: <https://www.uexternado.edu.co/wp-content/uploads/2017/07/Manual-de-citacio%CC%81n-APA-v7.pdf>
- Roth, A. N. (2003). La Implementación de las Decisiones. Bogotá, D.C: Aurora.
- Secretaria Departamental de Salud (2016). Alcances al Documento de Red - Organización de Prestadores de Servicios de Salud Públicos del Departamento del Valle del Cauca. Gobernación del Valle del Cauca. Recuperado de:

<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=viewpdf&id=556>

Presidencia de la Republica de Colombia (6 de Mayo de 2016). “Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social”. Decreto Único Reglamentario 780 de 2016 Nivel Nacional. Diario Oficial 49865. Recuperado de:

<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=65994>

Subirats, J., Knoepfel, P., Larrue, C., & Varone, F. (2008). La Implementación de Políticas Públicas. Barcelona: Editorial Ariel.

Varela, A., Ospina, B., Zúñiga, A., Barrios, L., Rodríguez, A. L., Gutiérrez, C., & Luna, L. (2011). Estudio de percepción de Barreras de Acceso en la prestación de servicios de salud de las ESE del municipio de Santiago de Cali. Cali: Secretaria de Salud Pública Municipal.

Vargas, I., Vásquez, L., & Mogollón, A. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Salud Pública* (12), 702. Recuperado de: <https://www.scielo.org/article/rsap/2010.v12n5/701-712/es/>

Villarreal Martínez, M. (2005). La legislación en favor de las personas mayores en América Latina y el Caribe. CELADE. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7206/S0501092_es.pdf

Viveros, A. (2001). Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad. CEPAL. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7155/S01121062_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yacuzzi, E. (2005). El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación (No. 296). Serie Documentos de Trabajo.

Recuperado de: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/84390/1/496805126.pdf>

Anexos

Anexo 1. Tabla 1 Análisis con respecto a la edad de los encuestados

Edad	Porcentaje	Cantidad
Entre 60 y 64 años	36%	18
Entre 65 y 70 años	20%	10
Entre 71 y 74 años	18%	9
Entre 75 y 80 años	22%	11
Mayor a 80 años	4%	2
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 2. Tabla 2. Análisis con respecto al género de los encuestados

Género	Porcentaje	Cantidad
Hombres	50%	25
Mujeres	50%	25
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 3. Tabla 3. Análisis según el régimen de los encuestados

Régimen	Porcentaje	Cantidad
Contributivo	18%	9
Subsidiado	80%	40
No sabe/No responde	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 4. Tabla 4. Análisis con respecto al puntaje del Sisbén de los encuestados.

Puntaje Sisbén	Porcentaje	Cantidad
Nivel 1	40%	20
Nivel 2	2%	7
No aplica	14%	1
No sabe/No responde	44%	22
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 5. Tabla 5. Análisis de las entidades prestadoras de salud

Régimen	Porcentaje	Cantidad
Coosalud	28%	14
Sanitas EPS	4%	2
Emssanar	40%	20
Medimás	6%	3
Comfenalco	8%	4
Otras	10%	5
No diligencia	4%	2
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 6. Tabla 6. Análisis del número de visitas de los encuestados

Ocurrencia	Porcentaje	Recuento
1 a 3 veces	40%	20
4 a 6 veces	42%	21
7 a 10 veces	14%	7
Mayor o igual a 10 veces	2%	1
No sabe/No responde	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 7. Tabla 7. Análisis de la encuesta de satisfacción de los usuarios

Percepción	Porcentaje	Recuento
Si	62%	31
No	34%	17
No sabe/No responde	4%	2
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 8. Tabla 8 Análisis de la encuestas de tratamientos recibidos

Percepción	Porcentaje	Recuento
Requirió algún tramite	70%	35
Fueron oportunos	30%	15
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 9. Tabla 9. Análisis de la encuesta frente a visitas a la institución de salud

Percepción	Porcentaje	Recuento
Si	46%	23
No	40%	20
Pocas veces	12%	6
No sabe/No responde	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 10. Tabla 10. Análisis de la encuesta de tratamientos de los usuarios.

Percepción	Porcentaje	Recuento
Si	64%	32
No	34%	17
No sabe/No responde	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 11. Tabla 13. Análisis del tiempo de respuesta de los requerimientos de los encuestados.

Percepción	Porcentaje	Recuento
Inmediatamente	8%	4
½ hora	2%	1
1 a 23 horas	32%	16
1 a 8 días	22%	11
9 a 30 días	12%	6
31 a 90 días	12%	6
91 a 180 días	6%	3
No sabe/No responde	6%	3
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 12. Tabla 14. Análisis de la encuesta padece alguna enfermedad.

Percepción	Porcentaje	Recuento
Si	72%	36
No	26%	13
No sabe/No responde	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 13. Tabla 15. Análisis de la encuesta de la percepción frente a la prestación del servicio de salud.

Percepción	Porcentaje	Recuento
Muy buena	4%	2
Buena	24%	12
Regular	48%	24
Mala	22%	11
Muy mala	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 14. Tabla 23 análisis de la encuesta percepción de los encuestados frente a la atención preferencial del adulto mayor.

Percepción	Porcentaje	Recuento
Si	92%	46
No	6%	3
No sabe/No responde	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia

Anexo 15. Tabla 17. Análisis del grado de satisfacción en la prestación del servicio de salud

Percepción	Porcentaje	Recuento
Muy buena	12%	6
Buena	46%	23
Regular	36%	18
Mala	4%	2
Muy mala	2%	1
Total	100%	50

Fuente: elaboración propia