

CENTRO MULTIDIMENSIONAL PARA EL ADULTO MAYOR

Viabilidad para la Creación de un Centro Multidimensional para la Atención del Adulto Mayor en la Ciudad de Cali.

Diana Carolina Ardila Ospina

Universidad Católica de Manizales

Código estudiante B1120121081

Facilitador: Richard Nelson Román Marín

Diana Carolina Ardila Ospina, Programa de Especialización en Administración de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Católica de Manizales

Cali, Valle del Cauca, 28 de Marzo de 2015

Karolina091085@hotmail.com

1 Tabla de contenido

2Resumen.....	7
3PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
3.1 Pregunta investigativa:	9
4ANTECEDENTES.....	10
5SUPUESTO TEÓRICO.....	14
5.1 Hipótesis de relación:	14
5.2 Hipótesis nula	14
6INTRODUCCIÓN.....	15
7JUSTIFICACIÓN.....	16
8OBJETIVOS.....	19
8.1 Objetivo general:	19
8.2 Objetivos específicos:.....	19
9MARCO TEÓRICO.....	20
9.1 Contexto geográfico:.....	20
9.2 Aspectos demográficos del adulto mayor:	20
9.3 Aspectos epidemiológicos:	24
9.4 Definición de envejecimiento:	25
9.5 Características del envejecimiento:	25
9.6 Envejecimiento y ciclo de vida.....	26
9.7 Envejecimiento activo:	28
9.8 Aspectos sociales del anciano:.....	29
9.9 Cuidadores y carga del cuidador:	29

9.10	Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia:	
	30	
10	METODOLOGIA.....	1
10.1	Fuentes primarias:.....	1
	La observación:.....	1
	La encuesta:.....	1
10.2	Fuentes secundarias:.....	2
11	TIPO DE ESTUDIO.....	3
11.1	Definición y tamaño de la muestra:.....	3
12	ASPECTOS ETICOS.....	7
13	CRONOGRAMA.....	9
14	ESTUDIO DE MERCADOS.....	10
14.1	MIX DE MERCADEO.....	10
14.1.1	Producto:.....	10
14.1.2	Características:.....	10
	Ciclo de vida del producto:.....	11
	Población objeto:.....	11
	Nombre:.....	11
14.1.3	Descripción del servicio:.....	11
14.1.4	Productos complementarios:.....	12
14.1.5	Plaza:.....	12
14.1.6	Precio:.....	12
14.1.7	Publicidad:.....	12
14.1.8	Aplicación de matriz de Ansoff:.....	13
14.2	LAS 4 C DEL MERCADEO.....	13
14.2.1	El cliente:.....	13
14.2.2	La comodidad:.....	14
14.2.3	La comunicación:.....	14

14.2.4	El costo:	14
15	FICHA TECNICA: PRESENTACION DE VARIABLES.....	15
16	TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE ENCUESTA	1
17	ESTUDIO DE COMPETENCIA	14
17.1	DOFA:	2
17.1.1	Debilidades:	2
17.1.2	Oportunidades:.....	2
17.1.3	Fortalezas:	3
17.1.4	Amenazas:	3
18	ESTUDIO FINANCIERO.....	4
18.1	Inversiones:	4
18.2	Inversión fija:	4
18.2.1	Edificación y adecuaciones:.....	4
18.2.2	Insumos habitacionales:.....	5
18.2.3	Equipos de cocina:.....	7
18.2.4	Arreglo de ropa, ayudantes de cocina, servicios generales y mantenimiento:	7
18.2.5	Consultorio médico y de enfermería:	8
18.2.6	Equipos de oficina:.....	9
18.2.7	Gimnasio:	10
18.3	Inversión diferida:	10
18.3.1	Estudio de factilidad:	11
18.4	Inversión de capital de trabajo:.....	11
18.4.1	Mano de obra:	11
18.4.2	Gastos de administración:.....	12
18.4.3	Costos indirectos del servicio:.....	12
18.5	Capital de inversión:	14
19	CONCLUSIONES GENERALES.....	18

20	RECOMENDACIONES	20
21	ANEXOS	21
21.1	MARCO LEGAL.	21
21.1.1	LEY 1315 DE 2009 (Julio 13).....	21
21.1.2	LEY 1251 DE 2008 (Noviembre 27).....	29
21.1.3	POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ.....	38
21.2	REQUISITOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR.....	47
21.3	ENCUESTA.....	57
22	Bibliografía	59

TABLA DE FIGURAS

FIGURA: 1. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE COLOMBIA Y CALI. (DANE, 2005).....	22
FIGURA: 2. PIRÁMIDE POBLACIONAL COLOMBIA. (DANE, 2005).....	22
FIGURA: 3. POBLACIÓN TOTAL CENSADA EN HOGARES PARTICULARES POR SEXO Y EDAD. (DANE, 2005)	23
FIGURA: 4. POBLACION TOTAL CENSADA EN HOGARES DE ALOJAMIENTO ESPECIAL POR SEXO Y EDAD. (DANE, 2005).....	23
FIGURA: 5. POBLACIÓN TOTAL CENSADA EN HOGARES PARTICULARES POR SEXO Y EDAD. (DANE, 2005)	24
FIGURA: 6. SEDENTARISMO POR GÉNERO Y EDAD EN CALI. (DANE, 2005)	25
FIGURA: 7. CARACTERÍSTICAS DEL CICLO DE VIDA. FUENTE: (AMADOR, 2001)	27
FIGURA: 8. NÚMERO DE VIVIENDAS POR COMUNA EN LA CIUDAD DE CALI. FUENTE: (DANE, 2005)	4
FIGURA: 9. VIVIENDAS POR ESTRATO SOCIOECONÓMICO. FUENTE: (DANE, 2005)	5
FIGURA: 10. IDENTIFICACIÓN DE NÚMERO DE HABITANTES MAYORES DE 65 AÑOS POR ESTRATO, COMUNA Y GÉNERO. FUENTE: (DANE, 2005)	5
FIGURA: 11. OPERACIÓN MATEMÁTICA PARA TAMAÑO DE LA MUESTRA.	6
FIGURA: 12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA PROCESO INVESTIGATIVO.	9
FIGURA: 13. APLICACIÓN DE LA MATRIZ DE ANSSOF	13
FIGURA: 14. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.	15
FIGURA: 15. EDAD DE LOS ENCUESTADOS. (ARDILA, 2015)	1
FIGURA: 16. SEXO DEL ENCUESTADO. (ARDILA, 2015)	2
FIGURA: 17. ESTADO CIVIL. (ARDILA, 2015)	3
FIGURA: 18. ESCOLARIDAD. (ARDILA, 2015)	4
FIGURA: 19. PRESENCIA DE SOPORTE FAMILIAR. (ARDILA, 2015).....	5
FIGURA: 20. OCUPACIÓN DEL ENCUESTADO. (ARDILA, 2015).....	6
FIGURA: 21. SALARIO MENSUAL. (ARDILA, 2015)	7
FIGURA: 22. CONOCIMIENTO ACERCA DE CENTROS DE CUIDADO. (ARDILA, 2015).....	8
FIGURA: 23. PARTICIPACIÓN ACTIVA EN ALGÚN CENTRO DE CUIDADO. (ARDILA, 2015)	9

FIGURA: 24. CONSIDERA QUE HAY AUMENTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN ESTOS CENTROS.	10
FIGURA: 25. VALOR A PAGAR MENSUAL. (ARDILA, 2015)	11
FIGURA: 26. SERVICIO DE MAYOR NECESIDAD. (ARDILA, 2015)	12
FIGURA: 27. INTERÉS POR PARTE DE LA FAMILIA. (ARDILA, 2015).....	13
FIGURA: 28. DATOS COMPETENCIA. (ARDILA, 2015)	1
FIGURA: 29. DETALLE DE INVERSIÓN FIJA.	4
FIGURA: 30. DETALLE INSUMOS HABITACIONALES.	6
FIGURA: 31. DETALLE EQUIPOS DE COCINA	7
FIGURA: 32. ARREGLO DE ROPA, AYUDANTES DE COCINA, SERVICIOS GENERALES Y MANTENIMIENTO.....	8
FIGURA: 33. CONSULTORIO MÉDICO Y DE ENFERMERÍA.....	9
FIGURA: 34. EQUIPOS DE OFICINA.	9
FIGURA: 35. EQUIPO DE GIMNASIO.....	10
FIGURA: 36. INVERSIÓN DIFERIDA.	10
FIGURA: 37. ESTUDIO DE FACTILIDAD.	11
FIGURA: 38. MANO DE OBRA.	12
FIGURA: 39. VALOR PROMEDIO COSTO MENSUAL SERVICIOS BÁSICOS E IMPUESTO PREDIAL....	13
FIGURA: 40. GASTOS DE ALIMENTACIÓN.....	13
FIGURA: 41. CAPITAL DE INVERSIÓN.	14
FIGURA: 42. PROMEDIO COSTOS SALARIALES PROYECTADOS A 5 AÑOS.	15

Viabilidad para la Creación de un Centro Multidimensional para la Atención del Adulto Mayor en la Ciudad de Cali.

2 Resumen

(I). Este trabajo busca determinar la viabilidad de un proyecto de empresa encaminado al cuidado y atención de la población adulta mayor en la ciudad de Cali. (M) Se realizó una búsqueda en la identificación y recolección de datos bibliográficos que permitieron enriquecer el documento, además se utilizó como instrumento una encuesta que fue aplicada a un segmento de la población objeto de este proyecto. La muestra del estudio es intencional con 245 participantes, mayores de 65 años. Inicialmente se realizó la documentación y análisis de conceptos básicos para la creación de empresa y generalidades del adulto mayor, luego se dio inicio a la investigación de tres aspectos muy importantes para tal fin, como lo son el estudio del mercado actual, el estudio de la competencia dentro de la región y las necesidades financieras que se generan de la creación del mismo con la intención de determinar según los resultados la viabilidad del proyecto y la consecución del mismo. (R) Como resultado se observó en el estudio de mercados que la población de estratos 5 y 6 con presencia de adultos mayores en sus hogares poseen un gran interés por los servicios ofertados por la entidad, en el estudio financiero se determinó que se requiere de una gran inversión para iniciar actividades de la compañía, pero que se cuenta con la capacidad económica para desarrollarlo, además en el estudio de competencia se identificó que la entidad a crear tiene valores agregados que las otras compañías no, lo que la hace innovadora en el mercado actual. (C) Por consiguiente la investigación nos permitió concluir de manera positiva a cerca de la viabilidad para la creación de empresa de estas características en este sector apoyada por los instrumentos investigativos descritos a continuación.

Palabras clave: Creación. Viabilidad. Adulto mayor. Atención. Estudio de Competencia, mercado actual. Proyección financiera.

3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Evidenciando los grandes cambios atareos en las poblaciones de nuestro país y la inversión de la pirámide poblacional, ha sido evidente el aumento del número de personas mayores de 65 años en los diferentes departamentos y sobre todo en ciudades principales como la de Cali, generando la necesidad imperiosa de investigar la viabilidad de la creación de un centro multidimensional para la atención del adulto mayor, con el fin de mejorar su calidad de vida y la prestación de los servicios de salud, necesarios para el desarrollo y disfrute de esta etapa de la vida.

En el trascurso de la investigación hemos identificado como a pesar de existir múltiples centros de atención al anciano en la ciudad, no se presenta ninguno con las características de multidimensionalidad pues en su mayoría se especializan en una o dos áreas del cuidado haciendo más interesante el proceso investigativo.

Ha sido evidente como las falencias en la adecuada dirección de las estrategias en la atención y la falta de alternativas para el cuidado del paciente anciano han generado costos tanto de tipo económico como emocional, no solo para las familias y el usuario, sino también para las instituciones de salud quienes han aumentado las estancias hospitalarias por déficit en la red de apoyo, seguido esto por el aumento del gasto y las pérdidas institucionales.

Es así como se ha generado la inquietud de ¿Cómo desarrollar un modelo de atención en geriatría para el adulto mayor en la ciudad de Cali, Colombia?, desprendiéndose de esta los interrogantes para la creación del mismo relacionados con la economía, la competencia, la normatividad y el mercado actual, todo esto con la intención de crear una institución direccionada al emprendimiento personal y familiar con la visión del crecimiento y la durabilidad en el tiempo.

Basados en esta iniciativa el trabajo busca enfocarse en el análisis de viabilidad de la creación de este centro para la atención del adulto mayor, ampliando nuestro panorama acerca de los conocimientos base que se requieren para su apertura, consolidación e inicio de labores.

3.1 Pregunta investigativa:

¿Es viable la creación de un Centro multidimensional para el cuidado del adulto mayor en la ciudad de Cali?

4 ANTECEDENTES

Las primeras referencias conocidas con respecto a los ancianos son en el antiguo Egipto, donde se consideraba que vivir hasta los 110 años era una recompensa por haber sido una persona “virtuosa y bien balanceada”. En aquellas épocas remotas se recomendaban prácticas preventivas para limpiar el cuerpo y el medio ambiente. En el papiro quirúrgico de Edwin Smith (1600 a.c) se denominaba una formula llamada para transformar al hombre viejo en un joven de 20, primera referencia de la búsqueda de la inmortalidad; así como el papiro de Ebers (1500 a.c) describe el tratamiento de múltiples enfermedades de la vejez y contiene la primera explicación sobre el envejecimiento “la debilidad a través del decaimiento senil es debido a la purulencia en el corazón”. La cultura china ha sido la que más importancia a dado al envejecimiento, aun en la actualidad, en la india (años 400 d.c) existía la creencia de que los humanos tenían tendencias mórbidas e innatas, con una expectativa de vida limitada.

Los griegos y romanos realizaron las primeras descripciones de los padecimientos más comunes del anciano, Hipócrates fue el primero en realizar un abordaje multidimensional de la ancianidad. Así mismo las primeras referencias de enfermedades y de siete fases de la edad, en donde Aristóteles diferencia la vida humana en juventud, plenitud y vejez. Luego Galeno toma elementos de ambos y hace referencia al envejecimiento comparando la ancianidad con enfermedad.

La sociedad medieval continuaba con conceptos galénicos acerca de la vejez, en el renacimiento ya se llamaba geriatría o gerontología en tratados sobre higiene y cuidados para el adulto mayor.

El hospital Salpetriere en Francia con 2000 a 3000 ancianos recluidos fue el primer centro geriátrico conocido, allí Charcot dio las primeras lecturas sobre la vejez quien dio las primeras lecturas sobre la vejez, con temas especiales de enfermedades de los viejos, diferencias individuales y la discusión de envejecimiento vs enfermedad.

A finales del siglo XIX las investigaciones acerca del tema se multiplicaron, Ignatius L. Nascher es considerado el padre de la geriatría moderna, creando en 1909

una rama de la medicina llamada Geriatria, en 1912 se crea la sociedad de geriatría de New York. Marjorie Warren en el reino unido en 1930 demostró que mucha gente crónicamente enferma podría ser exitosamente rehabilitada, luego traslado estos conceptos a la geriatría y los aplico al tratamiento de enfermos crónicos para liberar camas hospitalarias, considerándose la precursora de la valoración geriátrica multidimensional que fundamentalmente estaba dirigida a ancianos frágiles con grandes síndromes como el de inmovilidad, caídas, confusión o incontinencia.

En Colombia la gerontología se inicia en 1954, año en el cual Guillermo Marroquín, Santiago Perdonó y Miguel Villamil asistieron al primer curso de posgrado en gerontología en la universidad de Madrid. Al año siguiente el Dr. Marroquín fue nombrado jefe del departamento del anciano de la secretaria nacional de asistencia social de la presidencia de la república, se hace el primer censo de las instituciones de asistencia a la vejez y se proclaman los derechos de la ancianidad; así mismo, el primer congreso panamericano de gerontología se aprueba el 28 de agosto como día del anciano, posteriormente se proclama como el día colombiano de la ancianidad.

Entre 1957 y 1959 la beneficencia de Cundinamarca crea la dirección científica de geriatría de los asilos para ancianos, se transmiten programas sobre la salud del anciano por la radiodifusora nacional y se crea el primer consultorio privado de atención geriátrica, realizando varios eventos de tipo científico y en 1973 se funda la sociedad colombiana de geriatría y gerontología en Bogotá.

En 1977 se crea en el ministerio de la salud la sección de geriatría, la cual desapareció posteriormente y en la actualidad es el programa de salud del anciano, que está dentro del programa de enfermedades crónicas y degenerativas. (Montes, 2002)

El país, desde 1948, ha seguido con interés los desarrollos sobre envejecimiento y vejez a nivel internacional. La Asamblea General de las Naciones Unidas lo abordó en forma indirecta aprobando la Resolución 213 (III) relativa a la Declaración de los Derechos de la Vejez. En 1977 se hizo énfasis en Viena en 1982 y donde se aprobó el "Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento", documento se recomendaba medidas en los temas de empleo y seguridad económica, salud y nutrición, vivienda,

educación y bienestar social, para una población con aptitudes y necesidades especiales. En 1991 se aprobaron los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad y se establecieron normas universales para ese grupo poblacional en cinco ámbitos principales: independencia, participación, atención, realización personal y dignidad. La Constitución Política de 1991, establece en Colombia que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos. (Betancourt, 2007)

(Delgado, 2010) Dice: Atendiendo a los lineamientos internacionales, regionales y nacionales en materia de envejecimiento, la Alcaldía de Santiago de Cali a través de la Secretaría de Desarrollo Territorial y Bienestar Social, se propuso trazar el horizonte para la promoción del desarrollo humano de las personas mayores a nivel municipal, para lo cual era necesario tener la Política Pública de Adulto Mayor para Santiago de Cali. Este reto fue asumido por la FES mediante un proceso participativo con personas mayores e instituciones con el fin de lograr tal propósito. Los referentes principales para la elaboración de la Política Pública de Adulto Mayor en Santiago de Cali fueron la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de la Segunda Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en Madrid 2002; las recomendaciones que se encuentran en la estrategia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento realizada en Santiago de Chile en Marzo de 2004, el Plan de Desarrollo “Hacia un Estado Comunitario”, Ley 812 de 2002 y el Plan de Desarrollo de Santiago de Cali 2004-2007.

Las políticas Públicas no pueden estar ajenas al sentir y a las necesidades de la población para las cuales se formulan, por esta razón la Política Pública para el Adulto Mayor de Santiago de Cali, recogió el sentir de las personas mayores, organizaciones sociales, entidades gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con y para este grupo poblacional. Esto se logró a través de mesas de trabajo, donde participaron personas mayores de las 21 Comunas y del sector rural y funcionarios de las diferentes organizaciones. A cada mesa se le delegó un eje temático relacionado con el Desarrollo

Humano: Salud, Productividad, Convivencia, Seguridad y Paz, Cultura, Educación, Participación, Bienestar Social, Ingresos, Empleo y Cooperación. Todo esto con el fin de identificar necesidades prioritarias y proponer posibles acciones de solución que inclúan a su vez, compromisos frente a lo planteado. (Delgado, 2010)

5 SUPUESTO TEÓRICO

5.1 Hipótesis de relación:

La creación de un centro multidimensional para la atención de adultos mayores de 65 años en la ciudad de Cali influirá en la mejorara de la calidad de vida de esta porción de la población Valle Caucana.

5.2 Hipótesis nula

No existe una relación entre la creación de un centro multidimensional para la atención de adultos mayores en la ciudad de Cali con la mejora de la calidad de vida de la esta población especifica.

6 INTRODUCCIÓN

Este trabajo busca determinar la viabilidad de un proyecto de empresa encaminado al cuidado y atención de la población adulta mayor en la ciudad de Cali.

Dirigiendo todos los esfuerzos a este fin, en el desarrollo del trabajo investigativo se abarcaran temas relacionados con el análisis de la competencia actual, un estudio de mercadeo para evidenciar la necesidad de la población sobre los servicios ofertados y un estudio financiero que respaldara económicamente las necesidades para la creación del centro de atención, no dejando atrás el estudio de la normatividad vigente para determinar el entorno legal actual de nuestro país identificando tempranamente los requisitos esenciales para evitar cualquier restricción relacionada con la creación del centro.

La asociación común de los seres humanos al envejecimiento se da con la enfermedad y la muerte, y no necesariamente tienen que estar estrechamente relacionadas. Es así como hemos venido descubriendo que se puede llegar a una vejez exitosa y plena; además de ser los profesionales de la salud los responsables de generar alternativas de cuidado que no solo permitan el tratamiento de las patologías si no también, el manejo exitoso de las mismas, la limitación de la progresión de la enfermedad, la relajación, el confort y la comodidad del paciente anciano.

Las múltiples ocupaciones de los miembros de la familia como lo son el estudio, trabajo y otras actividades, permiten desplazar las que son propias del cuidado del anciano y empiezan a aparecer factores que impactan la calidad de vida y confort del mismo, la falta de tiempo por parte de la familia para su atención, aislamiento social y familiar, aumento de la sensación de minusvalía por parte del adulto aun sin la presencia de déficit de sus funciones motoras, sensitivas y mentales provocando finalmente el abandono total del mismo.

7 JUSTIFICACIÓN.

Como familia tenemos la necesidad de crear una idea de emprendimiento, pues nuestro sueño se ha caracterizado por la creación de empresa, entonces, determinamos a alcanzar ese sueño y según nuestra formación académica y la pasión que nos genera la atención de la población de la tercera edad, se generó la inquietud de si era posible la creación de una institución dedicada a su cuidado, adoptando un modelo en donde la atención y el confort se fusionen para prestar servicios integrales, como hogar día, residencia, actividades de tipo recreativo, acompañamiento por parte de personal capacitado en actividades cotidianas, asesoría en salud por profesional médico y de enfermería entre otros.

Los avances científicos, técnicos, sociodemográficos y genéticos, acompañados de la aplicación de medidas a la comunidad en búsqueda del mejoramiento continuo de la calidad de vida, han permitido aumentar entre la población la esperanza de vida al nacer, esto evidenciado por el crecimiento poblacional de los adultos mayores que ocupa hoy por hoy e indiscutiblemente en el futuro un gran porcentaje de los habitantes de todo nuestro planeta.

Como consecuencia de este crecimiento en el adulto mayor de 60 años, las instituciones prestadoras de salud (IPS) no solo en Colombia sino también en el mundo, vienen en el último decenio en un aumento importante en la presencia de ancianos en sus camas hospitalarias, y la atención de este a desencadenado la necesidad de los profesionales de la salud de profundizar en estas áreas del conocimiento pues queda claro que la atención de los mismos es totalmente diferente a la que habitualmente se le brinda a un adulto convencional, la presencia de la fragilidad, aumento de las patologías crónicas y el sufrimiento de estas en diferente número por un mismo paciente han permitido el surgimiento de ramas de la medicina como la geriatría y la gerontología.

Cada vez más este grupo de personas demanda por la adquisición de un mayor número de servicios que les permitan el confort y la tranquilidad, no conformándose con la presencia de la vejez si no visionando este tiempo como la faceta de la vida que permite el aumento de experiencias satisfactorias. No se trata de curar la enfermedad

incurable, si no de prevenir por medio de la atención especializada en los pacientes de este grupo el aumento del deterioro funcional o la llegada del mismo, acompañado de confortabilidad y aumento de la calidad de vida.

Es claro que el envejecimiento poblacional tiene repercusiones grandes en el desarrollo de los países e impacta a los sectores de la salud, la educación, la infraestructura y el comercio; el envejecimiento en América Latina comparado con el de países desarrollados ha registrado un ritmo acelerado en el aumento de la población adulta mayor, esto también caracterizado por la alta incidencia de pobreza, inequidad social, escaso desarrollo institucional y cobertura inadecuada de salud; cómo podemos observar, no muy distante de la realidad de nuestro país, donde la inequidad de la atención, el acceso a los sistemas de salud y la presencia de un sistema poco solidario son evidentes. Además es común en América Latina encontrar hogares que albergan varias generaciones en donde por lo menos 2 de cada 10 hogares incluyen un anciano (Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, 2009)

Según el último censo general de la población en Colombia el 6.3% del total de habitantes es mayor de 65 años, 54.6% mujeres y hombres con un 45.4%, del total del censo de personas mayores se encontró que el 28.8% están distribuidas en ciudades principales como **Cali**, Barranquilla, Medellín y Bogotá, proyectando que al 2050 más del 20% de la población tendrá más de 60 años, con un crecimiento de la tasa anual de 4%, donde Cali actualmente posee el 5.3% de personas centenarias del país, además, los cambios demográficos revelaron que las jefaturas del hogar incrementarían progresivamente donde los adultos mayores solo logran hasta el 4.8% de las mismas traduciéndose en mayor número de ancianos institucionalizados o viviendo solos. (DANE, 2005)

Actualmente contamos con una propiedad dispuesta para realizar las adecuaciones necesarias para la implementación del centro, también con el recurso humano necesario y con la participación de socios accionistas del proyecto, a futuro la integración de entidades universitarias para la promoción de la investigación y el aprendizaje, todo esto con el fin de impulsar el emprendimiento, promover la generación de empleos, proporcionar herramientas de apoyo para el adulto mayor y su familia,

donde se elimine el concepto que estigmatiza los centros de cuidados del anciano permitiendo un ambiente donde se encuentre un balance para el bien común.

8 OBJETIVOS

8.1 Objetivo general:

Determinar la viabilidad de la creación de un centro multidimensional en la atención del adulto mayor en la ciudad de Cali.

8.2 Objetivos específicos:

1. Elaborar un estudio de la competencia actual en la ciudad de Cali.
2. Realizar una evaluación financiera de lo que costaría hacer el montaje del centro multidimensional.
3. Realizar un estudio de mercado para determinar si la población está interesada en los servicios ofertados por la entidad.

9 MARCO TEÓRICO

En el Plan indicativo de la Política Pública del adulto mayor en la ciudad de Santiago de Cali, cursa por la situación actual que a continuación se reflejara en el presente análisis ubicando la dimensión del envejecimiento y la responsabilidad frente a las demandas de este grupo poblacional. (Delgado, 2010)

9.1 Contexto geográfico:

Cali capital del Departamento del Valle del Cauca, la segunda ciudad más grande del país y la tercera más poblada de Colombia. Tiene un área de 564 kilómetros cuadrados, con un área urbana de 22 comunas y un área rural de 15 corregimientos; con un total de 2.344.703 habitantes.

Limitaciones municipales al norte con Yumbo y La Cumbre, al oriente con Palmita, la Candelaria y Puerto Tejada, al sur con Jamundí y al Occidente con Buenaventura y Dagua. (Cauca, 2014)

9.2 Aspectos demográficos del adulto mayor:

Las condiciones demográficas tanto como el tamaño de la población, la distribución geográfica dentro del país y la composición con respecto a características como sexo, edad y estado socioeconómico tienen un efecto muy importante sobre el nivel de la salud y las necesidades de atención de una población. (Montes, 2002)

La morbimortalidad y la esperanza de vida son indicadores de salud de cualquier tipo de población, pues identifican tanto las fortalezas como las deficiencias del sistema al momento de la prestación de los servicios, enfatizando en la vulnerabilidad de este grupo etario.

El envejecimiento, la vejez y las personas viejas ganan cada día un espacio en el debate social contemporáneo, toda vez que los efectos de transición demográfica implican un envejecimiento poblacional en todo el mundo. Este hecho se ha convertido en una de las características del siglo XXI, cuando por primera vez en la historia la proporción de población joven y la de población vieja serán equivalentes (Naciones Unidas, 2000).

Colombia no es la excepción: los mayores de 60 años que en 2005 conforman el 7% de su población, constituirán el 20% en el año 2050, cuando uno de cada cinco colombianos (quienes hoy ya han cumplido 10 años) tendrá más de 60 años.

Por otra parte, la esperanza promedio de vida al nacer que al comenzar el siglo XX (1901) era de 28 años y en el 2001 de 70 años, alcanzará los 80 años en el 2050 (Rueda, 2001)

Conocido como el instrumento estadístico en el cual está detallada la realidad nacional y las diversas condiciones en las cuales se encuentra la población, indica que “Colombia cuenta con una población total de 44.531.384 millones de personas, de las cuales el 7% corresponde adultos mayores y un efecto de ingreso de personas mayores por el orden de 80.000 personas ingresando cada año las cifras de los mayores de 60 años, así pues en el 2030 El incremento anual será 4 Veces mayor: Colombia Pasará de 3 millones de adultos mayores a 15 Millones en el 2050.”

A continuación se presentan datos relacionados con la población, porcentaje, distribución por sexo y la expectativa de vida al nacer en el caso Colombia y específicamente Cali, así como también la campana poblacional, de acuerdo a los datos aportados por el Censo. (DANE, 2005)

Figura: 1. Aspectos sociodemográficos de Colombia y Cali. (DANE, 2005)

		COLOMBIA	CALI
Población		44.531.434	2.369.696
Porcentaje	Urbano	72	98
	Rural	28	1.08
Distribución por sexo	Hombre	50.7	46.8
	Mujer	49.3	53.2
Esperanza de Vida al Nacer	Total	72.1	72.8
	Mujer	75.3	76.3
	Hombre	69	69.3

Figura: 2. Pirámide poblacional Colombia. (DANE, 2005)

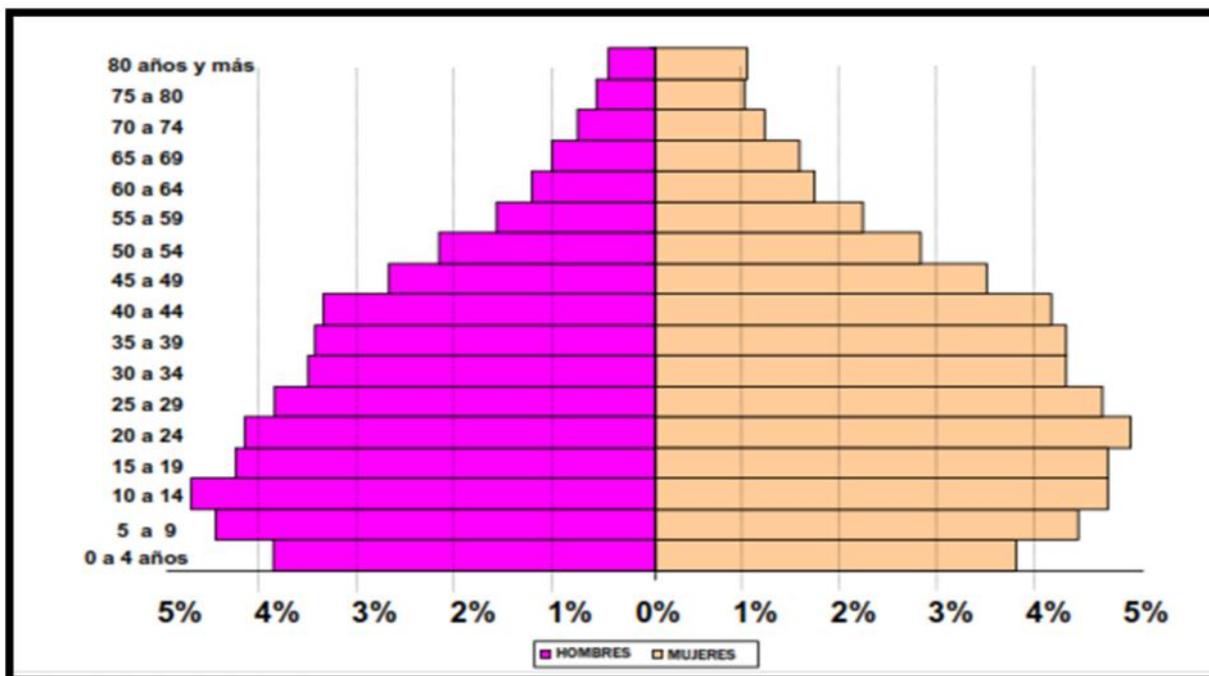


Figura: 3. Población total censada en hogares particulares por sexo y edad. (DANE, 2005)

RANGO DE EDAD	TOTAL POBLACION	TOTAL HOMBRES	TOTAL MUJERES
60 a 64	58161	25563	32598
65 a 69	49571	21032	28539
70 a 74	37419	15493	21926
75 a 79	28129	11644	16485
80 a 84	15237	6012	9225
85 a 89	7767	2854	4913
90 a 94	2812	956	1856
95 a 99	763	221	542
100 a 104	111	36	75
105 a 109	25	8	17
110 a 115	2	1	1
TOTAL	199.997	83.820	116.177

Figura: 4. Poblacion total censada en hogares de alojamiento especial por sexo y edad. (DANE, 2005)

EDAD	COMUNA	TOTAL POBLACIÓN
60 a 115 años	1	8
60 a 115 años	2	15
60 a 115 años	3	320
60 a 115 años	4	21
60 a 115 años	5	5
60 a 115 años	6	0
60 a 115 años	7	84
60 a 115 años	8	54
60 a 115 años	9	97
60 a 115 años	10	86
60 a 115 años	11	64
60 a 115 años	12	11
60 a 115 años	13	7
60 a 115 años	14	25
60 a 115 años	15	15
60 a 115 años	16	24
60 a 115 años	17	109
60 a 115 años	18	228
60 a 115 años	19	504
60 a 115 años	20	0
60 a 115 años	21	0
60 a 115 años	22	23
TOTAL	22	1700

Figura: 5. Población total censada en hogares particulares por sexo y edad. (DANE, 2005)

EDADES	TOTAL	HOMBRE	MUJER
60 a 64	1020	538	482
65 a 69	853	439	414
70 a 74	622	337	285
75 a 79	440	210	230
80 a 84	256	141	115
85 a 89	121	64	57
90 a 94	44	13	31
95 a 99	16	6	10
100 a 104	2	0	2
105 a 109	0	0	0
110 a 115	0	0	0
TOTAL	3374	1748	1626

9.3 Aspectos epidemiológicos:

En la ciudad de Santiago de Cali las enfermedades crónicas no trasmisibles causa de muerte son en primer lugar las cardiovasculares, homicidios, tumores malignos, neumonías y enfermedades respiratorias, ECV, diabetes, accidente de tránsito, septicemias, enfermedades digestivas y SIDA. Además de ser evidente la presencia de sedentarismo en la población como se describe a continuación en la gráfica. (DANE, 2005)

Figura: 6. Sedentarismo por género y edad en Cali. (DANE, 2005)

SEDENTARISMO		
	Si	No
Sexo		
Femenino	78.7%	21.3%
Masculino	66.3%	33.6%
Grupo de edad		
15 a 24	66.9%	33.0%
25 a 34	90.0%	9.9%
35 a 44	83.6%	16.3%
45 a 54	70.2%	29.7%
55 a 64	46.7%	53.2%
65 y más	66.0%	33.9%

9.4 Definición de envejecimiento:

Se ha considerado que el envejecimiento es un proceso fundamentalmente biológico, en el cual todas las células tienen un tiempo de existencia establecido, determinado por factores intrínsecos, originando el envejecimiento primario e influencias extrínsecas que producen el envejecimiento secundario.

9.5 Características del envejecimiento:

1. Universal: Común en todos los seres, posterior a la maduración.
2. Progresivo: A medida que transcurre la vida hay efectos sobre el organismo que originan cambios característicos del envejecimiento.
3. Deletéreo: Daños lesivos que producen daño a nivel celular, tisular, orgánico o sistémico, llevando al deterioro general del organismo.
4. Intrínseco: Los dos sistemas que más envejecen son el pulmonar y renal.
5. Irreversible: No hay sustancia o medicamento que pueda revertirlo posterior a su inicio. (Montes, 2002)

9.6 Envejecimiento y ciclo de vida

La OMS dice que entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Habrá en el mundo más personas octogenarias y nonagenarias que nunca antes.

La capacidad funcional de una persona aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles.

Incluso en los países pobres, la mayoría de las personas de edad mueren de enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías, el cáncer y la diabetes, en vez de infecciones y parasitosis. Además, es frecuente que las personas mayores padezcan varios problemas de salud al mismo tiempo, como diabetes y cardiopatías. En todo el mundo, muchas personas de edad avanzada están en riesgo de ser maltratadas. En los países desarrollados, entre un 4% y un 6% de las personas mayores han sufrido alguna forma de maltrato en casa. En los centros asistenciales como los asilos, se cometen actos abusivos como maniatar a los pacientes, atentar contra su dignidad (por ejemplo, al no cambiarles la ropa sucia) y negarles premeditadamente una buena asistencia (como permitir que se les formen úlceras por presión).

El maltrato de los ancianos puede ocasionar daños físicos graves y consecuencias psíquicas de larga duración. La necesidad de asistencia a largo plazo está aumentando. Se pronostica que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que

no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales. (Brocklehurst, 2007)

Figura: 7. Características del ciclo de vida. Fuente: (Amador, 2001)

<p>Adulthood TEMPRANA (18-40)</p>	<p>Supone la culminación del ciclo vital.</p>	<p>Época propicia para materializar los sueños de juventud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección de una profesión. 2. Conseguir un lugar en la sociedad. 3. Fundar y crear la propia familia. 4. Adquirir una ideología propia.
<p>Adulthood INTERMEDIA (40-60)</p>	<p>Algunas habilidades, capacidades y destrezas decrecen, pero son suplidas por la experiencia y madurez.</p>	<p>Época de estabilidad. Se preocupa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. De la crianza y educación de los hijos. 6. Mantiene la competencia en el campo profesional y laboral. 7. Proyección hacia el mundo exterior: comienza a interesarse por actividades y responsabilidades de grupo, asuntos económicos y comunitarios. 8. Aceptar los cambios fisiológicos de la edad y adaptarse a ellos.
<p>Adulthood TARDÍA (65 en adelante)</p>	<p>Declive de la fuerza, habilidades y destrezas físicas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 9. Se repliega e interioriza; pérdida de responsabilidades profesionales y familiares. 10. Se vuelve más realista. 11. Se interesa más por las recompensas a corto plazo. 12. Debe asumir la pérdida del cónyuge e incluso su propia vida.

9.7 Envejecimiento activo:

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud “El envejecimiento activo es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez”

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. Permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo de vida y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados adecuados cuando necesitan asistencia.

El término «activo» hace referencia, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, sino a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden, y deben, seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento es un fenómeno multigeneracionales que plantea retos fundamentales a los sistemas de protección social integral y a las políticas de empleo en los países.

Las políticas públicas orientadas a garantizar un envejecimiento saludable se orientan a promover condiciones que permitan a las personas tener una vida larga y saludable. Esto supone intervenciones a través de todo el ciclo de vida para garantizar la salud, el empleo, las condiciones sanitarias y educativas, a promover que cada vez las personas mayores sean independientes, participativas, autónomas, con menores niveles de discapacidad por enfermedades crónicas; desmitificar la vejez como problema, y crear condiciones para que las personas mayores sigan participando en la vida económica y productiva, por medio de diversos empleos, así como en la vida familiar. Este enfoque se orienta a toda la población, impacta positivamente los costos de la atención en salud, pero exige una planificación regida por las necesidades reales

de la población en general, para garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de todos. (Betancourt, 2007)

9.8 Aspectos sociales del anciano:

Estudios epidemiológicos han demostrado asociación entre soporte social, mayor salud física y mental, estilos de vida saludables y mayor supervivencia. Asistir a servicios religiosos asocia con mayor bienestar, menor depresión, ansiedad y menos consumo de sustancias, al igual que el descenso en la tasa de suicidio, presión sanguínea, presencia de ECV.

Al envejecer se evidencia una disminución de los contactos sociales, por lo regular solo permanecen los lazos muy estrechos, por ende sus actividades sociales también, quedando reducidas a eventos familiares.

9.9 Cuidadores y carga del cuidador:

Para una completa comprensión del funcionamiento social del anciano es importante determinar el cuidado que se le proporciona, quien lo realiza y a qué precio.

El cuidador es el directamente responsable del cuidado del anciano las 24 horas del día los 7 días de la semana; aunque el rol de cuidador depende directamente de la dinámica y la estructura familiar es común ser asumida por hijas o esposas.

El cuidado implica una reciprocidad anciano-cuidador que puede repercutir de manera positiva o negativa en ambos, dependiendo de los problemas que se presenten y de las soluciones que se adopten. El cuidado del anciano puede percibirse de forma positiva, neutra o negativa, pero siempre es un rol estresante que puede tener consecuencias graves para la persona que proporciona el cuidado, esto ocurre cuando se habla de “la carga del cuidador o la carga del cuidado”.

La carga del cuidador es un concepto multidimensional definido como estrés, sentimientos negativos y dificultades que origina el cuidado de un anciano, e incluye aspectos de la salud física, emocional, social y financieros. Algunos estudios sugieren que la carga del cuidador está más relacionada con las características del cuidador que con las del anciano sometido al cuidado.

Cuidar del anciano en casa las 24 horas del día, especialmente cuando tienen problemas conductuales o es completamente dependiente de las actividades diarias, origina grandes cambios en la calidad de vida del cuidador y dinámica familiar. Todos los miembros de la familia sufren una gran dosis de estrés, causados por situaciones cotidianas relacionadas con la autoridad, manejo de poder, autonomía, pérdida de autocontrol, sobreprotección o maltrato, la tolerancia y manejo financiero.

En este como en todos los aspectos de la función social, existen indicadores objetivos como el cuidado proporcionado y el subjetivo como la respuesta al cuidado, relacionado con las tareas y tiempo involucrado con el cuidado; siendo la carga del cuidado un factor predictivo de uso de servicios domiciliarios y de institucionalización. (Montes, 2002)

9.10 Evolución de los valores sociales sobre la vejez a través de la historia:

En el documento de Antropología de los cuidados en el anciano, donde menciona el rol del anciano en las comunidades ha cambiado progresivamente con tendencia al detrimento, rodeado de leyendas y mitos la vejez ha pasado de ser sinónimo de sabiduría a ser definida como el estado de decadencia del ser humano.

En la era prehistórica las comunidades o tribus de aquella época, solo tenían como objetivo la supervivencia, por lo que llegar a la longevidad era complicado, y aquellos que lo lograban eran dignos de respeto y admiración, era un valor sobre agregado, casi sobrenatural, el anciano se encargaba de transmitir la sabiduría y los conocimientos al resto de la comunidad.

En Egipto se consideraba la vejez como una desgracia, pues en aquella época el culto a la belleza era de vital importancia, los ancianos ocupaban posiciones de dirección porque aun así conservaban la sabiduría necesaria para liderar el pueblo. En el caso de los griegos el sentido de perfección permitió aumentar el deterioro en la percepción de la ancianidad, cambiando el rol a simples consultores de los grandes líderes pues los jóvenes eran quienes tomaban las decisiones, aun así se infundía el respeto a los padres pero permaneciendo fiel a la juventud.

En el mundo hebreo – cristiano el anciano jugo un papel de gran importancia y se les asignaban cargos con poder de tipo religioso y judicial, pero con el tiempo y el cambio de los poderes políticos se relego ese papel solo al de consejeros pero aun, poseedores de mucho poder dentro de las comunidades. En la edad media o edad oscura, predomino el objetivo de la fuerza dejando a los viejos como los más débiles y vulnerables de la población, desfavoreciéndolos y empezando a desplazarlos de todas las actividades de importancia y relegándolos a hospitales o monasterios, definiendo la vejez como imagen del pecado, un castigo divino. Pero con la llegada de la peste negra que afecto a toda Europa y matando a más de un tercio de la población en su mayoría jóvenes y niños, ahí la historia da un giro inesperado convirtiendo nuevamente al anciano en patriarcas e incluyéndolo nuevamente en sociedad.

En el renacimiento nuevamente surgió el concepto greco romano de fuerza, belleza juventud, rechazando la vejez y todo aquello representante de fealdad y decadencia, fueron los tiempos más agresivos contra los ancianos, este desprecio es evidente en las artes y letras. En el mundo moderno los grandes cargos han sido destinados por sucesión, en este sistema surgió la idea de la actual jubilación, pues una visión economista evidencio que durante siglos el cuidado del anciano realizado por la familia sin remuneración y entendido como un deber, cambia tras la llegada de la era industrial que lo considera un deber independiente, valorando su trabajo y compensándolo económicamente frente a la sociedad. A la llegada del modelo contemporáneo caracterizado por la violencia pero también por la inmersión de la ciencia y la tecnología, impactando de manera sobresaliente la vida de los ancianos, pasando de ser referente de sabiduría a ser el más alejado del conocimiento, pues se considera que el aprendizaje ya no se da, la experiencia laboral ya no es apta pues se describe como anticuada, física y estéticamente es indeseable para la sociedad, aquí se inician los rastros de aumento de la población anciana pero también el aumento de la edad de jubilación propiciando el empobrecimiento y la necesidad de atención médica.

Entra pues con más fuerza la liberación femenina que cambia el modelo y el objetivo de la familia, la procreación pasa a un segundo lugar y se convierte en la época de la “recreación”, teniendo impacto en el diseño de las ciudades, reduciendo los espacios y transformando la pirámide poblacional. Es necesario comentar que las prioridades del anciano también han cambiado, determinadas por su necesidad de no ser olvidados dejando un legado, interacción familiar, apego a los objetos y recuerdos, sentido del ciclo vital, aun creativos, curiosos y con capacidad de sorpresa y con sentido de la propia realización personal. (Crespo, 2002)

10 METODOLOGIA.

Para la consecución de los objetivos planteados al inicio de la investigación fue necesario dividir en tiempos la realización del documento, pues se requería de herramientas que permitieran por medio de la información recolectada dar lectura a los datos documentados en la misma.

Esta información es proveniente de estadísticas del DANE, bibliografías de estudiosos del campo, archivos y libros, pues se requería el estudio de 3 enfoques importantes para definir la viabilidad del proyecto; como lo son el enfoque financiero, la competencia y el estudio de mercado; en este último fue necesaria la utilización de una encuesta que se realizó a una porción de la población objeto con el fin de dilucidar el tipo de servicio que requerían y la aceptación del mismo.

10.1 Fuentes primarias:

Información oral o escrita recolectada por medio de la observación y encuestas realizadas en el estudio de mercados.

La observación: A través de la visita de los hogares privados para el cuidado del adulto mayor, con el fin de realizar el estudio de competencias y un análisis comparativo de los servicios a ofrecidos en la actualidad y los que ofertara nuestra empresa a la población. Siendo una gran ventaja pues permite evidenciar la situación en general y nos permite potenciar los servicios a ofertar.

La encuesta: La recolección de información directamente con la población objeto del trabajo permitieron el conocimiento de las necesidades y expectativas de la población.

10.2 Fuentes secundarias:

Información recolectada de fuentes directamente relacionadas con la gestión y atención en los servicios para el adulto mayor y la creación de empresa. Tanto libros, como artículos y archivos de carácter público y privado.

11 TIPO DE ESTUDIO

Es una investigación no experimental, pues sus variables no tienen características manipulables y se realizó basado en la observación de fenómenos ya existentes relacionados con la oferta de servicios para el cuidado del adulto mayor en la ciudad de Cali, la percepción de este, la competencia y las necesidades financieras.

De diseño transversal, pues se dio recolección a datos en un tiempo determinado entre mediados del año 2014 e inicio de 2015, luego dividiéndose en dos secciones, una de tipo descriptivo gracias a la encuesta en donde se indagaron algunas variables de la comunidad en relación a sus características individuales y a sus necesidades, otra de manera exploratoria conociendo el entorno que permitió pronosticar de una manera más acertada la viabilidad y el éxito para la creación de un Centro Multidimensional para la Atención del Adulto Mayor en la Ciudad de Cali.

11.1 Definición y tamaño de la muestra:

La definición y el tamaño de la muestra fueron de tipo probabilístico, donde el universo fue la población adulta mayor de 65 años, con limitaciones en la población como su estrato 5 y 6 además de limitar el espacio a la de ciudad de Cali en el departamento del Valle del Cauca.

Para precisar el tamaño de la muestra se tomaron en cuenta los datos según las estadísticas DANE en Colombia, donde la población anciana corresponde al 7% del total de la población, lo que indica que son 3.117.196 personas; de las cuales el 7.3% se encuentra en la ciudad de Santiago de Cali dividida por 22 comunas.

El mercado objeto de la oferta de servicios va dirigido a la población de estrato 5 y 6 de la ciudad, Se determinó el número de viviendas por comunas definidas desde los estratos 1 a 6. Estableciendo que la población objeto se encontraba en las comunas 2, 3, 17, 19 y 22 con un total de 48.238 pobladores de estrato 5 (medio alto) y 8555 de estrato 6 (alto). Posterior a ello se determinó la población anciana total en estas comunas, divididas por género y de allí se tomó la muestra según la siguiente gráfica.

Figura: 8. Número de viviendas por comuna en la ciudad de Cali. Fuente: (DANE, 2005)

Numero de Viviendas por Comuna en la Ciudad de Cali				
Comuna	Poblacion	%	Viviendas	%
1	70,662	3.3%	13,771	2.6%
2	104,783	4.8%	31,410	6.0%
3	43,532	2.0%	11,880	2.3%
4	55,333	2.6%	14,219	2.7%
5	117,315	5.4%	33,974	6.5%
6	190,239	8.8%	42,591	8.1%
7	72,978	3.4%	16,342	3.1%
8	98,967	4.6%	25,958	5.0%
9	47,114	2.2%	11,469	2.2%
10	105,007	4.8%	27,013	5.2%
11	100,788	4.7%	20,618	3.9%
12	65,969	3.0%	14,068	2.7%
13	176,124	8.1%	37,406	7.1%
14	169,941	7.8%	35,255	6.7%
15	145,847	6.7%	31,461	6.0%
16	96,066	4.4%	22,174	4.2%
17	127,124	5.9%	37,883	7.2%
18	107,238	5.0%	25,865	4.9%
19	105,962	4.9%	31,626	6.0%
20	64,986	3.0%	15,323	2.9%
21	90,003	4.2%	21,197	4.0%
22	9,342	0.4%	2,489	0.5%
Total	2,165,320	100%	523,992	100%

Figura: 9. Viviendas por estrato socioeconómico. Fuente: (DANE, 2005)

Viviendas por Estrato Socioeconómico							
Comuna	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	Total
1	7,574	6,197					13,771
2	1,256		2,199	11,308	13,820	2,827	31,410
3	713	1,544	8,791	238	594		11,880
4	569	6,825	6,825				14,219
5			33,295	679			33,974
6	2,130	35,776	4,685				42,591
7	1,144	6,700	8,498				16,342
8		6,490	19,469				25,958
9	1,147	2,294	8,028				11,469
10		1,621	21,340	4,052			27,013
11		5,773	14,845				20,618
12		6,049	8,019				14,068
13	9,726	23,940	3,741				37,406
14	22,916	12,339					35,255
15	12,899	12,270	6,292				31,461
16	1,330	19,957		887			22,174
17		379	7,955	7,577	19,699	2,273	37,883
18	6,725	8,794	10,087	259			25,865
19	316	949	1,581	13,599	13,915	1,265	31,626
20	12,718	2,145	460				15,323
21	17,106	4,091					21,197
22		82		7	209	2,190	2,489
Total	98,268	164,215	166,110	38,605	48,238	8,555	523,992

Figura: 10. Identificación de número de habitantes mayores de 65 años por estrato, comuna y género. Fuente: (DANE, 2005)

COMUNA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2	16140	6342	9798
3	6654	3108	3546
17	10717	4172	6605
19	16236	6166	9950
22	954	489	525
TOTAL	50701	20277	30424

Figura: 11. Operación Matemática para tamaño de la muestra.

Variable	Descripción	Valor	Valor2	Unidad Medida
N	Tamaño de la Población	50701		Personas
Z	Confiabilidad	95%	1,96	
p	Proporción	80%		Porcentaje
me	Margen de Error o Precisión	5%		Porcentaje
n	$N*(Z*Z)*p*(1-p)$	245		
	$(N-1)*(me*me)+(Z*Z)*p*(1-p)$			

12 ASPECTOS ETICOS

En el documento de (Perez, 2002) titulado bioética geriátrica habla de los aspectos éticos claves en la geriatría y se menciona la medicina “como el servicio de la persona que sufre”, pues documentan allí que en este tipo de atención se corre el peligro de caer en dos extremos de la atención; uno señalado como el encarnizamiento terapéutico justificado por el incremento de los días que el paciente permanece con vida, no asociado a la calidad y determinado por la presencia de signos vitales o el otro la eutanasia casi consiente, determinada por la ideología de que la edad los hace no merecedores de la atención médica, porque se considera un desperdicio de los recursos de las entidades.

La aplicación de la ética en la geriatría es imprescindible, y no solo por las condiciones propias del anciano, su vulnerabilidad y momento de la vida, sino también por las condiciones propias de esta etapa, que se relacionan con la esperanza de vida e inclusive con la muerte.

Con la intensión constante de la medicina de mejorar la calidad de vida de los pacientes aplicando el principio de beneficencia, se ha producido un aumento en la duración de la misma, teniendo grandes implicaciones tanto en el ámbito económico, social y ético de las comunidades.

La toma de decisiones clínicas deben estar soportadas por el componente ético, apoyados en el código deontológico donde cita “estableceré el régimen de los enfermos de manera que les sea más provechosa **según mis facultades y mi entender**, evitando todo mal y toda injusticia”, pues en el diario vivir de la profesión médica los dilemas de la atención de esta población específica se direccionan a variables como la prolongación de la vida, el tratamiento de la enfermedad terminal, la búsqueda del rol del paciente en la toma de decisiones, las decisiones previas a la muerte, el derecho a morir de manera digna, la paliación de los síntomas entre otras.

Los principios éticos aplicables al paciente anciano se relacionan inclusive con la racionalidad al momento de ejecutar procedimientos agresivos o la selección de las tecnologías para el tratamiento, rehabilitación o diagnóstico de patologías.

La aplicación de estas medidas en el paciente tiene relación tanto con los deseos del usuario como con las habilidades clínicas del tratante que le permiten determinar la alternativa de tratamiento que no solo prolongue la existencia sino también que genere calidad de vida o incluso calidad en la asistencia al momento de la muerte. No pretendiendo juzgar el acto médico pues cada paciente es un universo y está presto a condiciones individuales que lo hacen acreedor a diversas formas de tratamiento.

Dentro de la atención integral de los pacientes aparece uno de los principios irrefutables, como lo es la autonomía del adulto mayor, que se traduce a la capacidad de elección de una persona de acuerdo a sus valores, condiciones éticas, sociales y personales, siendo fácilmente vulnerado pues es común evidenciar impedimentos propios de la condición física que impiden ejercer este principio de manera eficaz.

La comunicación, la veracidad y claridad al momento de entregar la información relacionada con la condición del usuario facilitan la aplicación de este recurso, alternativas que se tienen según los recursos y beneficios potenciales, además de la asesoría en la resolución de problemas y toma de decisiones al entorno familiar.

El humanismo en el acto médico debe predominar en el actuar médico, su condición lo hace ligarse a los cambios propios de la sociedad, a la educación de la misma y a la interacción sana que permita la determinación de metas realistas con el tratamiento y la premisa de no hacer daño, “no maleficencia” en la aplicación de medidas para el manejo clínico de los usuarios.

14 ESTUDIO DE MERCADOS

En el documento de (Bertha Peñaloza, 2012) que trata del mercadeo en salud, citan la definición brindada por asociaciones y personas que influyentes en el medio, donde consideran al mercadeo como una herramienta eficaz para comercializar, distribuir y vender los productos de una compañía, con la intención de expandir y generar ganancias para sus propietarios, donde encontramos una relación directa entre las palabras esfuerzos, objetivos, maximización y comercialización, destacando el mercadeo como parte fundamental del éxito empresarial, jugando con la oferta del producto y la necesidad que se genera del mismo.

14.1 MIX DE MERCADEO

14.1.1 Producto:

Se ofertara la prestación de servicios al adulto mayor por medio de la creación de un centro multidimensional para su atención, en donde se prestaran servicios dirigidos al confort, tratamiento, socialización o rehabilitación del anciano según sus necesidades. Además de ofrecer un campo habitacional para ellos o la inclusión de actividades asistidas desde sus hogares, permitiendo el aumento de la interacción de la familia, la disminución del estrés del cuidador y la asesoría permanente de profesionales de la salud en la Ciudad de Cali.

14.1.2 Características:

Intangible: Al ser un producto intangible carece de características físicas para su análisis, pues el servicio se consume al momento en el que se produce la visita.

Variable: Depende del tipo de servicio ofertado, sería diferente para cada de los usuarios según la percepción del producto al momento de recibirlo.

Beneficios: Los pacientes se ven beneficiados por este tipo de atención en diversas áreas, pues sus objetivos van dirigidos a:

Confort del paciente y su familia.

Promoción de la participación activa por parte de los familiares en la evolución y cambios del usuario.

La disminución de riesgos relacionados con la atención hospitalaria y el medio ambiente (infecciones).

Aumento de la actividad física y la asociación, evitando procesos de aislamiento en el adulto mayor.

Disminuir el estrés del cuidador proporcionando acompañamiento en las actividades que generen mayor desgaste, mejorando la relación con el anciano y aumentando la interacción con este.

Ciclo de vida del producto: En introducción.

Población objeto: Adulto mayor de los estratos socioeconómicos 5 y 6 de la ciudad de Cali en el departamento del Valle del Cauca y sus alrededores.

Nombre: Centro Multidimensional para la Atención del Adulto Mayor MONTECARLO

14.1.3 Descripción del servicio:

El Centro Multidimensional para la Atención del Adulto Mayor MONTECARLO brindará a la población adulta mayor de 65 años la posibilidad de recibir servicios direccionados al mejoramiento de su calidad de vida y de sus familias, ofreciendo una amplia gama de actividades destinadas al confort, tratamiento, rehabilitación, socialización y entretenimiento del individuo.

Se brindarán servicios de estancia permanente, temporal, transporte, valoración por profesionales de las diversas áreas de la salud, asistencia de actividades en casa, gimnasio, actividades recreativas, servicio de rehabilitación entre otras, además de optimizar el contacto y la participación de la familia favoreciéndonos de los medios tecnológicos que permitan la comunicación; potenciando la información generada por el usuario en el transcurso de su estadía; permitiendo a las familias o individuos la escogencia de servicios en pro de la disminución de estrés y carga del cuidador.

14.1.4 Productos complementarios:

La recreación, el deporte y los espacios de socialización son tan importantes como aquellos relacionados con la atención médica de los mismos, por lo que se destinó en la propiedad un espacio para el deporte como lo es el gimnasio, la piscina y las zonas verdes. La celebración de cumpleaños, fechas especiales, integración con los familiares, eventos deportivos, salidas supervisadas, encuentros con otras instituciones entre otras.

14.1.5 Plaza:

La propiedad está ubicada en la vía Cristo Rey, en el Mameyal; a 10 minutos del centro de Cali, equidistante del norte y sur de la ciudad. Cuenta con espacios amplios, piscina, vegetación y buen clima. Destinado para la población de la ciudad de Cali y municipios aledaños.

14.1.6 Precio:

El precio de los diferentes servicios se estimara por separado, teniendo en cuenta el costo de los servicios en la competencia, los servicios que presta la institución y los diferenciales por los servicios que no se prestan en otras instituciones (valor agregado).

14.1.7 Publicidad:

Inicialmente será una institución de servicios privados a la que se publicitara por medio de medios de comunicación como radio y televisión, prensa escrita y redes sociales. Además de contar en la actualidad con una lista de contactos de potenciales clientes. (Harrington, 2014)

14.1.8 Aplicación de matriz de Ansoff:

Figura: 13. Aplicación de la matriz de Ansoff

producto	Actuales	Nuevos
Mercado		
Actuales	Penetración en el mercado 	Desarrollo de nuevos productos
Nuevos	Desarrollo de nuevos mercados	Diversificación

Resultado: Penetración en el mercado.

Análisis de la matriz:

Es un producto actual en un mercado actual, lo que nos da como resultado la necesidad de implementación de estrategias para penetración en el mercado, en la actualidad se realizara una oferta de servicios de características privadas para en el futuro iniciar contratación con entidades del régimen contributivo y medicina prepagada que permitan la vinculación de sus afiliados a nuestra entidad, sirviendo como una entidad prestadora de servicio de salud a los aseguradores que requieran ofertar estos servicios. (emprendepymes, 2014)

14.2 LAS 4 C DEL MERCADEO

14.2.1 El cliente:

La atención de los pacientes geriátricos aplica para aquellos mayores de 65 años que requieran de servicios tanto institucionales como domiciliarios en la ciudad alcance, con prestación de servicios en un área campestre, atendiendo sus necesidades de tipo físico, mental y afectivo.

Es común encontrar pacientes dependientes aun de sus familias pero también aquellos usuarios que desean gozar de sus años de vida en compañía de personas que puedan facilitar la realización de actividades y potenciar las experiencias de vida al

máximo. Nuestra entidad está en condición de brindar atención integral fusionada con un concepto hotelero que impida que el usuario perciba nuestra entidad como hospital y lo describa como su hogar.

14.2.2 La comodidad:

Las habitaciones están dotadas con todos los insumos necesarios para la comodidad de los usuarios, desde camas especiales para el descanso, hasta dispositivos que ayuden al traslado y la asistencia de actividades.

Contaran con servicios de internet, comunicación directa y continua con familiares y amigos, acompañamiento en actividades, terapeutas ocupacionales, físicos, enfermeras, médicos y especialistas disponibles para el cuidado. Además del traslado de estos al hogar de los usuarios o sus familias en caso de requerirlo.

Las instalaciones brindan un espacio agradable y relajante que permite la privacidad pero que también fomenta la socialización, el esparcimiento y la actividad física; permitiendo el tratamiento, recuperación y rehabilitación de alguna novedad se realice en las instalaciones de la institución, evitando los traslados y el estrés producto de los mismos.

14.2.3 La comunicación:

La divulgación de los servicios se realizara con campañas en medios de comunicación como radio y televisión, además de realizar una preapertura que permitirá el conocimiento de las instalaciones por parte de los usuarios, ampliando el conocimiento del programa y mejorando sus expectativas. Actualmente se cuenta con una base de datos para él envío de información a población objeto con el producto ofertado.

14.2.4 El costo:

La tarifa será de acuerdo al servicio solicitado por el cliente y las condiciones vigentes. Es un servicio privado, lo que involucra el pago por parte de un particular, ya sea el usuario o la familia quien asume el costo. El plan obligatorio de salud no cubre la prestación de estos servicios. (Serna, 2000)

15 FICHA TECNICA: PRESENTACION DE VARIABLES

Figura: 14. Descripción de variables.

VARIABLE	DEFICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la actualidad, con el fin de determinar que la encuesta sea aplicada a la población objeto	Cuantitativa	Nominal	Edad: expresado en números totales
SEXO	Determinación de sexo. Categorías: *F: Femenino *M: Masculino	Cualitativa	Nominal	Sexo: Será presentado en números totales según el resultado total de las encuestas
ESTADO CIVIL	Condición civil de los encuestados, valorada a través de una encuesta. Categorías: *S: Soltero * C: Casado * V: Viudo * U: Unión libre	Cualitativa	Nominal	Estado civil: será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.
ESCOLARIDAD	Nivel educativo actual del entrevistado. Categorías:	Cualitativa	Nominal	Escolaridad: será presentado a través de porcentajes de acuerdo

	<p>*P: primaria</p> <p>*S: secundaria</p> <p>*T: técnica</p> <p>*U: Universitaria</p> <p>*N: ninguna</p>			a las categorías previamente establecidas.
SOPORTE FAMILIAR	<p>Quiere determinar si en la actualidad el usuario cuenta con su familia para la toma de decisiones tanto económicas como personales.</p> <p>Categorías:</p> <p>*S: SI</p> <p>*N: NO</p>	Cualitativa	Nominal	Soporte familiar: será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.
OCUPACION	<p>Oficio en el que desempeña actualmente sus actividades y que le genera ingreso económico</p> <p>Categorías:</p> <p>*I: Independiente</p> <p>*P: Pensionado</p> <p>*T: Trabajador:</p> <p>*D: Depende económicamente de alguien más</p>	Cualitativa	Nominal	Ocupación: será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.
SALARIO	Ingresos generados mensualmente por cualquier concepto.	Cuantitativa: se convierte	Rangos	Salario: será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las

	<p>Categorías:</p> <p>A. menos de \$2.500.000</p> <p>B. 2.501.000 a 5.000.000</p> <p>C. superior a 5.000.000</p>	<p>en Cuantitativa pues se agruparon los valores y no es posible realizar una operación matemática.</p>		<p>categorías previamente establecidas.</p>
<p>CONOCIMIENTO CENTROS DE CIUDAD</p>	<p>Conocimiento acerca de otras instituciones en la ciudad que oferten servicios similares.</p> <p>Categorías:</p> <p>*S: SI</p> <p>*N: NO</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Conocimiento centros en la ciudad: será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.</p>
<p>PARTICIPACION ACTIVA EN CENTROS DE CUIDADO</p>	<p>Existe por parte del encuestado una participación activa en algún centro que ofrezca servicios dirigidos a la población adulta mayor.</p> <p>Categorías:</p> <p>*S: SI</p> <p>*N: NO</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Participación activa en algún centro: será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.</p>
<p>AUMENTO DE LA PARTICIPACION SOCIAL</p>	<p>Considera el encuestado que la participación en un centro de cuidados como el nuestro aumente la interacción social y el aumento de actividades para sí mismo</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Aumento de la participación social:</p> <p>Será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las</p>

	<p>Categorías:</p> <p>*S: SI</p> <p>*N: NO</p>			<p>categorías previamente establecidas.</p>
<p>VALOR A PAGAR</p>	<p>Se refiere al costo económico que estaría dispuesto a pagar el cliente por los servicios ofertados por el centro multidimensional.</p> <p>Categorías:</p> <p>A. De 1.000.000 a 1.500.000</p> <p>B. De 1.500.000 a 2.000.000</p> <p>C. Más de 2.000.000</p>	<p>Cuantitativa: se convierte en cuantitativa pues se agruparon los valores y no es posible realizar una operación matemática.</p>	<p>Nominal</p>	<p>Será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.</p>
<p>SERVICIO DE MAYOR NECESIDAD</p>	<p>Se describe como el tipo de servicio que podría ser de mayor demanda por los clientes y se permite su escogencia en una encuesta con las siguientes categorías.</p> <p>Categorías:</p> <p>A. Hogar día</p> <p>B. Residencia</p> <p>C. Recreacional</p> <p>D. Consulta externa con personal médico especialista, general y enfermería.</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Nominal</p>	<p>Servicio de mayor necesidad: Será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.</p>

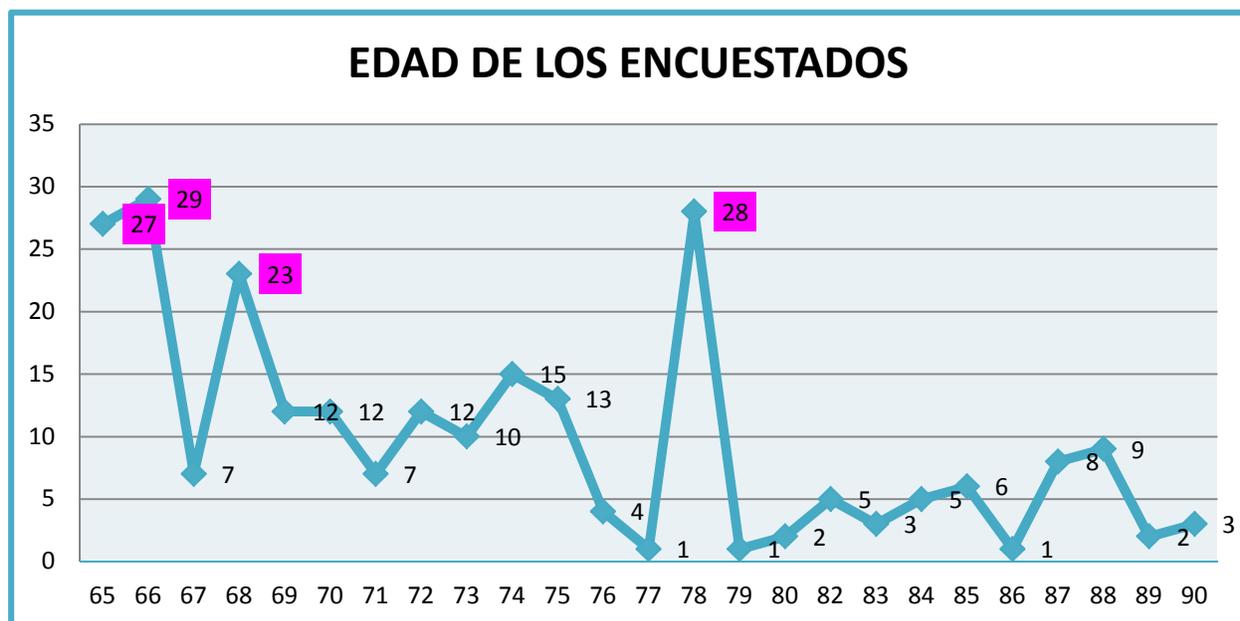
	E. Acompañamiento en actividades cotidianas, transporte entre otros.			
INTERES POR PARTE DE LA FAMILIA	<p>Interés por parte de la familia en adquirir los servicios ofertados por la entidad.</p> <p>Categorías:</p> <p>*S: SI</p> <p>*N: NO</p> <p>*O: No tiene familia</p>	Cualitativa	Nominal	<p>Interés por parte de la familia:</p> <p>Será presentado a través de porcentajes de acuerdo a las categorías previamente establecidas.</p>

16 TABULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS DE ENCUESTA

Objetivo: Determinar la viabilidad para la creación de un centro privado multidimensional para el adulto mayor en Cali según el análisis del mercado.

1. Edad de los encuestados.

Figura: 15. Edad de los encuestados. (Ardila, 2015)



Análisis: Se realizaron 245 encuestas a personas de la tercera edad entre los 65 y 90 años, residentes en la ciudad de Cali de los estratos socioeconómicos 5 y 6; evidenciando que predominaron las personas con edades entre los 65, 66, 68 y 78 años de edad, con un promedio de 27 encuestados por cada una.

2. Sexo de los encuestados.

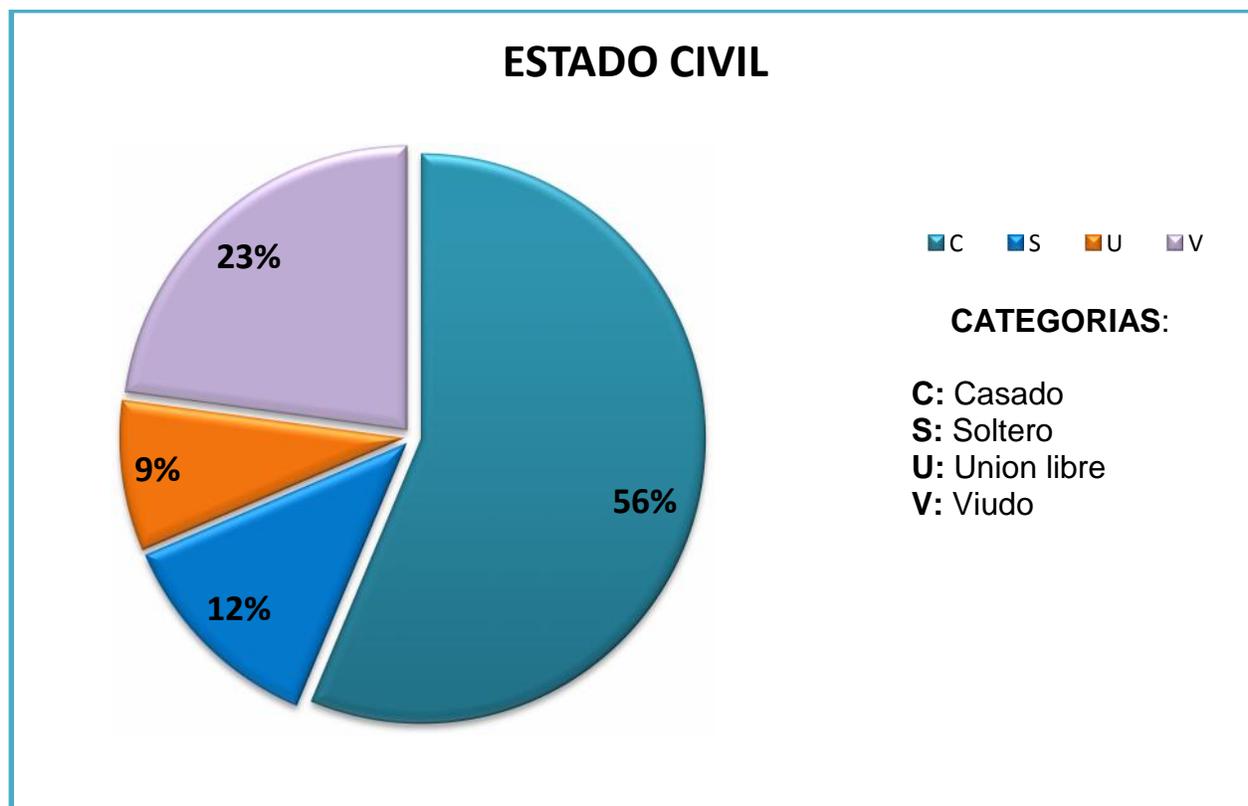
Figura: 16. Sexo del encuestado. (Ardila, 2015)



Análisis: Posterior a la recolección de los datos se identificó que predominaba levemente el sexo masculino en las encuestas con un 51%, sobre el sexo femenino con el 49% restante.

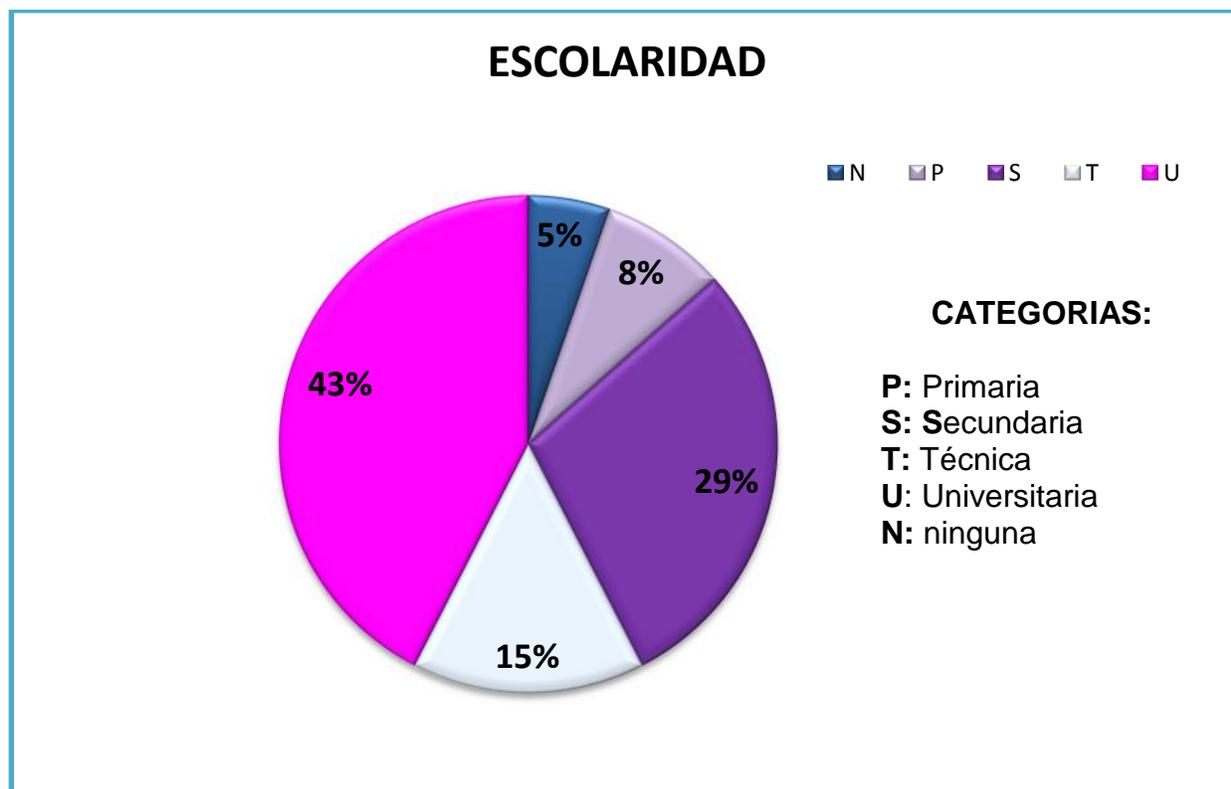
3. Estado civil de los encuestados.

Figura: 17. Estado civil. (Ardila, 2015)



Análisis: En la encuesta las personas casadas obtienen el mayor puntaje con un 56%, lo que podría traducirse no solo en la adquisición de los servicios ofertados para ellos, sino también para sus compañeros actuales, seguido de las personas viudas, solteras y en unión libre con un 23%, 12% y 9% respectivamente.

4. Escolaridad de los encuestados.

Figura: 18. Escolaridad. (Ardila, 2015)

Análisis: Al indagar sobre el nivel educativo de los encuestados encontramos que un 43% de ellos ha cursado estudios universitarios, seguido de un 29% que culminó la secundaria y un 15% con educación técnica. El 13% restante habían realizado la primaria completa (8%) o no tenían ninguna educación (5%).

5. ¿El encuestado cuenta actualmente con soporte familiar para la toma de decisiones ya sea económica o personal?

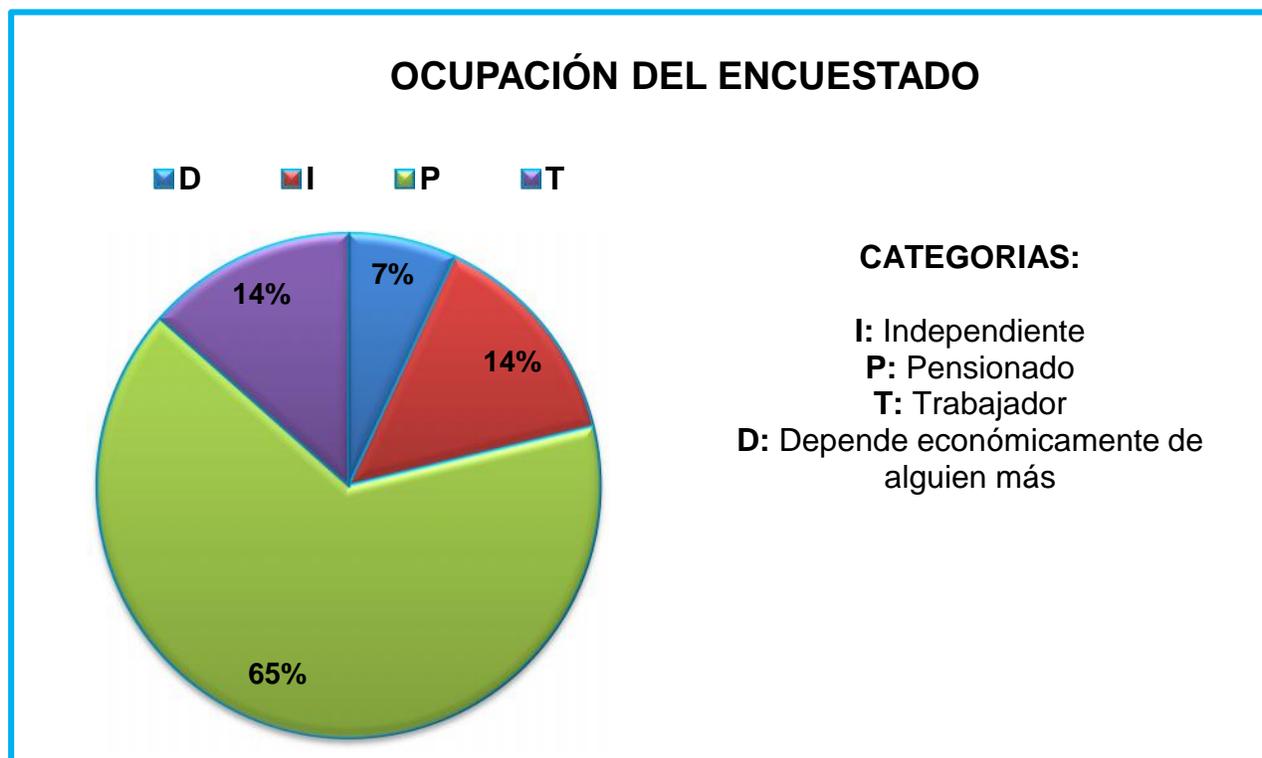
Figura: 19. Presencia de soporte Familiar. (Ardila, 2015)



Análisis: A la pregunta relacionada con la presencia de soporte familiar para la toma de decisiones sean de carácter económico o personal el 87% de ellos contestó como afirmativa esta pregunta, lo que impacta de manera positiva en el bienestar del anciano, disminuyendo los índices de abandono además de proporcionar bienestar y participación activa en la toma de decisiones, seguido por un 13% que en la actualidad no posee este soporte.

6. Ocupación del encuestado:

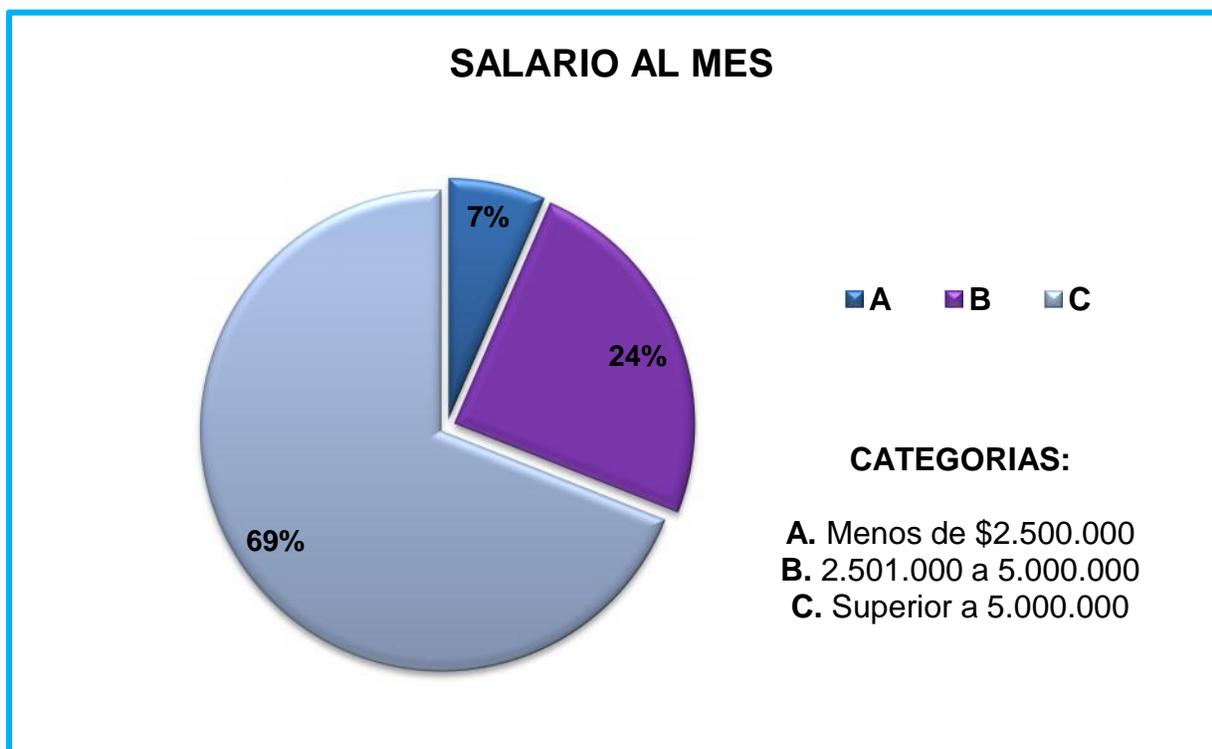
Figura: 20. Ocupación del encuestado. (Ardila, 2015)



Análisis: Tienen una gran dominancia sobre esta grafica los encuestados que actualmente gozan del recibo de la pensión con un 65%, seguido de los trabajadores e independientes con un 14% cada uno, y con una pequeña referencia aparece un 7% como dependientes de alguien más, evidenciando en la mayoría de los encuestados el manejo de sus propios recursos económicos.

7. Salario mensual:

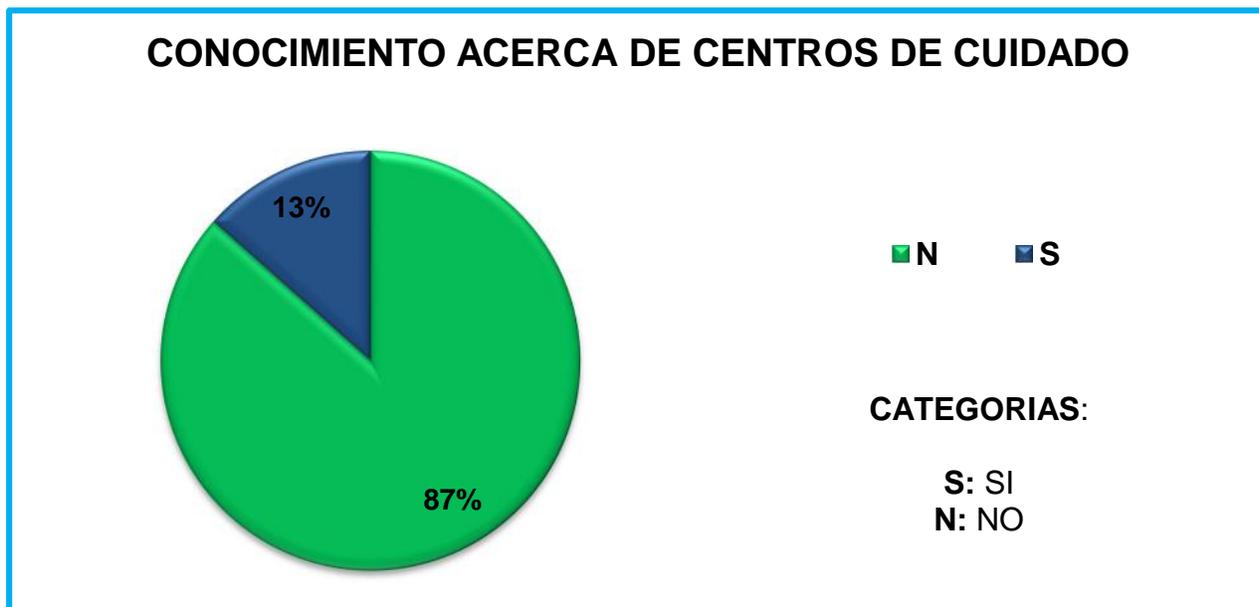
Figura: 21. Salario Mensual. (Ardila, 2015)



Análisis: Se encuestó a las personas acerca de sus ingresos mensuales para determinar la capacidad adquisitiva de los mismos y la posibilidad económica de ingreso a los servicios de la entidad, evidenciando que un 69% de los encuestados tiene ingresos mensuales superiores a los 5 millones de pesos, seguidos por las personas que ganan entre 2 millones quinientos mil y cinco millones de pesos con un 24% y teniendo en cuenta que el 7% adicional manifestó ingresos inferiores a los 2 millones quinientos mil.

8. ¿Tiene usted conocimiento acerca de centros de cuidado para el adulto mayor en la ciudad de Cali?

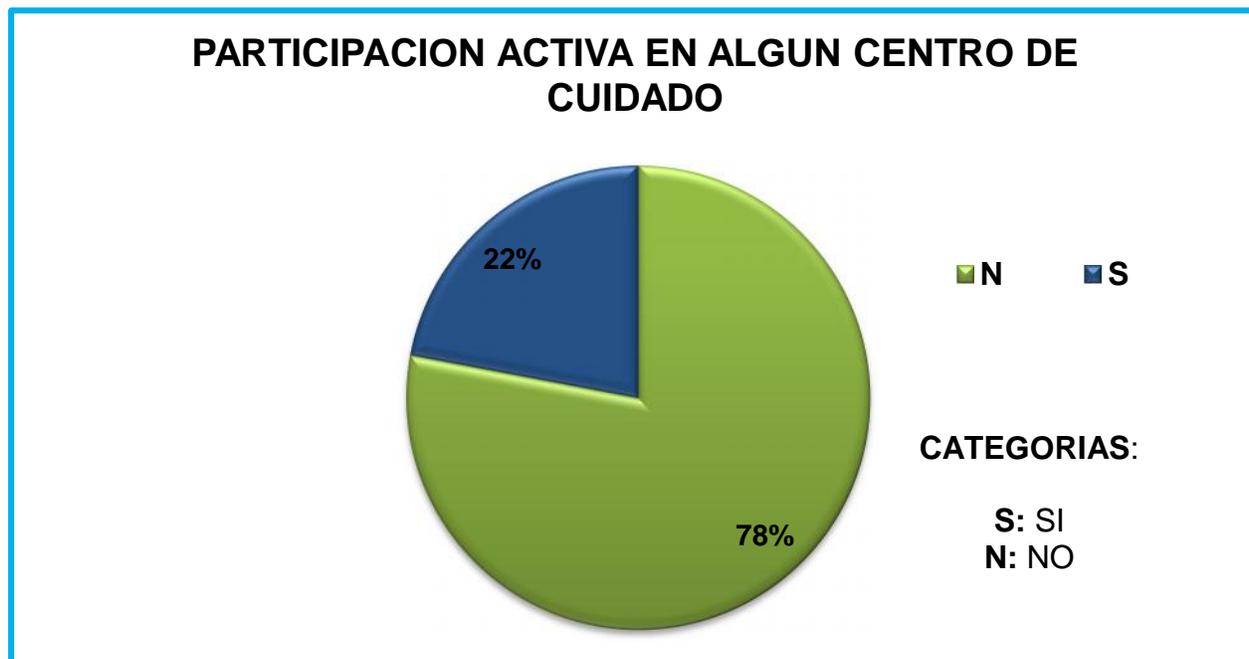
Figura: 22. Conocimiento acerca de centros de cuidado. (Ardila, 2015)



Análisis: Al preguntar sobre el conocimiento de otros centros de cuidado para el adulto mayor en la ciudad solo el 13% del total de los encuestados dijo tener conocimiento acerca de este.

9. ¿Cuenta usted en la actualidad con la participación activa en algún centro de cuidado para el adulto mayor?

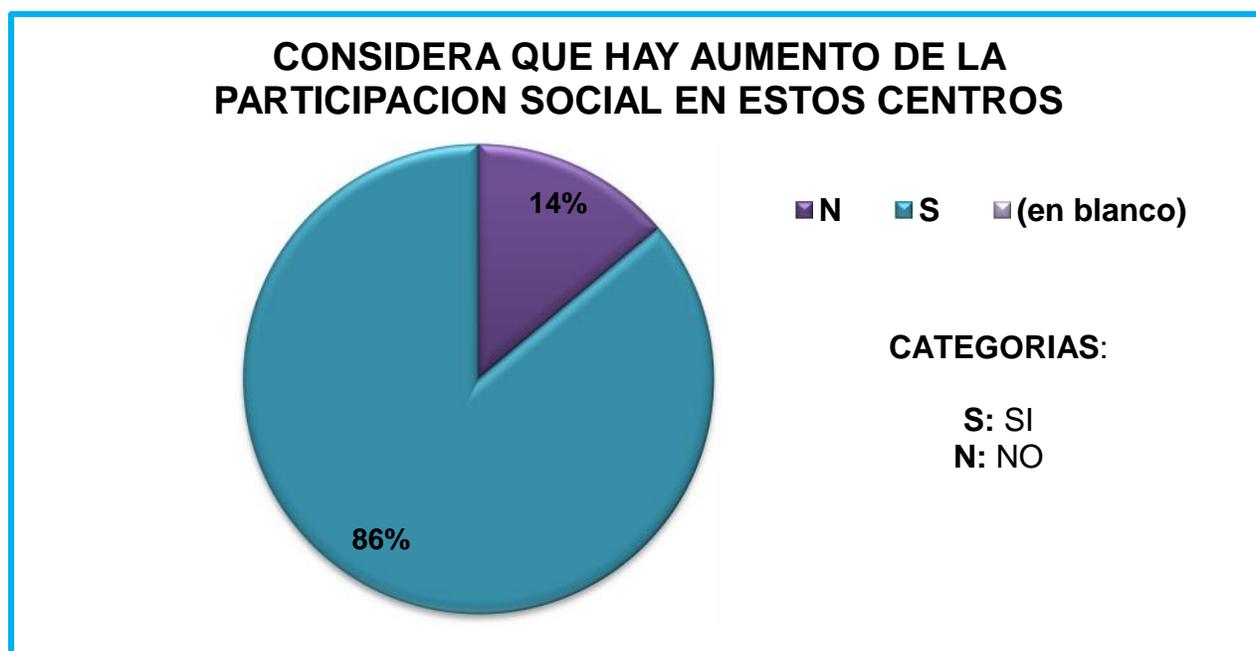
Figura: 23. Participación activa en algún centro de cuidado. (Ardila, 2015)



Análisis: El 22% de los participantes de la encuesta actualmente cuentan con algún servicio derivado de algún centro de cuidado haciendo referencia en la mayoría de estos a la consulta externa, mientras que un 78% restante niega algún tipo de participación.

10. ¿Considera usted que este centro multidimensional ayudaría a posibilitar el aumento de actividades y participación social?

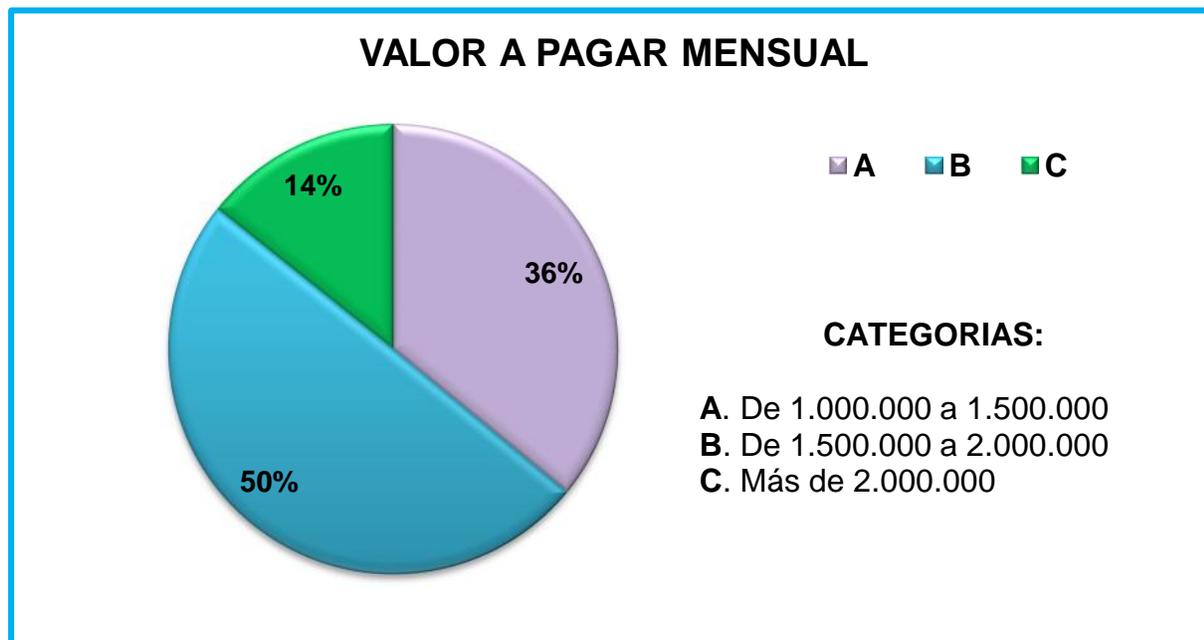
Figura: 24. Considera que hay aumento de la participación social en estos centros.



Análisis: El 86% de los encuestados considera que el participar activamente en estos centros de atención aumenta la participación social de los adultos, mientras que el 14% restante considera que no generaría ningún impacto en su participación social actual.

11. ¿Qué valor estaría dispuesto a pagar por los servicios prestados en el centro multidimensional?

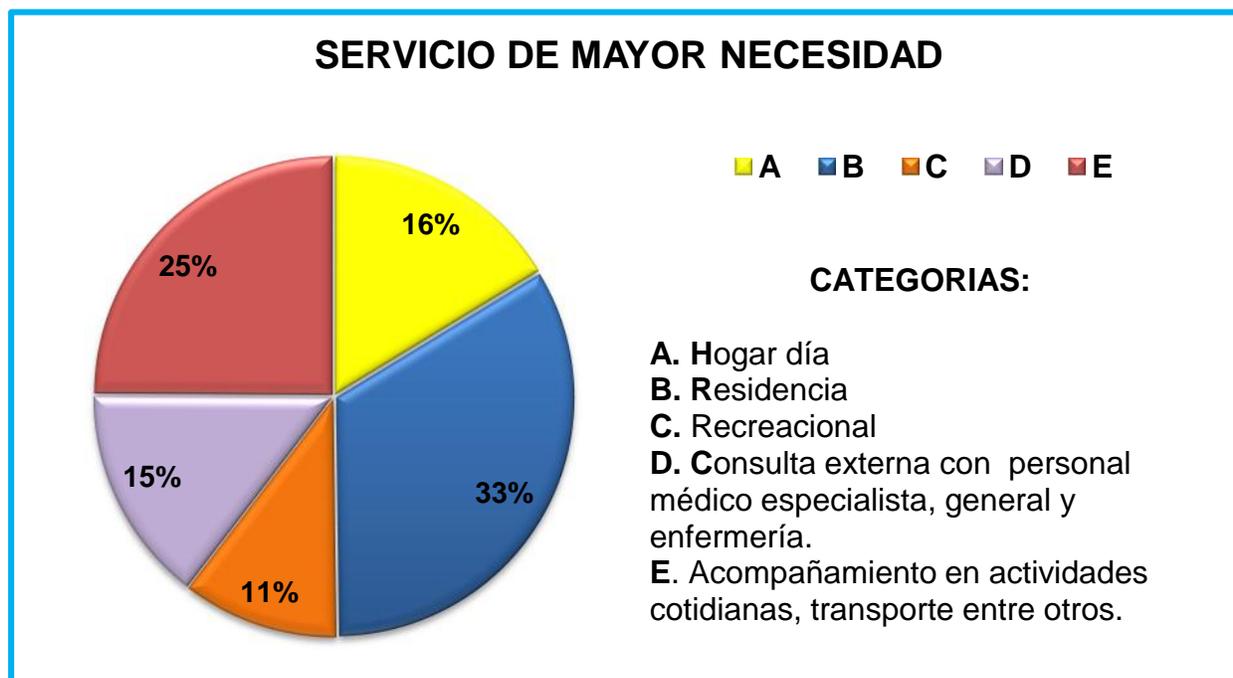
Figura: 25. Valor a pagar mensual. (Ardila, 2015)



Análisis: Luego de preguntar a los encuestados cuanto estaría dispuesto a pagar por los servicios ofertados por el centro multidimensional, un 50% comentó que podría pagar entre un millón quinientos mil y dos millones de pesos al mes, seguidos de un 36% con capacidad de pagar de un millón a millón quinientos mil, además de un 14% dispuestos a pagar más de dos millones mensuales por las diferentes actividades ofertadas en el centro, es decir que la oferta de los servicios genera interés por parte de los usuarios.

12. ¿De los siguientes servicios cuál cree usted que sería de su mayor necesidad?

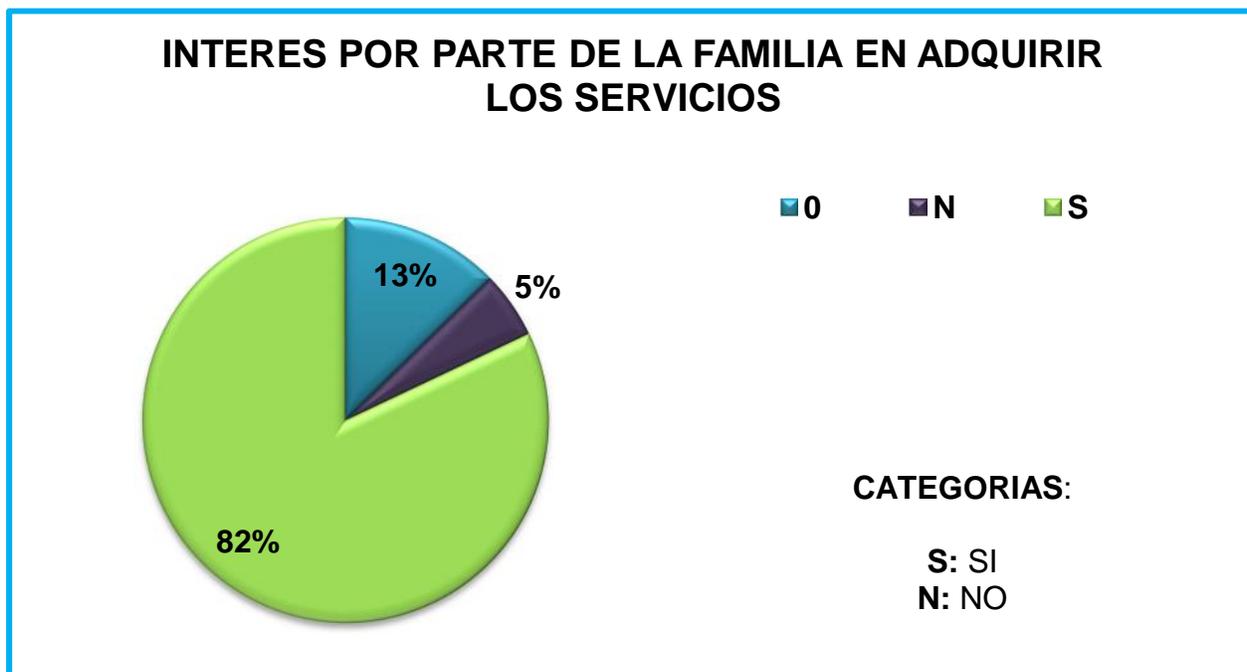
Figura: 26. Servicio de Mayor necesidad. (Ardila, 2015)



Análisis: La población encuestada considero de mayor necesidad los servicios residenciales con un 33%, seguidos del acompañamiento de actividades cotidianas y transporte con un 25% , el hogar día y la consulta externa tuvieron una acogida importante en un 16% y 15% respectivamente de los usuarios, dejando con un 11% a las actividades de tipo recreacional. Esto nos indica que la prioridad en la atención para estos usuarios es la atención relacionada con el cuidado cotidiano y el manejo de las enfermedades crónicas.

13. ¿Hay interés por parte de la familia en utilizar algún servicio?

Figura: 27. Interés por parte de la familia. (Ardila, 2015)



Análisis: Al preguntar a las familias de los potenciales usuarios sobre adquirir los servicios que se ofertaran en el centro de atención al adulto mayor el 82% manifestó era de su interés la adquisición de estos servicios, mientras que el 18% restante se divide en un 5% que en la actualidad considera no los requiere y un 13% de los encuestados que no cuenta con acompañamiento familiar.

17 ESTUDIO DE COMPETENCIA

Posterior a la realización del estudio de mercados y con la intención de identificar las instituciones privadas que ofertan en la actualidad servicios de atención para la población adulta mayor de la ciudad de Cali con características de oferta similares a la idea actual de empresa, se realizó un ejercicio investigativo en donde se identificaron las instituciones que según sus características se catalogan como una fuerte competencia para la entidad.

Es innegable que en la ciudad existe una gran cantidad de instituciones que ofrecen servicios direccionados a esta población en particular, pero la gran mayoría están destinados a la población anciana vulnerable, inclusive muchos de estos no tiene registro actual como instituciones prestadoras de servicio por lo que no aparecen en estadísticas lo que supone un gran subreporte.

Entonces se realizó una documentación de aquellas entidades prestadoras de servicios para la población adulta mayor de los estratos 5 y 6 de la ciudad de Cali.

Estas entidades fueron visitadas para evaluar de primera mano la presencia de servicios ofertados, además de recolectar información por medio de su publicidad en páginas web y redes sociales.

- Abuelitos Cali
- Albergue otoñal
- Hogar gerontológico nueva esperanza
- Centro gerontológico el remanso
- Centro gerontológico el ingenio
- Los robles jardín gerontológico
- Fundamor
- Fundación hogar geriátrico rocalex
- Hogar geriátrico el edén
- Hogar geriátrico buen vivir
- Hogar nueva vida

- Hogar geriátrico Golden house
- Hogar de amor para el adulto mayor
- Dulce hogar del adulto mayor
- Paraíso Gold.

Se encontró que 15 entidades privadas de gran reconocimiento en la ciudad, ofrecen servicios VIP para la población geriátrica; entre ellas se destacaron las siguientes como potenciales competidoras en el mercado por los servicios ofertados: Hogar los Robles, Paraíso Gold, Fundamor, Abuelitos Cali, Albergue otoñal y Hogar Nueva vida con oferta de confort e instalaciones campestres.

Las modalidades de atención más conocidas en este medio son los centros residenciales, destinados a la vivienda permanente o temporal, ofertando servicios de hospedaje, alimentación, recreación y cuidado integral, seguido de los centros días que funcionan en horario diurno, con servicios orientados al cuidado ocasional del adulto mayor pero con las mismas características de la residencia, la atención domiciliaria es una modalidad que permite liberar al cuidador habitual de actividades desgastantes, liberando tiempo de calidad para el mismo, además de permitir al adulto mayor continuar en la comodidad y seguridad de su hogar con cuidados por personal especializado.

Figura: 28. Datos competencia. (Ardila, 2015)

NOMBRE	UBICACIÓN	SERVICIOS	COSTO MES	COSTO DIA	REQUISITO
LOS ROBLES	AV CAÑAS GORDAS - ICESI	Atención enfermería 24 horas Fisioterapia Danza Lavandería Planchado de ropa Clases de pintura Música Valoración medica Alimentación.	\$ 1.900.000	\$ 60.000	EPS - SERVICIO DE EMERGENCIAS
PARAISO GOLD	PANCE	Hospedaje en habitación unipersonal y Bipersonal. Atención 24 horas por enfermería Terapia física Talleres dos horas día (manualidades, música) baile. Comidas 6 día Terapias grupales.	\$ 3.800.000	\$ 150.000	EPS - SERVICIO DE EMERGENCIAS
FUNDAMOR	PANCE	Residencia permanente Alimentación Lavandería Enfermería 24 horas Terapias.	\$ 3.500.000	No hay servicio hogar día.	EPS
ABUELITO S CALI	CAÑAVERAL	Fisioterapia Terapia ocupacional Enfermería 24 horas Alimentación Lavandería Valoración por gerontóloga	\$ 1.700.000	No hay servicio hogar día.	EPS
ALBERGU E OTOÑAL	VIA CRISTO REY	Alimentación, terapia física, corte de uñas mensual, auxiliar de enfermería 24 horas.	\$ 1.600.000	\$ 35.000	EPS
HOGAR NUEVA VIDA	PANCE	Alimentación Terapia física y ocupacional Lavandería Enfermería 24 horas	\$ 3.000.000	No hay servicio hogar día.	EPS

17.1 DOFA:

17.1.1 Debilidades:

D1: Experiencia: Al realizar el análisis de las instituciones ya posicionadas en el mercado se determinó que estas empresas son reconocidas no solo por los servicios que ofertan sino también por la experiencia que tienen en la ciudad, algunas con más de 20 años de práctica en el área que representa para los usuarios un sinónimo de confiabilidad.

D2: Incursión en el mercado: el inicio de actividades en un mercado ya conocido implica la implementación de estrategias más fuertes de publicidad y reconocimiento, para que la población identifique como idóneos la prestación de los servicios.

D3: El poco conocimiento de los modelos geriátricos por parte de la población se convierte en una debilidad.

17.1.2 Oportunidades:

O1: La incursión de un nuevo producto en el mercado, a pesar de ser ya reconocidas las demás instituciones, esta cuenta con servicios novedoso que permitirán la ampliación de la población objeto y la expansión de la entidad, haciendo más atractivo el servicio para usuarios fuera de la ciudad.

O2: Las necesidades actuales de la población permitirían el abordaje de mayores competencias, ampliación de las instalaciones y generación de nuevos servicios, como cuidado agudo, especialización en manejo de enfermedades crónicas como Alzheimer, demencia entre otras.

O3: El aumento de la población geriátrica no solo en Colombia sino también en el mundo ha permitido la inmersión de la atención geriátrica y la aplicación de modelos de atención específicos para esta población, en la actualidad poco reconocidas en nuestro país pero con grandes impactos en la sociedad actual y la calidad de vida tanto de los usuarios como de sus familias.

O4: Acreditación: Se realizaran las adecuaciones necesarias para conseguir la acreditación institucional, lo que permitiría un mejor posicionamiento de la entidad, además de convertirse en referencia en prestación de servicios.

O5: La atención en casa de usuarios con la aplicación de todos los servicios en la entidad permite la oferta de servicios domiciliarios en los casos que las familias consideren como una mejor opción el manejo del paciente en casa.

17.1.3 Fortalezas:

F1: Personal especializado: Se determinó como limitación en las demás entidades la presencia de personal médico o de enfermería especializado para la atención y valoración de estos usuarios, lo que representa una oportunidad en el mercado para nuestra institución pues la presencia de un especialista en medicina interna, geriatría y psiquiatría dentro de la entidad, ofrecen tanto a usuarios como particulares la posibilidad de obtener su valoración sin esperar la asignación de su plan obligatorio de salud para el mismo fin, además de ofrecer valoración diaria y la posibilidad de visita domiciliaria.

F2: Localización: las instituciones de la competencia se localizan en su mayoría a las afueras de la ciudad, en el sur de la misma, mientras que nuestra institución a pesar de localizarse en una región campestre solo queda a 10 minutos del centro de la ciudad, permitiendo a los usuarios facilidades y disminución en el tiempo de desplazamiento.

F3: infraestructura: Las instalaciones de la institución no solo permiten el descanso y el confort, además están totalmente adecuadas para el manejo del adulto mayor, sus valores agregados como piscina y senderos están dispuestos con las medidas de seguridad necesarias para el disfrute de los mismos.

F4: Las limitaciones locativas para la recepción de usuarios en otras instituciones o las limitantes en prestación de algunos servicios permitirán a la entidad acoger ese mercado y recepcionar estos usuarios.

17.1.4 Amenazas:

A1: La incursión de la prestación de servicios por parte de entidades prestadoras de salud (EPS) dentro de sus planes de atención o medicina prepagada.

18 ESTUDIO FINANCIERO.

Con este estudio se pretende determinar el valor real inicial de la inversión necesaria para el montaje y apertura del Centro Multidimensional para el Cuidado del adulto mayor en la ciudad de Cali. (Harrington, 2014)

18.1 Inversiones:

Estas hacen referencia a todos los recursos que serán destinados para el cubrimiento de las necesidades propias de la entidad, como equipos e insumos. Están divididas en inversiones fijas, de capital de trabajo e inversión diferida. (gerencie.com)

18.2 Inversión fija:

Se refiere a todo tipo de activos cuya vida útil es mayor a un año y cuya finalidad es proveer las condiciones necesarias para llevar a cabo las actividades de la empresa.

Figura: 29. Detalle de inversión fija.

INVERSION FIJA	
CONCEPTO	VALOR
1 Insumos habitacionales	\$ 162.355.732
2 Cocina	\$ 8.260.340
3 Arreglo de ropa	\$ 980.000
4 Mantenimiento, servicios generales y seguridad	\$ 8.400.000
5 Consultorio medico y de enfermeria	\$ 7.040.000
6 Equipos de oficina	\$ 912.000
7 Gimnasio	\$ 5.878.000
TOTAL	\$ 193.826.072

18.2.1 Edificación y adecuaciones:

La propiedad a utilizar para tal fin es una casa de 1000 metros cuadrados, ubicada a 10 minutos del centro de Cali, cuenta en su interior con 4 habitaciones con baño particular dentro de la casa y 1 más independiente de la misma con servicios básicos, las cuales se van a destinar de la siguiente manera: 4 alcobas con servicio para estancia Bipersonal, una suite de uso unipersonal totalmente independiente,

zonas verdes, quebrada, piscina y 4 parqueaderos techados, parqueaderos abiertos, cuarto de música y actividades, gimnasio y amplios jardines.

La oficina principal está totalmente equipada para su funcionamiento, incluyendo los insumos de índole tecnológica.

En la actualidad la edificación no requiere de ningún cambio estructural, pues los dispositivos necesarios de seguridad o dispositivos médicos se pueden añadir a lo que ya se encuentra.

18.2.2 Insumos habitacionales:

Son todos aquellos destinados a proporcionar confort a la estadía del usuario, estos insumos incluyen la dotación del cuarto tanto tecnológica como decorativa con la salvedad que estos insumos son adquiridos con el objetivo de cubrir las necesidades y requerimientos especiales de esta población.

Figura: 30. Detalle insumos habitacionales.

INSUMOS HABITACIONALES	COSTO UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
Cama matrimonial medica	\$ 21.262.800	1	\$ 21.262.800
Cama unipersonal medica	\$ 5.724.000	8	\$ 45.792.000
Nochero	\$ 115.000	9	\$ 1.035.000
Colchon antiescaras	\$ 654.240	9	\$ 5.888.160
Riñonera	\$ 25.000	9	\$ 225.000
Pato orinal	\$ 25.000	9	\$ 225.000
Pato coprologico	\$ 25.000	9	\$ 225.000
Fonendoscopio	\$ 200.000	9	\$ 1.800.000
Tensiometro	\$ 250.000	9	\$ 2.250.000
Grua	\$ 3.325.720	2	\$ 6.651.440
Silla de ruedas	\$ 599.720	5	\$ 2.998.600
Cojines antiescaras	\$ 340.000	9	\$ 3.060.000
Silla para baño	\$ 1.022.250	9	\$ 9.200.250
Kit barras para baño	\$ 150.000	5	\$ 750.000
Antideslizante para ducha	\$ 150.000	5	\$ 750.000
Secador de mano automatico	\$ 3.012.000	5	\$ 15.060.000
Kit barandillas removibles para cama laterales	\$ 297.134	9	\$ 2.674.206
Atril para cama	\$ 427.982	9	\$ 3.851.838
Comedor para 12 personas	\$ 11.320.000	1	\$ 11.320.000
Mesa auxiliar	\$ 305.312	9	\$ 2.747.808
Nevera pequeña	\$ 1.200.000	5	\$ 6.000.000
Babero	\$ 16.000	20	\$ 320.000
Localizador gps	\$ 834.156	2	\$ 1.668.312
Sujecion manual	\$ 38.164	18	\$ 686.952
Sujecion abdominal	\$ 103.588	9	\$ 932.292
Sábanas de seguridad (juego)	\$ 262.786	9	\$ 2.365.074
Lampara para nochero	\$ 85.000	9	\$ 765.000
Telefono inalambrico	\$ 105.000	5	\$ 525.000
Timbres portatil	\$ 82.000	9	\$ 738.000
Televisor 42 pulgadas	\$ 1.100.000	8	\$ 8.800.000
Toallas (juego manos - cuerpo)	\$ 100.000	9	\$ 900.000
Caminadores	\$ 296.000	3	\$ 888.000
TOTAL			\$ 162.355.732

18.2.3 Equipos de cocina:

Son todos aquellos necesarios para la preparación y distribución de alimentos entre los usuarios, teniendo en cuenta que estos insumos son diseñados específicamente para las necesidades de estos, desde platos con válvula hasta platos antiderrapante.

Los demás insumos que no aparecen en la lista en la actualidad ya se encuentran en la propiedad.

Figura: 31. Detalle equipos de cocina

COCINA	COSTO UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
Vasos con valvula	\$ 25.897	10	\$ 258.970
Vaso nose y (sin inclinacion de cuello para beber)	\$ 16.628	10	\$ 166.280
Platos antiderrapante	\$ 70.467	10	\$ 704.670
Cubiertos (cuchara - cuchillo -	\$ 104.542	10	\$ 1.045.420
Bandejas metalicas	\$ 25.000	10	\$ 250.000
Nevecon	\$ 5.600.000	1	\$ 5.600.000
Jarras plasticas	\$ 4	5000	\$ 20.000
Licuada	\$ 215.000	1	\$ 215.000
TOTAL			\$ 8.260.340

18.2.4 Arreglo de ropa, ayudantes de cocina, servicios generales y mantenimiento:

Los servicios adicionales destinados al arreglo de ropa, servicios generales y seguridad de la institución serán prestados por entidades en contratación tipo outsourcing, teniendo en cuenta que estas entidades cuentan con la experiencia y los equipos necesarios para desarrollar estas tareas, de lo contrario tendría grandes costos para la entidad.

Figura: 32. Arreglo de ropa, ayudantes de cocina, servicios generales y mantenimiento.

ARREGLO DE ROPA	COSTO UNIDAD	KG	TOTAL MES	TOTAL AÑO
outsursing (lavanderia premier Cali)	\$ 28.000	35	\$ 980.000	
TOTAL			\$ 980.000	\$ 11.760.000
MANTENIMIENTO, AYUDANTES DE COCINA Y SERVICIOS GENERALES				
	COSTO UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL MES	TOTAL AÑO
outsursing mantenimiento y servicios generales	\$ 760.000	5	\$ 3.800.000	\$ 45.600.000
outsursing omega seguridad	\$ 2.300.000	2	\$ 4.600.000	\$ 55.200.000
TOTAL			\$ 8.400.000	\$ 100.800.000

18.2.5 Consultorio médico y de enfermería:

Son todos los elementos necesarios para la atención clínica de los usuarios a cargo, como equipos médicos, botiquín, insumos de trabajo, allí no se especifican los equipos biomédicos pues según necesidad serán contratados por comodato con laboratorios BAXTER.

Figura: 33. Consultorio médico y de enfermería.

CONSULTORIO MEDICO Y DE ENFERMERIA	COSTO UNIDAD	CAJA/ UNID	TOTAL MES	TOTAL AÑO
Guantes (100 unidades, la cantidad se cuenta por caja)	\$ 10.000	50	\$ 500.000	\$ 6.000.000
Mascarillas (50 unidades, la cantidad se cuenta por caja)	\$ 8.000	6	\$ 48.000	\$ 576.000
Mascarillas (50 unidades, la cantidad se cuenta por caja)	\$ 8.000	6	\$ 48.000	\$ 576.000
Camilla	\$ 115.000	1	\$ 115.000	\$ -
Fonendoscopio	\$ 200.000	9	\$ 1.800.000	\$ -
Tensiometro	\$ 250.000	9	\$ 2.250.000	\$ -
Escritorio	\$ 150.000	1	\$ 150.000	\$ -
Silla	\$ 142.000	3	\$ 426.000	\$ -
Computador portatil	\$ 1.500.000	1	\$ 1.500.000	\$ -
Pesa	\$ 60.000	1	\$ 60.000	\$ -
Metro	\$ 3.000	1	\$ 3.000	\$ -
Botiquin (insumos totales vendas, micropore, bandas, alcohol, torniquete, jeringas, termometro: entre otros)	\$ 140.000	1	\$ 140.000	\$ 1.680.000
TOTAL			\$ 7.040.000	\$ 8.832.000

18.2.6 Equipos de oficina:

Son todos los elementos destinados para la labora administrativa de la institución.

Figura: 34. Equipos de oficina.

EQUIPOS DE OFICINA	COSTO UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
caja menor	\$ 50.000	1	\$ 50.000
libros de censo	\$ 20.000	1	\$ 20.000
libros de contabilidad	\$ 20.000	2	\$ 40.000
archivador	\$ 510.000	1	\$ 510.000
papeleria (facturas, hojas membreteadas, tarjetas)	\$ 210.000	1	\$ 210.000
cosedora	\$ 10.000	2	\$ 20.000
perforadora	\$ 12.000	1	\$ 12.000
portalapices	\$ 5.000	2	\$ 10.000
resma papel	\$ 10.000	4	\$ 40.000
TOTAL			\$ 912.000

18.2.7 Gimnasio:

Son todos los dispositivos que ayudaran a la realización de actividades de tipo físico orientadas por los profesionales (terapeutas) de la institución.

Figura: 35. Equipo de gimnasio

EQUIPOS GIMNASIO	COSTO UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL
Bicicleta estatica	\$ 480.000	2	\$ 960.000
Bicicleta remo ventilador	\$ 540.000	2	\$ 1.080.000
Caminadora	\$ 1.300.000	1	\$ 1.300.000
Eliptica	\$ 1.000.000	1	\$ 1.000.000
Colchonetas	\$ 52.000	10	\$ 520.000
Balon	\$ 82.000	1	\$ 82.000
Insumos para la piscina (baras, pesas, infladores)	\$ 104.000	9	\$ 936.000
TOTAL			\$ 5.878.000

18.3 Inversión diferida:

Hace relación a los gastos pre operativo de la empresa para el inicio de actividades como estudios, publicidad, licencias, adecuaciones. (Harrington, 2014)

Figura: 36. Inversión diferida.

ACTIVOS DIFERIDOS		
CONCEPTO		VALOR
1	Estudio de factibilidad	\$ 2.455.000
2	Costo de constitución de la empresa (cámara y comercio, bomberos, licencia en secretaria de salud)	\$ 215.000
3	Gastos de publicidad (comerciales, pagina web, redes sociales)	\$ 2.200.000
TOTAL ACTIVOS DIFERIDOS		\$ 4.870.000

18.3.1 Estudio de factilidad:

Es el desarrollado con el fin de determinar la viabilidad del proyecto para ponerlo en marcha.

Figura: 37. Estudio de Facticidad.

ESTUDIO DE FACILIDAD	COSTO	UNIDAD	TOTAL
Investigadores	\$ 200.000	1	\$ 200.000
Asesor financiero	\$ 1.415.000	1	\$ 1.415.000
Ayudante recoleccion informacion	\$ 350.000	1	\$ 350.000
Equipos e insumos	\$ 340.000	1	\$ 340.000
Desplazamiento	\$ 150.000	1	\$ 150.000
TOTAL			\$ 2.455.000

18.4 Inversión de capital de trabajo:

Se representa en el capital necesario para poder llevar una actividad económica por mes, constituyendo los gasto de operación de la misma, estos se definen como servicios profesionales, mano de obra, gastos de consumo e imprevistos, además de las líneas de crédito, que en este caso no se mencionan por que los accionistas cuentan con el capital necesario para no empezar este proceso de emprendimiento con el endeudamiento por préstamos bancarios. (Harrington, 2014)

18.4.1 Mano de obra:

La mano de obra calificada se contratara de manera inicial por prestación de servicios, dependiendo sus funciones dentro de la institución se realizara pago por nómina de manera mensual o se realizara un cálculo por horas trabajadas, según los servicios prestados y los requerimientos de la institución; quienes componen este grupo serán:

- (1) un gerente general, (1) un especialista en medicina interna y geriatría, (1) especialista en psiquiatría, (1) un médico general, (1) enfermera jefe, (5) enfermeros auxiliares, (1) un contador, (1) una nutricionista, (2) una fisioterapeuta.

En la siguiente grafica se describen los cargos, la cantidad de los mismos, el pago de la nómina ya sea mensual o por horas, el total promedio de pagos al mes con el cumplimiento total de las horas mínimas con ocupación máxima de la entidad y el costo total que esto traería para la empresa en 1 año.

Figura: 38. Mano de obra.

CANTIDAD	CARGO	NOMINA	HORA/ MES	TOTAL MES	TOTAL AÑO
1	Gerente	\$ 1.900.000	1	\$ 1.900.000	\$ 22.800.000
1	Especialista en Geriatria y Medicina Interna (valor hora)	\$ 84.000	130	\$ 10.920.000	\$ 131.040.000
1	Especialista en siquiatria (valor hora)	\$ 62.000	96	\$ 5.952.000	\$ 71.424.000
1	Medico general (valor hora)	\$ 20.000	198	\$ 3.960.000	\$ 47.520.000
1	Enfermera Jefe	\$ 1.500.000	1	\$ 1.500.000	\$ 18.000.000
5	Enfermero (a) auxiliar	\$ 850.000	5	\$ 4.250.000	\$ 51.000.000
1	Contador	\$ 950.000	1	\$ 950.000	\$ 11.400.000
1	Nutricionista	\$ 1.000.000	1	\$ 1.000.000	\$ 12.000.000
2	Fisioterapeuta (valor hora)	\$ 12.000	198	\$ 4.752.000	\$ 57.024.000
TOTAL				\$ 35.184.000	\$ 422.208.000

18.4.2 Gastos de administración:

Estos son propios de los manejos administrativos de la institución y derivados de sus funciones, como lo son el personal administrativo, los servicios públicos, ventas, alimentación, entre otros

18.4.3 Costos indirectos del servicio:

Estos se refieren a los pagos que debe realizar la entidad por parte de seguros, pólizas, afiliaciones, impuestos y servicios públicos, todos estos, básica necesidad para el funcionamiento de la entidad.

Figura: 39. Valor promedio costo mensual servicios básicos e impuesto predial.

SERVICIOS PUBLICOS - IMPUESTOS	VALOR	CANTIDAD	COSTO MENSUAL	COSTO ANUAL
agua	\$ 395.000,00	1	\$ 395.000,00	\$ 4.740.000
luz	\$ 321.000,00	1	\$ 321.000,00	\$ 3.852.000
telefono	\$ 100.000,00	1	\$ 100.000,00	\$ 1.200.000
gas	\$ 80.000,00	1	\$ 80.000,00	\$ 960.000
television por cable e internet	\$ 178.000,00	1	\$ 178.000,00	\$ 2.136.000
impuesto predial	\$ 666.000,00	1	\$ 666.000,00	\$ 7.992.000
TOTAL			\$ 1.740.000	\$ 20.880.000

Figura: 40. Gastos de alimentación.

ALIMENTACION	COSTO UNIDAD	CANTIDAD	COSTO DIA	COSTO AÑO
Desayuno	\$ 12.500	1	\$ 12.500	\$ 4.562.500
Merienda	\$ 6.000	3	\$ 18.000	\$ 6.570.000
Almuerzo	\$ 18.000	1	\$ 18.000	\$ 6.570.000
Comida	\$ 12.500	1	\$ 12.500	\$ 4.562.500
TOTAL			\$ 61.000	\$ 22.265.000

En este ejercicio investigativo no se realizara la depreciación de los artículos ni balance general, puesto que el objetivo del trabajo con respecto al estudio financiero esta direccionado a la necesidad financiera relacionada a la apertura de la institución.

18.5 Capital de inversión:

Al momento de evaluar los costos por separado, la inversión fija, diferida y el capital de un mes de trabajo se llegó a la conclusión que para dar apertura a la institución se requiere de la suma de \$236.780.072 pesos colombianos para poder entrar en operación. (Harrington, 2014)

Figura: 41. Capital de inversión.

CAPITAL DE INVERSION TOTAL	
Inversión fija	\$ 193.826.072
Inversión diferida	\$ 4.870.000
Capital trabajo 1 mes	\$ 38.084.000
Inversión total	\$ 236.780.072

A continuación se realiza una proyección salarial para 5 años del personal, teniendo en cuenta el aumento promedio del salario que por ley se realiza de manera anual, desde el año 2015 al 2020.

Figura: 42. Promedio costos salariales proyectados a 5 años.

1	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	Gerente	\$ 25.774	\$ 3.000.000	\$ 3.025.774	\$ 3.051.548	\$ 3.077.322	\$ 3.103.096
salud		\$ 375.000		\$ 378.222	\$ 381.444	\$ 384.665	\$ 387.887	
pension		\$ 480.000		\$ 484.124	\$ 488.248	\$ 492.372	\$ 496.495	
ARP		\$ 72.900		\$ 73.526	\$ 74.153	\$ 74.779	\$ 75.405	
neto a pagar mensual		\$ 2.072.100		\$ 2.089.902	\$ 2.107.704	\$ 2.125.506	\$ 2.143.308	
neto a pagar anual		\$ 24.865.200		\$ 25.078.825	\$ 25.292.450	\$ 25.506.076	\$ 25.719.701	
2	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	ESPECIALISTA MEDICINA INTERNA Y GERIATRIA	\$ 25.774	\$ 10.900.000	\$ 10.925.774	\$ 10.951.548	\$ 10.977.322	\$ 11.003.096
salud		\$ 1.362.500		\$ 1.365.722	\$ 1.368.944	\$ 1.372.165	\$ 1.375.387	
pension		\$ 1.744.000		\$ 1.748.124	\$ 1.752.248	\$ 1.756.372	\$ 1.760.495	
ARP		\$ 264.870		\$ 265.496	\$ 266.123	\$ 266.749	\$ 267.375	
neto a pagar mensual		\$ 7.528.630		\$ 7.546.432	\$ 7.564.234	\$ 7.582.036	\$ 7.599.838	
neto a pagar anual		\$ 90.343.560		\$ 90.557.185	\$ 90.770.810	\$ 90.984.436	\$ 91.198.061	
3	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	SIQUIATRA	\$ 25.774	\$ 5.952.000	\$ 5.977.774	\$ 6.003.548	\$ 6.029.322	\$ 6.055.096
salud		\$ 744.000		\$ 747.222	\$ 750.444	\$ 753.665	\$ 756.887	
pension		\$ 952.320		\$ 956.444	\$ 960.568	\$ 964.692	\$ 968.815	
ARP		\$ 144.634		\$ 145.260	\$ 145.886	\$ 146.513	\$ 147.139	
neto a pagar mensual		\$ 4.111.046		\$ 4.128.849	\$ 4.146.651	\$ 4.164.453	\$ 4.182.255	
neto a pagar anual		\$ 49.332.557		\$ 49.546.182	\$ 49.759.807	\$ 49.973.432	\$ 50.187.058	

4	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	MEDICO GENERAL	\$ 25.774	\$ 3.960.000	\$ 3.985.774	\$ 4.011.548	\$ 4.037.322	\$ 4.063.096
salud		\$ 495.000		\$ 498.222	\$ 501.444	\$ 504.665	\$ 507.887	
pension		\$ 633.600		\$ 637.724	\$ 641.848	\$ 645.972	\$ 650.095	
ARP		\$ 96.228		\$ 96.854	\$ 97.481	\$ 98.107	\$ 98.733	
neto a pagar mensual		\$ 2.735.172		\$ 2.752.974	\$ 2.770.776	\$ 2.788.578	\$ 2.806.380	
neto a pagar anual		\$ 32.822.064		\$ 33.035.689	\$ 33.249.314	\$ 33.462.940	\$ 33.676.565	
5	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	NUTRICIONISTA	\$ 25.774	\$ 1.400.000	\$ 1.425.774	\$ 1.451.548	\$ 1.477.322	\$ 1.503.096
salud		\$ 175.000		\$ 178.222	\$ 181.444	\$ 184.665	\$ 187.887	
pension		\$ 224.000		\$ 228.124	\$ 232.248	\$ 236.372	\$ 240.495	
ARP		\$ 34.020		\$ 34.646	\$ 35.273	\$ 35.899	\$ 36.525	
neto a pagar mensual		\$ 966.980		\$ 984.782	\$ 1.002.584	\$ 1.020.386	\$ 1.038.188	
neto a pagar anual		\$ 11.603.760		\$ 11.817.385	\$ 12.031.010	\$ 12.244.636	\$ 12.458.261	
6	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	FISIOTERAPEUTA	\$ 25.774	\$ 2.376.000	\$ 2.401.774	\$ 2.427.548	\$ 2.453.322	\$ 2.479.096
salud		\$ 297.000		\$ 300.222	\$ 303.444	\$ 306.665	\$ 309.887	
pension		\$ 380.160		\$ 384.284	\$ 388.408	\$ 392.532	\$ 396.655	
ARP		\$ 57.737		\$ 58.363	\$ 58.989	\$ 59.616	\$ 60.242	
neto a pagar mensual		\$ 1.641.103		\$ 1.658.905	\$ 1.676.707	\$ 1.694.510	\$ 1.712.312	
neto a pagar anual		\$ 19.693.238		\$ 19.906.864	\$ 20.120.489	\$ 20.334.114	\$ 20.547.739	

7	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	ENFERMERA JEFE	\$ 25.774	\$ 1.900.000	\$ 1.925.774	\$ 1.951.548	\$ 1.977.322	\$ 2.003.096
		salud		\$ 237.500	\$ 240.722	\$ 243.944	\$ 247.165	\$ 250.387
		pension		\$ 304.000	\$ 308.124	\$ 312.248	\$ 316.372	\$ 320.495
		ARP		\$ 46.170	\$ 46.796	\$ 47.423	\$ 48.049	\$ 48.675
		neto a pagar mensual		\$ 1.312.330	\$ 1.330.132	\$ 1.347.934	\$ 1.365.736	\$ 1.383.538
		neto a pagar anual		\$ 15.747.960	\$ 15.961.585	\$ 16.175.210	\$ 16.388.836	\$ 16.602.461
8	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$ 25.774	\$ 1.000.000	\$ 1.025.774	\$ 1.051.548	\$ 1.077.322	\$ 1.103.096
		salud		\$ 125.000	\$ 128.222	\$ 131.444	\$ 134.665	\$ 137.887
		pension		\$ 160.000	\$ 164.124	\$ 168.248	\$ 172.372	\$ 176.495
		ARP		\$ 24.300	\$ 24.926	\$ 25.553	\$ 26.179	\$ 26.805
		neto a pagar mensual		\$ 690.700	\$ 708.502	\$ 726.304	\$ 744.106	\$ 761.908
		neto a pagar anual		\$ 8.288.400	\$ 8.502.025	\$ 8.715.650	\$ 8.929.276	\$ 9.142.901
9	TIPO DE CONTRATO	CARGO	promedio aumento anual 4%	1 AÑO	2 AÑO	3 AÑO	4 AÑO	5 AÑO
	Prestacion de servicios	CONTADOR	\$ 25.774	\$ 1.200.000	\$ 1.225.774	\$ 1.251.548	\$ 1.277.322	\$ 1.303.096
		salud		\$ 150.000	\$ 153.222	\$ 156.444	\$ 159.665	\$ 162.887
		pension		\$ 192.000	\$ 196.124	\$ 200.248	\$ 204.372	\$ 208.495
		ARP		\$ 29.160	\$ 29.786	\$ 30.413	\$ 31.039	\$ 31.665
		neto a pagar mensual		\$ 828.840	\$ 846.642	\$ 864.444	\$ 882.246	\$ 900.048
		neto a pagar anual		\$ 9.946.080	\$ 10.159.705	\$ 10.373.330	\$ 10.586.956	\$ 10.800.581

19 CONCLUSIONES GENERALES

Se definió como viable la creación de empresa direccionada a la atención del adulto mayor en la ciudad de Cali relacionado con las necesidades del mercado actual, la encuesta permitió determinar que los potenciales beneficiarios de los servicios ofertados gustan de la presencia de actividades novedosas y servicios complementarios, además de poseer la capacidad de pago para su adquisición.

El estudio de competencias permitió concluir que solo en algunas instituciones se ofertan los servicios de hogar día, y ninguno con hidroterapias o atención domiciliaria, lo que permite la apertura de nuevos servicios al mercado.

Ninguna de las entidades cuenta con la valoración por especialista en medicina interna, geriatría o psiquiatría, solo dos de ellas ofrecen la valoración por médico general o gerontología.

Ninguna de las instituciones cuenta con la presencia de una enfermera profesional, el personal de enfermería corresponde técnicos auxiliares de enfermería, limitando los campos de acción y la implementación de estrategias direccionados a la calidad del servicio.

En relación al estudio financiero se determinó que la presencia de socios capitalistas, permite el inicio del proyecto sin dificultades de índole económico y evitando el endeudamiento que se produciría si estos no estuvieran presentes además de los riesgos que esto podría acarrear.

Como inversión inicial se debe disponer de \$193.826.072 pesos en inversión fija, lo que se representa en equipos e insumos para el funcionamiento de la institución.

La inversión diferida es de \$4.870.000, como gastos pre operativo de la empresa, incluyendo la publicidad, radicación de documentos entre otros, en este caso las redes sociales son un gran apoyo, pues su gratuidad permite el despliegue masivo de los servicios a bajos costos.

Los gastos de personal incluyendo prestaciones sociales son de \$38.084.000 pesos mensuales, destacando que el tipo de contratación de manera temporal se realizara por prestación de servicios.

La inversión total para la apertura de la institución sería de \$236.780.072 pesos, realizando una inclusión general de todos los gastos momentáneos para dar inicio a las operaciones de la entidad.

20 RECOMENDACIONES

El abordaje de los ambitos relacionados con los estados financieros, la competencia y el mercado permiten generar una mirada mas holistica a la pregunta de investigacion, trazando objetivos realistas para la creacion y oferta de servicios; integrando los recursos actuales, la innovacion y las expectativas del cliente, ademas de ser sumamente importante la consolidacion de conceptos y bases para no perder el camino. Esto nos permitio identificar la viabilidad del proyecto en la ciudad de Cali y la necesidad del emprendimiento empresarial con miras a la comunidad por parte de profesionales de la salud.

Es importante la generacion de alianzas y convenios con otras entidades para la satisfaccion de necesidades en servicios, con el fin de satisfacer las demandas de los clientes, inclusive cuando dentro de las instalaciones de la institucion no se encuentre, ademas el inicio de relaciones con otras instituciones promociona la entidad y permite la competencia sana en el sector.

Con relacion al estudio financiero se recomienda realizar una juiciosa aplicación de precios a las ofertas de servicios, para identificar la recuperacion de la inversion y garantizar la rentabilidad institucional, es importante identificar que algunos servicios tendran precios generales, pero otros seran variables de acuerdo a las necesidades de los usuarios.

Implementado el proyecto se debe buscar la proyeccion empresarial con la ampliacion de horizonte y busqueda activa de oportunidades de crecimiento tanto dentro del pais como en el exterior, la promocion del turismo geriatico, los planes vacacionales entre otros realizando tambien un enfoque hotelero y turistico.

21 ANEXOS

21.1 MARCO LEGAL.

21.1.1 LEY 1315 DE 2009 (Julio 13)

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.

El Congreso de Colombia

Ver el Acuerdo Distrital 312 de 2008, Ver la Ley 1251 de 2008

DECRETA:

Artículo 1°. Objeto. La presente ley busca garantizar la atención y prestación de servicios integrales con calidad al adulto mayor en las instituciones de hospedaje, cuidado, bienestar y asistencia social.

Artículo 2°. Definiciones. En la aplicación de la presente ley se tendrán en cuenta las siguientes definiciones:

Adulto Mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de Protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores.

Centros de Día para Adulto Mayor. Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas.

Instituciones de Atención. Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructura físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y , en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda

índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

Artículo 3°. Restricciones en el ingreso a las instituciones. No podrán ingresar a los centros de protección social y centros de día, aquellas personas que presenten alteraciones agudas de gravedad u otras patologías que requieran asistencia médica continua o permanente.

Se exceptúan, aquellas instituciones de atención que han sido habilitadas para la prestación de servicios de salud o cuando a criterio del médico tratante, se disponga de los recursos humanos, equipamiento clínico y terapéutico necesario y no represente riesgo para la persona ni para las demás personas que son atendidas en la institución.

Artículo 4°. De la solicitud para la instalación y funcionamiento de los centros de protección social y de día. El representante legal de las instituciones reguladas mediante esta ley, solicitará ante la Secretaría de Salud correspondiente sea esta Departamental, Distrital o Municipal la autorización para su funcionamiento e instalación, adjuntando además de los requisitos establecidos en la ley especial para adulto mayor los siguientes:

- a) Nombre, dirección, teléfonos y correo electrónico del establecimiento;
- b) Individualización, (C. C., RUT, NIT), y domicilio del titular y representante legal, en su caso;
- c) Documentos que acrediten el dominio del inmueble o de los derechos para ser utilizados por parte del establecimiento a través de su representante legal;
- d) Plano o croquis a escala de todas las dependencias, indicando distribución de las camas y dormitorios;
- e) Acreditar que cumple con los requisitos de prevención y protección contra incendios, y condiciones sanitarias y ambientales básicas que establecen la Ley 9ª de 1979 y demás disposiciones relacionadas con la materia;
- f) Certificación de las condiciones eléctricas y de gas, emitida por un instalador autorizado;

g) Identificación del director técnico responsable con copia de su certificado de título, carta de aceptación del cargo y horario en que se encontrará en el establecimiento;

h) Planta del personal con que funcionará el establecimiento, con su respectivo sistema de turnos, información que deberá actualizarse al momento en que se produzcan cambios en este aspecto. Una vez que entre en funciones, deberá enviar a la Secretaría de Salud competente, la nómina del personal que labora ahí;

i) Reglamento interno del establecimiento, que deberá incluir un formulario de los contratos que celebrará el establecimiento con los residentes o sus representantes, en el que se estipulen los derechos y deberes de ambas partes y las causales de exclusión del residente;

j) Plan de evacuación ante emergencias;

k) Libro foliado de uso de los residentes o sus familiares, para sugerencias o reclamos que será timbrado por la autoridad sanitaria.

Artículo 5°. Las instituciones reguladas por la presente ley, deberán disponer de una planta física que cumplirá a lo menos con los requisitos establecidos en el Título IV de la Ley 361 de 1997 y las normas que lo desarrollen.

Deberán poseer, además, las dependencias bien diferenciadas e iluminadas, que no tengan barreras arquitectónicas y las siguientes pautas de diseño:

a) Humanización espacial: Generación de espacios confortables, con tratamiento y uso del color y la iluminación, señalización y orientación del paciente entre los que se contará con:

1. En los establecimientos de más de un piso deberán contar con un sistema seguro de traslado de los residentes entre un piso y otro (circulación vertical) que permita la cabida de una silla de ruedas o de una camilla.

2. Zonas de circulación con pasillos que permitan el paso de una camilla, bien iluminados, sin desniveles o con rampas, si los hay, y pasamanos al menos en uno de sus lados. Si tiene escaleras, estas no podrán ser de tipo caracol no tener peldaños en

abanico y deberán tener un ancho que permita el paso de dos (2) personas al mismo tiempo, con pasamanos en ambos lados y peldaños evidenciados.

3. Zonas exteriores para recreación: patio, terraza o jardín.

4. Los servicios higiénicos deben estar cercanos a los dormitorios, ser de fácil acceso y estar iluminados y debidamente señalizados.

5. Las duchas deben permitir la entrada de silla de ruedas, deberán tener un inodoro y un lavamanos. Además habrá un lavamanos en los dormitorios de pacientes postrados.

6. Los pisos de estos serán antideslizantes o con aplicaciones antideslizantes, contarán con agua caliente y fría, agarraderas de apoyo, duchas que permitan el baño auxiliado y entrada de elementos de apoyo y timbre de tipo continuo.

7. La cocina deberá cumplir con las condiciones higiénicas y sanitarias que aseguren una adecuada recepción, almacenamiento, preparación y manipulación de los alimentos. Su equipamiento, incluida la vajilla, estará de acuerdo con el número de raciones a preparar.

8. El piso y las paredes serán lavables; estará bien ventilada, ya sea directamente al exterior o a través de campana o extractor.

b) Flexibilidad Espacial: Que permitan los cambios programáticos y de instalaciones que incluyan los avances tecnológicos, teniendo en cuenta la relación eficiencia y eficacia en los costos.

1. Al menos una oficina/sala de recepción, que permita mantener entrevistas en forma privada con los residentes y sus familiares.

2. Sala o salas de estar o de usos múltiples que en conjunto, tengan capacidad para contener a todos los residentes en forma simultánea. Estas deberán tener iluminación natural, medios de comunicación con el mundo exterior y elementos de recreación para los residentes, tales como música, juegos, revistas, libros, etc.

3. Comedor o comedores suficientes para el cincuenta por ciento (50%) de los residentes simultáneamente.

4. Dormitorios con iluminación y ventilación natural, guardarropa con espacio para cada uno de los residentes y un nochero por cama, considerando espacio para un adecuado desplazamiento de las personas según su autonomía. Contará con un timbre tipo continuo por habitación y en el caso de residentes postrados, uno por cama. Contar con un número de camillas clínicas o similares para el ciento por ciento (100%) de los adultos mayores y/o discapacitados que necesiten protección física o clínica.

5. Lugar cerrado para mantener equipamiento e insumos médicos y de enfermería mínimos, tales como esfigmomanómetro, fonendoscopio, termómetros, medicamentos, elementos e insumos de primeros auxilios y archivo de fichas clínicas.

6. Lugar cerrado y ventilado destinado a guardar los útiles de aseo en uso. Una poceta para el lavado de útiles de aseo, lavadero, con un lugar de recepción y almacenamiento para la ropa sucia, lavadora adecuada al número de residentes e implementación para el secado y planchado de la ropa, además de un lugar para clasificar y guardar la ropa limpia.

7. Si existe servicio externo de lavado, se asignarán espacios para clasificar y guardar ropa sucia y limpia.

c) Sustentabilidad: Implica el ahorro energético reduciendo los consumos de climatización e iluminación, uso racional del agua, ambientes saludables con la utilización de materiales no contaminantes, ventilación e iluminación natural, visual y espacios verdes, reducción de la generación de residuos.

1. En relación al personal, el establecimiento deberá cumplir con las disposiciones sanitarias contenidas en la Ley 9ª de 1979 y demás normas concordantes.

2. Dispositivo hermético de almacenamiento transitorio de basura.

Todas las dependencias deberán mantenerse en buenas condiciones higiénicas.

Artículo 6°. La dirección técnica de estos establecimientos estará a cargo de personal de salud y/o área de ciencias sociales (nivel tecnológico o profesional), de preferencia con capacitación en gerontología, psicología, trabajo social, fisioterapia, fonoaudiología; quien desarrollará las funciones definidas en el reglamento interno del

establecimiento y según la normatividad técnica que para el efecto determine el Ministerio de la Protección Social.

Parágrafo. En ningún caso el Director de los centros de protección social, de día, instituciones de atención o cualquier otra persona, podrán obtener autorización para el cobro y disposición total o parcialmente de las mesadas pensionales de los residentes.

Artículo 7°. El establecimiento deberá contar con personal idóneo, en cantidad suficiente para satisfacer en forma permanente y adecuada la atención integral de los residentes, de acuerdo con el número y condiciones físicas y psíquicas. Las cuáles serán determinadas por el Ministerio de la Protección Social conforme al alcance del (centro de protección, día o atención).

Artículo 8°. Cualquiera que sea el número de residentes o su condición de dependencia, en horario nocturno el establecimiento no podrá quedar a cargo de una sola persona.

Artículo 9°. El personal auxiliar de enfermería y los cuidadores, desarrollan las funciones asignadas por el director técnico y además de las que determine el Ministerio de la Protección Social de conformidad con las patologías y condiciones de los residentes.

Artículo 10. Los centros de protección social y de día, así como las instituciones de atención además de los funcionarios anteriormente enunciados, deberán contar con el siguiente personal:

a) Manipuladores de alimentos capacitados, en número adecuado para preparar el alimento de los residentes;

b) Auxiliares de servicio, encargados de aseo, lavandería y ropería en número adecuado de acuerdo con el número y condición de los residentes;

c) Personal encargado de la nutrición, terapeuta ocupacional o profesor de educación física, para el mantenimiento de las funciones biopsicosociales mediante acompañamiento psicológico y todo personal que pueda brindar talleres de artes

manuales e intelectuales (club) que permitan mantener la productividad tanto física como mental de los residentes.

Artículo 11. El Ministerio de la Protección Social establecerá los lineamientos técnicos a seguir en los centros de protección social, de día y de atención, de acuerdo con el número de residentes y condiciones de los mismos.

Artículo 12. Los Directores Técnicos, además de las funciones asignadas de conformidad con el artículo 6° de la presente ley, velarán porque los residentes dispongan de medios para el control periódico de su salud, a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Artículo 13. El personal indicado en los artículos anteriores deberá ser incrementado proporcionalmente en relación con el número de camas y el grado de dependencia de los residentes.

Artículo 14. El seguimiento de vigilancia y control a los centros de protección social, de día e instituciones de atención para adultos mayores y/o de personas en situación de discapacidad corresponde a las Secretarías de Salud de los niveles Departamental, Distrital y Municipal.

Por lo menos una vez cada año se efectuará una visita de seguimiento y control a estos sitios; no obstante la respectiva entidad de conformidad con la reglamentación que para el efecto expida el Ministerio de la Protección Social, entregará informes de gestión.

Artículo 15. La contravención a la presente disposición será sancionada por la misma autoridad que expida la autorización.

La sanción será graduada de acuerdo con la gravedad de la infracción, teniendo como criterio el riesgo ocasionado a la vida de los residentes y la reincidencia.

Las sanciones consistirán en:

- Amonestación verbal.
- Suspensión de la autorización.

- Cierre definitivo.

El trámite del proceso sancionatorio será reglamentado por el Ministerio de la Protección Social dentro de los seis (6) meses siguientes a la expedición de la presente ley.

Artículo 16. La autorización de la que habla esta ley no incluye ni exime la obligatoriedad de las autorizaciones a las que hagan referencia otros ordenamientos jurídicos.

Artículo 17. Los centros de protección social, de día y de atención, a los que se refiere esta ley, que pretendan acceder a los distintos programas orientados por el Gobierno Nacional, Departamental, Municipal, deberán cumplir a cabalidad con lo dispuesto en esta normatividad.

Artículo 18. Régimen de transición. Aquellos establecimientos que se encuentren en funcionamiento antes de la expedición de la presente ley, deberán ajustarse a sus disposiciones en el plazo de un (1) año contado a partir de la publicación de la presente ley en el Diario Oficial.

Artículo 19. Vigencia. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

21.1.2 LEY 1251 DE 2008 (Noviembre 27)

"Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores"

EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:

TITULO. I

DISPOSICIONES PRELIMINARES

[Ver la Ley 1171 de 2007](#), [Ver la Ley 1315 de 2009](#), [Ver el Decreto Distrital 345 de 2010](#)

Artículo 1°. Objeto. La presente ley tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez, de conformidad con el artículo 46 de la Constitución Nacional, la Declaración de los Derechos Humanos de 1948, Plan de Viena de 1982, Deberes del Hombre de 1948, la Asamblea Mundial de Madrid y los diversos tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia.

Artículo 2°. Fines de la ley. La presente ley tiene como finalidad de 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.

Artículo 3°. Definiciones. Para la interpretación y aplicación de la presente ley téngase en cuenta las siguientes definiciones:

Acción Social integral. Conjunto de acciones que buscan mejorar y modificar las circunstancias de carácter social que impidan al adulto mayor su desarrollo integral, protección física, mental y social hasta lograr la incorporación a una vida plena y productiva de las personas que se hallan en estado de necesidad, desprotección o desventaja física o mental.

Vejez. Ciclo vital de la persona, con ciertas características propias, que se produce por el paso del tiempo en el individuo.

Adulto mayor. Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más.

Geriatría. Rama de la medicina que se encarga del estudio terapéutico, clínico, social y preventivo de la salud y de la enfermedad de los ancianos.

Gerontología. Ciencia interdisciplinaria que estudia el envejecimiento y la vejez teniendo en cuenta los aspectos biopsicosociales (psicológicos, biológicos, sociales).

Envejecimiento. Conjunto de modificaciones que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible en los seres vivos.

Cartografía de pobreza. Representación gráfica de la pobreza sobre superficies geográficas.

Demografía. Abarca el estudio del tamaño, estructura y distribución de las poblaciones, en la cual, se tendrán en cuenta la mortalidad, natalidad, migración.

Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. Instrumento que permite asegurar una gestión coordinada de los agentes del Estado en el sector público y privado, en el cumplimiento de los fines del Estado para satisfacer las necesidades del adulto mayor, así como la observación y conocimiento de las características propias del proceso de envejecimiento.

Plan de Atención Institucional. Es el modelo institucional en el marco de los ejes de derecho y guía para las acciones que programen e implementen las instituciones públicas o privadas, garantizando un servicio integral y de calidad. Es la responsabilidad de exigir acciones integrales en cada uno de los componentes de atención (salud, psicosocial y familiar y ocupacional).

Centros de Protección Social para el Adulto Mayor. Instituciones de protección destinadas al ofrecimiento de servicios de hospedaje, de bienestar social y cuidado integral de manera permanente o temporal a adultos mayores.

Centros de día para adulto mayor. Instituciones destinadas al cuidado, bienestar integral y asistencia social de los adultos mayores que prestan sus servicios en horas diurnas.

Instituciones de atención. Instituciones públicas, privadas o mixtas que cuentan con infraestructuras físicas (propias o ajenas) en donde se prestan servicios de salud o asistencia social y, en general, las dedicadas a la prestación de servicios de toda índole que beneficien al adulto mayor en las diversas esferas de su promoción personal como sujetos con derechos plenos.

Instituciones de atención domiciliaria. Institución que presta sus servicios de bienestar a los adultos mayores en la modalidad de cuidados y/o de servicios de salud en la residencia del usuario.

Artículo 4°. Principios. Para la aplicación de la presente ley se tendrán como principios rectores:

a). Participación Activa. El Estado debe proveer los mecanismos de participación necesarios para que los adultos mayores participen en el diseño, elaboración y ejecución de programas y proyectos que traten sobre él, con valoración especial sobre sus vivencias y conocimientos en el desarrollo social, económico cultural y político del Estado;

b). Corresponsabilidad. El Estado, la Familia, la sociedad civil y los adultos mayores de manera conjunta deben promover, asistir y fortalecer la participación activa e integración de los adultos mayores en la planificación, ejecución y evaluación de los programas, planes y acciones que desarrollen para su inclusión en la vida política, económica, social y cultural de la Nación;

C. Igualdad de oportunidades. Todos los adultos mayores deben gozar de una protección especial de sus derechos y las libertades proclamados en la Constitución Política, Declaraciones y convenios internacionales ratificados por Colombia, respetando siempre la diversidad cultural, étnica y de valores de esta población;

d). Acceso a beneficios. El Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a los adultos mayores el acceso a beneficios con el fin de eliminar las desigualdades sociales y territoriales;

e). Atención. En todas las entidades de carácter público y privado es un deber aplicar medidas tendientes a otorgar una atención especial, acorde con las necesidades.

f). Equidad. Es el trato justo y proporcional que se da al adulto mayor sin distinción del género, cultura, etnia, religión, condición económica, legal, física, síquica o social, dentro del reconocimiento de la pluralidad constitucional;

g). Independencia y autorrealización. El adulto mayor tiene derecho para decidir libre, responsable y conscientemente sobre su participación en el desarrollo social del país. Se les brindará las garantías necesarias para el provecho y acceso de las oportunidades laborales, económicas, políticas, educativas, culturales, espirituales y recreativas de la sociedad, así como el perfeccionamiento de sus habilidades y competencias;

h). Solidaridad. Es deber del Estado, la sociedad y la familia frente al adulto mayor brindar apoyo y ayuda de manera preferente cuando esté en condición de vulnerabilidad;

i). Dignidad. Todas las personas tienen derecho a una vida digna y segura, los adultos mayores se constituyen en el objetivo fundamental de las acciones emprendidas en cumplimiento del Estado Social de Derecho a través de la eliminación de cualquier forma de explotación, maltrato o abuso de los adultos mayores;

j). Descentralización. Las entidades territoriales y descentralizadas por servicios prestarán y cumplirán los cometidos de la presente ley en procura de la defensa de los derechos del adulto mayor;

k). Formación Permanente. Aprovechando oportunidades que desarrollen plenamente su potencial, mediante el acceso a los recursos educativos, de productividad, culturales y recreativos de la sociedad;

l). No Discriminación. Supresión de todo trato discriminatorio en razón de la raza, la edad, el sexo, la condición económica o la discapacidad.

m). Universalidad. Los derechos consagrados en la presente ley son de carácter universal y se aplican a todas las personas residentes en el territorio nacional, sin distinción alguna y sin ningún tipo de exclusión social. Sin embargo el estado podrá focalizar las políticas públicas en las poblaciones más pobres y vulnerables para reducir las brechas económicas, sociales y culturales que caracterizan el país.

n). Eficiencia. Es el criterio económico que revela la capacidad de producir resultados con el mínimo de recursos, energía y tiempo.

ñ). Efectividad. Es el criterio institucional que revela la capacidad administrativa y política para alcanzar las metas o resultados propuestos, ocupándose fundamentalmente en los objetivos planteados que connotan la capacidad administrativa para satisfacer las demandas planteadas en la comunidad y que se refleja en la capacidad de respuesta a las exigencias de la sociedad.

Artículo 5°. Enunciación de derechos. El Estado de conformidad al artículo 13 de la Constitución Política brindará especial protección a los adultos mayores que en virtud a su condición económica, física o mental se encuentran marginados y bajo circunstancias de debilidad y vulnerabilidad manifiesta, dando con ello aplicación al Estado Social de Derecho. Para tal efecto se crearán planes, programas y acciones que promuevan condiciones de igualdad real y efectiva, así como el cumplimiento de los derechos consagrados para los adultos mayores en la Declaración de los Derechos del Hombre y Humanos de 1948, los consagrados en la Constitución Nacional y demás reconocidos por Colombia en convenios o tratados internacionales.

Artículo 6°. Deberes. El Estado, la sociedad civil, la familia, el adulto mayor y los medios de comunicación deberán para con los adultos mayores:

1. Del Estado
 - a. Garantizar y hacer efectivos los derechos del adulto mayor;
 - b. Proteger y restablecer los derechos de los adultos mayores cuando estos han sido vulnerados o menguados;

- c. Asegurar la adopción de planes, políticas y proyectos para el adulto mayor;
- d. Generar espacios de concertación, participación y socialización de las necesidades, experiencias y fortalezas del adulto mayor;
- e. Establecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control de las distintas entidades públicas y privadas que prestan servicios asistenciales al adulto mayor;
- f. Elaborar políticas, planes, proyectos y programas para el adulto mayor teniendo en cuenta las necesidades básicas insatisfechas de los más vulnerables;
- g. Fomentar la formación de la población en el proceso de envejecimiento;
- h. Establecer acciones, programas y proyectos que den un trato especial y preferencial al adulto mayor;
- i. Promover una cultura de solidaridad hacia el adulto mayor;
- j. Eliminar toda forma de discriminación, maltrato, abuso y violencia sobre los adultos mayores;
- k. Proveer la asistencia alimentaria necesaria a los adultos mayores que se encuentren en estado de abandono e indigencia;
- l. Generar acciones y sanciones que exijan el cumplimiento de las obligaciones alimentarias a las familias que desprotejan a los adultos mayores sin perjuicio de lo establecido en la normatividad vigente;
- m. Los gobiernos nacional, departamental, distrital y municipal, adelantarán programas de promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores conforme a las necesidades de atención que presente esta población;
- n. En el otorgamiento de subsidios por parte de la Nación y sus entidades territoriales, se dará prioridad a los adultos mayores a fin de que accedan a los programas sociales de salud, vivienda, alimentación, recreación, deporte, agua potable y saneamiento básico.
- ñ. Promover campañas que sensibilicen a los profesionales en salud y al público en general sobre las formas de abandono, abuso y violencia contra los adultos

mayores, estableciendo servicios para las víctimas de malos tratos y procedimientos de rehabilitación para quienes los cometen.

o. Promover estilos de vida saludables desde la primera infancia para fomentar hábitos y comportamientos saludables relacionados con el autocuidado, la alimentación sana y saludable, el cuidado del entorno y el fomento de la actividad física para lograr un envejecimiento activo y crear un imaginario positivo de la vejez.

2. De la Sociedad Civil

a. Dar un trato especial y preferencial al adulto mayor;

b. Generar espacios de reconocimiento del saber, de las habilidades, competencias y destrezas de los adultos mayores;

c. Propiciar la participación del adulto mayor;

d. Reconocer y respetar los derechos del adulto mayor;

e. Denunciar cualquier acto que atente o vulnere los derechos del adulto mayor;

f. Participar de manera activa en la discusión, elaboración de planes, proyectos y acciones en pro del adulto mayor;

g. Contribuir en la vigilancia y control de las acciones dirigidas para el adulto mayor.

h. Generar acciones de solidaridad hacia los adultos mayores que se encuentran en estado de vulnerabilidad.

i. Desarrollar actividades que fomenten el envejecimiento saludable y la participación de los adultos mayores en estas actividades.

j. Definir estrategias y servicios que beneficien a los adultos mayores con calidad, calidez y eficiencia.

k. No aplicar criterios de discriminación y exclusión social en las acciones que adelanten.

l. Cumplir con los estándares de calidad que estén establecidos para la prestación de los servicios sociales, de salud, educación y cultura que se encuentren establecidos teniendo en cuenta que sean accesibles a los adultos mayores.

m. Proteger a los adultos mayores de eventos negativos que los puedan afectar o poner en riesgo su vida y su integridad personal y apoyarlos en circunstancias especialmente difíciles.

3. De la familia

a. Reconocer y fortalecer las habilidades, competencias, destrezas y conocimientos del adulto mayor;

b. Respetar y generar espacios donde se promuevan los derechos de los adultos mayores;

c. Propiciar al adulto mayor de un ambiente de amor, respeto, reconocimiento y ayuda;

d. Brindar un entorno que satisfaga las necesidades básicas para mantener una adecuada nutrición, salud, desarrollo físico, psíquico, psicomotor, emocional y afectivo;

e. Establecer espacios de relación intergeneracional entre los miembros de la familia;

f. Proteger al adulto mayor de todo acto o hecho que atente o vulnere los derechos, vida, integridad, honra y bienes;

g. Vincular al adulto mayor en los servicios de seguridad social y sistema de salud;

h. Proporcionar al adulto mayor espacios de recreación, cultura y deporte;

i. Brindar apoyo y ayuda especial al adulto mayor en estado de discapacidad;

j. Respetar las vivencias, cultura, tradiciones y expresiones de los adultos mayores;

k. Promover la participación de los adultos mayores en la discusión, diseño, formulación y ejecución de políticas, planes, programas y proyectos de interés para la familia, la sociedad y el Estado.

l. Aceptar el ejercicio de la autonomía y la autorrealización personal de los adultos mayores.

m. Atender las necesidades psico afectivas del adulto mayor cuando se encuentre en condiciones de institucionalización, en ningún caso podrán dejarlo abandonado y a cargo de la institución sin mantener los lazos familiares.

4. Del Adulto Mayor

a. Desarrollar actividades de autocuidado de su cuerpo, mente y del entorno.

b. Integrar a su vida hábitos saludables y de actividad física.

c. Hacer uso racional de los medicamentos siguiendo las recomendaciones médicas prescritas.

d. Participar activamente en las actividades deportivas, recreativas, culturales que le permitan envejecer sanamente, de planeación de políticas públicas y programas que se diseñen a favor de este grupo de población en lo local.

e. Promover la participación en redes de apoyo social que beneficien a la población en especial aquellas que se encuentran en condiciones de extrema pobreza y de vulnerabilidad social, así como vigilar el cumplimiento de las políticas sociales y de asistencia social que se desarrollen en su identidad territorial.

f. Propender por su propio bienestar y crear condiciones que le permitan reducir su nivel de dependencia familiar y estatal, haciéndolo autosuficiente y desarrollando sus capacidades y potencialidades.

g. Proporcionar información verídica y legal de sus condiciones sociales y económicas.

5. De los medios de Comunicación

a. Conocer, promover y respetar los derechos de los adultos mayores.

b. Sensibilizar a la sociedad sobre el cumplimiento de los mismos en especial por parte de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes contribuyendo a la generación de una cultura del envejecimiento y el respeto por el adulto mayor.

c. Denunciar las situaciones de maltrato y la violencia de los derechos humanos de los adultos mayores.

d. Contribuir a la protección de los adultos mayores que se encuentran en situación de extrema pobreza y vulnerabilidad social.

TITULO. II

21.1.3 POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

Artículo 7°. Objetivos. El Estado, en cumplimiento de los fines sociales es responsable de la planificación, coordinación, ejecución y seguimiento de las acciones encaminadas al desarrollo integral del adulto mayor, para lo cual deberá elaborar la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez teniendo en cuenta los siguientes objetivos:

1. Mejorar la calidad de vida de los adultos mayores como miembros de la sociedad, de manera preferente la de aquellos más pobres y vulnerables.

2. A través de enfoques multidisciplinarios, integrales e integradores incorporar los problemas del envejecimiento como factores del desarrollo nacional, haciendo partícipe en este propósito a los adultos mayores.

3. Construir y desarrollar instrumentos culturales que valoren el aporte de los adultos mayores y faciliten la transmisión de sus habilidades y experiencias a las nuevas generaciones.

4. Alcanzar la plena integración y participación de los adultos mayores en el desarrollo económico, social, político y cultural de la Nación reconociendo el trabajo intergeneracional que cumplen en la sociedad.

5. Construir mecanismos de concertación, coordinación y cooperación en las distintas instancias del poder público y de la sociedad civil en la promoción, protección, restablecimiento y garantía de los derechos de los adultos mayores.

6. Transversalizar la política haciendo del adulto mayor parte integral en los planes, programas, proyectos y mecanismos de trabajo de la Administración Pública.

7. Exigir una prestación de servicios con calidad al adulto mayor en todos sus ámbitos.

8. Promocionar una cultura de respeto al adulto mayor dentro de la sociedad y la familia.

9. Promoción de entornos saludables, de accesibilidad y el acceso a la habilitación / rehabilitación del adulto mayor.

Artículo 8°. Directrices de política. En la elaboración de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, el Gobierno Nacional y los entes territoriales tendrán en cuenta las siguientes directrices aplicando en ellas la perspectiva de género como eje transversal:

1. La determinación de criterios y observaciones a las proyecciones demográficas, condiciones de vida y ubicación territorial de los hogares como soportes que sirvan en la toma de las decisiones públicas en beneficio de los adultos mayores.

2. Incorporar los criterios, consideraciones de proyecciones de la información demográfica como elemento técnico en la elaboración de planes y programas de educación, salud, cultura, recreación, trabajo y medio ambiente para el adulto mayor.

3. Evaluar y ajustar periódicamente los planes, programas y política de envejecimiento y vejez, con el fin de asegurar el cumplimiento de la Constitución y la ley en cuanto a la protección especial para el adulto mayor.

4. Integrar los grupos de los adultos mayores en mayor situación de vulnerabilidad en las acciones prioritarias que permitan reducir su vulnerabilidad.

5. Facilitar de manera efectiva la participación de la sociedad civil en los procesos de formulación, ejecución y evaluación de la política pública de vejez y envejecimiento.

6. Determinar los índices de dependencia y de envejecimiento de la población colombiana.

7. Articular las políticas, instituciones y actores de los diferentes sectores, logrando un mayor impacto en beneficio de esta población.

8. Fortalecer redes sociales de apoyo mediante el comportamiento solidario y la corresponsabilidad entre la familia, la sociedad y el Estado, así como la promoción, apoyo y protección a los cuidadores de los adultos mayores en situación de dependencia en casa.

Parágrafo 1°. En la elaboración de la Política Nacional de envejecimiento y vejez se tendrán en cuenta las tendencias y características del adulto mayor, con el fin de mejorar el nivel y la calidad de vida de la misma, de sus familias y su interacción e integración con la sociedad.

Parágrafo 2°. La coordinación del desarrollo y ejecución de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez, se hará a través del Ministerio de la Protección Social.

Las entidades territoriales suministrarán la información requerida para la elaboración, definición y la implementación de la Política Pública previa reglamentación que expida el Ministerio de la Protección Social.

Artículo 9°. Sistema de Información. Para el cumplimiento de lo dispuesto en la presente ley, se conformará un Sistema Unificado de Información de Vejez (SUIV), como soporte base para el diseño de las políticas, planes y acciones en beneficio del adulto mayor, así como del proceso de envejecimiento en el territorio nacional, estará a cargo del Ministerio de la Protección Social.

Artículo 10. Promoción a la familia. La Política Nacional de Envejecimiento y Vejez incluirá medidas tendientes a promover la organización de la familia e involucrarla en el desarrollo integral de los adultos mayores que la conforman propendiendo igualmente por la debida interrelación entre sus miembros.

Artículo 11. Protección y cuidado especial. Para efectos de la presente ley, se consideran grupos que merecen especial protección y cuidado a los adultos mayores:

a). Indígenas: Se incluirán medidas y acciones que no solo garanticen una vida digna para las personas indígenas mayores, sino que promuevan la plena participación de esta población en el desarrollo nacional y social, su integración a la vida activa y

comunitaria, vivienda, seguridad alimentaria y bienestar social con pleno respeto y apoyo a su identidad cultural;

b). Mujeres: Se incluirán medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres adultas mayores para lograr su desarrollo integral; promoverá condiciones de equidad y género respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencias, abusos y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, en esta etapa de la vida;

C. Discapacitados: Se considerarán medidas especiales para incorporar a la población mayor con discapacidad en prevención, atención y promoción en la salud y bienestar integral teniendo en cuenta el Plan Nacional de Discapacidad;

d). Población desplazada: Se determinarán acciones especiales para los adultos mayores en condición de desplazamiento;

e). Negritudes, minorías étnicas: Se incluirán acciones especiales que reconozcan sus raíces y cultura, así como medidas que incluyan su activa participación en la elaboración de planes, programas y proyectos;

(Sic) g). Reclusos: Dirigir acciones específicas para los adultos mayores que se encuentran privados de la libertad a fin de mejorar sus condiciones de vida.

Artículo 12. Participación. En la elaboración de la Política Nacional de envejecimiento y vejez se tendrá en cuenta la participación de:

- a. Organizaciones públicas y privadas que presten servicios al adulto mayor;
- b. Entidades públicas del nivel Nacional, Departamental, Distrital, Municipal y Local y las entidades descentralizadas que atiendan y adelanten proyectos relacionados con el adulto mayor;
- c. La sociedad civil organizada;
- d. La academia.
- e. Los adultos mayores.
- f. Redes sociales de apoyo.

Parágrafo 1°. El Ministerio de la Protección Social determinará los plazos, metodologías para la elaboración de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Parágrafo 2°. Definidos los plazos, metodologías y participación, se elaborará un documento técnico por parte del Conpes que contenga la política pública, este documento cual deberá ser elaborado en un término no superior a un (1) año después de la publicación de la presente ley.

Artículo 13. Recolección de datos. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE de conformidad con sus funciones, recolectará, elaborará y publicará las estadísticas oficiales de población mayor y su ubicación sociodemográfica desagregada con perspectiva de género.

Artículo 14. Actualización y seguimiento. El Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, en coordinación con el Departamento de Planeación Nacional y los Ministerios de la Protección Social, Hacienda y Educación, realizarán las actualizaciones y recomendaciones en materia de política de envejecimiento, a fin de logra una correcta planeación, proyección y distribución de los recursos que permitan atender las necesidades de los adultos mayores.

Artículo 15. Estudio demográfico. En la asignación de los recursos se tendrán en cuenta la estructura, dinámica y ubicación de la población mayor actual y futura a fin de lograr una mejor percepción del proceso de envejecimiento, que conlleve a una mejor eficiencia y eficacia a la realización de las acciones públicas.

Artículo 16. Cartografía de pobreza. El Departamento Administrativo de Planeación Nacional, en coordinación con el Departamento del DANE elaborará y mantendrá actualizado el mapa oficial de pobreza e indigencia, así como los sistemas de información georreferenciados relacionados con las condiciones económicas y sociales de los adultos mayores a fin de que se orienten y formulen estrategias acordes a sus necesidades reales, mitigando y reduciendo los índices de pobreza en cumplimiento de metas objetivas.

Artículo 17. Áreas de intervención. En la elaboración del Plan Nacional se tendrán en cuenta las siguientes áreas de intervención:

1. Protección a la salud y bienestar social. Los adultos mayores tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de la salud propia, así como la de su familia y su comunidad. El Ministerio de la Protección Social, atenderá las necesidades de salud y de bienestar social de este grupo poblacional mediante la formulación de políticas y directrices en materia de salud y bienestar social, a fin de que se presten servicios integrados con calidad.

Corresponde al Estado a través de sus entidades del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal de conformidad con el ámbito de sus competencias, a las Aseguradoras, a las Instituciones Públicas y Privadas del Sector Salud y de Asistencia Social:

a. Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental para los adultos mayores en instituciones públicas y privadas;

b. Proponer acciones tendientes a la elevación de calidad y especialización de los servicios de la salud que prestan al adulto mayor;

c. Desarrollar acciones permanentes de educación y capacitación en la prevención y el autocuidado;

d. Evaluar y fortalecer el funcionamiento de los Programas de Apoyo Alimentario y de Medicamentos Gratuitos;

e. Acompañar y monitorear el proceso hacia la conformación de la pensión justa y equitativa a las necesidades de los adultos mayores que permitan una vida digna;

f. Evaluación permanente a la calidad de los servicios prestados en los centros de cuidados prolongados para los adultos mayores (Centros de protección social, casas, etc.);

g. Ampliar las coberturas de acceso a los servicios de salud y bienestar social de acuerdo a las necesidades presentadas por el adulto mayor;

h. Generar mecanismos eficaces para la vigilancia y control de las instituciones prestadoras de servicios al adulto mayor;

i. Crear programas especiales en detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas entre los adultos mayores, así como de cuidado y auxilio a quienes sufren de discapacidades funcionales;

j. Crear programas de salud, asistencia social y bienestar dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante medidas preventivas y de promoción de la salud y actividades que generen un envejecimiento saludable;

k. Generar, fortalecer y fomentar especialidades médicas y asistenciales para adultos mayores en Geriatría y Gerontología;

l. Generar capacitaciones para cuidadores formales e informales de adultos mayores.

m. Desarrollar servicios amplios de atención de la salud mental que comprendan desde prevención hasta la intervención temprana, la prestación de servicios de tratamiento y la gestión de los problemas de salud mental de los adultos mayores.

Parágrafo 1°. Los adultos mayores residentes en Colombia, tendrán derecho a acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud, y al Plan Obligatorio de Salud, POS, bien sea en su calidad de afiliado del régimen contributivo o subsidiado.

Parágrafo 2°. El adulto mayor afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, que por el tipo de atención requiera una oferta de servicio por fuera de su lugar de origen, tendrá derecho a que se le garantice un lugar de paso temporal donde se realizará su atención.

2. Educación, cultura y recreación. La educación, la cultura y la recreación hacen parte del proceso de formación integral del ser humano, con tal fin el Estado deberá:

a. Promocionar y estimular los programas en gerontología en pre y posgrado;

b. Crear núcleos temáticos sobre envejecimiento y vejez en la educación formal, en, los niveles preescolares, básicos primarios y vocacionales, así como en la educación no formal;

c. Propender por desarrollar en los adultos mayores la formación en derechos humanos, educación para la participación ciudadana, en la equidad y participación y, en general, en todos los campos de su interés para el mejoramiento continuo;

d. Educación intercultural, en temas ambientales y de sostenibilidad, de desarrollo económico y social con énfasis en el mejoramiento de la calidad de vida;

e. Lograr una mejor calidad y expectativas de vida personal, familiar y social a través de acciones educativas y participativas que permitan crear conciencia de la dignidad humana y formar actitudes positivas y respetuosas frente a la vejez y al envejecimiento como aporte a la Sociedad;

f. Contribuir a la educación integral de esta población permitiéndole elaborar proyectos de vida acordes con su edad y expectativas de vida que los ayuden a asumir roles en la vida familiar y social;

g. Integrar de manera efectiva el saber adquirido por los adultos mayores optimizándolo dentro de la sociedad;

h. Proponer el acceso del adulto mayor a la educación formal e informal en diversas formas y niveles de capacitación a fin de lograr su desarrollo individual, familiar y social como forma de inclusión a la sociedad;

i. Desarrollar propuestas para el acceso del adulto mayor a las actividades culturales tanto de creación como de apropiación de la cultura;

j. Desarrollar acciones que promuevan y permitan el acceso del adulto mayor a las actividades deportivas diseñadas en función de sus necesidades particulares;

k. Impulsar acciones para la conformación de espacios públicos de encuentro, comunicación y de convivencia intra e intergeneracional (clubes, centros de día, espectáculos, etc.); Desarrollar acciones para.

l. construir en el conjunto de la población una cultura de la vejez y del envejecimiento activo.

3. Entorno físico y social favorable. Corresponde al Estado, a través de sus entidades del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal de conformidad con

el ámbito de sus competencias, a las instituciones públicas y privadas garantizar a los adultos mayores condiciones óptimas para que el entorno físico sea acorde con sus necesidades, para ello se determinarán acciones tendientes y deberán:

a. Que los servicios públicos que se presten cuenten con infraestructuras adecuadas y de acceso para el adulto mayor;

b. Propiciar programas de vivienda que permitan a los adultos mayores la obtención vivienda propia o remodelarla en caso de ya contar con ella;

c. Generar estrategias para permitir el acceso a proyectos de vivienda de interés social que ofrezcan igual oportunidad a las parejas compuestas por los adultos mayores, solos o jefes de familia;

d. Promover la construcción de viviendas especiales de acuerdo a las necesidades de habitabilidad, seguridad y accesibilidad de los adultos mayores;

e. Desarrollar acciones tendientes a generar espacios urbanos con características físico-espaciales que generen un entorno seguro y accesible acordes a las necesidades de los adultos mayores;

f. Generar mecanismos que faciliten adaptar medios de transporte a las necesidades de los adultos mayores;

g. Disminuir los riesgos de accidentes de tránsito de los adultos mayores, a través de campañas de educación a conductores y a peatones, y la señalización adecuada de las vías públicas;

4. Productividad. El Estado a través de sus entidades del orden Nacional, Departamental, Distrital y Municipal de conformidad con el ámbito de sus competencias, las instituciones públicas y privadas, la sociedad y la familia deberán generar acciones tendientes a involucrar al adulto mayor en el desarrollo económico y productivo de nuestro país, para esto deberán:

a. Facilitar y promover la obtención de ingresos mediante el empleo, el desarrollo de proyectos productivos, y la formación de empresas sociales para el adulto mayor;

b. Desarrollar mecanismos para el acceso al crédito con propósitos productivos para el adulto mayor;

c. Promover el acceso del adulto mayor al empleo formal;

d. Capacitar, promover y facilitar el acceso a las nuevas tecnologías y al teletrabajo como mecanismo para la generación de ingresos y de empleo.

Artículo 18. Difusión y Promoción. Corresponde al Ministerio de la Protección Social la promoción y difusión de la Política Pública para el Adulto Mayor.

Artículo 19. Reporte de Información. El Gobierno Nacional en cabeza del Ministerio de Protección Social informará a las Comisiones Séptimas del Congreso de la República, dentro de los 6 meses siguientes a la entrada en vigencia de la presente Ley, los avances en el proceso de la formulación de la política, así como el nivel de participación de los diferentes actores del mismo.

TITULO. III

21.2 REQUISITOS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE ATENCIÓN Y PROTECCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Artículo 20. Requisitos esenciales. Para su funcionamiento, las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor deberán acreditar lo siguiente:

a). Reglamento Interno. Documento que define la razón social, representante legal, objetivos, estructura de la organización, portafolio de servicios, deberes y derechos de los usuarios y de su grupo familiar, de la sociedad y las normas de seguridad y convivencia;

b). Nivel Nutricional. Garantizar el adecuado nivel nutricional a cada una de los adultos mayores, mediante la definición de una minuta patrón individual bimensual y previa valoración médica, teniendo en cuenta los parámetros técnicos y jurídicos del Ministerio de la Protección Social, el ICBF o la entidad pública competente en el respectivo ente territorial.

C. Infraestructura. La planta física deberá tener especificaciones que permitan el desplazamiento fácil y seguro de los adultos mayores y en particular la movilización de los que se encuentran en condición de dependencia, para lo cual deberá observarse lo dispuesto en la normatividad vigente dispuesta para tal fin;

d). Talento Humano. Definir estándares y perfiles personales, profesionales, técnicos, y auxiliares, de acuerdo a los cargos y funciones y al número de usuarios que se proyecte atender en la institución, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos;

e). Plan de Atención de Emergencias Médicas. Contar con un plan de atención de emergencias médicas aprobado por el Ministerio de la Protección Social, con el fin de establecer el procedimiento adecuado que garantice la atención inmediata de los beneficiarios en caso de presentar una urgencia en salud, causada por accidentes o enfermedades;

f). Área Ocupacional. Implementación de diversas actividades de productividad y sostenibilidad social y/o económica que busquen mantener, recuperar y/o habilitar la funcionalidad física y mental, así como el reconocimiento individual de los adultos mayores como miembros activos de la sociedad, con base en las capacidades, habilidades, intereses y condiciones de cada uno de ellos.

g). Salud mental. Garantizar la provisión de servicios y programas integrales de atención, promoción y prevención en salud mental, que respondan a las necesidades de los adultos mayores e involucren a su grupo familiar.

Artículo 21. Integración pisco- social familiar. Las instituciones que prestan servicios de atención al adulto mayor, promoverán e impulsarán la vinculación y participación de su grupo familiar y de la sociedad en el cuidado y desarrollo integral de este grupo poblacional, así como en la defensa y garantía de sus Derechos Humanos.

Artículo 22. Registro de inscripción. El Ministerio de la Protección Social establecerá las políticas, directrices y criterios a tener en cuenta para la creación y puesta en marcha del registro de instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores en todo el territorio nacional y a su vez contará con la información actualizada, veraz y oportuna de las mismas.

Parágrafo 1°. Las gobernaciones serán las entidades responsables de mantener actualizado el registro del Ministerio de la Protección Social, y contarán con un registro departamental, el cual será actualizado con el reporte de las alcaldías de cada departamento. A su vez, las alcaldías tendrán un registro distrital o municipal, según el reporte que levante la Secretaría de Salud o quien haga las veces; y el registro local estará a cargo de las Secretarías de Salud locales o quien haga las veces.

Parágrafo 2°. El Registro de Inscripción contará como mínimo con la siguiente información básica: Nombre o razón social, nombre del representante legal, domicilio de la institución, número de usuarios que pueden ser atendidos y portafolio de servicios ofrecidos. Además, llevará las anotaciones relativas a las sanciones que se impongan por violación a las leyes o reglamentos.

Parágrafo 3°. El Registro de Inscripción estará a disposición de la ciudadanía en la dirección electrónica del Ministerio de la Protección Social, y en un lugar visible, así mismo se publicará en las páginas web de otras instituciones que a juicio del Ministerio se consideren aptas para la divulgación de esta información.

Artículo 23. Plan de Acondicionamiento. Dentro de los seis (6) meses siguientes a la publicación de la presente ley, el Ministerio de la Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales, diseñarán un plan de ajuste para que las instituciones que actualmente prestan servicios a los adultos mayores se adecuen a su normatividad.

Artículo 24. Inspección y vigilancia. El Ministerio de la Protección Social, tendrá la responsabilidad de hacer seguimiento al estricto cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente ley.

Parágrafo. Para ejercer la vigilancia y el control pertinente, el Ministerio de la Protección Social, en coordinación con los organismos de control competentes, establecerá los parámetros y mecanismos aplicables a los entes territoriales competentes para la efectividad del proceso.

Artículo 25. Reglamentación. El Gobierno Nacional reglamentará la presente ley con base en los criterios establecidos en la misma, teniendo en cuenta, entre otros

aspectos, las clases y categorías de las instituciones de atención a los adultos mayores, de acuerdo con las características de cada región del país.

TITULO. IV

CONSEJO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR

Artículo 26. Creación. El Gobierno Nacional creará el Consejo Nacional del adulto Mayor, como órgano consultivo del Ministerio de la Protección Social de carácter permanente.

Artículo 27. Fines. Serán fines del Consejo Nacional del adulto mayor:

1. Realizar el seguimiento y verificación de la puesta en marcha de las políticas, estrategias y programas que garanticen la protección e integración social de los adultos mayores.

2. Apoyar y fortalecer la participación de la comunidad, la familia y el adulto mayor en las acciones necesarias para su desarrollo físico, psíquico, económico, social y político.

3. Estimular la atención del adulto mayor por parte de las entidades públicas y privadas con calidad y eficiencia, además de velar por el funcionamiento adecuado de los programas y servicios destinados a este grupo poblacional.

4. Fomentar y fortalecer los derechos del adulto mayor contenidos en la Constitución y en esta ley.

Artículo 28. Funciones. Serán funciones del Consejo:

1. Velar por el debido cumplimiento de las disposiciones y principios establecidos en esta ley.

2. Promover las labores de coordinación interinstitucional conformando grupos de enlace sectorial con los Ministerios de la Protección Social, Educación, Transporte, Comercio, industria y Turismo, Comunicaciones, Hacienda y las demás entidades y organismos que estime conveniente vincular, a fin de fomentar la creación, continuidad y acceso a programas y servicios de atención integral al adulto mayor.

3. Asesorar en la formulación de las políticas y los planes nacionales en materia de envejecimiento.

4. Conocer las evaluaciones anuales de los programas, proyectos y servicios dirigidos al adulto mayor, que sean ejecutados por las instituciones públicas o privadas.

5. Determinar los criterios técnicos para distribuir los recursos económicos públicos destinados a los programas y servicios para los adultos mayores.

6. Llevar un registro actualizado de las personas físicas y jurídicas acreditadas por el Ministerio de Protección Social Salud para brindar servicios a los adultos mayores.

7. Impulsar la investigación en las áreas relacionadas con el envejecimiento.

8. Elaborar los reglamentos internos para cumplir adecuadamente los objetivos de este Consejo.

9. Coordinar, con las instituciones ejecutoras, los programas dirigidos a los adultos mayores.

10. Las demás funciones que se consideren convenientes para el desarrollo de las actividades en pro del bienestar, el desarrollo integral y protección de los adultos mayores.

Artículo 29. Conformación del Consejo Nacional del adulto Mayor.

Harán parte del Consejo Nacional:

1. El Ministro o Viceministro de la Protección Social, quien presidirá el consejo.

2. El Ministro o Viceministro de Educación.

3. El Director del ICBF.

4. Un representante de organizaciones no gubernamentales dedicadas a la prestación de servicios a los adultos mayores.

5. Un representante de la academia y la comunidad científica que manejen el tema de adulto mayor.

6. Dos representantes de personas jurídicas que tengan a su cargo la asistencia y prestación de servicios a los adultos mayores.

7. Un delegado de la Defensoría del Pueblo.

8. El Jefe de la Unidad de Inversión Social del Departamento Nacional de Planeación.

9. El Director del Fondo de Inversión Social.

10. Un Secretario Técnico perteneciente a la planta del Ministerio de la Protección Social.

11. Un representante de la Asociación Gerontológica.

12. Un representante de las asociaciones de pensionados.

13. Un representante de la Empresa Privada.

14. Un representante de las entidades territoriales elegidas por departamento.

Parágrafo. El Gobierno Nacional reglamentará lo pertinente para la designación de los representantes al Consejo Nacional del adulto mayor.

TITULO. V

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 30. Recursos. Para el desarrollo de la presente ley se considerarán como fuentes de financiación además de las establecidas para la atención a población vulnerable, los recursos provenientes del sector privado y de la cooperación internacional; también los auto gestionados por los adultos mayores, los cuales se invertirán en la elaboración, ejecución, evaluación y seguimiento de la Política Nacional de envejecimiento y vejez y serán administrados por el Fondo de Promoción Social.

Parágrafo. El Gobierno Nacional podrá incorporar las partidas presupuestales necesarias para dar cabal cumplimiento a lo dispuesto en la presente ley.

Artículo 31. Mecanismo de coordinación. El Ministerio de la Protección Social, el Ministerio de Hacienda y el Departamento de Planeación Nacional deberán coordinar las distintas actividades para alcanzar los máximos resultados en los fines y propósitos

que persigue esta ley, compartiendo los sistemas informáticos y la información que posean en materia de ingresos, gastos y otras operaciones de financiamiento público.

Artículo 32. Evaluación y seguimiento. El Departamento Administrativo de Planeación Nacional, en coordinación con el Ministerio de la Protección Social, hará el seguimiento técnico, las evaluaciones cuantitativa y cualitativa a la elaboración y puesta en marcha de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Artículo 33. Informe anual. El Ministerio de la Protección Social presentará al Congreso de la República un informe anual al terminar cada vigencia fiscal sobre los avances, la ejecución presupuestal y el cumplimiento de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez.

Artículo 34. Descentralización. En virtud al principio de descentralización, el Gobierno Nacional y los entes territoriales establecerán planes, programas y proyectos para atención, promoción y fortalecimiento de los derechos de los adultos mayores y preparación para el envejecimiento activo.

Artículo 35. Vigencia y derogatorias. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias.

LEY 1171 DE 2007 (Diciembre 07)

Por medio de la cual se establecen unos beneficios a las personas adultas mayores EL CONGRESO DE COLOMBIA DECRETA:

ARTÍCULO 1°. OBJETO DE LA LEY. 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.

ARTÍCULO 2°. BENEFICIARIOS. Podrán acceder a los beneficios consagrados en esta ley los colombianos o extranjeros residentes en Colombia que hayan cumplido 62 años de edad. Para acreditar su condición de persona mayor de 62 años bastará con la presentación de la cédula de ciudadanía o el documento legal que acredite tal condición para los extranjeros.

Para las circunstancias en las cuales se requiera demostrar el nivel del Sisben, se acreditará mediante certificación expedida por la autoridad competente.

CAPITULO. I

Beneficios económicos

ARTÍCULO 3°. DESCUENTOS EN ESPECTÁCULOS. Las personas mayores de 62 años, gozarán de un descuento del cincuenta por ciento (50%) en la boletería para espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales que se celebren en escenarios que pertenezcan a la Nación o a las entidades territoriales.

Podrá limitarse por parte de los empresarios de dichos espectáculos, el número de boletería con este beneficio siempre y cuando se garantice un mínimo del siete por ciento (7%) de la boletería expedida para el cumplimiento de lo dispuesto en este artículo.

ARTÍCULO 4°. DESCUENTOS EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. Las personas mayores de 62 años, tendrán derecho a un descuento del cincuenta por ciento (50%) en el costo de la matrícula en instituciones oficiales de educación superior cuando decidan adelantar estudios en dichas instituciones.

CAPITULO. II

Tarifa diferencial

ARTÍCULO 5°. TRANSPORTE PÚBLICO. Los sistemas de servicio de transporte público masivo urbano de pasajeros, establecerán una tarifa diferencial para las personas mayores de 62 años, inferior a la tarifa ordinaria.

La tarifa diferencial con sus ajustes, deberá quedar prevista y regulada en los contratos de concesión que se celebren con las empresas operadoras del Sistema a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

ARTÍCULO 6°. OPERADORES DE TURISMO. Las Entidades y Empresas que reciban recursos del Estado para desarrollar actividades de hotelería y turismo o que se beneficien de exenciones tributarias, deberán establecer con destino a las personas mayores de 62 años, tarifas diferenciales con descuentos en los servicios que ofrezcan.

El Ministerio de Comercio, Industria y Turismo reglamentará lo señalado en este artículo.

ARTÍCULO 7°. SITIOS TURÍSTICOS. Los sitios de interés turístico de acceso permitido al público que sean de propiedad del Estado, deberán establecer una tarifa diferencial que otorgue un descuento no menor del cincuenta por ciento (50%) sobre el valor de las tarifas de ingreso a ellos, para las personas mayores de 62 años.

CAPITULO. III

Otros beneficios

ARTÍCULO 8°. ENTRADA GRATUITA. Los museos, bienes de interés cultural de la Nación, Distritos y Municipios, y centros culturales, permitirán el ingreso gratuito a sus instalaciones a las personas mayores de 62 años, cuando su destinación sea atender o recibir público.

ARTÍCULO 9°. VENTANILLA PREFERENCIAL. Las entidades públicas que tengan servicio de atención al público, deberán establecer dentro de los seis (6) meses siguientes a la promulgación de la presente ley, una ventanilla preferencial para la atención a las personas mayores de 62 años con el fin de facilitar y agilizar las gestiones que realicen.

ARTÍCULO 10. ASIENTOS PREFERENCIALES. Las empresas de transporte público urbano, a las que se les permita el transporte de pasajeros de pie, deberán contar en cada una de sus unidades con asientos destinados para el uso de las personas mayores de 62 años, las cuales deben estar debidamente señalizados. Las autoridades de transporte en cada municipio y distrito vigilarán el cumplimiento de lo dispuesto en el presente artículo.

ARTÍCULO 11. CONSULTORIOS JURÍDICOS. Los consultorios jurídicos de las Facultades de Derecho deberán dar prioridad a la atención de consultas y solicitudes efectuadas por personas mayores de 62 años.

ARTÍCULO 12. CONSULTAS MÉDICAS. Sin perjuicio de los derechos que les asisten a los niños y a las niñas, las Empresas Promotoras de Salud deberán asignar los servicios de consulta externa médica, odontológica y por médico especialista y

apoyos diagnósticos a los afiliados mayores de 62 años dentro de las 48 horas siguientes a la solicitud por parte de estos.

ARTÍCULO 13. FÓRMULA DE MEDICAMENTOS. Cuando la Entidad Promotora de Salud no suministre de manera inmediata los medicamentos formulados que estén incluidos en el Plan Obligatorio de Salud a las personas mayores de 62 años, deberá garantizar su entrega en el domicilio del afiliado dentro de las 72 horas siguientes, salvo si esta es de extrema urgencia a la solicitud por parte de este.

PARÁGRAFO. La Superintendencia Nacional de Salud vigilará el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los artículos 12 y 13 e impondrá las sanciones a que haya lugar de conformidad con el ámbito de sus competencias.

ARTÍCULO 14. Los artículos 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, se aplicarán para las personas mayores de sesenta y dos (62) años de edad que se encuentren clasificados en los niveles I o II del Sistema de Identificación de Beneficiarios, Sisben.

ARTÍCULO 15. ACCESO A LA EDUCACIÓN SUPERIOR EN COLOMBIA. En ningún caso la edad podrá ser tenida en cuenta como criterio para definir el acceso a las instituciones de educación superior del país.

ARTÍCULO 16. El inciso 1° del artículo [5°](#) de la Ley 700 del 2001 quedará así:

"Artículo 5°. Para hacer efectivo el cobro de las mesadas, los pensionados podrán acercarse a la entidad financiera en que tengan su cuenta corriente o de ahorros cualquier día del mes, una vez esta se haya consignado y el cobro se podrá realizar en cualquier ventanilla de la entidad financiera sin excepción. La Superintendencia Financiera conforme a sus competencias, vigilará el cumplimiento de lo aquí dispuesto e impondrá las sanciones del caso cuando a ello hubiere lugar.

ARTÍCULO 17. La presente ley rige a partir de su promulgación.

21.3 ENCUESTA

Objetivo:

Estudiar las necesidades actuales del mercado con el fin de determinar la viabilidad para la creación de un centro de atención multidimensional privado para el adulto mayor.

- **Marque con una X la opción que corresponda.**

1. **EDAD:**

2. **SEXO:** M ___ F ___

3. **Estado civil:**

- a) (S) soltero:
- b) (C) casado:
- c) (V) viudo:
- d) (U) unión libre:

4. **Nivel de escolaridad:**

- a) (P) Primaria
- b) (S) Secundaria
- c) (T) Técnica:
- d) (U) Universitaria
- e) (N) ninguna

5. **Ocupación actual del beneficiario :**

- a) (I) Independiente
- b) (P) Pensionado
- c) (T) Trabajador
- d) (D) Depende económicamente de alguien más

6. **El encuestado cuenta actualmente con soporte familiar para la toma de decisiones ya sea económicas o personales:**

SI ___ NO ___

7. **SALARIO MENSUAL:**

- a) Menos de \$2.500.000 pesos
- b) 2.501.000 a 5.000.000 pesos
- c) Superior a 5.000.000 pesos

8. **¿Qué valor estaría dispuesto a pagar por los servicios prestados en el centro multidimensional?**

- a. De 1.000.000 a 1.500.000
- b. De 1.500.000 a 2.000.000



Universidad
Católica
de Manizales

c. Más de 2.000.000

9. ¿Tiene usted conocimiento acerca de centros de cuidado para el adulto mayor en la ciudad de Cali?

SI___ NO___

10. ¿Cuenta usted en la actualidad con la participación activa en algún centro de cuidado para el adulto mayor?

SI___ NO___

11. ¿Considera usted que este centro multidimensional ayudaría a posibilitar el aumento de actividades y participación social?

SI___ NO___

12. ¿De los siguientes servicios cuál cree usted que sería de su mayor necesidad?

a. hogar día

b. residencia

c. recreacional

d. consulta externa con personal médico especialista, general y enfermería.

e. acompañamiento en actividades cotidianas, transporte entre otros.

13. ¿Existe interés por parte de la familia en utilizar algún servicio?

Si: ___ no: ___ (0) NO TIENE FAMILIA: ___

22 Bibliografía

- Amador, M. M. (2001). *Etapas y consideraciones para el aprendizaje del anciano*.
- Ardila, D. C. (Enero de 2015). *Encuesta población objeto* . Cali, Colombia.
- Bertha Peñaloza, P. R. (2012). *Mercadeo en salud* . Bogota, Colombia.
- Betancourt, D. P. (2007). *Politica nacional de envejecimiento y vejez*. Bogota: Ministerio de la Proteccion Social.
- Brocklehurst, J. C. (2007). *Geriatría*. Madrid: Elsevier science limited.
- Cauca, G. d. (octubre de 2014). www.valledelcauca.gov.co.
- Crespo, M. L. (2002). *antropologia de los cuidados en el anciano, evolucion de los valores sociales sobre la vejez a traves de la historia*. Obtenido de www.naya.org.ar.
- DANE. (2005). *Censo General Colombiano*. Recuperado el Octubre de 2014, de www.dane.gov.co.
- Delgado, R. B. (2010). *Plan indicativo de la política publica para el adulto mayor Santiago de Cali*. Universidad de San Buenaventura, Valle del Cauca, Cali.
- emprendepymes*. (octubre de 2014). Obtenido de www.emprendepymes.es
- (2009). *Envejecimiento, derechos humanos y politicas publicas*. CEPAL. Santiago de Chile: Sandra Huenchuan.
- Harrington, J. B. (2014). *Como iniciar su propio negocio*. Bogota, Colombia: panamericana.
- Montes, J. F. (2002). *Valoración integral de la salud del anciano*. Manizales.
- Perez, M. V. (2002). Bioetica geriátrica. *Revista Mult. Gerontol*.
- Serna, C. T. (2000). *Mercadeo de servicios de salud* .