

Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores

Health Crisis in Colombia: limiting access to the fundamental right to health of older adults

Gabriel Jaime Álvarez Salazar*

*Abogado y Especialista en Seguridad Social de la Universidad de Antioquia.

Correo electrónico: gabrielalvarezsalazar@gmail.com

Marilyn García Gallego**

**Trabajadora Social de la Universidad de Antioquia.

Correo electrónico: marygar1313@gmail.com

Maritza Londoño Usme***

***Gerontóloga Universidad Católica de Oriente.

Correo electrónico: maritzalu093@gmail.com

Resumen

El presente artículo aborda la crisis de la salud en Colombia y las diferentes barreras a las que se enfrenta el Adulto Mayor para acceder al Derecho efectivo de la misma. En la primera parte se hace un recuento del concepto de salud, vejez y crisis de la salud para toda la población en especial de la que es objeto de este estudio. Posteriormente, se enfoca en la definición de barrea y sus clases, entre ellas: geográfica, socioeconómicas, económicas - administrativas y jurídicas.

Continúa con el análisis de las estrategias existentes actualmente para dar respuesta a las barreras e inequidades de esta población. Además, se reconocen las acciones existentes para proteger este grupo identificado como vulnerable. Finalmente, se concluye con un análisis de los recursos dados para ofrecer la atención necesaria, sin embargo, estos no son suficientes para dar soluciones definitivas dadas la complejidad que ofrece el contexto del país.

Palabras clave: Salud, accesibilidad, adulto mayor, crisis de la salud, barreras.

Abstract

This article discusses the health crisis in Colombia and the different barriers facing the Elderly to access the effective right to health care. The first part outlines the concept of health, old age and the health crisis for the entire population, especially the elderly which are the subject of this study. Subsequently, it focuses on the definition of 'barrier' and its types including: geographic, socioeconomic, economic - administrative and legal.

Following on from this, some of the currently existing strategies to address barriers and inequities of this population will be analyzed. As well as, existing efforts to protect this group, identified as vulnerable, will be recognized. Finally, this article concludes with an analysis of the resources given to provide the necessary care. However, these are not enough to provide definitive solutions owing to the complex context of the country.

Keywords: Health, accessibility, elderly, health crisis, barriers.

Introducción

La humanidad ha experimentado rápidas y profundas transformaciones en todas las esferas de la vida; económica, cultural, social y política. Tales cambios han provocado, por un lado, una cierta perplejidad ante su velocidad y amplitud y, por el otro, un gran esfuerzo de reflexión y

Recepción

12 de agosto de 2016

Revisión:

30 de agosto de 2016

Aprobación:

7 de septiembre de 2016

Artículo de reflexión

acción en el sentido de comprender y explicar lo que pasa, a fin de intervenir la realidad. La internacionalización de la producción, distribución y consumo, juntamente con el avance de las tecnologías de la información, tienen como resultado la globalización de la economía y sus consecuencias macroeconómicas: transnacionalización empresarial, desterritorialización de la fuerza de trabajo, desempleo estructural, entre otras (Banco Mundial, 1984).

En el campo de la salud, el debate sobre sus relaciones con el desarrollo económico y social se amplía hacia un discusión sobre la extensión de cobertura de los servicios, el reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar el cuidado de ésta (Filho y Paim, 1999).

Además, se asocia el desprestigio de la seguridad social con las críticas al Estado de Bienestar, fundamentalmente se hace por los defensores del mercado, proclives a la “individualización” y amparados en la libertad que supuestamente les garantiza; lo que antes debía resolverse por la vía de la solidaridad intergeneracional, hoy podría quedar como tantos otros servicios sociales sujeto a la dinámica del mercado. Es decir, predomina la preocupación por los resultados económicos frente a los créditos sociales derivados de una política dada (Franco, 2010).

Sumado a esto, las dinámicas del crecimiento poblacional han cambiado, el número de personas que en el mundo rebasa la edad de 60 años, aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos. También se ha incrementado el grupo de los “muy viejos”, o sea los mayores de 80 años de edad, que en los próximos 30 años constituirán el 30 % de los adultos mayores, en los países desarrollados y el 12 % en los llamados en vías de desarrollo (Alonso Galbán,

Sansó Soberats, Díaz-Canel Navarro, Carrasco García y Oliva, 2007).

El envejecimiento de la población es un reto para la medicina, dado que se tienen cada vez más personas mayores como pacientes, con todo lo que esto implica: comorbilidades y mejor definidas en este grupo etario como multimorbilidades muchas de estas de alto costo, como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la enfermedad renal crónica y la diabetes con sus respectivas complicaciones por el tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica. Además, el adulto mayor tiene una limitada reserva fisiológica y muchos de ellos se catalogan con fragilidad y desacondicionamiento con edades mayores de 80 años principalmente, esto crea un mayor costo farmacéutico en el control de enfermedades que no tiene carácter curativo, y además los pone en riesgo de empeorar efectos adversos en el ámbito de la salud y alcanzar la discapacidad y la dependencia más rápidamente (Valencia, 2012).

La atención de la población mayor se ve más afectada en relación con la demás población, en virtud del gasto del recurso económico y la mayor demanda de servicios asistenciales a prestar. Es decir, que al encontrarse en la última etapa del ciclo vital, requieren del recurso público del sistema y aumentan la demanda de servicios, lo que posibilita que se consolide la idea de que su atención aumenta los costos y por ende la crisis, esto, sumado a la concepción o estereotipo que por su edad no se hace tan necesario ni tan pertinente la utilización de servicios o tecnologías de salud, podría llevar a que se vea limitado el acceso efectivo a la salud.

Las transformaciones demográficas implican cambios cuantitativos y cualitativos en el moldeamiento de las sociedades, llevan a replantearse el equilibrio entre el Estado, el mercado y la familia que a medida que cambia la distribución por edades de la población

hay que replantear la manera en que estos tres intervienen en la provisión de bienestar y desarrollo de capacidades (Huenchuan, 2013).

Respecto a lo planteado anteriormente, existe la necesidad de realizar una revisión teórica sobre los aspectos de la crisis de la salud y la afectación que estos generan en el acceso efectivo al derecho fundamental de la salud, dado que se cuenta en Colombia con escasa información consolidada sobre dicha problemática en los adultos mayores específicamente.

Metodología

Se realizó una revisión sistemática de las publicaciones existentes en relación con la actual crisis de la salud y los aspectos que limitan el acceso al derecho fundamental a la salud de la población adulta mayor. Mediante la investigación documental argumentativa exploratoria, se obtuvo una postura crítica. Se permitió tener conclusiones frente al tema desarrollado.

Conceptualización teórica de la problemática

Abordar la crisis de la salud y los aspectos que influyen como limitantes para el acceso a los servicios y tecnologías en salud de los adultos mayores, es importante al tratarse de una población vulnerable, el enfoque de atención deberá ser de inclusión más que de exclusión, por lo tanto, si se establece una relación directa entre la crisis existente y la limitación del acceso a la prestación de servicios asistenciales de este grupo poblacional, se podrán establecer medidas que permitan equilibrar la balanza a favor del derecho fundamental de la salud, y que no solo se aborde el tema con una argumentación netamente económica.

Al identificar los aspectos de la crisis que impiden el acceso efectivo al derecho fundamental de la salud en los adultos mayores de Colombia, se podrá argumentar un cambio en la proyección de la atención. Para llegar ello, es necesario partir de conceptos que enmarcan el problema.

Salud

La Salud es un concepto social construido a partir de las experiencias, momento histórico y contexto en que se encuentre, para Pérez Martínez, la salud parte de la idea, de una persona sana, como un ser humano con un buen equilibrio corporal y mental y bien adaptado a su medio físico y social. Que ejerce pleno control de sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales siempre y cuando no sobrepasen los límites normales, y contribuye al bienestar de la sociedad en la medida de sus posibilidades. Por lo tanto, la salud no es sencillamente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y la aceptación entusiasta de las responsabilidades que la vida impone a la persona (Pérez, 2011).

El concepto de Salud, ha evolucionado a través del tiempo, desde los inicios de la humanidad, cuando la enfermedad y la salud eran atribuidas a los dioses, pasando por la época de la revolución francesa cuando por los aportes de Virchow y Pasteur se comenzó a tener en cuenta la dimensión social y política en el concepto de enfermedad, hasta llegar a la concepción posmoderna. La conceptualización de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades” (Quintero, 2007, p. 43).

Mogollón hace un recorrido en el tiempo citando varios autores para definir el concepto de salud, en 1974, Marc Lalonde, Ministro canadiense de Salud, creó un modelo de salud pública explicativo de los determinantes de la salud, aún vigente, en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluyendo el social en un sentido más amplio junto a la biología humana y la organización de los servicios de salud. En 1991, Castellano estableció como se produce la interacción entre los determinantes de salud

con la categoría condiciones de vida, que serían los procesos generales de reproducción de la sociedad que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado. Estos determinantes son modificables, ya que están influenciados por los factores sociales, y por ello las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. Lalonde mediante diagrama de sectores circulares, estableció la importancia o efecto relativo que cada uno de los determinantes tiene sobre los niveles de salud pública (Mogollón, 2015).

Lo anterior permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social. Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad [...] para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales” (Quintero, 2007).

El concepto de salud como se evidencia en lo antes mencionado ha sido una constante construcción y deconstrucción a partir de las experiencias individuales y sociales, en la actualidad, esto ha permitido que el común de la población se apropie del concepto reclamando la salud como un derecho desde el ámbito civil, social y político.

La salud como derecho, se ha enmarcado en el contexto de los Derechos Humanos, estos entendiéndose como las normas internacionalmente acordadas que se aplican a todos los seres humanos. Engloban los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales enunciados en la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) (World Health Organization, United Nations & Office of the High Commissioner for Human Rights, 2009)

Por lo cual, los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos (OMS | Derecho a la salud, 2015).

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en el año 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud (Naciones Unidas, 1966).

En dicha Observación general se afirma que el derecho a la salud no sólo abarca la atención de salud oportuna, sino también los factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro de alimentos sanos, una nutrición y vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Los Estados deben adoptar medidas para avanzar hacia la realización del derecho a la salud de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que deberán adoptar medidas deliberadas, concretas y específicas hasta el máximo de los recursos de que dispongan. Esos recursos incluyen aquellos proporcionados por el propio Estado.

En Colombia, la Constitución Política Nacional de 1991 en su artículo 49 y que fue modificado por el acto legislativo 2 de 2009, artículo 1, se refiere a la atención en Salud como un servicio público que garantiza el acceso en promoción, protección y recuperación de la salud a todas las personas (Congreso de la República de Colombia, 2009).

Así mismo recae la responsabilidad sobre el estado de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de Salud, ejerciendo vigilancia y control. Señala además que los servicios de salud, se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad (Constitución Política de Colombia, 1991).

De otra parte, la ley estatutaria 1751 de 2015 consagra la salud como un derecho fundamental, lo define como un derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo.

Comprendiendo el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. Ratifica el compromiso que tiene el Estado en la adopción de políticas (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Vejez

Existen diversos paradigmas para comprender la vejez y el envejecimiento, ya que ambos procesos aluden a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso del calendario, sino también por aspectos fisiológicos, sociales y culturales. Según el criterio cronológico, establecido por la mayoría de los países de la región en sus respectivas legislaciones, la vejez se inicia a los 60 años, frontera que ha variado más en los últimos tiempos que en toda la historia occidental. La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite a partir del cual una persona se considera mayor o de edad avanzada. En general, el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia. La vejez puede conceptualizarse al menos con base en tres sentidos diferentes: cronológico, fisiológico y social.

- La edad cronológica es esencialmente biológica y se manifiesta en niveles de trastorno funcional. Se refiere a la edad en años. La vejez se define a partir de los 60 o 65 años, y a menudo es fijada por ley bajo la denominación de adulto mayor o persona mayor.
- La edad fisiológica se refiere al proceso de envejecimiento físico que, aunque se vincula con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales.
- la edad social alude a las actitudes y conductas que se consideran adecuadas para una determinada edad cronológica (Arber y Ginn en Huenchuan, 2011).

Esto significa que la edad de la vejez, es una construcción social e histórica que posee el significado que el modelo cultural otorga a los procesos biológicos que la caracterizan. Desde este punto de vista, el concepto de vejez, al margen de la relación directa con la edad cronológica o natural de cada persona, está intrínsecamente determinada por el proceso de producción, las tendencias del consumo y los ritmos vitales impuestos por cada sociedad (Fericgla en Huenchuan, 2011).

Una expresión ligada a la edad social es la de “tercera edad”, considerada como una manera amable de referirse a la vejez. Este término ha generado históricamente la idea de una edad avanzada, pero dentro de un marco de funcionalidad y autonomía que permite llevar una vida independiente, llena de satisfacción (Huenchuan, 2011).

En Colombia, se tiene que las personas adultas mayores, son sujetos de derecho, socialmente activos, con garantías y responsabilidades respecto de sí mismas, su familia y su sociedad. Generalmente, un adulto mayor es una persona de 60 años o más de edad. Esta

edad puede parecer joven en países donde la población goza de un adecuado nivel de vida y por lo tanto de salud, sin embargo, en los países en desarrollo una persona de 60 años puede ser vieja y reflejar condiciones de vida que han limitado un envejecimiento saludable. Este límite de edad es reconocido y usado por Naciones Unidas para referirse a las edades avanzadas (Ministerio de Salud y Protección, 2013).

El Ministerio de Salud y Protección Social reiteró a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) la atención diferencial al adulto mayor, prevista en la [Circular 01 de 2014](#). En donde se estipula la garantía de una atención oportuna, integral y con calidad, orientada hacia un modelo de Atención Primaria en Salud (Ministerio de Salud y Protección, 2014).

Crisis en la salud

La crisis económica y financiera que envuelve al mundo, también afecta la salud, que tal y como se practica hoy depende cada día más del mercado. En estas circunstancias la salud es convertida en una mercancía que se encarece en la medida en que también lo hacen los productos dedicados al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Ello genera, a su vez, desigualdad de acceso a la medicina.

En función de la descripción coyuntural e histórica de la dinámica del sistema de salud en Colombia, se especifican los siguientes problemas estructurales, que hacen que el sector no sea eficiente y ponen en entredicho su sostenibilidad financiera.

Cuando se diseñó la Ley 100 y se estructuró el sistema, se auguraba que para la primera década de este siglo el 70 % de la población estaría afiliada al régimen contributivo y el 30 % al régimen subsidiado. Sin embargo, el régimen contributivo tiene actualmente una participación de afiliados de solo un 43,13 %, mientras el

régimen subsidiado tiene una participación del 56,87 %, lo que contradice la predicción. A pesar de que el POS busca proveer servicios de salud suficientes, su alcance sigue siendo limitado y muchos usuarios no reciben los servicios que requieren (Pérez, 2013).

En Colombia el Sistema de Seguridad Social en Salud ha pasado por una dinámica de financiación bastante difícil, dado el manejo de los recursos que lo financia, los diversos problemas institucionales y de regulación, además del aumento de los recobros al Fosyga.

Este no es un problema nuevo, desde los inicios de la Ley 100 ha existido esta tensión; según el DANE para junio de 2012 se encontraba de un lado un requerimiento de \$43 billones anuales, y de otro la vida y la salud de 46 millones de colombianos.

En la actualidad, la sostenibilidad del sistema de salud atraviesa una crisis que nace de esa búsqueda de equilibrio entre la capacidad de financiarse y la cobertura. A partir de la declaratoria de universalidad de la salud en Colombia, se han diseñado diversos mecanismos que garanticen la salud a toda la población, en medio de una restricción de recursos que afecta especialmente a la población más vulnerable. Sobre esta base y sumado a ello la necesidad de prestar eficientemente los servicios de salud sin discriminación alguna. Los problemas principales están en la falta de oportunidad y fallas en la atención y en la calidad de los servicios de salud.

La crisis afecta la salud en virtud de su impacto negativo sobre la vida cotidiana, por las condiciones laborales y sociales, el desempleo y los bajos ingresos, la inseguridad social, y la pobreza. Precisamente, en estas condiciones, cuando más se necesita que la medicina ofrezca un servicio accesible y sostenible, sufre restricciones económicas; y la exclusión social se incrementa y agrava la vulnerabilidad de la salud (Thielmann y Illnait, 2012).

La crisis de salud es hoy, una crisis social: esta es la consigna y la preocupación de los actores del sector salud que demuestran que más allá de la altísima cartera y los inagotables días de mora que implican cierres de servicios y de IPS, la población está viviendo en su día a día consecuencias que no solo agravan su enfermedad sino que afectan negativamente su calidad de vida y la de su familia; también las personas “sanas” y sus entornos laborales y sociales son tocados por una crisis que da marco a un “Nuevo País” que se prepara para la paz (Vásquez, 2016).

Acceso al Sistema de Seguridad Social y a los Servicios de salud de la población Adulta Mayor

Uno de los principales desafíos que ha enfrentado históricamente el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, es el acceso, al establecerse, como la puerta de entrada al sistema. Para este análisis entenderemos el acceso como aquel proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente.

Este tema ha significado un proceso de constante discusión y cambio, en el país se ha pretendido que el acceso pueda garantizarse mediante la cobertura, en donde se busca que la totalidad de la población ubicada en el territorio Colombiano esté afiliada a través del aseguramiento en salud, proceso en el cual, luego de más de veinte años de haber iniciado con la reforma del sistema se ha logrado una alta tasa, llegando casi a la totalidad de población afiliada al sistema.

La jurisprudencia ha hecho explícito el propósito esencial de garantizar el acceso, reconociendo la salud como un derecho humano fundamental (Restrepo-Zea, Silva-Maya, Andrade-Rivas & VH-Dover, 2014), un punto culminante, que a

su vez abre una nueva etapa en el desarrollo del sistema, con La Ley 1751 de 2015, en la cual, además de conceptualizar acerca de elevar el Derecho a la salud, se le otorga la jerarquía de Derecho fundamental, también continua la línea legal establecida en Colombia, en relación con dotar al Sistema de Salud Colombiano de principios, los cuales estructuran toda la normatividad que regula el sistema, y dentro de los cuales, adopta un papel preponderante el principio de accesibilidad, esta vez desarrollado en el Artículo 6, literal c, de la norma descrita y el cual se expone de la siguiente manera en la norma:

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados:

c) **Accesibilidad.** Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015)

Retomando hechos anteriores a este, se expone que la accesibilidad ha tenido un rol primordial, desde la creación del Sistema de Salud como lo conocemos hoy, se ha plasmado en la Ley que, para garantizar la salud, es necesario procurar el acceso a la misma.

Así en la Ley 100 de 1993, cuando se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud estableció como objetivo primordial el acceso en el artículo 152 así:

Artículo 152.-Objeto. La presente ley establece el sistema general de seguridad social en salud, desarrolla los fundamentos que lo rigen, determina su dirección, organización y funcionamiento,

sus normas administrativas, financieras y de control y las obligaciones que se derivan de su aplicación.

Los objetivos del sistema general de seguridad social en salud son regular el servicio público esencial de salud **y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención** [Negrillas y subrayado añadido](Congreso de la República de Colombia, 1993).

Nótese como, desde la creación del sistema, el acceso a la atención en salud ha tenido un rol trascendental en el desarrollo propio del Derecho como tal.

Incluso para llevar a cabo el aseguramiento y la prestación de servicios de salud, se establece un plan de beneficios, a los cuales se tiene derecho dentro del sistema de salud, plan que se conoce como POS, y es relevante en este punto, toda vez que la Resolución 5592 de 2015 (POS vigente) creada por el Ministerio de Salud y Protección Social, que establece las coberturas de este plan, también tiene como uno de sus objetivos el acceso a las tecnologías en Salud, y lo desarrolla de la siguiente manera en su artículo 2:

Artículo 2°. Estructura y naturaleza del plan de beneficios en salud con cargo a la UPC. El plan de beneficios en salud con cargo a la UPC es el conjunto de servicios y tecnologías descritas en el presente acto administrativo, que se constituyen en un mecanismo de protección en el derecho fundamental a la salud, **para que las EPS o las entidades que hagan sus veces, garanticen el acceso a los servicios y tecnologías en las condiciones previstas en esta resolución.** [Negrillas y subrayado añadido] (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015b).

Lo anteriormente descrito, no solo demuestra que el Sistema de Salud, debe estar basado en la posibilidad de acceso al derecho a la salud, y a sus servicios y tecnologías, que deben tener

las personas, y que así lo reconoce el Congreso de la República y el Ministerio a cargo de regular la salud, sino que también prueba que el concepto de accesibilidad es abstracto y de compleja aplicabilidad, lo anterior, toda vez que si se siguen creando normas que plasman el principio de accesibilidad, o abordan el acceso como objetivo primordial, definitivamente es porque la anterior normatividad no ha podido satisfacer plenamente las necesidades y expectativas en salud que tenemos los Colombianos.

Respecto a la población adulta mayor y el acceso a los servicios de salud ya se ha empezado a legislar; en la Resolución 1378 de 2015, se establecen disposiciones para la atención en salud y protección de los adultos mayores, de tal forma que puedan acceder de forma ágil y oportuna a los diferentes servicios, es así como establece en el artículo 4 capítulo II, que todas las entidades territoriales y los prestadores de servicios de salud, deben actuar coordinadamente para brindarles una atención, humanizada y con calidad, aclarando en su párrafo: que en ningún caso podrá negarse los servicios de atención a una persona adulta mayor, por razones administrativas o económicas. Además, establece las responsabilidades de las entidades territoriales y de los prestadores de servicios de salud, entre las cuales se encuentran, garantizar la continuidad de los tratamientos en curso, garantizar una atención preferencial, atención intersectorial e interdisciplinaria (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

A su vez, la Circular 04 del 20 de marzo de 2015 expedida por la Superintendencia Nacional de Salud, imparte instrucciones claras respecto a la prestación de los servicios de salud para las personas mayores, en estas recalca que el acceso a los servicios de salud de los adultos mayores no se podrá limitar por cuenta de trámites administrativos o económicos, de igual forma, realiza recomendaciones respecto a la atención oportuna, la entrega de medicamentos,

servicios de promoción y prevención y el trato digno, todo esto enmarcado a los derechos que tienen los adultos mayores y al acceso real a los servicios de salud (Superintendencia Nacional de Salud, 2015).

Barreras

Como se indicó en anteriores capítulos la dinámica del sistema de salud ha impuesto barreras a los ciudadanos para acceder al goce efectivo del derecho a la salud. En este capítulo se identificarán algunos de los aspectos que ayudan a generar ese desequilibrio en tiempos de crisis de la salud, y que deja a los adultos mayores en un estado de vulnerabilidad.

Autores como Mejía-Mejía, Sánchez-Gandur y Tamayo-Ramírez hacen referencia al acceso a los servicios de salud a partir de determinantes individuales, organizacionales y sociales, los cuales en algunas ocasiones pueden establecer barreras, suponiendo obstáculos importantes para el acceso a los servicios.

El aseguramiento adoptado por la Ley 100 de 1993 y la Ley 1751 de 2015, reconocen al afiliado el derecho a ser atendido mediante un paquete de servicios cuando lo requiera. Sin embargo, en la práctica, los ciudadanos enfrentan múltiples barreras de tipo geográfico, normativo, administrativo, cultural y de oferta, para acceder a los servicios; se identifican entonces, condicionantes que incluyen elementos del contexto geográfico, social, político y económico así como de asuntos relacionados con el sistema y sus normas, la gestión de los actores institucionales y dificultades atribuibles a profesionales y usuarios, que inciden en que el acceso efectivo a los servicios de salud, bajo los criterios de universalidad y equidad, no se cumplan totalmente (Mejía, et. al, 2007).

A continuación se desarrollarán las barreras de acceso al servicio a los adultos mayores más relevantes identificados en el análisis realizado.

Barreras geográficas

Las barreras geográficas se pueden considerar como una forma de exclusión que se expresan en la dificultad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud. Estas barreras pueden ser, dificultades propias de la localización de su comunidad, carencia de vías de comunicación adecuadas o distribución física de los servicios de salud.

De igual forma, las barreras geográficas tienen dos perspectivas, las que se experimentan en las grandes urbes y las que se presentan en la ruralidad. Adicionalmente, se ven afectadas de forma diferencial por el contexto centro-periferia. Hacen alusión al fraccionamiento de los servicios ofrecidos por las aseguradoras en diferentes instituciones en una misma ciudad o en varias ciudades. Esta situación obliga a realizar desplazamientos excesivos dentro de la ciudad o entre diferentes municipios. En esta subcategoría se mezclan las restricciones económicas, las grandes distancias recorridas y las dificultades de transporte. (Vargas y Marín, 2009).

En el área rural, son grandes las distancias que debe recorrer la población para acceder a los servicios de salud, en donde una gran proporción de personas no demanda la atención e incluso pasan años sin acudir.

El usuario debe buscar maneras de financiar los desplazamientos para llegar al lugar donde se presta el servicio o se debe tramitar algún proceso. En muchas ocasiones, los usuarios recurren al apoyo de conocidos y familiares, ya sea para que proporcionen el transporte, la compañía o el préstamo del dinero necesario para el desplazamiento. Asimismo, hay usuarios que deciden pagar algunos exámenes de manera particular, ya que el desplazamiento al lugar donde el servicio se encuentra contratado por la EPS puede salir más costoso por los tiempos y por los gastos de desplazamiento (Achicanoy, Balaguera y Bolívar, 2011).

Es importante anotar que la distancia no solo es espacial, sino que también puede ser económica o social, debido a falta de recursos o al desconocimiento de cómo desenvolverse en ciertas zonas de la ciudad, los usuarios prefieren acceder al servicio por urgencias. Algunos, al no poder acceder a una cita, o por los largos períodos de espera, deciden muchas veces acudir al farmaceuta para que les venda algo que les pueda ayudar con su problema de salud, o para sostenerse mientras pueden acceder a la cita médica o con el especialista. (Restrepo, et. al, 2014).

Barreras socio-económicas

En lo que va de este siglo, desde distintos ámbitos, se ha hablado de la crisis económica que atraviesa el mundo de hoy, planteando distintos focos por los que surge el problema, sin embargo hasta ahora no se ha encontrado una respuesta única o una solución a ésta, parece ser que las poblaciones más vulnerables son quienes por sus condiciones sociales están destinados, a expiar las culpas del sistema, sus escasos recursos económicos y sociales les limitan entrar en la dinámica del mercado, excluyéndolos muchas veces de servicios básicos y derechos que poseen como ciudadanos.

El nivel de salud está condicionado por los determinantes sociales de la salud (DSS), definidos como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud”. Los DSS incluyen las características específicas del contexto social por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive y trabaja se traducen en efectos sobre la salud (Hirmas, et al., 2013).

La diversidad cultural y las diferentes concepciones del proceso salud-enfermedad condicionan el acceso partiendo de las creencias populares, ritos y tradiciones de la población que los lleva a tomar decisiones desde las creencias y no buscando los recursos ofrecidos;

adicionalmente, la asimetría en la información que sobre derechos, deberes y acciones en salud tienen las personas, se convierte en barrera cultural para el acceso. Los servicios de salud no están diseñados para hacer un diálogo intercultural (Vargas y Marín, 2009).

Las características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas) la estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación, etnicidad y religión) y la cultura, también limitan el acceso a los servicios, estos factores determinan patrones de exposición y de vulnerabilidad diferenciados.

En el año 2005 la CEPAL en conjunto con los gobiernos de Latinoamérica y el caribe realizaron un estudio enfocado a la población adulta mayor en donde se evidencia, cómo las condiciones socioeconómicas de esta población se recrudecen y limitan aún más el acceso a los servicios de salud.

Los incrementos de supervivencia logrados en la región no han sido acompañados por mejoras comparables en el bienestar económico, social y en las condiciones de salud. Mientras que en Estados Unidos sólo el 22.7 % de las personas mayores de 65 años e incluso el 32.2 % de los mayores de 75 años, refirió tener una salud regular o mala, en América Latina, según el estudio SABE, la mayoría refirió tener una salud regular o mala (58 % de las mujeres y 51 % de los hombres).

El contexto social y económico en la región hace muy particular el manejo de los problemas de salud de estas personas. Casi el 50 % de los entrevistados en el estudio SABE dijo no tener recursos suficientes para satisfacer sus necesidades diarias. El 33 % de las personas mayores en las zonas urbanas y un 50 % de las rurales está en la pobreza; en algunos países, la pobreza alcanza el 70% de las personas mayores. Según cifras de CEPAL, un tercio de las personas mayores de 65 años o más no dispone de jubilación, pensiones o trabajo remu-

nerado (Organización Panamericana de la Salud, 2005).

La necesidad de incurrir en gastos de bolsillo para acceder a servicios de salud o al consumo de medicamentos es una fuente importante de inequidad. Las dificultades para acceder a la atención en salud aumentan a medida que disminuye el nivel socioeconómico de las personas mayores, y quienes tienen un nivel socioeconómico muy malo, en definitiva, no acceden a la atención en salud.

Tradicionalmente ha sido la familia el núcleo de la sociedad, quien desde la parte social y económica ha soportado estas dinámicas; sin embargo, en la actualidad la familia también se ha transformado desde su concepto hasta su estructura, convirtiéndose también en algunos momentos en una barrera para el acceso a la salud desde la parte social, especialmente en el caso de los adultos mayores.

Los procesos más recientes de modernización, la incorporación a un modelo global de desarrollo económico y la transición demográfica, han aumentado la diversidad y heterogeneidad de los países de la región latinoamericana. A ello, se agrega un crecimiento económico lento y desigual, que genera pobreza e inequidad. La modernización se caracteriza por una creciente diferenciación y especialización de las instituciones. En el caso de la familia, ello se ha traducido en una progresiva concentración en funciones afectivas y la absorción por otras instituciones de las tradicionales funciones instrumentales. Como resultado de este proceso, se debilitan los lazos de dependencia mutua entre los integrantes del núcleo familiar y las relaciones interpersonales sufren también transformaciones (Arriagada, Aranda y UN. ECLAC. Social Development Division, 2004).

La conformación familiar ha cambiado, en siglos anteriores predominaba la existencia de las familias nucleares con un amplio número de

hijos en las cuales con facilidad se distinguían los roles y funciones de cada uno de sus miembros, actualmente existe un predominio de nuevas familias en donde la característica principal son el menor número de integrantes, padre o madre que viven con sus hijos, se desintegra el núcleo familiar y aumentan los roles y funciones para un solo integrante.

Respecto a los adultos mayores en las anteriores tipologías familiares se definía uno de los miembros quien asumiría el rol de cuidado de los padres en su edad adulta, actualmente el número de hijos disminuye y por las dinámicas del mercado estos, en su mayoría deben laborar para asumir el sostenimiento, lo que lleva a que los adultos mayores permanezcan solos, sin una persona que brinde el soporte del cuidado, que incluye la realización de trámites y suministro de tratamientos, limitando su acceso a los servicios de salud.

Económicas y administrativas

Las barreras económicas y administrativas hacen referencia a aquellas situaciones que para el sostenimiento del sistema y el mercado impiden a los usuarios acceder a los servicios, como por ejemplo, la carencia de empleo, los altos costos de la atención y falta de recursos para pagar las contribuciones, hacen que la población sea más vulnerable, de la misma manera que todas aquellas dinámicas administrativas que entorpecen el acceso.

Retomando a Vargas y Marín en un estudio comparado sobre acceso a los servicios de salud en seis ciudades Colombianas en el año 2009, podemos indicar:

Muchos de los usuarios entrevistados señalaban el contexto económico como auténticas limitaciones para el acceso a la salud...Los participantes dijeron: “los pobres no tienen cómo desplazarse para recibir atención en salud y, cuando llegan, la atención no se da cuando la necesitan [...] deben esperar varios días” (usuario-171-5); “En la mercantilización

del servicio está la médula de las dificultades de acceso” (usuario-105-13); “Hay medicina de segunda para gente de segunda” (administrador-015-10) (Vargas y Marín, 2009).

Se identifica entonces que una de las barreras administrativas está relacionada con la caracterización previa de los usuarios a la atención en salud, es decir, que el objetivo es primero identificar quien es el beneficiario de la atención en salud y posteriormente se presta el servicio, generando así un escenario que limita de manera directa una atención priorizada.

Los procesos administrativos han sido escritos como una barrera para el acceso a los servicios de salud; se evidenció que los pacientes que solicitan atención médica de urgencias, deben sortear varios procesos, como la identificación del afiliado, la verificación “de derechos” y la solicitud de autorizaciones, que tienen como objetivo caracterizar al paciente según el régimen, aseguradora y estado de la afiliación, para identificar el “pagador” de la atención. Estos procesos se realizan tomando en cuenta la información contenida en las bases de datos que fueron descritas como ineficientes, tanto por la multiplicidad de las fuentes e incongruencia de los datos, como por la demora en la actualización de los mismos (Chávez y Marín, 2014).

Por otra parte, se identifica que la integración vertical y la fragmentación de los servicios, es otra de las barreras de acceso administrativas, toda vez que mientras el sistema de salud permite que la atención básica en salud, pueda ser prestada por el mismo asegurador, se evidencia la fragmentación de los servicios para acceder a niveles de atención superiores, menoscabando así, el bienestar del adulto mayor.

Los usuarios y profesionales de atención primaria comparten la percepción de que las aseguradoras y la red de IPS propia obstaculizan el acceso de los pacientes a la atención a la salud. Se detectan importantes

discrepancias en este aspecto con gestores de EPS e IPS, y profesionales de atención especializada (Vargas, 2009).

Esta situación, incentiva que los servicios de salud se fragmenten dificultando el acceso efectivo a los servicios de conformidad a la pertinencia médica y a las vías de atención establecidas por cada IPS, propiciando así que no exista una prestación coordinada en los servicios.

Esta fragmentación se manifiesta en los sistemas de salud de América Latina como la falta de coordinación entre los distintos niveles y sitios de atención, duplicación de los servicios y la infraestructura, capacidad instalada ociosa y servicios de salud prestados en el sitio menos apropiado, en especial, en los hospitales. En la experiencia de las personas que utilizan el sistema, la fragmentación se expresa como falta de acceso a los servicios, pérdida de la continuidad de la atención y falta de congruencia de los servicios con las necesidades de los usuarios (Organización Panamericana Salud, 2010).

Finalmente se identifica que existe un desequilibrio en el conocimiento de la información referente al sistema de salud, mientras los actores encargados del aseguramiento y la prestación efectiva de los servicios en salud, tienen un acceso cotidiano a la diferente información, teniendo en cuenta que es su objeto social, los usuarios y especialmente los adultos mayores, carecen de esta información y el acceso a la misma está supeditado a referencias subjetivas, en cierta medida, la multiplicidad de información sobre este aspecto, le da una ventaja informativa a los entes encargados de la materialización del derecho a la salud, convirtiéndose esta ventaja en una barrera administrativa para los adultos mayores.

El conocimiento de los usuarios sobre el sistema de salud se suele basar principalmente en su propia experiencia, familiares, y otras personas

de su entorno. Dado el nivel de complejidad del sistema de salud colombiano – múltiples actores, normas que regulan el acceso, trámites, etc. – resulta previsible encontrar un nivel de conocimiento bajo entre la población (Vargas, 2009)

Jurídicas

El sistema de salud colombiano enfrenta una particularidad legal, y es la multiplicidad de normas que rigen el sistema, y es precisamente esta multiplicidad jurídica la principal barrera, dada la gran cantidad de normatividad existente en salud, basada en Leyes, Decretos, Resoluciones, Circulares, Notas externas, Acuerdos, entre otras, las mismas que han dispersado la elaboración estructurada de una concepción jurídica estable, que permita el desarrollo legal de los diversos principios y fundamentos en los que se basa el Sistema de Salud, es decir, que el hecho de que se permanezca en un constante cambio en materia normativa, no ha dejado madurar o por lo menos estandarizar de una manera lógica, todos los conceptos jurídicos que deben intervenir en la elaboración estructurada de un sistema, que requiere estar a la vanguardia en tecnología, en información, en políticas de atención etc.

Aunado a lo anterior, es relevante precisar que cuando se manifiesta que no existe una concepción jurídica estable, esta apreciación surge, toda vez que, en materia de salud, no está clara la jerarquía normativa, porque dada la multiplicidad de normas, y su dispersión, se favorece también a la multiplicidad de interpretaciones, ocasionando que se pueda dar más valor legal, a una circular o nota externa que a la misma Jurisprudencia de la Corte, a la Constitución o a la Ley. Este tipo de diversidad en fuentes del derecho, puede llevar a que los diferentes actores están basando sus decisiones en Decretos y Resoluciones, sin tener en cuenta los principios rectores, por lo tanto el hecho de estar regulados por las normas de

menor escala en la pirámide legal, se constituye en una barrera de acceso creada por la Ley.

Adicionalmente, es importante señalar que es la misma Ley y la Jurisprudencia como fuentes del Derecho, las que han puesto un límite a los servicios de salud, han delimitado por llamarlo así, hasta dónde va el derecho a la salud, quizá teniendo como argumento el hecho de analizar la salud desde la perspectiva colectiva y de planificación.

Es así como la Ley establece un primer límite a la salud, el cual es el plan de beneficios, con un paquete de servicios disponibles (POS), Resolución 5592 de 2015 otros no disponibles, pero que dependiendo de su “pertinencia”, se podrán autorizar con cargo a los recursos del sistema de salud (NO POS) y otros servicios considerados como no financiables por el sistema de salud, dado que no puede acarrear con su cubrimiento económico. Esta limitación como se expresó, la impone la Ley, y los adultos mayores no están exceptuados de dicho plan de beneficios, entendido como límite al derecho a la salud, puesto que están sujetos a él, a pesar del desarrollo jurisprudencial de la igualdad material, la solidaridad o la equidad.

Incluso, la Jurisprudencia ha desarrollado unas reglas o condicionamientos que permiten establecer los criterios para definir la “pertinencia” de autorizar los servicios NO POS, con cargo al sistema de salud y dichos criterios se constituyen a su vez en limitantes al derecho a la salud, concebidos desde el concepto de que el derecho no es ilimitado, es así como la Corte Constitucional en la Sentencia T-1165 de 2008, entre otras, ha determinado que para poder inaplicar la normatividad de los servicios no incluidos en el plan de beneficios, y establece que para poder autorizar tecnologías en salud que no estén el POS, se requiere:

- (i) que la falta del medicamento o tratamiento excluido por la reglamentación legal o administrativa,

amenace los derechos constitucionales fundamentales a la vida o a la integridad personal del interesado (ii) que se trata de un medicamento o tratamiento que no pueda ser sustituido por uno de los contemplados en el Plan Obligatorio de Salud o que, pudiendo sustituirse, el sustituto no obtenga el mismo nivel de efectividad que el excluido del plan, siempre y cuando ese nivel de efectividad sea el necesario para proteger el mínimo vital del paciente (iii) que el paciente realmente no pueda sufragar el costo del medicamento o tratamiento requerido, y que no pueda acceder a él por ningún otro sistema o plan de salud (el prestado a sus trabajadores por ciertas empresas, planes complementarios prepagados, etc.).[.] (iv) que el medicamento o tratamiento haya sido prescrito por un médico adscrito a la Empresa Promotora de Salud a la cual se halle afiliado el demandante”(Corte Constitucional de Colombia, 2008b).

Es decir que si el servicio ordenado, no cumple con estos condicionamientos, se ve sujeto a la negación de su cubrimiento económico por parte del sistema de salud, y deberá ser cada individuo quien respalde financieramente su realización.

De la misma manera se puede abordar los conceptos de cuota moderadora, copago y/o cuota de recuperación, establecidos en el Acuerdo 260 de 2004, teniendo en cuenta que es la misma normatividad la que impone una carga económica a los usuarios del sistema de salud, propiciando escenarios donde el cobro previo, bajo una interpretación normativa, pueda crear reales barreras de accesibilidad al goce efectivo de la atención en salud, y una vez más se puede afirmar que la población adulta mayor no está blindada ante la aparición de estos escenarios. (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, 2004)

Estrategias para la atención del adulto mayor

A pesar de que existen desigualdades, barreras e inequidades en la prestación de los servicios

de salud hacia las personas mayores, se reconoce que hay acciones y estrategias que se plantean, con el objetivo de proteger a este grupo poblacional vulnerable, por lo cual ha sido necesario trabajar en un modelo de salud diferencial, con estrategias específicas para llegar a esta población.

Desde el marco internacional, la Organización Mundial de Salud (OMS), se encuentra en proceso de elaborar una Estrategia y plan de acción mundial sobre el envejecimiento y la salud, abordando cinco ámbitos de actuación prioritarios.

El objetivo de la estrategia es que todos los países se comprometan en adoptar medidas para promover el envejecimiento saludable, haciendo un llamado a la generación de entornos adaptados a las personas mayores, buscando que los sistemas de salud se adecúen a las necesidades de las poblaciones de mayor edad. Se hace hincapié en la equidad y los derechos humanos y, en particular, en el importante objetivo de hacer partícipes a los adultos de edad avanzada en todas las decisiones que les conciernan, las estrategias determinadas por la OMS:

Compromiso con un envejecimiento saludable. Exige una sensibilización con respecto al valor del envejecimiento saludable y un compromiso y medidas sostenibles para formular políticas de base científica que refuercen las capacidades de las personas mayores.

Alineamiento de los sistemas de salud con las necesidades de las personas mayores. Los sistemas de salud deben organizarse mejor en torno a las necesidades y las preferencias de las personas mayores, estar concebidos para reforzar la capacidad intrínseca de los ancianos e integrarse en diferentes entornos y personal de atención. Las actuaciones en ese ámbito están estrechamente relacionadas con el trabajo que se lleva a cabo en toda la Organización para

fortalecer la atención sanitaria universal y los servicios de salud integrados y centrados en las personas.

Establecimiento de sistemas para ofrecer atención crónica. Para atender las necesidades de las personas mayores se necesitan sistemas de atención crónica en todos los países. Ello requiere fomentar, a veces partiendo de cero, los sistemas de gobernanza, las infraestructuras y la capacidad del personal. La labor de la OMS en atención crónica (incluidos los cuidados paliativos) se corresponde estrechamente con las iniciativas para reforzar la cobertura sanitaria universal, afrontar las enfermedades no transmisibles y establecer servicios integrados y centrados en las personas.

Creación de entornos adaptados a las personas mayores. Ello exigirá adoptar medidas para combatir la discriminación por razones de edad, permitir la autonomía y apoyar el envejecimiento saludable en todas las políticas y en todos los ámbitos de gobierno. Estas actividades aprovechan y complementan la labor que la OMS ha llevado a cabo en la última década para impulsar la adaptación a las personas mayores en ciudades y comunidades.

Mejora de las mediciones, el seguimiento y la comprensión. Se necesitan investigaciones más centradas, nuevos mecanismos de medición y métodos analíticos para una amplia selección de cuestiones relacionadas con el envejecimiento (OMS, 2015).

En esta misma línea y bajo la premisa de la OMS, a nivel nacional el Ministerio de Salud y Protección Social desarrolla el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (PDSP) que en su línea operativa, **vulnerabilidad en adultos mayores y población en envejecimiento**, tiene como propósito: desde la perspectiva de promoción social, buscar una sociedad para todas las edades, como en la proyección de futuras generaciones de adultos mayores,

menos dependientes, más saludable y productiva, lo que repercutirá en la disminución de los costos del sistema de salud colombiano y la sostenibilidad del mismo, como estrategia prioritaria para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población y de las personas mayores en particular.

Para lo anterior, se plantean las siguientes estrategias de atención integral en salud para las personas mayores:

Cualificación del talento humano de las ciencias de la salud y las ciencias sociales, a nivel superior, posgrados y a nivel técnico, así como desarrollar habilidades y capacidades en el talento humano que prestan servicios a las personas mayores e impulsar los programas gerontológicos y de geriatría, así como de formación de cuidadores que apoyen la prestación de servicios de salud y los servicios sociales a nivel institucional y domiciliario, posibilitando la solución de la demanda social, sanitaria y cultural.

Definir los lineamientos generales para la redefinición de los programas de atención integral para el mejoramiento de la prestación de servicios de salud y asistencia social con enfoque diferencial de género, ciclo de vida y pertenecía étnica y territorialidad. Del mismo modo uno de los objetivos es fortalecer la participación e integración social de la población mayor para un ejercicio efectivo de la ciudadanía mediante la garantía, ejercicio y restablecimiento de sus derechos con énfasis en los derechos en salud y el cumplimiento de sus deberes, así como fortalecer la atención integral y la prestación de servicios para la población mayor de 60 años enfocándose en la articulación programática y el trabajo intersectorial. Para cumplir dichos objetivos se establecen las siguientes estrategias:

- Definición de protocolos y guías para la atención de la población mayor a fin de prevenir y controlar las causas de morbilidad

y mortalidad prevalentes y considerar la actualización permanente de los planes de beneficio, teniendo en cuenta la dinámica población y los cambios demográficos y epidemiológicos.

- Organización de acciones individuales y colectivas efectivas según las particularidades de afectaciones y eventos de salud enfermedad que le suceden a las personas mayores.
- Desarrollo de los planes de beneficios y acciones colectivas de salud y saneamiento básico en las instituciones de promoción y protección social que brindan servicios sociales a las personas mayores.
- Reconfiguración de la oferta de servicios según las necesidades específicas y dinámicas de las personas mayores, buscando fortalecer sus niveles de autonomía, independencia económica e inclusión social.
- Definición de protocolos y guías para la atención de la población mayor a fin de prevenir y controlar las causas de morbilidad y mortalidad prevalentes y considerar dentro de la actualización de los planes de beneficio, los fenómenos de transición demográfica y epidemiológica (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Adicionalmente la Ley 1751 de 2015 ubica a la población adulta mayor, como un grupo vulnerable y de especial protección, teniendo en cuenta lo normado en el artículo 11:

Artículo 11. Sujetos de especial protección. La atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren de enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad, gozarán de especial protección por

parte del Estado. Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención (Congreso de la República de Colombia, 2015).

Por su parte, la Corte Constitucional, en la sentencia T-067 de 2012 declaró a las personas mayores sujetos de protección especial, en particular frente al derecho a la salud.

Las personas de la tercera edad cuentan con la protección especial del Estado para que puedan ejercer sus libertades y derechos, toda vez que se trata de un sector de la población que se encuentra en desventaja social proclive a abusos o maltratos, para lo cual las entidades comprometidas con el sector salud deben brindar toda la atención que requieran, con el fin de asegurarles una existencia digna.

Lo que significa, que el derecho a la salud de la persona mayor debe prevalecer sobre cualquier otra consideración a la hora de prestarle los servicios de salud (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

Adicionalmente en la Sentencia T-111 de 2013 se establece que el Estado debe garantizar la prestación efectiva del derecho a la salud para esta población:

La atención en salud de personas de la tercera edad se hace relevante en el entendido en que es precisamente a ellos a quienes debe procurarse un urgente cuidado médico en razón de las dolencias que son connaturales a la etapa del desarrollo en que se encuentran.

En consecuencia, le corresponde al Estado garantizar los servicios de seguridad social integral, y por ende el servicio de salud a los adultos mayores, dada la condición de

sujetos de especial protección, por lo tanto, la acción de tutela resulta el instrumento idóneo para materializar el derecho a la salud de dichas personas (Corte Constitucional de Colombia, 2013).

Finalmente la Corte Constitucional, con relación al cobro de copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, en la Sentencia T-760 de 2008 estableció el siguiente criterio como estrategias para que estos rubros económicos, no se conviertan en barreras de acceso y para que prime la atención en salud, a la capacidad económica de poder pagar por ella:

Si el usuario del servicio no dispone de los recursos económicos para cancelar los pagos moderadores o controvierte la validez de su exigencia, el Sistema y sus funcionarios no le pueden negar la prestación íntegra y adecuada de los servicios médicos, hospitalarios, quirúrgicos, asistenciales y de medicamentos que requiera, sin perjuicio de los cobros posteriores con arreglo a las normas vigentes (Corte Constitucional de Colombia, 2008).

Es decir que las tres ramas del poder público en Colombia, la legislativa, la ejecutiva y la judicial han desarrollado conceptos y estrategias que permiten ampliar el escenario de una mayor protección al derecho a la salud de los adultos mayores, básicamente desde denominarlos como sujetos de especial protección por parte del Estado, alineándose de esta manera a la estrategia internacional plasmada por la Organización Mundial de la Salud.

Conclusiones

El desarrollo del concepto de salud a nivel internacional, se enfoca hacia la contextualización de significar un recurso para la vida en equilibrio físico y mental, hace que toda la noción del acceso a la atención en salud avance hacia el mejoramiento en la calidad de vida, especialmente de los adultos mayores, al ser una población en crecimiento demográfico

y la cual se consolida como sujeto de especial protección.

Sin embargo, la crisis económica y financiera no ha permitido que se invierta en recurso económico necesario para que el desarrollo del concepto de salud se materialice en acciones puntuales que se encaminen hacia el logro de los objetivos, es decir, se supedita el desarrollo de dicha atención al tema financiero y a los recursos económicos que existen para su prestación. El desarrollo doctrinario del concepto de salud avanza a un ritmo más acelerado que la generación de recursos que financien el mismo.

Desde la creación del sistema de salud en Colombia con la ley 100 de 1993 hasta la más reciente ley estatutaria en salud, pasando por diferentes regulaciones del POS, el acceso a la atención en salud ha sido establecido como un principio general del sistema, sin embargo el concepto de accesibilidad es abstracto y de compleja aplicabilidad, toda vez que si se siguen creando nuevas normas que abordan este principio como objetivo primordial del sistema significa que la anterior normatividad no fue efectiva y no satisfizo las necesidades que la población colombiana requiere en esta materia.

Es tan abstracta la accesibilidad a los servicios de salud que se han generado diversas barreras que impiden que la atención en salud se materialicen de una manera efectiva, de estas se destacan: geográficas, son las dificultades propias de la localización de la comunidad, carencia de vías de comunicación adecuadas o distribución física de los servicios de salud, socioeconómicas, estas entendidas como aquellas condiciones individuales, familiares y colectivas que por las características culturales, económicas de la población y de la persona generan limitación.

Además de barreras económicas administrativas, que hacen referencia a las condiciones propias de las instituciones y del sistema de salud como tal, y por ultimo jurídicas, consiste

en la multiplicidad de normas que han dispersado la elaboración estructurada de una concepción jurídica estable.

En las barreras geográficas se encontró que el principal factor que limita el acceso son las distancias y la dispersión de la población en el territorio colombiano, mientras que en las barreras socioeconómicas se identifican tres aspectos: las creencias y condiciones propias en que reside la población, capacidad financiera, individual, familiar y por último el cambio de la estructura familiar que limita el cuidado y protección del adulto mayor.

Adicionalmente en las barreras económico administrativas, se puede observar como factores limitantes la caracterización previa del usuario para identificar el respectivo pagador del servicio anterior a la efectiva prestación de la atención, la integración vertical, que fomenta la fragmentación de los servicios y la asimetría de la información en relación con el amplio conocimiento del funcionamiento del sistema por parte de las aseguradoras e instituciones prestadoras versus las concepciones subjetivas de los usuarios. Finalmente, dentro de las barreras jurídicas se establecen causales como la multiplicidad de normas e interpretaciones jurídicas que entorpecen una estructuración sólida y lógica de la atención en salud, además de la creación directa de límites en tecnologías en salud a las cuales se tiene derecho y el cobro previo por acceder a las mismas.

Referencias

- Achicanoy, A. M., Balaguera, O. & Bolívar, G. (2011). *Barreras de Acceso de la Población Rural del Municipio de Concordia a los Servicios de Salud del Hospital San Juan de Dios de Concordia, Antioquia*. 2011. Tesis de postgrado no publicada, Universidad CES.
- Alonso, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. En: *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(1), 0-0.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL.
- Arriagada, I., Aranda, V. & UN. ECLAC. Social Development Division. (2004). *Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Santiago de Chile, Naciones Unidas, CEPAL, División de Desarrollo Social, UNFPA.
- Banco Mundial. (1984). *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1984*. Versión digital disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?!sisScript=iah/iah.xis&src=google&base=REPDISCA&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=126612&indexSearch=ID>
- CEPAL. (2011). *Los derechos de las personas mayores, Materiales de estudio y divulgación. Modulo 1. hacia un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas
- Chávez, B. M. y Marín, Y. A. (2014). Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas. En: *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1), pp. 62-70.
- Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (2004). *Acuerdo 000260 de 2004*. Versión digital disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=32036>
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 de 1993*. Versión digital disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>
- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley Estatutaria 1751*. Versión digital disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=60733>

- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2008). *Sentencia T-760*. Versión digital disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2012/T-067-12.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2008). *Sentencia T-1165*. Versión digital disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-1165-08.htm>
- Corte Constitucional de la República de Colombia. (2013). *Sentencia T-111*. Versión digital disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-111-13.htm>
- Filho, N. A. y Paim, J. S. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en latinoamerica. En: *Cuadernos médico sociales*, (75). pp. 5-30.
- Franco, A. (2010). Seguridad Social y Salud en Colombia: estado de la reforma. En: *Revista de Salud Pública*, 2(1), pp. 1-16.
- Hirmas, M., Poffald, L., Sepúlveda, J., María, A., Aguilera, X., Delgado Becerra, I. y Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(3), pp. 223 - 229.
- Huenchuan, S. (2013). *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: la hora de avanzar hacia la igualdad*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas, CEPAL Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Martínez, F. (2013). *La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional?* Bogotá, Fedesalud.
- Mejía, A., Sánchez, A. F. & Tamayo, J. C. (2007). Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. En: *Revista de Salud Pública*, 9(1), pp. 26-38.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Envejecimiento y Vejez*. Versión digital disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). *Plan Decenal de Salud Pública*. Versión digital disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Circular 00001 de 2014*. Versión digital disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%200001%20de%202014.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015a). *Resolución 1378 de 2015*. Versión digital disponible en: http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/resolucion_minsaludps_1378_2015.htm
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015b). *Resolución 5592 de 2015*. Versión digital disponible en: https://www.minsalud.gov.co/_layouts/15/osssearchresults.aspx?k=resolucion
- Mogollón, S. M. R. (2015). *Problemas de salud y sus determinantes*. Memorias de ponencia, Universidad de Santander.
- Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Versión digital disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *Envejecimiento y salud*. Versión digital disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

- Organización Mundial de la Salud | Derecho a la salud. (2015). *Salud y Derechos Humanos*. Versión digital disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *La salud y el bienestar de las personas mayores en América Latina, cinco años después de Madrid: avances, barreras y necesidades de la cooperación internacional*. Versión digital disponible en: <http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/2/28632/Salud-Habana.pdf>
- Organización Panamericana Salud. (2010). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas*. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud.
- Pérez, A. (2011). La comunicación sobre la salud en medios digitales cubanos. En: *Revista Cubana de Salud Pública*, 37(3), pp. 288-305.
- Quintero, M. del C. V. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. En: *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, pp. 41-50.
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Versión digital disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia%20-%202015.pdf>
- República de Colombia. (2009). *Acto legislativo 2 de 2009*. Recuperado de <http://www.constitucioncolombia.com/reforma/29>
- Restrepo, J. H., Silva, C., Andrade, F. & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), pp. 242-265.
- Superintendente Nacional de Salud. (2015). *Circular externa 04 de 2015*. Versión digital disponible en: https://normativa.colpensiones.gov.co/colpens/docs/circular_supersalud_0004_2015.htm
- Thielmann, K. & Illnait Ferrer, J. (2012). La crisis y la salud. ¿La salud en crisis? En: *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(2), pp. 278-285.
- Valencia, M. I. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. En: *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40 (3), pp.192-194.
- Vargas, J. y Marín, G. M. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2), pp. 121-130.
- Vargas, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. En: *Revista de salud Pública*, 15(5), pp. 701-712.
- Vásquez, A. (2016). *La Crisis de la Salud Crisis Social*. Medellín, El Pulso.
- World Health Organization, United Nations, & Office of the High Commissioner for Human Rights. (2009). *Derechos humanos, salud y estrategias de reducción de la pobreza*. Ginebra, Suiza: OMS : Naciones Unidas.

Forma de citar: Álvarez, G., García, M., Londoño, M. (2016). Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. *Rev. CES Derecho*, 7(2), 106-125.