



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá

POSICIÓN SOCIAL Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: EL CASO DE LAS
PERSONAS MAYORES USUARIAS DE OXIGENO DE LA
IPS CAFAM –BOGOTÁ, 2016-2017

Yira Esperanza Fagua Castellanos

Trabajo de Grado para optar al título de:
Magistra en Salud Pública

Directora:
AMPARO HERNÁNDEZ BELLO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
INTITUTO DE SALUD PÚBLICA
Maestría en Salud Pública
Bogotá, D.C, agosto de 2018

*A mi Abuelo, paciente con EPOC,
quien desde el cielo guía mis pasos*

Agradecimientos

A mi familia porque siempre me han apoyado y acompañado en cada proyecto, en especial a mi madre por su amor y confianza incondicional en cada momento de mi vida. Ustedes son mi mayor motivación.

A todos los pacientes de la IPS CAFAM que durante tres años compartieron conmigo sus historias, fuente de inspiración para realizar este trabajo. Un reconocimiento especial a las personas que cedieron parte de su tiempo para dar a conocer sus saberes y experiencias a través de los relatos.

A la Pontificia Universidad Javeriana, en particular a los profesores de la maestría en salud pública por darme la posibilidad de formarme y a la profesora Amparo Hernández, por ser mi guía en esta travesía.

Por supuesto a CAFAM, institución que no solamente me dio la oportunidad de acompañar la consulta de Medicina Familiar, sino la posibilidad de realizar este sueño. Mi admiración y agradecimiento con el doctor Javier Urrego quien permitió la aprobación y ejecución de este trabajo y con la doctora Diana María Caldas, compañera y amiga quien me ayudo a contactar las personas seleccionadas a través de su consulta.

Para todos mis agradecimientos, no hubiera sido posible sin ustedes.

Resumen

El aumento de los adultos mayores en el país, sumado al incremento de las Enfermedades crónicas no transmisibles como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), han incrementado los costos médicos en los sistemas de salud. La adhesión deficiente a los tratamientos que afecta la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes, como es el caso del uso de oxígeno suplementario, demanda acciones desde la salud pública para dar solución a este problema.

Este trabajo tuvo como objetivo comprender la relación entre la posición social y la adhesión a la oxigenoterapia en los adultos mayores atendidos en la IPS Cafam, con el fin de orientar las políticas públicas de atención integral y el plan de mejoramiento de atención en salud en la IPS Cafam. Para dar cumplimiento a los objetivos, se realizó una investigación cualitativa interpretativa para entender cómo los usuarios de oxígeno explicaban su experiencia frente a la adhesión.

Se tomó como referente los pacientes que asistieron al programa de oxígeno de la IPS CAFAM entre enero de 2016 y diciembre de 2017 para seleccionar catorce personas con experiencias favorables o dificultades en el cumplimiento de la prescripción médica. La posición social fue construida usando un grupo de condiciones de vida (ocupación, tipo de apoyo y suficiencia en recursos económicos) que actuaban conjuntamente. Los catorce entrevistados fueron distribuidos en tres posiciones sociales.

Los hallazgos mostraron una relación entre la posición social y la adhesión a la oxigenoterapia. Las personas mayores con condiciones sociales para alcanzar una suficiencia económica se ubicaron en un lugar privilegiado diferente a aquellas personas con menores posibilidades (ausencia de protección social o un soporte social principalmente emocional), lo cual determinó la adhesión a la oxigenoterapia.

Palabras clave: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cooperación del paciente, terapia por inhalación de oxígeno, clase social, anciano.

Tabla de contenido

Introducción	1
1. El contexto de la investigación	3
1.1 El problema de investigación	3
1.2 Objetivos	9
1.2.1 Objetivo general	9
1.2.2 Objetivos específicos	9
1.3 Justificación y propósito	10
2. El marco de referencia para la interpretación	12
2.1 El panorama de los adultos mayores en Colombia	12
2.2 La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los adultos mayores.	15
2.2.1 Recomendaciones de las guías de manejo para EPOC.	16
2.2.2 Salud pública y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	17
2.2.3 Adhesión terapéutica y EPOC	18
2.3 Una aproximación a la posición social	20
3. Diseño metodológico	22
4. Resultados	27
4.1 Los adultos mayores con EPOC usuarios de oxígeno de la IPS CAFAM	27
4.2 ¿Quiénes son los adultos mayores entrevistados/as?	30
4.3 Posición social y adhesión a oxigenoterapia	33
4.3.1 Adultos mayores con una mejor posición social para seguir la indicación médica. ...	34
4.3.2 Adultos mayores con una posición social inferior para seguir la indicación médica. ...	37
4.3.3 Una posición intermedia	40
5. Discusión	43
6. Conclusiones y recomendaciones	47
Referencias bibliográficas	49
Anexos.....	56
a. Anexo: instrumento para la revisión de historias clínicas.	56
b. Anexo: declaración para el consentimiento informado.	58
c. Anexo: guía de indagación.....	59
d. Anexo: carta aceptación comité ética CAFAM.....	61
e. Análisis intratextuales.....	62

Lista de tablas

Tabla 1. Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que asistieron al programa de oxígeno en la IPS Cafam calle 48 según sexo y adhesión, febrero de 2017.....	7
Tabla 2. Población adulto mayor según grupos de edad. Colombia, 2015.	13
Tabla 3. Categorías de análisis y variables/aspectos de indagación, iniciales y emergentes ...	24
Tabla 4. Características demográficas y socioeconómicas de pacientes con EPOC y oxigenoterapia según sexo, 2016-2017.....	28
Tabla 5. Características clínicas de pacientes con EPOC y oxigenoterapia, según sexo y adhesión 2016-2107.	29
Tabla 6. Horas indicadas de oxígeno según adhesión, 2016-2017.....	30
Tabla 7. Características socioeconómicas de las personas entrevistadas.....	31
Tabla 8. Grupos de adhesión según percepción entrevistados.	32
Tabla 9. Características de los y las entrevistadas y fechas de entrevista.	62

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Esquema resumen de la primera etapa.	22
Ilustración 2. Esquema de posiciones sociales de personas mayores usuarias de oxígeno.....	34

Introducción

En América Latina y el Caribe, la transición demográfica caracterizada por una disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, sumado a la transición epidemiológica, han generado un envejecimiento poblacional con cambios en los patrones de morbilidad. En este sentido, las Enfermedades Crónicas no Transmisibles como la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), han asumido un lugar importante en la carga de enfermedad para los adultos mayores. Por ejemplo, en Colombia la EPOC se ubica dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en personas mayores de 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 36).

El aumento de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles ha generado el desarrollo de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos dirigidos a mejorar la calidad de vida y disminuir la mortalidad de las personas que padecen estas patologías. Sin embargo, los avances realizados se ven afectados cuando los pacientes no cumplen con las indicaciones o recomendaciones médicas.

La no adhesión al manejo terapéutico es un fenómeno mundial que ha reportado una variación con respecto a la edad, pues mientras los niños y adolescentes tiene adhesión a tratamientos entre un 43% y 100%, los adultos mayores no siguen la prescripción del personal de salud en un 30% y 50%, y más del 90% toman dosis menores a las prescritas (Organización Mundial de la Salud, 2004, págs. 7-28).

El aumento en los gastos de la atención médica, las complicaciones y las tasas de mortalidad elevadas hacen de la no adhesión farmacológica un problema para la salud pública. En este sentido, las explicaciones orientadas a comprender este fenómeno a partir de las características de los tratamientos, los aspectos relacionados con el paciente y el apoyo social han sido relevantes para la literatura. En el caso particular de los pacientes con EPOC e indicación de oxigenoterapia, la adhesión ha sido vinculada a factores de riesgo relacionados con la enfermedad, el paciente o su familia (Katsenos & Constantopoulo, 2011, págs. 1-8)

A pesar de la importancia de estas justificaciones enfocadas en el nivel individual y en el entorno familiar, se ha dejado a un lado el contexto social y la posición social a la que pertenecen los sujetos. Por esta razón, la tesis principal asumida en este trabajo es que la posición social de las personas mayores con EPOC influye en la adhesión al tratamiento, en particular a la oxigenoterapia.

Este estudio pretende comprender la relación entre la posición social y la adhesión a la oxigenoterapia en los adultos mayores atendidos en el programa de oxígenos de la IPS Cafam. Se hará referencia exclusivamente a la adhesión al oxígeno suplementario, especialmente en la EPOC, aunque también puede existir incumplimiento terapéutico a otras recomendaciones.

El documento se encuentra organizado en cinco capítulos. En el primero se presentan el problema y la pregunta de investigación, los objetivos, la justificación y el propósito del trabajo.

El segundo aborda los fundamentos conceptuales y teóricos para comprender los resultados a partir del panorama de los adultos mayores en el país, la adhesión a tratamientos y una aproximación a la posición social.

El tercer capítulo detalla el diseño metodológico; el tipo de estudio, las etapas utilizadas, los participantes, el procedimiento realizado para la recolección de la información y el análisis de los datos.

En el cuatro se presentan los resultados del análisis de los datos recogidos a través de la revisión de historias clínicas y entrevistas para describir las características de los adultos mayores con EPOC usuarios de oxígeno, construir su posición social y analizarla en función de la adhesión.

Finalmente, en el quinto y sexto capítulo se comparan y contrastan los resultados con otros autores, se resaltan las debilidades y fortalezas, y se extraen las conclusiones y recomendaciones finales.

1. El contexto de la investigación

1.1 El problema de investigación

América Latina y el Caribe se encuentran en una fase de transición demográfica caracterizada por un descenso en la fecundidad y mortalidad, y un envejecimiento de la población (Centro Latinoamericano y Caribeño de Población y Desarrollo CELADE, 2014, pág. 9). En Colombia, estos cambios demográficos han ocasionado un aumento en la esperanza de vida y un crecimiento de la población adulto mayor. Según estimaciones y proyecciones realizadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), la población mayor de 60 años en el 2005 fue 3.815.453 (8,90%), y en el 2015 aumentó a 5.332.664 personas, representando el 11,1% de la población total. Además, la esperanza de vida al nacer pasó de 72,6 años entre el año 2000 y 2005, a 76,2 años entre el año 2015 y 2020 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2010, pág. 32).

En el caso del Distrito Capital, en el 2005 los mayores de 60 años representaron el 8,19% (560.875 personas) de la población total, mientras que en el 2015 esta cifra aumentó al 11,4% (902.614 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2010, pág. 32). En cuanto a la esperanza de vida, las estimaciones mostraron que para el quinquenio 2015 a 2020, Bogotá tendrá las cifras más altas del país, en hombres 76,83 años y en mujeres 81,02 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 36).

Sumado al crecimiento poblacional con tendencia hacia las edades avanzadas, los cambios en los patrones de mortalidad han generado una disminución en la aparición de las enfermedades infecciosas y un aumento en las enfermedades degenerativas o crónicas (Omran, 1971, págs. 162-163). A nivel mundial en el año 2015, las enfermedades crónicas no transmisibles causaron el 71,3% del total de muertes, con un aumento del 14,3% desde el año 2005. Dentro de las principales causas de muerte, la enfermedad cardiovascular se ubicó en el primer lugar, aportando 17,9 millones de muertes y 256.201 años vividos con discapacidad (en adelante AVD) por cada mil personas; seguida del cáncer que ocasionó 8,8 millones muertes y 85.693 AVD por cada mil personas; y las enfermedades respiratorias crónicas que dejaron 3,8 millones de muertes y 304.659 AVD por cada mil personas. El grupo de las condiciones respiratorias crónicas, estuvo representado principalmente por la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (de aquí en adelante EPOC)¹ la cual ocasionó 31.883 mil muertes y 120.470 AVD por cada mil personas, seguida de la neumoconiosis con 361 mil muertes y 4.740 AVD por mil personas; y el asma con 3.971 mil muertes y 158.989 AVD por cada mil personas (Global Burden of Disease (GBD), 2017, pág. 1219).

¹ La Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) define la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica como: “una enfermedad prevenible y tratable caracterizada por la limitación del flujo aéreo persistente, que es generalmente progresiva y asociada con una respuesta inflamatoria crónica mayor en las vías respiratorias y a partículas nocivas o gases en los pulmones” (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD, 2017, págs. 2-3).

En el caso colombiano, el comportamiento en la mortalidad no fue diferente, en 2015 las enfermedades crónicas no transmisibles ocasionaron el 73% de las defunciones (Organización Mundial de la Salud, 2017, pág. 54). Entre 2005 y 2014 las enfermedades cardiovasculares ocasionaron el 30,8% del total de defunciones y el 16,3% de todos los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP); el grupo de las demás causas aportó el 24,37% del total de muertes y el 52% del total de AVPP; y las neoplasias dejaron un 17,99% del total de muertes y 14,81% del total de AVPP. Dentro del grupo de las demás causas, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores fueron la principal causa de muerte, causando el 22,94% de los decesos dentro de este grupo, seguido de la diabetes mellitus que aportó el 14,58% de las defunciones. Sin embargo, el comportamiento de las enfermedades crónicas de las vías inferiores fue diferente en hombres y mujeres, dado que en los hombres causaron el 72% del total de muertes dentro del grupo de las demás causas, con una reducción en las tasas ajustadas que pasó de 37,25 a 34,21 defunciones por cada 100.000 hombres entre el 2005 y 2014; mientras que en las mujeres estas enfermedades ocasionaron el 21,18% de las muertes, y las tasas ajustadas pasaron de 22,30 a 25,94 defunciones por 100.000 mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 43).

En el año 2015, este grupo de enfermedades estuvo representado principalmente por la EPOC, la cual se ubicó dentro de las cinco primeras causas de mortalidad a partir de los 60 años, siendo la tercera causa de muerte en hombres entre los 60 y 79 años con 56,9 años de vida ajustados por discapacidad (en adelante AVISAS), la quinta causa de muerte en mujeres entre los 60 y 69 años con 33,1 AVISAS y la tercera causa en mujeres mayores de 70 años. Esta situación fue similar a la reportada en el año 2010, en un estudio realizado por el Centro de Proyectos para el desarrollo CENDEX con el fin de estimar la carga de enfermedad en Colombia, donde la EPOC ocupó el tercer lugar dentro de las causas de defunción en hombres y mujeres, respectivamente; y estuvo dentro de las primeras cinco causas de años de vida saludables perdidos en población mayor de 30 años (Quintero, Rodríguez García, Rodríguez Hernández, Salamanca Balen, & Beltran Villegas, 2014, págs. 56-65).

Esta enfermedad que ocupa un lugar importante en la carga de enfermedad en el país también tiene un costo económico representativo. De acuerdo con un estudio de micro costeo realizado en el año 2004, el costo total de la atención médica de la EPOC fue de US\$38.944 millones, mientras que un caso de EPOC presentó en promedio un costo médico durante los cinco años posteriores al diagnóstico de US\$91.696², costo que variaba de acuerdo con la clasificación de la EPOC: leve US\$2.088,8; moderado US\$28.535; y grave US\$92.291 (Pérez, Murillo, Pinzón, & Hernández, 2007, pág. 244).

Dado la importancia de esta enfermedad reflejado en las tasas de mortalidad y los costos médicos, el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021 incluyó dentro de las dimensiones prioritarias, la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles, la cual aborda en sus componentes las condiciones crónicas prevalentes, que mediante la formulación de objetivos, metas, estrategias y acciones se propone prevenir y controlar estas enfermedades. Dentro de las metas propuestas están: incrementar en un 20% las coberturas de prevención y detección temprana de las enfermedades no transmisibles (ENT), aumentar la disponibilidad, accesibilidad, calidad y asequibilidad equitativa de medicamentos esenciales de calidad, seguros y eficaces para tratar las

² 2,628.75 pesos por dólar americano en el año 2004, es decir 241.045.860 millones de pesos al cambio de 2004.

ENT, reducir la mortalidad prematura por ENT en un 25% en la población entre 30 y 70 años, garantizar el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional, cumplir los convenios internacionales relacionados con el control del consumo de tabaco y disminuir la prevalencia y la edad de inicio de consumo de tabaco en jóvenes colombiano (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, págs. 92-93). Además, el Modelo de Atención Integral (MIAS) en sus componentes operacionales o Rutas de Atención Integral (RIAS) responde a dieciséis grupos de riesgo definidos en el país, dentro del que está el grupo de población con riesgo o infecciones respiratorias crónicas, especialmente con EPOC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, pág. 52).

En el caso de la atención clínica, la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud y Protección Social incluyó recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado y el quehacer médico desde la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades prevalentes en el país, brindando opciones de manejo que inician con cambios en estilos de vida y atraviesan el manejo farmacológico que incluye el uso de broncodilatadores, la rehabilitación pulmonar recomendada en todos los estadios de la enfermedad y la oxigenoterapia a largo plazo por más de 15 horas al día como herramienta que aumenta la supervivencia (Cranston, Crockett, Moss, & Alpers, 2005, pág. 16).

A pesar de la evidencia y las recomendaciones de la guía de manejo, existen limitaciones en el cumplimiento del tratamiento farmacológico, las cuales han sido reportadas en estudios realizados para determinar la adhesión farmacológica de los pacientes con EPOC. Tal es el caso de un trabajo elaborado con 103 pacientes en el hospital general de Aguascalientes- México entre junio y noviembre de 2013, donde la adhesión al tratamiento oral, inhalado y la oxigenoterapia fue del 61,53%, 52,42%, y 63,10% respectivamente; encontrando un uso mayor de oxígeno en hombres, en mayores de 60 años, en jubilados comparado con amas de casa, en procedentes del área rural y en quienes contaban con primaria incompleta comparados con analfabetas. Además, en esta investigación la falta de adhesión al tratamiento se relacionó con el olvido de la medicación por parte del paciente y con el no uso voluntario asociado a la percepción de sentirse mejor y no cree conveniente seguirlo tomando, siendo evidente que la adhesión al tratamiento se ve influenciada por la valoración que el paciente tiene sobre los beneficios del tratamiento (González Gutierrez, 2014, págs. 1-79).

En el caso colombiano la adhesión a la oxigenoterapia también ha reportado inconvenientes, como lo muestra un estudio cualitativo realizado con 61 pacientes diagnosticados con EPOC en un hospital público de Bogotá. Entre septiembre y diciembre de 2005, se evaluó el concepto sobre educación, tratamiento farmacológico y no farmacológico de acuerdo con la guía GOLD, encontrando que del 69% de los pacientes que usaban oxígeno en casa, el 15,6% manifestaba dificultades para obtener y utilizar el oxígeno, expresando que se veían obligados a “ahorrar” su uso por limitaciones en presupuesto y en el horario para cargar nuevamente la bala de oxígeno (Palomino Durán & Vargas Pinilla, 2008, págs. 16-25).

En este estudio se evidencia una relación entre el gasto de bolsillo³ y el uso de oxígeno domiciliario, el cual representa una fuente de gasto importante para el paciente, conclusión que también se comparte con un estudio realizado en el 2014 en la ciudad de México para estimar el gasto directo e indirecto del EPOC en 611 pacientes diagnosticados con esta enfermedad, en el cual los medicamentos y el oxígeno fueron los principales rubros a los que se destinó el gasto de bolsillo de las personas participantes (Fernández Plata, y otros, 2016, págs. 4-11).

A su vez, el documento *La tutela y el derecho a la salud* (Defensoría del Pueblo, 2014, págs. 1-188) que compila los datos sobre las tutelas presentadas en el año 2014, da cuenta que en ese periodo el derecho de petición fue el más invocado en el país, seguido de la acción de tutela, especialmente de la tutela que hacía referencia al derecho fundamental a la salud. En el caso de las enfermedades respiratorias, se presentaron 3.155 tutelas que representaron el 3% del total de tutelas, donde el 52% provenía del régimen contributivo y el 38% del régimen subsidiado. En cuanto a los contenidos, medicamentos contemplados en Plan Obligatorio de Salud (POS) como quetiapina, risperidona, ácido acetil salicílico, insulina y oxígeno fueron los más comúnmente solicitados.

Un ejemplo se encuentra en la Sentencia T-538 de 2004, en lo referente a un paciente de 75 años con antecedente de EPOC, usuario de oxígeno de 16 a 20 horas al día, no pensionado ni con ingresos adicionales y dependiente económicamente de sus hijos, quien interpuso una acción de tutela en contra de la EPS Saludcoop, dado que el oxígeno le era suministrado a través de generador de oxígeno eléctrico en vez de pipetas de oxígeno. En esta sentencia se hace alusión a que “existe una diferencia de tipo económico entre el oxígeno por generador y el oxígeno por pipetas, ya que el primero resulta más oneroso para el paciente, mientras que el segundo resulta más costoso para la entidad prestadora de salud”. Aclara que si bien es cierto la Corte ha sostenido en otras oportunidades que “en virtud del principio de solidaridad, puede exigirse a los pacientes la cancelación de pagos moderadores, copagos y pagos compartidos, no puede entenderse esto como una facultad para que las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud descarguen directa o indirectamente, el costo total de un tratamiento o un medicamento incluido en el POS por cuanto esta situación afecta el principio de accesibilidad e impone un obstáculo económico injustificado a las personas, no previsto en la ley”. Por ello resolvió conceder la tutela a favor del derecho fundamental a la salud del adulto mayor por considerarlo “persona en situación de debilidad manifiesta, a quien no puede imponérsele una mayor carga económica consistente en el mantenimiento del generador de oxígeno” (Sentencia T-538 , 2004, págs. 10-11).

³ La Organización Mundial de la Salud asume los gastos de bolsillo como aquellos que “engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia de servicios de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial...” (World Health Organization, 2005, pág. 3). Otra definición es la adoptada en el trabajo de Cuentas de Salud 1993- 2003, donde se entiende gasto de bolsillo como “el realizado con recursos propios de las personas, en el momento de acceder a la prestación de los servicios, independientemente de su condición de afiliados o no al Sistema, e incluye lo correspondiente a copagos, cuotas moderadoras o de recuperación, gastos por consulta general o especializada, hospitalizaciones, exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, medicamentos, prótesis y demás pagos directos relacionados con la atención recibida en salud” (Barón Leguizamón, 2007, pág. 95).

Lo descrito no es diferente a la situación de los usuarios con requerimiento de oxígeno suplementario que asisten a la IPS CAFAM⁴ en Bogotá. En el mes de febrero de 2017, por ejemplo asistieron a la consulta de oxígeno 145 pacientes (43 hombres, 102 mujeres), en su mayoría con diagnóstico de EPOC, de los cuales 30,2% de los hombres y 25,5% de las mujeres manifestaba uso irregular del oxígeno suplementario por problemas como el incremento en el valor de la factura de energía secundario al uso de oxígeno: “Uso el oxígeno de 2 a 6 horas con la bala portátil porque el concentrador me sube el recibo de la luz”⁵; limitaciones en el desplazamiento a los centros médicos o lugar de trabajo: “Uso el oxígeno 12 horas, tengo que trabajar y no puedo llevar el concentrador”⁶, “Ella viene de Cáqueza y la bala portátil no le alcanza”⁷; problemas con los servicios de energía: “Casi no usa el oxígeno porque cada rato se va la luz”⁸, e inconvenientes con empresas autorizadas para suministro de oxígeno suplementario: “Vinieron a recogerme los equipos y yo no los entregue porque necesitaba el oxígeno”, “Nos toca ir a hacer la recarga de oxígeno y eso nos queda muy lejos” (usuarios de oxígeno) (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con enfermedades respiratorias crónicas que asistieron al programa de oxígeno en la IPS Cafam calle 48 según sexo y adhesión, febrero de 2017.

Diagnóstico	Personas con indicación oxigenoterapia									
	Hombres					Mujeres				
	Adheridos		No adheridos		Total	Adheridos		No adheridos		Total
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
EPOC	23	67,6	11	32,4	34	40	64,5	22	35,5	62
Apnea del sueño	3	60	2	40	5	21	95,5	1	4,5	22
Otros*	4	100	0	0	4	15	83,3	3	16,7	18
Total	30	69,8	13	30,2	43	76	74,5	26	25,5	102

Fuente: elaboración propia basada en RIPS CAFAM de pacientes con tratamiento de oxígeno febrero 2017.

*Se incluye personas con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial, Hipertensión Pulmonar y CorPulmonare.

Estas expresiones reflejan limitaciones en las explicaciones que se encuentran en la literatura para justificar la no adhesión al tratamiento por parte de las personas con EPOC, las cuales se han centrado en las características de los tratamientos, los factores relacionados con el paciente y el papel del personal médico y de los cuidadores (Bourbeau & Bartlett, 2008, págs. 831–838). Estas justificaciones dadas desde los determinantes proximales dejan de lado condiciones estructurales como la posición social a la que pertenecen las personas mayores, a pesar de que ha sido reportada

⁴ CAFAM es una caja de compensación familiar que ofrece servicios de salud a personas afiliadas a la EPS Famisanar y Nueva Eps en ocho centros de salud en Bogotá y quince centros de atención regional, a través de cinco programas especiales: barriguita sana, atención integral al niño, escuela de la espalda, atención integral al adulto mayor, programa vital (programa de oxígeno).

⁵ Hombre de 80 años proveniente de la Calera, no pensionado, con antecedente de Cor pulmonar y Enfermedad Pulmonar Intersticial con indicación de oxígeno de 15 horas.

⁶ Hombre de 66 años con antecedente de EPOC severo, indicación de oxígeno 24 horas, no pensionado. Trabaja en programación de computadores.

⁷ Hija de mujer de 80 años con antecedente de EPOC e indicación de oxígeno 24 horas, proveniente del municipio de Cáqueza-Cundinamarca.

⁸ Hija de hombre de 85 años con antecedente de EPOC e indicación de oxígeno 18 horas, residente en suba-Rincón.

en la literatura como un facilitador o limitante en la adhesión a tratamientos en otras enfermedades. Así lo mostró un estudio mixto realizado con 269 mujeres diagnosticadas con VIH/sida con el fin de analizar la relación entre la posición social y la adherencia al tratamiento retroviral, donde las mujeres con posición social baja, afiliadas al sistema de salud en el régimen subsidiado o vinculado, tenían menor adherencia terapéutica (Arrivillaga Quintero, 2009, pág. 120).

Bajo este escenario caracterizado por el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles, la importancia que tiene la EPOC en el contexto colombiano y las limitaciones en la adhesión a los tratamientos médicos que principalmente han sido estudiadas desde el enfoque biomédico, surgió una pregunta general:

¿Cómo la posición social que ocupan las personas mayores influye en la adhesión al tratamiento, en particular a la oxigenoterapia?

Esta pregunta fue planteada para explicar si las diferencias en la adhesión al tratamiento de oxígeno entre los adultos mayores de la IPS CAFAM son explicables en función de la posición social.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Comprender la relación entre la posición social y la adhesión a la oxigenoterapia en los adultos mayores atendidos en el programa de oxígenos de la IPS Cafam entre 2016 y 2017.

1.2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar los adultos mayores usuarios de oxígeno en IPS CAFAM en sus aspectos demográficos y socio económicos.
- Caracterizar a los adultos mayores según la prescripción del tratamiento con oxígeno para su enfermedad y la adhesión al mismo.
- Construir la posición social de los usuarios de oxígeno a partir de sus características demográficas, socioeconómicas y de salud.
- Analizar el uso de oxígeno en relación con la posición social que ocupan los usuarios de oxígeno.

1.3 Justificación y propósito

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el 2015, tres millones de personas en todo el mundo murieron por causa de EPOC. En Colombia, se registró una prevalencia en mayores de 40 años de 8,9% con una distribución porcentual de 8,5% en Bogotá y Cali, 13,5% en Medellín, 7,9% en Bucaramanga y 6,2% en Barranquilla en el estudio de PREPOCOL realizado en 2005 (Caballero, y otros, 2008, pág. 345); y entre el 2009 y 2011 se presentó un promedio anual de 10.000 muertes, ubicándose entre las primeras diez causas de mortalidad general (Observatorio Nacional de Salud, 2015, págs. 124-126). Situación similar a la observada en el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud (RIPS) de la IPS CAFAM en el año 2016, en el que 10.670 pacientes mayores de 60 años tenían enfermedades respiratorias crónicas y de ellos, 9.226 (86,4%) tenían diagnóstico de EPOC.

Los avances en los tratamientos farmacológicos enfocados a disminuir el número de hospitalizaciones y mejorar la sintomatología constituyen una alternativa para mejorar la calidad de vida de los pacientes con EPOC. Además, el oxígeno suplementario utilizado en pacientes que como consecuencia de su enfermedad no logran suplir las necesidades metabólicas de su organismo y que necesitan de la oxigenoterapia para aumentar el contenido de oxígeno a nivel arterial y mantener las funciones vitales, es una herramienta en el manejo médico (Rodríguez Ibagué, Díaz Castillo, & Martínez Santa, 2008, pág. 11).

A pesar de que las terapéuticas están orientadas a atenuar o eliminar los síntomas, evitar complicaciones, y en el caso de la oxigenoterapia aumentar la supervivencia, existen limitaciones en la adhesión a la indicación médica. Un ejemplo es el informe presentado por la Defensoría del Pueblo en el año 2014, a través del cual se analizaron las tutelas interpuestas en Colombia y donde se mostró que dentro de los medicamentos más solicitados en los dos regímenes de afiliación al sistema, estaba el oxígeno (Defensoría del pueblo, 2014, pág. 142).

El impacto del incumplimiento de la terapia con oxígeno no solo en la mortalidad sino en los costos del tratamiento a largo plazo (Arciniegas, Bolívar, & Cano, 2010), constituye un punto importante para el sistema de salud que demanda un conocimiento sobre los determinantes de la adhesión.

Si bien existen estudios centrados en las características de los tratamientos, los factores relacionados con el paciente y el papel del personal médico, estos no permiten comprender con claridad el papel de la posición social en el no uso del oxígeno suplementario. En el caso de los adultos mayores, consideradas por el Estado colombiano como sujetos de especial protección en la garantía del derecho a la salud (Ley 1571, 2015) dado las condiciones económicas y sociales que los ubica en una situación de vulnerabilidad con respecto a los demás grupos poblacionales, la no adhesión relacionada con la posición social implica una responsabilidad del Estado como garante de derechos.

Entonces, se requiere ampliar el conocimiento con respecto a la relación que existe entre en la adhesión farmacológica y la posición social de las personas usuarias de oxígeno suplementario que permita evaluar los diferentes ámbitos, anteponiendo los principios de independencia, participación, autorealización, cuidado y dignidad (Resolución 46, 1991) para analizar este

fenómeno y orientar las políticas públicas de atención integral para los adultos mayores, el plan de mejoramiento de atención en salud en la IPS Cafam y aportar a los determinantes sociales que influyen en la adhesión al tratamiento, lo cual justifica la realización de este estudio.

2. El marco de referencia para la interpretación

A partir de la revisión de la literatura, en este capítulo se presentan conceptos, estadísticas y normas vigentes para conocer el panorama económico y social de los adultos mayores en el país. Se da un paso por la definición, la guía de manejo y las políticas elaboradas desde salud pública para el control de la EPOC. Posteriormente, se hace alusión a la adhesión al tratamiento y se cierra con los referentes conceptuales sobre posición social como insumo para comprender los resultados en este trabajo.

2.1 El panorama de los adultos mayores en Colombia

El envejecimiento es un proceso que incluye cambios permanentes en el tránsito por la vida, relacionados con los factores biológicos, los estilos de vida, las redes sociales y las condiciones políticas, económicas, culturales y sociales en las que se vive. Dentro de este continuo se encuentra la vejez, resultado de lo trascendido a lo largo de la vida que no implica la suma de años o el ser más viejo que otra persona (Dulcey Ruiz, 2013, págs. 175-177). Sin embargo, en Colombia el adulto mayor es asumido desde la edad cronológica al definirlo mediante la ley 1276 de 2009 como “aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más o a criterio de los especialistas siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen” (Ley 1276, 2009).

Este grupo poblacional ha mostrado en las proyecciones realizadas por el DANE un aumento importante, pues pasó de representar el 8,9% de total de la población en el año 2005 al 11% en el año 2015 y se espera que en el año 2020 constituyan el 12,6% de la población total. Al diferenciar por quinquenios las edades de los adultos mayores, se observó que en el año 2015, el 32,8 % pertenecía al grupo de 60 a 64 años, seguido del grupo de 65 a 69 años (24,9%) y que el 11,8% estaban entre los 75 y 79 años (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2010, pág. 32) (ver

Tabla 2).

En cuanto a la distribución a nivel nacional en este mismo año, la Encuesta SABE⁹ 2015 mostró que en la región Central se ubicaba la mayor proporción de adultos mayores (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 64). Por ejemplo, la ciudad de Bogotá concentró en 2015, la mayor parte de la población mayor de 60 años (902.614 personas) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2010, pág. 32), con una distribución por localidades así: Usaquén

⁹ La encuesta nacional de salud, envejecimiento y vejez, SABE Colombia hace parte del sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social para hacer evaluaciones periódicas que permitan realizar el seguimiento de las dimensiones del Plan Decenal de Salud Pública. Esta encuesta permitió en 2015, caracterizar la salud de las personas adultas mayores a nivel geográfico, sociodemográfico y epidemiológico (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 30).

84,34%, Candelaria 102,31%, Teusaquillo 149,83%, Barrios Unidos 111,31%, Chapinero 143,81% y Puente Aranda 80,70% (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2015, pág. 30).

A pesar del proceso de envejecimiento que atraviesa la población en Colombia, las condiciones de protección social no son las esperadas. Según los resultados presentados por Fedesarrollo y la Fundación Saldarriaga Concha en el informe Misión Colombia Envejece, alrededor del 23,4% de los adultos mayores estaban pensionados en 2013 y tan solo el 13% lo haría en 2035 (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, pág. 132). En Bogotá esta situación fue particular con relación al resto del país, dado que el porcentaje de adultos mayores pensionados alcanzó el 44.66% para el mismo año (Observatorio Nacional de Salud, 2016, pág. 88).

Tabla 2. Población adulto mayor según grupos de edad. Colombia, 2015.

Grupos de edad (años)	Número de adultos mayores ambos sexos	(%)
60-64	2.111.367	32,8
65-69	1.603.622	24,9
70-74	1.159.631	18
75-79	760.792	11,8
>80 y más	800.487	12,4

Fuente: elaboración propia a partir de las proyecciones de DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2010).

En relación con los ingresos mensuales de los adultos mayores pensionados, en el 2015 la mayoría recibían dos o menos salarios mínimos (\$644.350-\$1.288.700), seguido del grupo que recibía entre dos y cuatro salarios mínimos (>\$1.288.700- \$2.577.400) (Ministerio de Hacienda, 2016, pág. 45). Además, se observó que 54,9% de las personas mayores recibía menos de un salario mínimo legal vigente (SMLV) para ese año (\$644.350), el 19,7% recibía un SMLV, el 14% entre uno y dos SMLV y el 9,5% tres o más SMLV. Situación que mostró diferencias al analizarlas por sexo, pues el 62,8% de las mujeres recibía menos de un salario mínimo mensual, mientras que el 47,5% de los hombres recibían un salario mínimo al mes. Además, quienes se encontraban insertos en el sistema laboral, referían que estaban laborando porque tenían necesidad del dinero (60%), necesidad de ayudar a la familia (13%), querían mantenerse ocupados (9,3%) y sentirse útiles (7,5%). En cuanto a las ocupaciones, el 58% de las personas mayores se encontraba trabajando en ocupaciones informales de baja calificación, y cerca del 30% no recibía dinero; de los que recibían, alrededor de la mitad era menos de un SMLV. En términos generales, los ingresos percibidos por los adultos mayores provenían de las actividades laborales (30,4%), de los aportes familiares (29,7%) y del sistema pensional (28,5%) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, págs. 88-121).

En medio de este panorama económico, las redes sociales de apoyo toman importancia. El papel de la familia en especial de los hijos, en el soporte emocional y material brindado a las personas mayores, les permite no solo establecer lazos con su entorno social sino mantener o mejorar su bienestar. El soporte social ofrecido a través del apoyo material cuando se proporciona recursos tangibles como el dinero, el alojamiento y el vestido; emocional como el afecto, la empatía, la confianza; instrumental con los diferentes tipos de asistencia que ayudan a una persona a solucionar

problemas prácticos como el transporte, tareas domésticas, pago de facturas; y el cognitivo con los consejos, el intercambio información, entre otros (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003, pág. 49), constituyen una herramienta para subsanar la situación de desprotección. Es así como en Colombia, la encuesta SABE 2015 reportó que el 85% de los adultos mayores había recibido soporte emocional, el 50% apoyo material y el 30% no reportó ningún soporte por parte de sus hijos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 121).

De otra parte, la afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud, el Ministerio de Salud y Protección social reportó que en el 2015 el 48,9% de los adultos mayores estaba afiliado al régimen contributivo, 46,8% al régimen subsidiado, 0,4% al régimen de excepción y 1,6% al régimen especial (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 82). Estos datos fueron similares a los reportados por Misión Colombia envejece donde la cobertura para hombres y mujeres se ubicó por encima del 94%, con una distribución similar en el régimen contributivo y subsidiado y una proporción menor en el régimen especial. Sin embargo, dentro del 6% de los adultos mayores que no se encontraba afiliado, la principal causa fue la falta de recursos (37%), seguida de afiliación en trámite (20%) y el exceso en los tramites (12%) (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015, pág. 320).

Las condiciones sociales y económicas reflejan los niveles de inequidad que atraviesan los adultos mayores en el país y evidencian un problema en la seguridad económica¹⁰, pues la deficiencia en los recursos limita la posibilidad de mantener la autonomía económica y participar en la toma de decisiones (Guzmán, 2003, pág. 2). A pesar de que se describe tres pilares de protección tradicionales, donde se encuentra el Estado, la familia y el mercado (Organización Internacional del Trabajo OIT, 2006, pág. 12) y que la Constitución Política de Colombia de 1991 estableció en su artículo 46 que la sociedad y la familia velaría por la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad, y el Estado a su vez, garantizaría los servicios de seguridad social integral y alimentación en caso de indigencia (Constitución Política de Colombia, 1991), según Arrubla se plantea una contradicción entre los derechos de las personas mayores y la garantía por parte del Estado de los derechos sociales de aquellos que se encuentran en condición de indigencia, con lo cual la protección se deja en manos de la familia o la “asistencia-caridad” (Arrubla Sánchez, 2010, pág. 235).

Esta contradicción es también apoyada en otros documentos de la política pública (Arrubla Sánchez, 2010, pág. 235). Por ejemplo, el CONPES 2793 creado en el año 1995 con el fin de brindar los lineamientos de política relacionados con la atención al envejecimiento y la vejez de la población colombiana, mejorar las condiciones de vida y elevar la calidad de vida de los adultos mayores, si bien planteó dentro sus objetivos: mejorar las condiciones de vida de toda la población para que vivan un proceso de envejecimiento saludable; desarrollar una cultura de envejecimiento para eliminar la discriminación y segregación por la edad, mejorar la capacidad de respuesta institucional para los adultos mayores y brindarles un bienestar asegurándoles salud, seguridad social, vivienda digna y asistencia integrado, tiene especial atención en la población vulnerable (CONPES DNP-2793, 1995, pág. 1). Asimismo, la ley 797 del 2003 que modificó el sistema pensional y sentó las bases para el Programa de Protección Social al adulto Mayor (PPSAM),

¹⁰ La Seguridad económica es definida como “la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida” (Guzmán, 2003, pág. 2).

reemplazado en 2012 por el Programa de Solidaridad con el Adulto Mayor “Colombia Mayor” (Consortio Colombia Mayor, 2018), como una iniciativa de asistencia social dirigida a la protección del adulto mayor en situación de indigencia o extrema pobreza mediante un subsidio monetario o en especie entregado a las personas que cumplieran estas condiciones (Ministerio de la Protección de Social, 2005, pág. 2) permite comprender la dualidad del Estado colombiano en la protección de las personas mayores.

Además de los documentos mencionados, el Estado colombiano ha elaborado políticas para asumir el crecimiento poblacional en las edades avanzadas. Tal es el caso de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019 elaborada por el Ministerio de la Protección Social para incidir a nivel intersectorial y territorial sobre las condiciones de desarrollo social, económico y cultural para alcanzar una vejez digna y crear las condiciones para el envejecimiento de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007, pág. 19), y del Plan de Desarrollo del Gobierno Santos 2014-2018 que formuló la Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez 2014-2024 para dar respuesta a los cambios demográficos, administrativos, avances en el conocimiento, deficiencias en la implementación de la política anterior en los territorios, incumplimiento de las metas y definición de indicadores para monitorear la política (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, págs. 1-36).

En general, las políticas y programas para atender la vejez, mitigar la situación de vulnerabilidad de las personas mayores y superar las condiciones que impactan negativamente en la calidad de vida, han tenido relevancia en las últimas décadas y ponen en evidencia el enfoque en las consecuencias sociales y económicas del proceso de envejecimiento o como lo afirma Arrubla: “en la noción fatalista del envejecimiento demográfico: la presión de los sistemas de pensión y jubilación y los gastos del sistema de salud” (Arrubla Sánchez, 2010, pág. 235).

2.2 La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y los adultos mayores.

La EPOC definida como una enfermedad prevenible y tratable, caracterizada por una limitación en el flujo de aire que no es totalmente reversible (Celli, y otros, 2015, págs. 4-27) hace parte de las enfermedades respiratorias crónica y es la más representativa dentro de este grupo. Esta patología que suele tener un curso progresivo y estar asociada a una respuesta inflamatoria crónica del parénquima y de la estructura pulmonar, a partículas o gases nocivos relacionados con la exposición al humo de cigarrillo, químicos, polvos y a la contaminación del aire, está asociada a factores exposicionales sumados a factores genéticos y condiciones socioeconómicas, que aumentan el riesgo, especialmente en poblaciones con bajo nivel socioeconómico (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD, 2017, págs. 2-3). Los síntomas varían con el estadio o la exacerbación de la enfermedad, y los signos encontrados en la exploración física son poco precisos para establecer el diagnóstico, por lo cual el uso de ayudas diagnósticas como la espirometría toman importancia para valorar la gravedad de la obstrucción al flujo aéreo (National Heart, Lung and Blood Institute, 2017).

A nivel mundial, la EPOC ocupa un lugar importante en la carga de la enfermedad. En el año 2016 ocasionó 251.631 mil muertes y 16.288 AVD por cada mil persona, ubicándose en el primer lugar dentro del grupo de las enfermedades respiratorias de las vías inferiores (Global Burden of Disease (GBD), 2017, pág. 1269). Este comportamiento fue similar en Colombia, donde la EPOC

representó la principal causa de muerte dentro del grupo de las enfermedades respiratorias crónicas en el año 2015 y se ubicó dentro de las cinco primeras causas de mortalidad en hombres y mujeres a partir de los 60 años (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016, págs. 36-44).

Resultados similares fueron estimados en el año 2014 por el Centro de Proyectos para el desarrollo (CENDEX), donde la EPOC ocupó el tercer lugar dentro de las causas de defunción en hombres y mujeres, respectivamente; y estuvo dentro de las primeras cinco causas de años de vida saludables perdidos en población mayor de 30 años (Quintero, Rodríguez García, Rodríguez Hernández, Salamanca Balen, & Beltran Villegas, 2014, pág. 73). Asimismo, el estudio PREPOCOL realizado en el año 2005 en cinco ciudades del país (Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali y Medellín), estableció una prevalencia global de la EPOC del 8,9% en personas mayores de 40 años (Andrés Caballero et al, Prevalence of COPD in Five Colombian Cities. Situated at Low, Medium, and High Altitude (PREPOCOL study), 2008, págs. 343-349), es decir que para la población mayor de 40 años en el año 2005 (12.321.596 personas), la EPOC afectó a 1.096.622 personas.

Respecto a la carga económica, se estimó que para el año 2004 los costos totales de las enfermedades atribuibles al tabaco: cáncer de pulmón, infarto agudo de miocardio y EPOC, fueron de unos \$19,8 millones, \$226 millones y \$3.894 millones de dólares, respectivamente, lo cual muestra la importancia económica que tiene la EPOC en el sistema de salud (Pérez, Murillo, Pinzón, & Hernández, 2007, págs. 241-249).

2.2.1 Recomendaciones de las guías de manejo para EPOC.

La importancia de la EPOC reflejado en las tasas de mortalidad y los costos en la atención, ha orientado la formulación de guías para mejorar el diagnóstico y el manejo terapéutico de la enfermedad. La guía GOLD 2017 elaborada para profesionales de la salud, incluye el uso de inhaladores para reducir los síntomas y la gravedad de las exacerbaciones; la rehabilitación pulmonar para mejorar la salud física y emocional en las actividades cotidianas; el suministro de oxígeno suplementario para mejorar los niveles de oxígeno y aumentar la supervivencia; y recomendaciones no farmacológicas como: dejar de fumar, realizar actividad física y acceder a vacunas contra la influenza y el neumococo para disminuir la incidencia de infecciones del tracto respiratorio inferior (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD, 2017, págs. 12-32).

En Colombia, la guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la EPOC en población adulta, creada para determinar y optimizar la atención en salud y la utilización de los recursos, hace referencia al manejo farmacológico y no farmacológico de forma similar a la guía GOLD. En el manejo farmacológico recomienda el uso de broncodilatadores elegidos de acuerdo al estadio de la enfermedad, y en el manejo no farmacológico, la realización de intervenciones en educación para disminuir el riesgo de admisiones hospitalarias, la asistencia a programas de rehabilitación pulmonar, la vacunación contra influenza y neumococo para disminuir la frecuencia de infecciones respiratorias agudas, y el uso de oxígeno domiciliario por 15 horas/día o más en pacientes con disminución de niveles de

oxígeno a nivel sanguíneo para mejorar la supervivencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

El impacto en la disminución de la mortalidad hace que el oxígeno suplementario sea un tratamiento importante para los pacientes con EPOC. La oxigenoterapia proporciona la cantidad de oxígeno necesario para realizar las funciones metabólicas del organismo, cuando los niveles de oxígeno son bajos a nivel sanguíneo, evitando las manifestaciones clínicas de la hipoxia, que en el caso de los adultos mayores se asocia a alteraciones en las funciones cognitivas y psicomotoras, disminución de la vigilia y de la discriminación auditiva; situaciones que pueden conducir a estados de ansiedad y depresión (Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica, 2006), razón por la cual constituye un tratamiento esencial en las personas mayores con requerimientos de oxígeno suplementario.

El oxígeno puede ser suministrado mediante el uso de cánulas, máscaras faciales o tubos colocados en la tráquea; y puede estar almacenado en forma de gas o líquido, en tanques o concentradores de oxígeno que permiten la extracción de oxígeno del aire para su uso inmediato (Lung and Blood Institute National Heart, 2016). La selección de las fuentes de oxígeno está ligada con el perfil de movilidad que tenga el paciente, pues las características de las fuentes limitan o permiten un mejor desplazamiento y la posibilidad de interactuar con el entorno (Díaz Lobatoa & Mayoralas Alise, 2012, págs. 55-60).

2.2.2 Salud pública y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.

La EPOC representa un tema prioritario en salud pública. Las acciones definidas en el Plan Decenal de Salud Pública PDSP (2012-2021), orientadas a mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud, disminuyen la carga de enfermedad existente y buscan la reducción de la inequidad en salud, incluyen el control de la EPOC. Las ocho dimensiones prioritarias y dos transversales desarrolladas, incorporan el componente de vida saludable y condiciones no transmisibles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Dentro de las metas de este componente, el plan plantea la reducción del 10% del tabaquismo en personas de 18 a 69 años, el aplazamiento en la edad de inicio de consumo de tabaco en los adolescentes colombianos por encima de 14 años y el cumplimiento de ambientes 100% libres de humo de tabaco y sus derivados a nivel nacional. Además, las estrategias incluyen la implementación, evaluación y monitoreo de los planes nacionales para la prevención, detección temprana, protección específica, diagnóstico y tratamiento de cáncer, cardio-cerebrovascular y Diabetes, EPOC, salud bucal, visual, auditiva y comunicativa, y el programa nacional de detección temprana de las ENT y sus factores de riesgo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Así mismo, la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) dirigida a mejorar las condiciones de salud de la población, mediante la inclusión de la Atención Primaria en Salud con un enfoque de salud familiar y comunitaria, del cuidado de la salud, la gestión integral del riesgo y un enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones, incluye en el modelo operacional o Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), las Rutas de Atención Integral (RIAS) que responde a dieciséis grupos de riesgo definidos en el país, dentro de los que está el grupo de población con

riesgo o infecciones respiratorias crónicas, especialmente con EPOC (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Normatividad complementaria es la ley Antitabaco (Ley 1335 de 2009) que pretende garantizar el derecho a la salud de los habitantes del territorio nacional, regulando el consumo, venta, publicidad y promoción de los cigarrillos, tabaco y sus derivados para contribuir a la disminución y/o abandono del consumo (Ley 1335, 2009), contribuye al cumplimiento de las metas establecidas en el PDSP y complementan las acciones planeadas desde la salud pública.

2.2.3 Adhesión terapéutica y EPOC

El concepto de adhesión terapéutica ha sido definido mediante el uso de diferentes términos tales como alianza terapéutica, adherencia, cooperación, concordancia y colaboración, como definiciones alternativas para aportar en la toma de decisiones de los profesionales e investigadores (Basterra Gabarró, 1999, págs. 97-106). Sin embargo, la falta de un consenso general, permitió a los participantes de una reunión de la OMS en 2001 sobre adherencia terapéutica, definir la adhesión farmacológica como: “El grado en que el comportamiento de una persona —tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida— se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” (Organización Mundial de la Salud, 2004, pág. 17).

En los países desarrollados la adhesión a los tratamientos en población general es de alrededor de 50%. Esta cifra varía con la edad, dado que los niños y adolescentes reportan una adhesión entre el 43% a 100%, mientras que los adultos mayores no siguen las indicaciones médicas en un 30% a 50%, y más del 90% toman dosis menores de las prescritas (Organización Mundial de la Salud, 2004, págs. 7-28). En Colombia, según datos de la Encuesta SABE 2015, el 16,6% de la población reportó haber suspendido voluntariamente el consumo de medicamentos prescritos para el tratamiento de alguna condición en los últimos 12 meses (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

La dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas aumenta los gastos de la atención médica, las complicaciones y las tasas de mortalidad. Por ejemplo, una revisión sistemática realizada en el año 2014 para evaluar el impacto de la no adherencia al manejo de la EPOC en los resultados clínicos y económicos mostró el aumento en las hospitalizaciones, la mortalidad, el deterioro en la calidad de vida y la pérdida de productividad entre los pacientes no adherentes al tratamiento (Boven, y otros, 2014, págs. 103-113).

Las implicaciones en términos de salud hacen de la adhesión deficiente un problema de salud pública. En este sentido es necesario entender la adhesión terapéutica como un fenómeno multidimensional que incluye: aspectos socioeconómicos como la pobreza, el analfabetismo, el bajo nivel educativo, el desempleo, la ausencia de redes de apoyo social efectivas, y las condiciones de vida inestables; aspectos relacionados con el tratamiento como la duración, los cambios en la medicación y la polifarmacia¹¹; aspectos relacionados con el paciente como los

¹¹ La polifarmacia es definida por la OMS en 2017 como “el uso de cuatro o más medicamentos de forma rutinaria al mismo tiempo en un mismo paciente” (World Health Organization, 2017, pág. 10).

conocimientos, las expectativas y las creencias acerca de su enfermedad; factores relacionados con la enfermedad (síntomas y grado de discapacidad); y aspectos relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria como los planes de aseguramiento, falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones para mejorarla, la relación entre el proveedor y el paciente (Organización Mundial de la Salud, 2004).

En el caso de la EPOC, la adherencia terapéutica también ha reportado limitaciones. El no cumplimiento de la prescripción médica en la enfermedad ha mostrado tasas de adherencia bajas con respecto a lo registrado para otras enfermedades, según los datos de un estudio realizado en Winconsin para evaluar las características de las pacientes asociadas a la adherencia a la medicación en ocho enfermedades: depresión, hipertensión arterial, hiperlipidemia, diabetes mellitus, osteoporosis, esclerosis múltiple, cáncer y EPOC (Rolnick, Pawloski, Hedblom, Asche, & Bruzek, 2013, págs. 54-65). También, un estudio observacional retrospectivo realizado en Italia con el objetivo de evaluar la ocurrencia y los factores determinantes de la mala adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con EPOC, mostró que el 77,7% de 22.505 pacientes estudiados, tenía una adherencia deficiente, principalmente aquellos pacientes que tenían multimorbilidad¹² y en mayores de 65 años con polifarmacia (Vetrano, y otros, 2017, págs. 2500–2506).

Las explicaciones dadas al problema de adhesión han sido descritas principalmente a través de las características de los tratamientos, es decir el método de administración, régimen de dosificación, y efectos secundarios; los factores relacionados con el paciente como la edad, las alteraciones en la memoria, la percepción sobre su enfermedad, y el apoyo social. Además, se ha incluido el papel del personal médico y de los cuidadores en la continuidad en los tratamientos desde la supervisión y seguimiento, y la calidad de la comunicación (Bourbeau & Bartlett, 2008, págs. 831–838). Al igual que en el tratamiento general de la EPOC, la adhesión a la oxigenoterapia ha sido vinculada a factores de riesgo relacionados con la enfermedad y el paciente o su familia (Katsenos & Constantopoulo, 2011, págs. 1-8).

La complejidad de las dimensiones que incluye la adherencia terapéutica hace que no exista un solo método establecido para medirla. Entre las técnicas más utilizadas se encuentran: la calificación subjetiva de los prestadores del servicio de salud sobre comportamientos de adhesión, la cual puede dar lugar a la sobrevaloración por parte de los prestadores; el uso de cuestionarios estandarizados para evaluar características de los pacientes, los cuales tienen bajo nivel predictivo del comportamiento de adherencia; y los dispositivos electrónicos de monitoreo donde se registra la fecha y la hora en la cual se abre el envase del medicamento para obtener una medida sobre el consumo de medicamentos, lo cual implican costo para el investigador (Organización Mundial de la Salud, 2004). Dado las limitaciones de estas técnicas, se ha planteado el uso de entrevistas a los pacientes como una herramienta indirecta que se ajusta en gran medida a la realidad por lo que puede considerarse confiable en investigación (Martín Alfonso & Grau Abalo, 2004, págs. 89-99). Para fines de este estudio, la adherencia es descrita de acuerdo con la información encontrada en la historia clínica y la percepción de las y los entrevistado.

¹²La multimorbilidad es definida por la OMS como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo individuo (World Health Organization, 2016, pág. 3).

2.3 Una aproximación a la posición social

La posición social entendida como el “lugar” que se ocupa dentro de la estructura social, es diferente en cada sociedad, en cuanto depende del contexto social, económico y político que configura los patrones de estratificación social. Estos factores sociales y económicos que influyen en la jerarquía social establecen relaciones y determina la oportunidad para obtener salud y la exposición diferencial a patrones de riesgo, en la medida que les permite acceder a mejores o peores condiciones de vida (Evans, Whitehead, Diderichsen, Bhuiya, & Wiryh, 2002, págs. 15-17).

En la literatura, la posición social ha sido reconocida desde la clase social, la estratificación social, estatus social, estatus socioeconómico (Lynch & Kaplan, 2000, págs. 13-30). La clase social abordada principalmente desde el enfoque de Karl Marx y Max Weber sirven como instrumento para comprender los mecanismos que influyen en la distribución desigual de los recursos (Observatorio Nacional de Salud, 2016, pág. 32). Según Sémbler para Marx la clase social diferencia los grupos sociales con relación a la división social del trabajo y su articulación con los modos de producción, donde el acceso diferenciado a los medios de producción permite un control sobre el proceso de trabajo y con ello la creación de una relación desigual y de explotación entre el propietario y el no propietario (Sémbler R., 2006, págs. 12-13).

Por su parte, Max Weber desarrolla el concepto de clase social como un grupo de individuos que comparten intereses iguales o que tienen la misma situación de clase o mercado (Weber, 1922, pág. 242). Este concepto enfocado en el mercado como el escenario donde se distribuyen las “oportunidades de vida”, permite observar la variación de acuerdo con la relación de las personas con el mercado, ser propietario o no propietario, lo cual se convierte en la base de la división de clases (Observatorio Nacional de Salud, 2016, pág. 33). Además de la clase social, Weber introduce otros mecanismos que influyen en la distribución desigual del poder, como el estatus social, sinónimo de prestigio caracterizado por la adquisición de bienes materiales y simbólicos que le permiten al individuo adquirir un modo de vida determinado por los atributos de la familia de origen, el estilo de vida y las redes sociales (Sémbler R., 2006, págs. 13-14).

Desde una visión más contemporánea, Erik Olin Wright citado por Muntaner et al., amplía el concepto de clase social al considerar que las clases no son posiciones ancladas a la estructura ocupacional sino definida por las relaciones entre sí. Propone la existencia de distintos mecanismos de explotación en los sistemas de producción y diferencias entre la clase trabajadora, lo que puede originar posiciones contradictorias de clase (“relación de clase contradictora”). Un ejemplo de esta relación son las personas con cierto grado de poder sobre otros trabajadores y sobre el proceso de producción (gerente/supervisor), que a su vez tiene obligaciones de subordinación con el dueño de la empresa, dirige al grupo de trabajadores de la empresa pero no puede disponer del capital derivado del proceso de producción ni de los recursos disponibles en el mismo (Muntaner, Ng, Chung, & Prinsd, 2015, págs. 267-287).

Desde otra perspectiva, Pierre Bourdieu aborda el concepto de clase social estableciendo diferencias con los conceptos de Marx y Weber. El espacio social conformado por diferentes campos sociales donde se encuentran agentes o grupos de agentes que disputan entre sí el capital para conservar o adquirir la posición dentro del campo, establece posiciones en función del

volumen y de la composición del capital que cada agente o institución posee, lo que también le permite agruparse en clases cuando se comparten condiciones, probabilidades o intereses similares (Bourdieu, 1989, págs. 3-5). Sin embargo, la posición del agente no es estática dentro de una estructura social, sino que se expresa en un ascenso o descenso en el trayecto social que guarda relación con las propiedades de posición que permiten establecer diferencias y con las propiedades de situación que establecen conductas y actitudes comunes entre sí (Bourdieu, 2002, pág. 125).

De otro lado, la posición socioeconómico usada en la literatura para hacer referencia a la posición social, incorpora componentes de la clase, el estatus y estándares materiales (Cabieses, Zitko, Pinedo, Espinoza, & Albor, 2011, pág. 457). La medición a partir del nivel de educación, la ocupación, los ingresos y la riqueza permiten un acercamiento a los recursos protectores o de exposiciones para la salud. El nivel educativo es un indicador relacionado con el conocimiento y las habilidades adquiridas por una persona a lo largo de su formación académica que refleja los recursos materiales e intelectuales de la familia de origen, y determina en gran medida el futuro en un empleo, los ingresos asociados, las condiciones de trabajo, entre otras (Lynch & Kaplan, 2000, págs. 17-21). La ocupación en consecuencia está relacionada con el nivel de educación y refleja la posición dentro del mundo laboral, lo cual les permite a las personas acceder a ingresos o recursos materiales que influyen en su salud en la medida que obtienen recursos de mejor calidad como: comida, vivienda, actividades de ocio, atención médica, servicios básicos, entre otros (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Smith, 2006, págs. 8-10).

Los enfoques aquí presentados ofrecen una herramienta para comprender el concepto de la posición social. A su vez, trabajos en investigación en salud que han construido la posición de los participantes mediante la identificación de sus características sirven de guía para este trabajo. Tal es el caso del estudio realizado por Hernández para explicar las desigualdades en la carga de cuidado que se derivan de la posición social de cuidadoras y cuidadores de la salud en los hogares donde las características socioeconómicas sirvieron para construir un panorama del lugar que ocupan cuidadoras/es en la estructura social (Hernández Bello, 2015, pág. 44).

En este trabajo se aborda la posición social como eje del análisis y elemento ordenador para develar cómo se comporta la adherencia a la oxigenoterapia en los adultos mayores en cada una de las posiciones sociales.

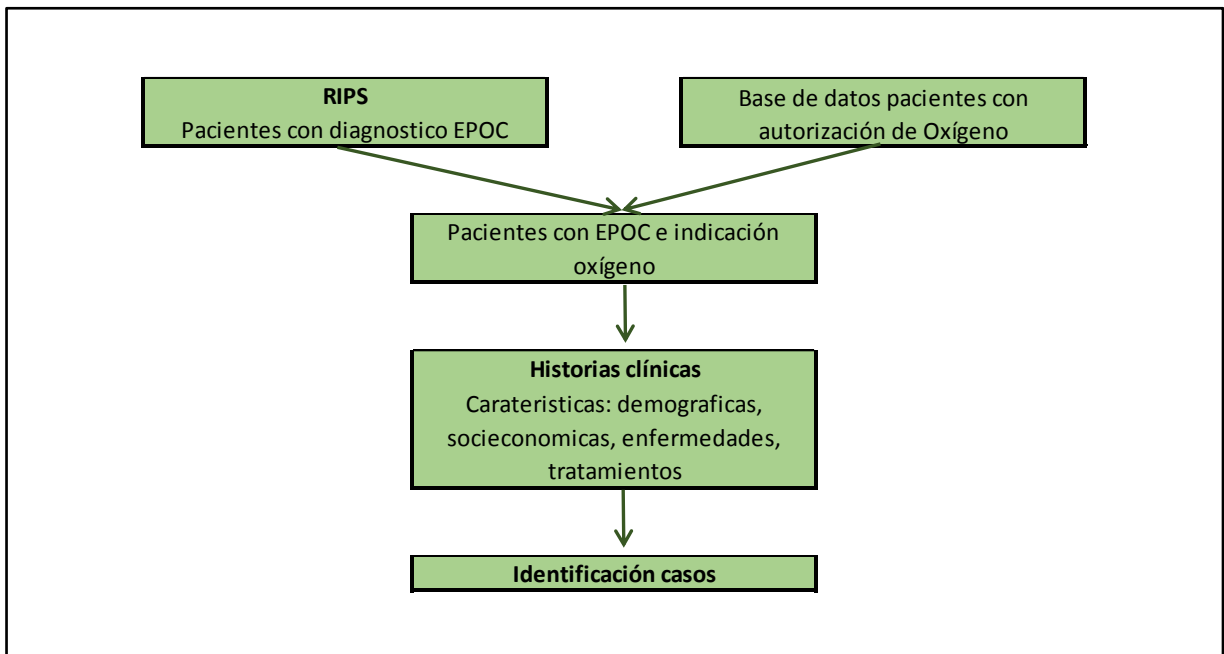
3. Diseño metodológico

Para dar cumplimiento a los objetivos, se realizó una investigación cualitativa interpretativa con el fin de acercarse a la forma como los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean y comprender cómo los usuarios de oxígeno explican su experiencia frente a la adhesión (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014, pág. 358) (Denzin & Lincoln, 2005, págs. 1-19).

La investigación se desarrolló en tres etapas. La primera estuvo orientada a describir la población de acuerdo con sus aspectos demográficos y socioeconómicos (objetivo 1 y 2), y la segunda y tercera se enfocaron en analizar la adhesión a la oxigenoterapia en función de la posición social de las personas (objetivo 3 y 4). Para las tres etapas se definieron las categorías y variables de análisis (ver Tabla 3).

En la primera etapa se incluyeron las historias clínicas de los adultos mayores de 60 años con indicación de oxigenoterapia y diagnóstico de EPOC identificados con los códigos J440, J441, J448 y J449 de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE10), que asistieron al programa de oxígeno en el año 2016 y 2017 y que tramitaron el oxígeno ante la EPS Famisanar durante estos dos años. Esto se hizo a partir de los datos encontrados en los RIPS de la IPS CAFAM y en la base de pacientes con autorizaciones de oxígeno suministrada por CAFAM (Ilustración 1).

Ilustración 1. Esquema resumen de la primera etapa.



Fuente: elaboración propia

RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud.

Las historias clínicas fueron revisadas para obtener datos demográficos, socioeconómicos y del perfil de salud de los participantes, usando un instrumento para la revisión de historias clínicas previamente elaborado (Anexo A). La población final incluyó las historias clínicas de pacientes que asistieron de forma continua desde enero de 2016 hasta diciembre de 2017.

El registró y procesamiento de la información fue realizado en una matriz en Excel 2013, donde se calcularon frecuencias absolutas y relativas de las distintas variables. Durante el proceso de análisis de los datos, surgieron dos subcategorías: polifarmacia y comorbilidades asociadas, las cuales fueron tomadas para conocer si estos dos aspectos se relacionaban con la no adhesión a la oxigenoterapia de la misma forma como lo hacían con la adhesión al tratamiento farmacológico para la EPOC (Vetrano, y otros, 2017, págs. 2500–2506).

Durante la revisión de historias clínicas, se encontraron comentarios realizados por el personal médico que explicaban la no adhesión a la terapia con oxígeno, los cuales fueron usados como indicativo de adhesión y tomados para hacer una lista de preseleccionados. La identificación de casos se realizó mediante un muestreo intencional (Marshall, 1996, pág. 523), para conocer las percepciones sobre las barreras o facilitadores que influyen en la adhesión al oxígeno.

Para la segunda etapa se eligieron casos de hombres y mujeres con diferentes ocupaciones, en distintos estratos socioeconómicos y niveles educativos que habían tenido experiencias favorables o dificultades en el cumplimiento de la prescripción médica. Los pacientes con indicación de oxígeno fueron invitados a participar de manera voluntaria en la investigación, previa firma del consentimiento informado (Anexo B).

Con el fin de indagar sobre las percepciones de los participantes frente al uso de oxígeno, se realizaron catorce entrevistas que permitieron alcanzar el criterio de saturación (Marshall, 1996, pág. 523). Las entrevistas semiestructuradas usaron categorías y subcategorías preliminares fueron realizadas usando una guía de indagación (Anexo C) para introducir preguntas adicionales, precisar conceptos o aspectos de interés, y ampliar la información obtenida (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014) (ver Tabla 3).

Las entrevistas fueron realizadas entre marzo y mayo de 2018. Se realizó un encuentro con las personas seleccionadas, pero se tuvo un primer contacto personal y/o telefónico para presentar la investigación, invitarlos a participar y definir el tiempo y lugar de la entrevista (Hogar, IPS o lugar independiente), elegido a conveniencia de las y los entrevistados. El tiempo de las entrevistas osciló entre 30 minutos y una hora y media.

Tabla 3. Categorías de análisis y variables/aspectos de indagación, iniciales y emergentes

Categoría	Subcategoría	Variable/aspecto de indagación	Operacionalización	Fuente
Características sociodemográficas	Aspectos demográficos	Sexo	Hombre, Mujer	Historia clínica/Entrevistas
		Edad (años)	60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, >90	
		Estado Civil	Casado, separado, soltero, unión libre, viudo.	
		Lugar de nacimiento y residencia/tiempo viviendo en Bogotá	Nombre del municipio o departamento de residencia.	
		Pertenencia étnica	Indígena, ROM, negro, raizal, palenquero, ninguno	Historia clínica
		Redes de apoyo (Fuente y tipo de apoyo)	Familia, amigos, comunidad Materiales, instrumentales, emocionales, cognitivo	Entrevistas
Características Socioeconómicas	Aspectos socioeconómicos	Nivel educativo	Preescolar, Básica primaria, Básica secundaria, Media, Superior o Universitaria, No aplica	Historias clínicas/Entrevistas
		Estrato socioeconómico	1, 2, 3, 4,5,6	
	Ocupación	Trabajo/empleo, rama de actividad, inactividad, actividades diarias	<p>Población en edad de trabajar o personas de 12 años y más en las zonas urbanas y 10 años y más en las zonas rurales:</p> <p>1. Población Económicamente Inactiva (PEI): Personas que no participan en la producción de bienes y servicios porque no necesitan, no pueden o no están interesadas en tener actividad remunerada</p> <p>2. Población económicamente activa (PEA): Personas en edad de trabajar que trabajan o están buscando empleo.</p>	

	Protección Social*	Régimen de afiliación	Contributivo, Subsidiado	RIPS
		Tipo de afiliación	Cotizante, Beneficiario	Entrevistas
		Protección adicional	Planes complementarios de salud, medicina prepagada	
		Asistencia social	Subsidios, ayudas recibidas por parte del Estado u otras entidades	
Recursos para vivir*	Fuentes de ingresos, percepción de satisfacción con los recursos con los que cuenta para vivir.	Arriendos, ayudas de familiares, propiedades		
Experiencia con la enfermedad y el tratamiento	Multimorbilidad*	Enfermedades crónicas, experiencias con estas enfermedades	2 o más Enfermedades crónicas Menos de 2 Enfermedades crónicas	Historias clínicas/entrevistas
		Polifarmacia*	Tratamientos indicados para la EPOC	4 o más medicamentos Menos de 4 medicamentos
	Experiencia con servicios de salud	Percepción sobre la EPS	Experiencia con la EPS, entrega de medicamentos, autorización de citas.	Entrevistas
		Controles	4 visitas/año Menos de 4 visitas/año	Historias clínicas
	Conocimiento sobre su enfermedad		Experiencias vividas, tratamientos recibidos	Entrevistas
		Exacerbaciones/año	Sí No	Historias clínicas
	Experiencia con el uso de oxígeno	Horas de uso de oxígeno	Menos de 15 horas 15 horas y menos de 24 horas 24 horas	Historias clínicas/entrevistas
		Percepción sobre necesidad de uso de oxígeno	Tiempo de indicación, facilitadores o barreras en el uso de oxígeno	Entrevistas
		Adhesión a oxígeno	Sí No	Historias clínicas/entrevistas

Fuente: elaboración propia a partir de las historias clínicas, los RIPS y las entrevistas.

* Subcategorías emergentes

La grabación y transcripción fue realizada previa autorización de los participantes. Para cada entrevista se realizó un análisis intratextual donde se sintetizaron los aspectos claves y se mostraron las diferencias frente a la adhesión a la oxigenoterapia y se usó un análisis intertextual para comparar los relatos entre sí (triangulaciones de las fuentes). El procesamiento de la información se hizo mediante el análisis de contenido con el fin de analizar en detalle y profundidad la forma como estaba construida la comunicación (Porta & Silva, 2003, pág. 8). Para ello se realizó la “codificación abierta” de cada una de las entrevistas para identificar los conceptos expuestos por las personas mayores y la “codificación axial” para reagrupar los datos y generar categorías que permitieran dar explicaciones más precisas a la no adhesión a la oxigenoterapia (Strauss & Corbin, 2002, págs. 110-135).

En la tercera etapa, se construyó una matriz en Excel 2013 que contenía información sobre las características sociodemográficas y socioeconómicas, y la experiencia de los entrevistados con la enfermedad y el tratamiento. A partir de esta matriz se caracterizó la adhesión en tres grupos, de acuerdo con la diferencia entre la percepción de los participantes en cuanto a las horas indicadas y las horas usadas de oxígeno. Los grupos de adhesión permitieron establecer las condiciones de los adultos mayores y formar tendencias a partir de las características o diferencias de los entrevistados para construir la posición social (Hernández Bello, 2015, pág. 45).

Para asegurar calidad de la investigación (Vasilachis de Gialdino, 2006, pág. 15) se hizo la transcripción e interpretación de las entrevistas sin alterar los testimonios ni editar la información; se utilizó la triangulación de las fuentes como una alternativa para asegurar una comprensión profunda del fenómeno (Denzin & Lincoln, 2005); y se tomó en cuenta la legislación internacional y nacional vigente durante la recolección y análisis de la información.

Desde el punto de vista ético, el estudio estuvo basado en la normativa vigente, en particular lo establecido a nivel internacional en el Código de Nuremberg de 1947 que recoge los principios sobre la experimentación con seres humanos y contempla la importancia del consentimiento informado (Código de Núremberg, 1947); y en los principios generales de la Declaración de Helsinki de 1965 donde se resalta el deber médico en la garantía de los derechos e intereses de las personas que participan en investigación (World Medical Association, 2013). A nivel nacional, se incluyó la ley 23 de 1982 que protege los derechos de autor de las obras literarias, científicas y artísticas (Ley 23 , 1982), y la Resolución 008430 de 1993 que clasificó esta investigación como categoría A (Investigación sin riesgo) (Resolución 8430, 1993). Además, se adoptó la Resolución 1995 del 8 de Julio de 1999, por medio de la cual se establece las normas para el manejo de la historia clínica, en especial el Capítulo 1 literal a, donde se resalta la importancia que este documento tiene en cuanto a privacidad, reserva y obligatoria protección por parte de la entidad de salud encargada de su custodia (Resolución 1995 , 1999) La investigación se realizó previa aprobación del comité de ética de CAFAM (Anexo D) y de la maestría en salud pública de la Pontificia Universidad Javeriana.

4. Resultados

A continuación se presentan los resultados de la revisión de historias clínicas y del análisis de las entrevistas que permitieron caracterizar las personas mayores de la IPS Cafam que asistieron al programa de oxígeno durante el 2016 y 2017, construir la posición social y analizar su relación con la adhesión a oxigenoterapia.

4.1 Los adultos mayores con EPOC usuarios de oxígeno de la IPS Cafam

De las 311 historias clínicas revisadas de pacientes con diagnóstico de EPOC que asistieron al programa de oxígeno de CAFAM durante enero de 2016 hasta diciembre de 2017, se excluyeron sesenta y tres pacientes a quienes se les había retirado el oxígeno, habían iniciado su uso en diciembre de 2017 o no habían asistido al programa en el último año; con lo cual se obtuvo una población final de 248 historias clínicas.

Según los datos encontrados en las notas de anamnesis y plan de tratamiento realizados por los profesionales de salud en las 248 historias, 149 pacientes estaban adheridos a la oxigenoterapia y los 99 pacientes restantes no tenían adhesión al tratamiento. Se destaca que la mayoría de la población tanto en el grupo de adheridos como no adheridos eran mujeres.

En el grupo de las personas adheridas, más del 50% tenían 75 años o más y habían alcanzado un nivel educativo¹³ de básica primaria, pese a que un porcentaje importante de mujeres contaba con básica secundaria. Con respecto al estado civil, en su mayoría los hombres adheridos estaban casados, mientras las mujeres eran viudas o casadas. El estrato socioeconómico predominante fue el 2 y 3 y la ocupación estuvo representada principalmente por personas inactivas económicamente (PEI).

Por su parte, las personas no adheridas tenían en su mayoría edades superiores a los 75 años en el caso de las mujeres, pero los hombres estaban entre los 65 y 74 años. Además, contaban con básica primaria y pertenecían al estrato socioeconómico 2 y 3, aunque en este grupo se encontró un hombre de estrato 5. En la ocupación¹⁴ se resalta que 41 hombres de cada 100 personas estaban activos económicamente (Ver Tabla 4).

Para los dos grupos se ajustaron los universos de la variable nivel educativo y ocupación dado que en un porcentaje importante de historias clínicas no se registraron estos datos. A su vez la variable pertenencia étnica no fue tomada en este estudio, pues no se encontraron datos o la mayoría de las personas no se reconocían en ninguna etnia.

¹³ Para el nivel educativo se tomó el último grado cursado por los pacientes y se clasificó de acuerdo con lo establecido por el Departamento Nacional de Planeación (DNP): Preescolar (transición), Primaria (1° a 5°), Secundaria (6° a 9°), Media (10° a 11°) y Superior o Universitario (Técnicas Profesionales, Tecnologías, Profesionales).

¹⁴ La población fue dividida en : Población Económicamente activa (PEA) o personas en edad de trabajar que trabajan o están buscando empleo, y Población Económicamente inactiva (PEI) o personas que no participan en la producción de bienes y servicios porque no necesitan, no pueden o no están interesadas en tener actividad remunerada (estudiantes, amas de casa, pensionados, jubilados) (Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE, 2012).

Tabla 4. Características demográficas y socioeconómicas de pacientes con EPOC y oxigenoterapia según sexo, 2016-2017.

Variable	Hombres				Mujeres			
	Adheridos		No adheridos		Adheridas		No adheridas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad (grupos de edad)								
60-64	4	7,8	1	2,6	2	2,0	2	3,3
65-69	4	7,8	11	28,9	11	11,2	4	6,6
70-74	9	17,6	8	21,1	8	8,2	7	11,5
75-79	11	21,6	6	15,8	33	33,7	9	14,8
80-84	11	21,6	7	18,4	17	17,3	25	41,0
85-89	8	15,7	3	7,9	17	17,3	7	11,5
>90	4	7,8	2	5,3	10	10,2	7	11,5
Total	51	100,0	38	100,0	98	100,0	61	100,0
Nivel educativo (1)								
Preescolar	1	3,1	0	0,0	1	1,6	0	0,0
Básica primaria (1°-5°)	21	65,6	17	68	36	59,0	25	64,1
Básica secundaria (6-9)	5	15,6	5	20	18	29,5	9	23,1
Media (10°-11°)	0	0,0	0	0,0	2	3,3	1	2,6
Superior o Universitaria	5	15,6	3	12	4	6,6	4	10,3
No sabe/no informa	19		13		37		22	
Total	32		25		61		39	
Estado civil								
Casado/a	30	58,8	29	76,3	30	30,6	23	37,7
Unión Libre	7	13,7	0	0,0	1	1,0	2	3,3
Separado/a	4	7,8	2	5,3	13	13,3	4	6,6
Soltero/a	6	11,8	5	13,2	19	19,4	6	9,8
Viudo/a	4	7,8	2	5,3	35	35,7	26	42,6
Total	51	100,0	38	100,0	98	100,0	61	100,0
Estrato socioeconómico								
1	3	5,9	1	2,6	4	4,1	4	6,6
2	24	47,1	22	57,9	58	59,2	31	50,8
3	21	41,2	13	34,2	31	31,6	24	39,3
4	3	5,9	1	2,6	5	5,1	2	3,3
5	0	0,0	1	2,6	0	0,0	0	0,0
Total	51	100,0	38	100,0	98	100,0	61	100,0
Ocupación								
PEA*	3	15,8	7	41,2	5	10	3	9,7
PEI**	16	84,2	10	58,8	45	90	28	90,3
Sin dato	32		21		48		30	
Total	19		17		50		31	

Fuente: elaboración propia a partir de las historias clínicas. Para el nivel educativo y la ocupación se tomó como universo las historias clínicas que tenían información.

Sobre el régimen de afiliación se destaca que todas las historias clínicas revisadas pertenecían a paciente afiliados al régimen contributivo, pero no fue posible precisar quiénes eran beneficiarios o cotizantes dado la limitación en la información disponible.

Al hacer referencia a las principales características clínicas, el 95,9% de los pacientes asistió cuatro o más veces durante el año a sus controles en el programa de oxígenos. En cuanto a las comorbilidades asociadas, la mayoría de las historias clínicas reportaban la existencia de enfermedades crónicas diferentes a la EPOC, especialmente en las mujeres. Con respecto a la polifarmacia, tanto los no adheridos como adheridos usaban más de cuatro medicamentos. Estas dos variables no aumentaron con la edad y fueron más comunes en personas entre los 75 y 84 años. De otro lado, la mayoría de los pacientes no reportaron exacerbaciones durante el 2016 o 2017; sin embargo, en las mujeres no adheridas se observó un porcentaje mayor de exacerbaciones con respecto a los hombres no adheridos (Tabla 5).

Tabla 5. Características clínicas de pacientes con EPOC y oxigenoterapia, según sexo y adhesión 2016-2107.

Variable	Hombres				Mujeres			
	Adheridos		No adheridos		Adheridas		No adheridas	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Multimorbilidad								
Si	47	92,1	35	92,1	94	95,9	59	96,7
No	4	7,9	3	7,9	4	4,1	2	3,3
Polifarmacia								
Si	46	90,2	34	89,5	91	92,9	58	95,1
No	5	9,8	4	10,5	7	7,1	3	4,9
Exacerbaciones EPOC								
Si	16	31,4	7	18,4	34	34,7	17	27,9
No	35	68,6	31	81,6	64	65,3	44	72,1
Total	51	100,0	38	100,0	98	100,0	61	100,0

*Se tomaron pacientes con al menos una exacerbación en el año 2016 o 2017 o en ambos.

Fuente: elaboración propia a partir de las historias clínicas

Aunque las guías de manejo recomiendan el uso de oxígeno por 15 horas al día o más para mejorar la supervivencia en personas con disminución en los niveles de oxígeno a nivel sanguíneo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 308), en el 31% de las historias clínicas se registró una indicación en horas menor a la recomendación. Como se muestra en la tabla 6, en general los pacientes no adheridos tenían mayor indicación en tiempo de oxígeno comparado con los adheridos.

Tabla 6. Horas indicadas de oxígeno según adhesión, 2016-2017

Indicación oxígeno	Adheridos		No adheridos	
	n	%	N	%
< 15 horas	59	39,5	18	18,2
>=15 horas y < 24 horas	38	25,5	28	28,2
24 horas	52	34,8	53	53,5
Total	149	100,0	99	100

Fuente: elaboración propia a partir de historias clínicas

En términos generales, la mayoría de la población eran mujeres, en estratos 2 y 3, con básica primaria, que se encontraba económicamente inactivos, con comorbilidades y polifarmacia asociadas. Se resalta que el estrato socioeconómico y el nivel educativo se comportaron de forma similar entre los adheridos y no adheridos a la oxigenoterapia.

4.2 ¿Quiénes son los adultos mayores entrevistados/as?

Durante la revisión de historias clínicas, se encontraron treinta historias con comentarios que justificaban la no adhesión a la terapia con oxígeno, los cuales fueron usados como indicativo de adhesión y tomados para seleccionar los pacientes. Se entrevistaron catorce personas, cuatro mujeres y diez hombres con un promedio de edad de 78 años. La mayoría de los adultos mayores estaban casados (ocho personas), aunque todas las mujeres eran viudas.

En cuanto al nivel educativo, se evidenció que ocho personas contaban con educación primaria, cinco con educación superior, y una con educación secundaria. Con respecto al estrato socioeconómico, seis personas pertenecían al estrato 2, cinco al estrato 4, dos al estrato 3, y uno al estrato 6¹⁵. Pese a que la mayoría de los adultos mayores se encontraban económicamente inactivos, cuatro personas eran trabajadores regulares (tres hombres y una mujer).

Todos los entrevistados/as manifestaron que la familia era su principal red de apoyo tanto emocional, material como instrumental, aunque quienes trabajaban recibían apoyo emocional y quienes se encontraban jubilados, tenían apoyo material. La mitad de los casos estudiados no contaban con fuentes adicionales de recursos y en quienes contaban con ingresos adicionales, estos provenían principalmente de la familia y los arriendos (ver Tabla 7).

Los entrevistados/as pertenecían al régimen contributivo, pero cuatro personas estaban en calidad de beneficiarios (tres mujeres y un hombre). Solo tres personas contaban con servicios de emergencias médicas domiciliarios. Como era de esperarse ninguno de los casos reportó ser beneficiario de subsidios estatales.

¹⁵ De la base de historias clínicas se seleccionó un paciente estrato 5; sin embargo, durante la entrevista se evidenció que esta persona pertenecía al estrato 6.

Tabla 7. Características socioeconómicas de las personas entrevistadas

Entrevista No.	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel educativo	Estrato socioeconómico	Ocupación	Fuente de apoyo	Tipo de apoyo	Fuente principal de recursos	Fuente adicional de recursos
1	H	84	Casado	Superior o Universitario	6	Pensionado	Familia	Emocional	Pensión	
2	H	78	Unión libre	Superior o Universitario	3	Pensionado	Familia	Instrumental	Pensión	
3	H	67	Casado	Básica Primaria	2	Pensionado	Familia	Emocional	Pensión	Arriendos
4	M	88	Viuda	Básica Secundaria	4	Pensionado	Familia	Instrumental	Pensión	Familia
5	H	82	Soltero	Básica Primaria	4	Jubilado	Familia	Material	Familia	
6	H	77	Casado	Básica Primaria	2	Pensionado	Familia	Emocional	Pensión	Actividades agrícolas
7	M	83	Viuda	Básica Primaria	2	Ocupado	Familia	Emocional	Honorarios	Arriendos
8	M	88	Casado	Básica Primaria	2	Ama de casa	Familia	Emocional	Arriendos	
9	H	70	Separado	Superior o Universitario	4	Ocupado	Familia	Emocional	Honorarios	
10	H	84	Casado	Básica Primaria	4	Jubilado	Familia	Material	Familia	
11	H	75	Casado	Básica Primaria	2	Pensionado	Familia	Emocional	Pensión	Familia
12	M	68	Viuda	Básica Primaria	2	Ama de casa	Familia	Material	Familia	
13	H	68	Casado	Superior o Universitario	4	Ocupado	Familia	Emocional	Honorarios	
14	H	83	Casado	Superior o Universitario	3	Ocupado	Familia	Emocional	Pensión	Honorarios/ arriendo

Con respecto a las características clínicas, todos manifestaron conocer la causa de su EPOC, trece de las catorce personas entrevistadas tenían comorbilidades asociadas y once tenían polifarmacia. En cuanto a la prescripción de la oxigenoterapia, siete adultos mayores tenían indicado el oxígeno desde hace 10 años o más y siete hace menos de 10 años, además todos conocían el por qué les había sido ordenado el oxígeno. La fuente de oxígeno entregada en su mayoría fue el concentrador de oxígeno (diez personas), seguido del cilindro o bombonas de oxígeno (cuatro personas), aunque de las diez personas que tenían concentrador, cuatro recibían adicionalmente un cilindro de oxígeno de transporte.

Frente a la percepción de necesidad de uso de oxígeno, se destaca que quienes se encontraban económicamente activos manifestaron necesitar el oxígeno. Con relación a las horas indicadas de oxígeno, cuatro hombres manifestaron indicación de 24 horas, cinco de 15 a 24 horas (3 hombres y 2 mujeres) y cinco personas refirieron tener menos de 15 horas (3 hombres y 2 mujeres). Se resalta de los relatos que los pacientes usaban el oxígeno en la noche cuando la indicación médica era de 12 horas al día y que la mayoría de los no adherentes tenían más horas indicadas de oxígeno.

Como lo muestra la tabla 8, se estableció una escala de adhesión a la oxigenoterapia a partir de la diferencia entre la percepción de las horas indicadas y las horas usadas, obteniendo tres grupos de adhesión: baja (12 y 14 horas), media (6 y 7 horas), y alta (0 y 4 horas). Estos grupos fueron utilizados para hacer una caracterización de las condiciones que posibilitaban o dificultaban la adhesión por parte de estas personas y obtener un aproximado de la posición social.

Tabla 8. Grupos de adhesión según percepción entrevistados.

Entrevista No.	Horas Indicadas	Horas usadas	Diferencia entre horas indicadas y horas usadas	Grupos
1	16	Noche	4	Alta
2	24	20	4	Alta
3	24	18-19	6	Media
4	Noche	Noche	0	Alta
5	Noche	Noche	0	Alta
6	18	12	6	Media
7	18	4	14	Baja
8	18	Noche	6	Media
9	24	12	12	Baja
10	16	14	2	Alta
11	12	Noche	0	Alta
12	12	5	7	Media
13	24	12	12	Baja
14	12	Noche	0	Alta

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas.

Pese a que la mayoría de las personas entrevistadas manifestaron tener una buena percepción sobre la EPS, los problemas con la autorización de los medicamentos POS y no POS y la disponibilidad de agendas con los especialistas fue una constante. Los equipos entregados por parte de la EPS fueron balas y/o concentradores de oxígeno con ruedas. Solo una persona reporto tener indicado concentrador portátil por parte de Neumología, sin embargo, no había sido autorizado por la EPS, una persona manifestó que el oxígeno le era insuficiente para realizar los traslados entre el centro médico y su lugar de residencia y otra refería que el equipo entregado no ajustaba a las necesidades de su jornada laboral.

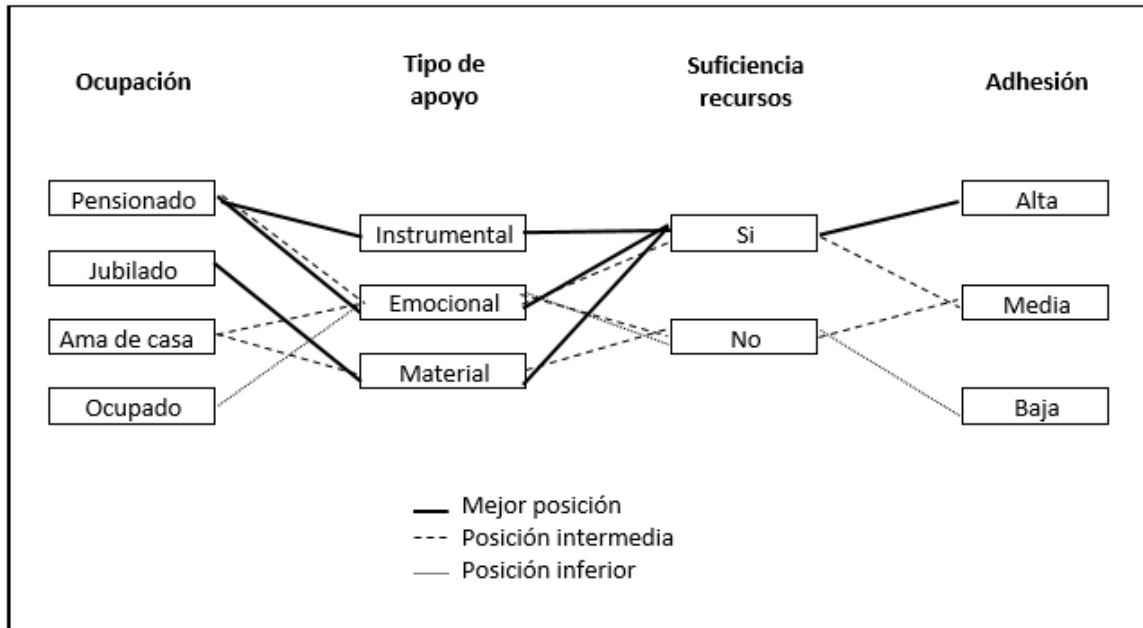
4.3 Posición social y adhesión a oxigenoterapia

El incumplimiento a las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas recomendadas para el manejo de la EPOC es un tema importante para la salud pública, no solo porque aumenta la mortalidad y morbilidad, sino porque incrementa los gastos para los sistemas de salud. El estudio y la comprensión de este problema como un fenómeno multidimensional implica reconocer las condiciones sociales y la posición social de las personas que padecen EPOC, para acercarse a las realidades de quienes la padecen.

La posición social tomada como eje de análisis y elemento ordenador para develar cómo se comporta la adhesión a la oxigenoterapia en los adultos mayores con diagnóstico de EPOC, se construyó en este trabajo usando unos supuestos iniciales (nivel educativo, estrato socioeconómico, ocupación), de los cuales se creía contribuían a la posición social de las personas usuarias de oxígeno. El nivel de educación interesaba por el conocimiento y las habilidades adquiridas por una persona a lo largo de su formación académica y su relación con los recursos materiales e intelectuales alcanzados (Lynch & Kaplan, 2000, págs. 13-30), el estrato socioeconómico como una herramienta para aproximarse a los recursos económicos y la ocupación como reflejo de la posición dentro del mundo laboral y el acceso a ingresos o recursos materiales (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Smith, 2006, págs. 7-12). Sin embargo, con la matriz que contenía información sobre las características sociodemográficas y socioeconómicas y de la experiencia de los entrevistados con la enfermedad y el tratamiento se pudo establecer que el “lugar” que ocupaban los adultos mayores estaba relacionado con la ocupación y la necesidad de invertir parte de su tiempo en una actividad laboral, la suficiencia de recursos que los obligaba o no a continuar activos económicamente y el tipo de apoyo que recibían por parte de sus familiares, dejando de lado los supuestos iniciales.

Con la matriz se identificaron tres grupos. En un extremo aquellas personas con mayores posibilidades de adhesión, es decir quiénes estaban económicamente inactivos o no necesitan trabajar o recibían apoyo material por parte de sus familiares que les permitía tener suficiencia de recursos económicos. En el otro extremo se ubicaron hombres y mujeres con menores posibilidades de adhesión, personas económicamente activas que necesitaban seguir trabajando, con recursos derivados de los honorarios y con apoyo por parte de sus familiares principalmente emocional. Finalmente, en el extremo intermedio estuvieron las personas con características socioeconómicas similares que les permite adherirse a la oxigenoterapia, pero con algunas circunstancias que impedían un uso completo del tratamiento (Ilustración 2).

Ilustración 2. Esquema de posiciones sociales de personas mayores usuarias de oxígeno



Fuente: elaboración basada en el esquema propuesto por Hernández (2015).

En este trabajo la posición social no fue asumida como una posición estática, sino como un continuo expresado en un ascenso o descenso de los individuos o grupos que no solo tienen propiedades de posición que permiten establecer diferencias, sino también propiedades de situación que establecen conductas y actitudes comunes entre sí (Bourdieu, 2002, págs. 121-122) (Hernández Bello, 2015, pág. 45). En este sentido el movimiento dentro de este continuo estaba determinado por el empeoramiento o el mejoramiento de las condiciones de las personas mayores.

4.3.1 Adultos mayores con una mejor posición social para seguir la indicación médica.

En este “lugar” se localizaron aquellas personas con condiciones de vida favorables que les permitían acercarse a la recomendación médica en el uso de oxígeno. De los siete adultos mayores (seis hombres y una mujer) ubicados en este extremo, seis estaban pensionados y uno jubilado, pero una persona trabajaba por cuenta propia. La mayoría recibía un ingreso económico mensual fijo producto de su mesada pensional:

Yo vivo de la pensión, estoy pensionado con el mínimo, pero gracias a Dios. Gracias a Dios porque hoy en día mucha gente no tiene nada. Entrevista N°11

Entré a trabajar con el Ministerio de Obras. Cuando se acabó el Ministerio de Obras, pasé con el Instituto Nacional de Minas y allí, salí pensionado... (...), completé 24 años y dije: No, no trabajo más, estoy cansado y mejor me retiro. Y fue cuando ya renuncié porque ya estaba con la edad y todo, ya tenía derecho a la pensión... Entrevista N°2

Y quienes se encontraban jubilados, pero no estaban pensionados, contaban con el soporte familiar que le proveían apoyo principalmente material y en consecuencia, los recursos económicos para cubrir sus necesidades básicas:

Yo nunca me pensione. Me descuidé en ese sentido, seguía aportando a salud (...), siempre se ha aportado para salud, pero nunca a la pensión (...), simplemente fui empleado y aporté. Después me hice el de la vista gorda. Entonces no hice ningún papel, incluso esa plata me la devolvieron; la que pagué de más, pero nunca me dieron pensión ni nada de eso... Ahorita yo no tengo nada. La familia me ayuda económicamente, mis hermanas me ayudan con las cosas, por ejemplo, ella me ayuda mucho con las cosas de la casa y esas cosas, y mis otras hermanas también me mandan. Entrevista N°5

Por su parte, el apoyo emocional representado en las expresiones de afecto, las buenas relaciones y la comunicación constante con sus familiares también fue parte de las entrevistas:

Las relaciones con él son muy buenas, él nos colabora mucho a los dos, siempre está pendiente... Entrevista N°11

Nos hablamos prácticamente casi que todas las semanas por Skype... Uno los ve y la china es bestial me muestra los exámenes y que fue lo que hizo... Entrevista N°1

Además del apoyo material y emocional recibido, la asistencia para la solución de problemas prácticos en la vida diaria, como el transporte, las tareas domésticas, el pago de facturas entre otros (apoyo instrumental) (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003), fue un soporte adicional recibido por los entrevistados. Los relatos reflejaron que este tipo de apoyo era brindado principalmente por los hijos o familiares quienes les colaboraban en trámites administrativos como la solicitud de citas, la entrega de medicamentos, o la autorización de procedimientos:

A mí me dan las fórmulas, y mi hija va y reclama y no han puesto problemas...Mi hija siempre me acompaña y ella me ayuda con eso...ella está pendiente de todas esas cosas. Entrevista N°4

En general, el apoyo familiar y los recursos económicos fijos (pensión) les permitían alcanzar la suficiencia económica:

Pues sí me alcanza y que mi familia pues me ayuda también. Mis hermanas me colaboran y pues todos nos ayudamos, entonces vivimos bien. Entrevista N°4

A su vez, el contar con recursos económicos suficientes para vivir les permitía ocupar el tiempo en la realización de actividades sociales, familiares o las relacionadas con el cuidado de su salud y el control de sus enfermedades. En este sentido, todos manifestaron dedicar su tiempo libre a actividades: domésticas, relacionadas con la asistencia a los servicios de salud como el cumplimiento de citas médicas u otras actividades sociales que no estaban vinculadas al ámbito laboral:

Yo pertenezco a una Iglesia. Vamos a la Iglesia, el domingo nos confesamos..., Todos los días a ir al médico...; porque estamos con especialistas que, si no es el uno y el otro y si no es médicos, hay que hacer terapias... Entrevista N°10

En la casa me pongo a cacharrear, a pintar, a arreglar. Por ahí, vamos a donde la familia. A Funza por ejemplo o vamos a Fusagasugá donde una hermana que vive allá y nos vamos pa' ya. Y un hermano que vive en Mesitas; también, nos vamos para allá a veces. Entrevista 11

... En Emaús es una (...) Emaús es una (...) qué te cosa (...) ¿Qué te digo Yo? No sociedad, sino una cantidad de Laicos, de todos los estratos, del estrato 1 hasta el estrato 8, que todos somos hermanos. Ahorita ya hice un retiro, hice dos de servicio: Que va uno a servirles... Entrevista N°1

En cuanto a la experiencia con la enfermedad, el conocimiento de las enfermedades que padecían fue una constante en todos los relatos. En el caso de la EPOC, los entrevistados la relacionaban con la exposición al humo de cigarrillo:

Cuando yo estaba muchacha, fumaba, y después me apareció ese problema en el pulmón. Ya vine a dejar el cigarrillo de una aquí, viviendo en Bogotá, porque me enfermé. Y entonces, dijeron que era por el cigarrillo. Entonces, yo deje de fumar. Entrevista N°4

Para el control de su enfermedad, la mayoría manifestaba tener indicado inhaladores y oxigenoterapia; además, conocían el tiempo y el porqué de la indicación. En este grupo, dos personas (hombres) tenían indicado el oxígeno hace más de 10 años y cinco lo tenían hace menos de 8 años. Además, cuatro personas (tres hombres y una mujer) usaban el oxígeno en la noche, una persona 14 horas y otra persona 20 horas al día, sin embargo, la diferencia entre el tiempo indicado por el personal médico y el tiempo usado variaba entre 0 y 4 horas:

Y toda la noche. Por ahí, cuando salgo al baño no lo cargo. Pero, con el resto todas las noches. Y por ahí, cuando (...) En año nuevo, en noche buena sí, me toca ir a misa. Entonces, me acuesto a la 1 de la mañana, 2 de la mañana y de ahí en adelante me lo pongo. Por ahí hasta las 9 de la mañana. Entrevista N° 11

Yo lo uso acá, y como yo poco salgo, entonces me lo coloco aquí en la casa. Lo uso de día (...) por las tardes y en la noche, duermo toda la noche con el oxígeno. Entrevista N°4

En el caso del adulto mayor que estaba pensionado, pero que desarrollaban un trabajo por cuenta propia desde su casa, no reportó limitaciones con la adhesión a la oxigenoterapia:

Me dijeron que lo usara en la noche, en la noche, yo lo uso en la noche como me dijeron. Entrevista N°14

La caracterización de estas personas permitió establecer una relación entre la suficiencia de recursos, el apoyo social recibido y la adhesión a la oxigenoterapia, pues dedicaban la mayor parte de su tiempo a realizar otras actividades que les permitía un mejor cumplimiento a la prescripción médica. Se resalta que en la mayoría de las personas la indicación de oxígeno era en la noche, lo que también podría favorecer la adhesión.

4.3.2 Adultos mayores con una posición social inferior para seguir la indicación médica.

El análisis emergente de este trabajo ubico a dos hombres y una mujer con edad promedio de 73 años, quienes mantenían condiciones o características sociales similares. En primer lugar, el permanecer activos económicamente pasada la edad de jubilación como una forma de adquirir los recursos económicos necesarios para vivir y como una consecuencia de la desvinculación con el sistema pensional, identificó este grupo de personas:

Nunca coticé por eso le toca a uno bregar a defenderse porque (...), de lo que trabajo ganó para vivir. Entrevista N°9

En segundo lugar, los trabajos informales realizados por los entrevistados sin prestaciones sociales ni remuneración económica fija, pese a que dos personas mayores (hombres) contaban con nivel educativo universitario, fue característico en los relatos:

En la plaza siempre he trabajado. Incluso ahoritica, todavía con los años que tengo, Yo compro mis pollos y en la casa los acabo de desarrollar y, cuando voy allá en el pueblo, Yo llego los vendo y, hago mi mercado de eeso. Entrevista N°7

Mis ingresos son de mi trabajo con los computadores y del trabajo que hago con (...), mi señora que tiene su negocio y Yo le colaboro a ella en la parte Administrativa, en la parte de Contabilidad, es eso. Entonces ella me reconoce algo. Entrevista N°13

Pero no hay casi trabajo, no hay casi trabajo porque esto está, pero mal. Como la mayoría de las profesiones. Entrevista N°9

Por su parte, el apoyo recibido de su familia principalmente emocional fue otra de las condiciones en común en este grupo. Aunque dos de los entrevistados vivían solos y uno vivía en compañía de su esposa, mantenían comunicación con sus hijos pero no recibían aportes económicos por parte de ellos:

Él me colabora y está pendiente, que si no vio (...) si no vio que Yo abrí las puertas, es porque estoy acostada, o que algo me pasó y está pendiente de mí. Entrevista N°7

En general, la suficiencia económica de los entrevistados estaba relacionada con los ingresos recibidos por sus honorarios o la renta de activos (propiedades):

Yo ahoritica no más, porque la tierra la arrendé, eso se, está en arriendo (...). Yo, le arrendé a un nieto (...) ahí el chino me paga: un millón y medio cada año. Entrevista N°7

La percepción de los recursos económicos recogida en los testimonios daba cuenta que los honorarios o ingresos recibidos, no eran suficientes para llevar la vida que querían o deseaban:

La vida que uno quiere no la puede llevar, eso es muy difícil. Escasamente, medio (...), medio sobrevive uno. Y más ahora como le comento que está tan difícil. Entonces peor. Entonces por ahí, le toca a uno defenderse con (...), con poquitos centavos. Entrevista N°9

Frente a la experiencia con la enfermedad, los relatos hacían referencia a la exposición al humo de cigarrillo y biomasa como causa del EPOC:

El tema del pulmón, me dicen que fue por haber cocinado con leña. Con leña ¿No? pero, toda la vida ha sido la profesión. Entrevista N°7

Por fumar (...). Es que Yo fumé desde los (...) Yo empecé a fumar como a los (...) Digamos fumar más o menos 12 años (...). Tenía 12 años, me envié ya con el cigarrillo de que ya tenía que fumar a los 15 ya mínimo uno, dos, tres cigarrillos a esa edad... Entrevista N°13

Además del conocimiento de sus enfermedades, todos manifestaron conocer sus tratamientos farmacológicos y no farmacológicos. En cuanto a la oxigenoterapia, la indicación había sido realizada hace más de 10 años, dos de los entrevistados (hombres) tenían indicación de oxígeno 24 horas y una persona (mujer) tenía indicado 18 horas. La diferencia entre el tiempo de la prescripción médica y el uso variaba entre 12 y 14 horas. La principal razón para no adherirse a la oxigenoterapia estaba relacionada con la ocupación, especialmente con tiempo y los traslados que tenían que realizar:

En razón de mi profesión; por ejemplo, tengo un asunto por allá en Villavo, a mí me toca salir a Villavo. Entonces uno sale así sin nada, pero es un riesgo. Es un riesgo. Pero me ha tocado porque, qué más”, “Y necesito estar saliendo. ¿Qué hago? No me puedo sentar acá a colocarme el oxígeno porque me friego... Entrevista N°9

En teoría, me ponen 24 horas. Me ponen 24 horas. No lo uso 24 horas, porque generalmente en las mañanas salgo ¿Ve? Entrevista N°13

Pese a ser conscientes de la necesidad e importancia de usar el oxígeno, la no adhesión fue una realidad en los testimonios:

Constante sí. Suponiendo hoy no me (...) no lo uso, o de pronto por la noche tampoco, (...). Entonces, al otro día permanezco es como “Una gallina tonta. Entrevista N°7

A todos los entrevistados se les había entregado concentrador de oxígeno y dos de ellos tenían cilindro de oxígeno de transporte. Sin embargo, manifestaban no se ajustaban a sus necesidades de movilidad y planteaban como alternativa para mejorar la adhesión, la entrega de un dispositivo de oxígeno acorde a los requerimientos en su trabajo:

Pues ya le comenté cuál es el problema que tengo ahora, si me dieran el aparato ese, pues me favorecería mucho ¿Sí? Porque entonces ya, pues lo carga uno y pues es una seguridad que le da. Pero así (...). Y no, ni me he puesto a pensar en tutela ni nada porque sé que eso, es otro lío. Es otra demora, demora y puede salir la tutela a favor y siguen tomando del pelo. Entrevista N°9

En resumen, las condiciones sociales ubicaron a estos adultos mayores en un “lugar” con menores posibilidades para cumplir la adhesión al oxígeno. Estas posibilidades se relacionaron con vinculación a la actividad económica y el tiempo empleado en sus trabajos, la ausencia del apoyo material por parte de sus familiares y la no suficiencia en sus recursos económicos.

4.3.3 Una posición intermedia

Entre las mejores o peores condiciones para facilitar la adhesión se identificó una posición intermedia. En esta se localizaron dos hombres y dos mujeres con características socioeconómicas similares que les permitían adherirse a la oxigenoterapia, pero con algunas circunstancias que impedían un uso completo del tratamiento. Todas eran personas inactivas económicamente, dos estaban pensionados y dos eran amas de casa:

...Yo duré, 26 años trabajando en una empresa de la Toscana, que es la cuesta. Una de ganadería. Allá, al principio me ponían a hacer varios oficios: Fumigar, regar abono, hacer una cosa y otra. Después ya como me (...) ¡Puay! me pasaron a otro (...), al ver a ternar (...) al ternero a paladearlo, a darle leche. Y así hasta que, estuvieran grandes... De ahí me dieron el tris de pensión. Entrevista N°6

Ya salí pensionado y estando trabajando ya me habían prohibido seguir trabajando como Almacenista en la constructora, por el problema de los pulmones; por el asunto del cemento, arena y toda esa cosa. Entonces, los mismos médicos me prohibieron que siguiera trabajando en eso. Entrevista N°3

Pues cuando joven (...) yo trabajé en una casa de familia, después me case y él era el que trabajaba y yo criaba... Entrevista N°12

Aquellas personas que no recibían una mesada pensional contaban con el apoyo material por parte de sus hijos o percibían un ingreso mensual producto de sus activos:

Mis hijos me ayudan. La que vive conmigo me ayuda con lo de la casa, el mercadito y los servicios, y yo le recibo los niños, le tengo su comidita. El otro hijo de vez en cuando me ayuda también, pero es que a él le toca más pesado porque como paga arriendo... entonces casi no le alcanza. Entrevista N°12

Yo vivo de los arriendos, solamente eso (...). Entrevista N°8

Además del soporte material y emocional recibido, también recibían soporte instrumental por parte de sus hijos:

Ellas que son las hijas mías. Me traen (...) ellas nos traen en el carrito... Allá hay otra hija que, ella es la que me ayuda y nos cocina. Ella es la que cocina, lava (...), todo. Entrevista N°8

A pesar de que los recursos económicos procedían de diferentes fuentes: pensiones, aportes y activos que posibilitan o aseguran la seguridad económica, esto no garantizaba una percepción de suficiencia de los recursos recibidos:

A uno le llega la pensión, los servicios son bien caros, fuera de eso estoy pagando un crédito que saqué para construir más (...), para hacer un apartamento más cómodo pa' nosotros. Entonces, ahí me están descontando como casi: \$300.000 pesos. Entonces pues, no es mucho lo que me queda. Entonces que, digamos andar uno así como olgado de (...), como olgado de plata no. Entrevista N°3

En cuanto al uso del tiempo libre, la mayoría de los entrevistados se dedicaban a actividades relacionadas con los oficios de la casa, la preparación de alimentos, el pago de recibos públicos y el cuidado de sus nietos:

Cuando estoy solo (...). Pues yo hago "Como el cuento", yo le colaboro a mi señora en los oficios de (...) de hacer el almuerzo, porque como ella tiene un programa también con la Alcaldía y con la JAL y toda esa cosa, con los abuelitos mayores. Entrevista N°3

Yo ayudo, por allá salgo a la calle, a traer el almuerzo. A traer la comida. A pagar los recibos, a muchas cosas (...). y después me pongo a muñequear con uno y otro. Los bisnietos. Entrevista N°8

...Yo me levanto temprano como a las 4, pongo a hacer el almuerquito para que la hija lleve, y el desayuno. Después levanto los nietos, los apuré porque ellos entran antecitos de las 7, entonces les doy el desayunito y los acompaño al colegio..., y yo les tengo su almuerquito, y después a estar pendiente de que hagan las tareas, porque la mama llega en la noche...
Entrevista N°12

Con respecto al conocimiento de sus enfermedades, manifestaron saber de sus enfermedades y de los tratamientos que tenían indicados, relacionaba la EPOC con la exposición al humo de cigarrillo, conocían la indicación de oxigenoterapia y la relacionaban con el deterioro pulmonar secundario a su EPOC:

Yo creo porque mi marido fumaba, él con el que apagaba prendía otro, y dígame que uno ahí en la casa comiéndose todo ese humo.... Como no le iba a dañar a uno los pulmones.
Entrevista N°12

Por la vaina (...), por la vaina de los pulmones, el pulmón, porque como dicen que, el pulmón está algo acabado. Entrevista N°6

En este grupo de personas, la adhesión estaba relacionada principalmente con la limitación para realizar actividades de la vida cotidiana que no se relacionaban con la ocupación laboral. Esta situación se presentaba principalmente con el tipo de equipos entregados por la EPS:

El Doctor sí me había dicho, el Doctor que tenía que (...), el Doctor me había dicho que tenía que usarlo en el día. En el día también. Pero Yo sólo lo uso sino de noche. Porque yo le dije al Doctor que (...) que si iba (...), que entonces como hacía Yo oficio (...), que si me lo daban en el día: ¿Cómo iba yo a hacer oficio? Entrevista N°8

Como siempre es grandesita y para (Tos) (...). Si pesado, y de por sí, por el problema de la columna a mi me prohibieron, coger más de 5 kilos. Y fuera de que me fatigo, imagínese halando eso, pues peor. Entrevista N°3

En resumen, el peor escenario en la adhesión estuvo representado por aquellos adultos mayores con menores posibilidades que continúan activos económicamente, no contaban con apoyo económico material y no tenían suficiencia en los recursos económicos. Por su parte la mejor posición estuvo relacionada con aquellas personas que tenían un apoyo económico producto de su mesada pensional o del apoyo material recibido de su familia y tenían suficiencia económica. Finalmente, las personas mayores localizadas en la posición intermedia tuvieron condiciones económicas que favorecían la adhesión, sin embargo, sus actividades diarias no permitían que tuvieran un mejor cumplimiento terapéutico.

5. Discusión

El curso clínico progresivo, la mortalidad asociada y los costos económicos que representa para los servicios de salud, hacen de la EPOC un problema de salud pública. Aunque se trata de una enfermedad que no se puede revertir, el control de síntomas para mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, así como el aumento en la supervivencia son el centro de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

En este sentido, el cumplimiento terapéutico contribuye a la disminución de las consecuencias clínicas y económicas de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud señala que la adhesión farmacológica de los pacientes crónicos está al alrededor del 50%, situación similar a los resultados de este trabajo donde un 60% de los adultos mayores tenían adhesión a la oxigenoterapia. Este hallazgo es importante en la medida que las guías de manejo recomiendan el uso de oxígeno domiciliario por 15 horas/día o más en pacientes con disminución en los niveles de oxígeno sanguíneo como una alternativa para mejorar la supervivencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 308).

El grado de adhesión reportado en este estudio, puede estar relacionado con la pertenencia de la población al régimen contributivo y el perfil socioeconómico que comparten: vinculación laboral, acceso a una pensión, capacidad de pago, entre otros (Ministerio de la Protección Social, 2004, pág. 5). Entonces, los datos obtenidos solo sean un reflejo de lo que sucede con los adultos mayores que se encuentran afiliados al régimen contributivo, lo que permite imaginar que en las personas que pertenecen al régimen subsidiado, la adhesión puede ser menor.

En relación con el perfil sociodemográfico, la población estuvo conformada en su mayoría por mujeres, hallazgo similar a lo reportado en un estudio realizado en Sao Paulo para trazar el perfil socioeconómico de los pacientes con EPOC usuarios de oxígeno domiciliario (Albertini Orioli, Silva Leite, & Hosoume, 2013). Esto puede ser explicado por dos razones: la feminización del envejecimiento en el país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 64), y el conocido mayor consumo de eventos en consulta externa, hospitalización y urgencias por parte de las mujeres (Ministerio de la Protección Social, 2009, pág. 186).

A su vez, el estar casado fue principalmente el estado civil reportado por los hombres adheridos como no adheridos, mientras las mujeres eran viudas o casadas en su mayoría, resultados similares a los reportados en la encuesta SABE (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 67)

Respecto al nivel educativo y su relación con la capacidad para aprender y adoptar comportamientos que influyen en la salud del individuo y el control de la EPOC (Bourbeau, Nault, & Dang-Tan, 2004, págs. 271–277), así como con la mala adhesión a tratamientos cuando se tiene un bajo nivel educativo (Erdozain Corpasa, García Victori, & Luque de Ingunza, 2017) (González Gutierrez, Adherencia al tratamiento en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica adscritos al servicio de neumología en el hospital general de zona 1, IMSS Aguascalientes, 2014) es frecuentemente descrito en la literatura. Sin embargo, la información aquí presentada tuvo un comportamiento diferente dado que los resultados mostraron que en su mayoría los adultos

mayores contaban con básica primaria y que no existían diferencias en el nivel educativo entre los adheridos y no adheridos a la oxigenoterapia.

Por su parte, la ocupación como elemento que refleja la posición dentro del mundo laboral y el acceso a ingresos o recursos materiales que influyen en la salud (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch, & Smith, 2006) fue una variable con limitaciones en la información al momento de revisar las historias clínicas. Los resultados mostraron que la mayoría de las personas estaban inactivos económicamente, pero que un número importante de hombres no adheridos aún participaban en las actividades económicas, situación que puede estar relacionada con el mayor porcentaje de hombres adultos mayores trabajando en el país con respecto a las mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 104). En el caso de los relatos, dos mujeres refirieron ser amas de casa con ingresos no propios relacionado con el apoyo económico de sus familiares, reflejo del panorama nacional donde las mujeres dedican una mayor parte de su tiempo en trabajos no remunerados dentro de los hogares (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2016-2017).

En cuanto al perfil de salud, la multimorbilidad y la polifarmacia descritas en la literatura como condiciones que limitan el cumplimiento terapéutico en pacientes con EPOC (Vetrano, y otros, 2017) fueron diferentes para este estudio puesto que las personas mayores adheridos y no adheridas tenían estas dos características clínicas. Por su parte, el conocimiento de la enfermedad y su relación con la exposición al humo de cigarrillo fue similar a lo reportado en otros estudios donde la mayoría de los pacientes tiene claridad sobre el factor causal de su patología (Llanos González, y otros, 2016, págs. 18-19).

Para este trabajo, la no adherencia al oxígeno fue del 39,9%, similar a lo reportado en otros estudios con pacientes con EPOC donde la no adhesión fue del 36,9% (González Gutierrez, 2014, págs. 1-79). Se resalta que en el 31% de las historias clínicas se registró una indicación en horas menor a la recomendación de las guías de manejo (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014, pág. 308), lo que pone de manifiesto una brecha entre la indicación médica y la experiencia de los pacientes usuarios de oxígeno.

Aunque en los objetivos de este trabajo, no se planteó el conocer el papel del sistema de aseguramiento en salud, los relatos evidenciaron barreras con la entrega de medicamentos y dispositivos médicos, hecho similar al reportado en un estudio sobre los itinerarios burocráticos de la salud en Colombia, donde se puso de manifiesto que la atención en salud no depende de las necesidades de las personas o la valoración médica, sino de lo establecido administrativamente y de los costos financieros para el sistema (Abadía Barrero & Oviedo Manrique, 2010, pág. 95).

En este sentido las fuentes de oxígeno entregados a los pacientes por parte de la EPS fueron en su mayoría concentradores que según los relatos no concordaban con las actividades realizadas a diario ni con el perfil de movilidad de los entrevistados como es recomendado en la literatura (Díaz Lobato & Mayoralas Alises, 2012). Situación que puede estar explicada por los costos financieros para la EPS como lo señala la Corte Constitucional mediante la Sentencia T-538 de 2004 donde se reconoce que “existe una diferencia de tipo económico entre el oxígeno por generador y el oxígeno por pipetas, ya que el primero resulta más oneroso para el paciente, mientras que el

segundo resulta más costoso para la entidad prestadora de salud” (Sentencia T-538 , 2004, págs. 10-11).

En general estos aspectos permitieron la caracterización de la población estudiada y sirvieron de referencia para la construcción de la posición social entendida como un conjunto de condiciones que actúan entre sí a lo largo de la vida para determinar el “lugar” que ocupan los adultos mayores usuarios de oxígeno, tal como lo había establecido Hernández para explicar las desigualdades en la carga de cuidado que se derivan de la posición social de cuidadoras y cuidadores de la salud en los hogares (Hernández Bello, 2015) y en un estudio reciente, de próxima publicación, sobre las diferencias según posición social y género de cuidadoras y cuidadores de niños, niñas y adolescentes en Bogotá (Puyana, Hernández, Gutiérrez, & Giraldo, 2018).

Las características como la ocupación, las redes sociales y la suficiencia fueron tomadas como un recurso para construir la posición social. Las dificultades en el sistema de protección social en el país, especialmente en el sistema pensional, y su relación con la insuficiencia de recursos económicos y por ende con la continuidad de las personas mayores en el mercado laboral o la dependencia de las ayudas principalmente recibidas por la familia (Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha, 2015), también fue un hallazgo importante en este trabajo.

Por su parte, el soporte brindado por las redes sociales de apoyo, para este trabajo la familia, y su conformación como sistema informal de apoyo que contribuye a la supervivencia y que suple aquellas necesidades no cubiertas por el sistema formal (Guzmán, Huenchuan, & Montes de Oca, 2003, pág. 7); así como las contribuciones en activos e ingresos en el hogar, convierten las redes sociales en un eje central a asumir los costos directos de la asistencia sanitaria (Arrivillaga Quintero, 2009), hecho también demostrado por medio de los relatos, donde el apoyo material fue importante en quienes no contaban con un ingreso económico como la mesada pensional. Se resalta una dificultad en el análisis de esta categoría, dado que puede generar una confusión entre la posición socioeconómica de la familia de las personas mayores y la del paciente en sí mismo.

La realidad de las personas entrevistadas mostró que la familia fue la fuente de apoyo más descrita, en especial por el soporte emocional, datos similares a lo mostrado en la encuesta SABE 2015 donde el soporte brindado por lo hijos a las personas adultas mayores fue principalmente emocional, seguido del soporte material (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015, pág. 87).

En general, el panorama de desprotección de las personas mayores los ubica en una situación de inequidad que pone en evidencia la necesidad de garantizar la seguridad económica para la vejez que les permite alcanzar una calidad de vida con autónoma e independiente (Arrubla Sánchez, 2010, pág. 236). En este sentido, los relatos muestran que la seguridad económica depende de los acumulados individuales a lo largo de su vida y no de la protección del Estado colombiano.

Al relacionar la adhesión a la oxigenoterapia con la posición social, se evidenció que las condiciones o características de los adultos mayores que configuran una posición social determinada pueden favorecer o limitar la adhesión, situación semejante a la descrita en otro estudio que tenía como objetivo describir esta relación entre cumplimiento terapéutico y posición social en mujeres con VIH/SIDA (Arrivillaga Quintero, 2009).

Para esta investigación se reconocen tres limitaciones: la pertenencia de la población al régimen contributivo que hace que estos resultados no puedan extrapolarse a la población general, sino que sirvan de guía para la realización de trabajos a futuro; en segundo lugar una mirada en solo un momento del curso de vida que no permite abordar la trayectoria de las personas entrevistadas; y en tercer lugar, la deficiencia en la información registrada en las historias clínicas que no permitió la obtención de los datos totales para realizar una mejor caracterización de los adultos mayores que asistieron al programa.

Se espera que en investigaciones realizadas a futuro se pueda profundizar sobre la participación de la familia en la protección del adulto mayor, así como su capacidad de respuesta sobre los costos económicos que implica la adherencia al tratamiento de la oxigenoterapia o de otros medicamentos. Además, se abre una discusión sobre el trabajo que realizan los viejos en Colombia y el valor de la experiencia acumulada a lo largo de la vida y del nivel educativo, en especial en aquellos que tiene enfermedades crónicas.

6. Conclusiones y recomendaciones

El análisis de este trabajo da cuenta de la situación de desprotección social en la cual se encuentran los adultos mayores en el país. La configuración de un patrón de vulnerabilidad dado que las personas no logran obtener una pensión o los recursos suficientes para retirarse del mercado laboral y se ven obligados a seguir trabajando, así como el papel de las redes sociales para afrontar las situaciones de no protección por parte del Estado, conforman la seguridad económica con la cual cuentan los adultos mayores y las condiciones que les permite adherirse más fácilmente a la oxigenoterapia.

El peor escenario en la adhesión estuvo representado por aquellos adultos mayores con menores posibilidades que continúan activos económicamente, no contaban con apoyo económico material y no tenían suficiencia en los recursos económicos. La relación entre la no adhesión a la oxigenoterapia y el tiempo que deben ocupar en sus actividades laborales para lograr unos ingresos económicos que le permitan cumplir con sus necesidades básicas los ubican en una posición social diferente a aquellos adultos mayores que cuentan con una posición privilegiada como consecuencia de sus ingresos económicos producto de su mesada pensional o del apoyo material recibido de su familia y con ello suficiencia económica.

En general quienes se encontraban activos económicamente porque necesitan continuar trabajando tuvieron una adhesión a la oxigenoterapia deficiente, en cambio en aquellas personas que contaban con un sistema de protección, es decir que accedían a una pensión o contaban con el apoyo material por parte de sus familiares, tuvieron mejor adhesión.

Estos escenarios no son estáticos pues representan los extremos en un continuo que sitúa a las personas mayores en lugares diferentes a lo largo del trayecto, lo cual hace que este “lugar” cambien en función de la modificación de las condiciones sociales de estos individuos. En este sentido, la adhesión a la oxigenoterapia puede mejorar si la posición de los adultos mayores cambia en términos de la suficiencia de recursos dados por pensión o el fortalecimiento de las redes de apoyo informales.

Entonces, se necesita mejorar los sistemas de protección social durante la vejez, mediante estrategias para asegurar un ingreso mensual durante la etapa de jubilación que le permita a esta población alcanzar la seguridad económica. Además, la creación de políticas públicas específicas orientadas a subsanar las desigualdades entre los adultos mayores puede posibilitar una mejor adhesión al tratamiento. En particular el diseño de estrategias para dar respuesta a las barreras identificadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y direccionar la prestación de servicios entorno a los afiliados y no en la rentabilidad económica, tomando en cuenta las necesidades y las realidades de los adultos mayores a la hora de entregar los equipos o fuentes de oxígeno.

El reconocimiento de la relación entre el contexto social y el proceso salud- enfermedad, permitir asociar la salud a factores no solo individuales, sino a condiciones sociales que determinan

las relaciones entre los individuos, develando que los determinantes sociales de la salud limitan o facilitan la posibilidad de alcanzar una vida saludable. La fragmentación en las explicaciones que se han dado al incumplimiento terapéutico también ha dividido los esfuerzos para abordar el problema. De tal forma que se necesita de enfoque multidisciplinar que permita la formulación de soluciones frente a este problema de salud pública.

En lo que respecta a la IPS Cafam se recomienda mejorar los sistemas de información con variables actualizadas que permitan hacer una mejor caracterización de la población. Además, se sugiere capacitar al personal en el diligenciamiento de historias clínicas para que la información allí suministrada, sea un insumo en la generación de planes de mejoramiento en atención en salud para los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- Abadía Barrero, C., & Oviedo Manrique, D. (enero-junio de 2010). Itinerarios burocráticos de la Salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 86-102.
- Albertini Orioli, P., Silva Leite, N., & Hosoume, K. (2013). *Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: dificuldades de adesão e sugestões de pacientes em situação de oxigenoterapia domiciliar. UBS da STS-Sé-SMSSP na área central da cidade de São Paulo*. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.
- Arciniegas, W., Bolívar, F., & Cano, D. (2010). Evaluación de costos de un programa de oxigenoterapia domiciliar. *Salud UIS*, 42(1), 48-54.
- Arrivillaga Quintero, M. (22 de Octubre de 2009). Perspectiva social de la adherencia Terapéutica en mujeres con VIH/SIDA. *Tesis de Doctorado en Salud Pública*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.
- Arrubla Sánchez, D. (julio-diciembre de 2010). Política social para el envejecimiento: el (sin) sentido de los argumentos. *Gerencia y Políticas de Salud*, 9(19), 229-242.
- Barón Leguizamón, G. (2007). *Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. El gasto nacional y su financiamiento*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Basterra Gabarró, M. (1999). El cumplimiento terapéutico. *Pharmaceutical care España*, 1, 97-106.
- Bourbeau, J., & Bartlett, S. (September de 2008). Patient adherence in COPD. *Thorax Journal*, 63(9), 831-838.
- Bourbeau, J., Nault, D., & Dang-Tan, T. (2004). Self-management and behaviour modification in COPD. *Patient Education and Counseling*, 52, 271-277.
- Bourdieu, P. (septiembre de 1989). El espacio social y la genesis de las "clases". *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, 3(7), 27-55.
- Bourdieu, P. (2002). Condición de clase y posición de clase. *Revista Colombiana de Sociología*, VII(1), 121-141.
- Boven, J. v., Chavannes, N. H., Molen, T. v., Moilken, M. R.-v., Postma, M., & Vegter, S. (2014). Clinical and economic impact of non-adherence in COPD: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 103-113.
- Caballero, A., Torres-Duque, C., Jaramillo, C., Bolívar, F., Sanabria, F., Osorio, P., . . . Maldonado, D. (february de 2008). Prevalence of COPD in Five Colombian Cities Situated at Low, Medium, and High Altitude (PREPOCOL Study). *Chest Journal*, 2, 343-349.
- Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M., & Albor, C. (2011). ¿Cómo se ha medido la posición social en investigación en salud? Una revisión de la literatura. *Revista panamericana de salud pública*, 29(6), 457-468.
- Celli, B., Decramer, M., Wedzicha, J., Wilson, K., Agustín, A., Criner, G., . . . ZuWallack, R. (1 de April de 2015). An Official American Thoracic Society/European Respiratory Society Statement: Research Questions in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 191(7), 4-27. Obtenido de <https://www.thoracic.org/statements/resources/copd/copd-research-st.pdf>

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe. (págs. 9-12). Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Población y Desarrollo CELADE. (2014). *La nueva era Demográfica en América Latina y el Caribe. La hora de la igualdad según el reloj poblacional*. Santiago: CELADE.
- Congreso de Colombia. (16 de Febrero de 2015). Ley 1571. *Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, Bogota D.C, Colombia: Congreso de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia . (28 de Enero de 1982). Ley 23 . *Sobre derechos de autor*. Bogotá, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (4 de Julio de 1991). Constitución Política de Colombia. *Constitución Política de Colombia*. Bogotá D.C, Colombia: Congreso de la República de Colombia.
- Congreso de la República de Colombia. (5 de Enero de 2009). Ley 1276. *"a través de la cual se modifica la Ley 687 del 15 de agosto de 2001 y se establecen nuevos criterios de atención integral del Adulto Mayor en los Centros Vida"*. Bogotá D.C, Bogotá D.C, Colombia: Diario Oficial.
- Congreso de la República de Colombia. (21 de Julio de 2009). Ley 1335. *Disposiciones por medio de las cuales se previenen daños a la salud de los menores de edad, la población no fumadora y se estipulan políticas públicas para la prevención del consumo del tabaco y el abandono de la dependencia del tabaco del fumador*. Bogotá, D.C, Bogotá, Colombia: Diario oficial.
- Consortio Colombia Mayor. (5 de Junio de 2018). *Colombia Mayor*. Obtenido de Colombia Mayor: <http://www.colombiamayor.co/programas.html>
- Cranston, J., Crockett, A., Moss, J., & Alpers, J. (19 de October de 2005). Domiciliary oxygen for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 19(4), 16.
- Defensoria del pueblo. (2014). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social 2014. Análisis de las tutelas interpuestas en Colombia en 2014*. Bogotá, D.C: Defensoria del pueblo.
- Denzin , N., & Lincoln, Y. (2005). Introduction. The Discipline and Practice of Qualitative Research. En N. k. Denzin, & Y. S. Lincoln, *The SAGE Handbook of Qualitative Research* (págs. 1-19). California: Sage Publications.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística . (2016-2017). *Encuesta nacional de uso del tiempo (ENUT)*. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (2010). *Proyecciones Nacionales y Departamentales de población 2005-2020*. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Bogotá, D.C. Bogotá: DANE. Recuperado el 12 de Julio de 2016, de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/7Proyecciones_poblacion.pdf

- Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. (6 de Septiembre de 2012). www.dane.gov.co. Obtenido de www.dane.gov.co: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/glosario_GEIH13.pdf
- Díaz Lobato, S., & Mayoralas Alises, S. (2012). Perfiles de movilidad de los pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria. *Archivos de bronconeumonía*, 48(2), 55–60.
- Dulcey Ruiz, E. (2013). *Envejecimiento y vejez. Categorías conceptuales*. (F. C. Humano, Ed.) Santiago de Chile: Red Latinoamericana de Gerontología.
- Erdozain Corpasa, J., García Victori, C., & Luque de Ingunza, M. (2017). Terapia Inhalada en pacientes con EPOC. Nivel de adherencia. *Medicina de Familia Semergen*, 43(1), 101-107.
- Evans, T., Whitehead, M., Diderichsen, F., Bhuiya, A., & Wiryh, M. (2002). *Desafío a la falta de equidad en la salud*. Washington, D.C.: The Rockefeller Foundation.
- Fedesarrollo y Fundación Saldarriaga Concha. (2015). *Misión Colombia Envejece: cifras, retos y recomendaciones*. Bogotá D.C: Fundación Saldarriaga Concha.
- Fernández Plata, R., Martínez Briseño, D., Sancho Figueroa, C. G., Cano Jiménez, D., Ramírez Venegas, A., Sansores Martínez, R., . . . Pérez Padilla, R. (Enero-marzo de 2016). Métodos para la estimación de costos en salud de la EPOC: resultados basales. *Revista Neumología y Cirugía de Tórax*, 75(1), 4-11.
- Galobardes, B., Shaw, M., Lawlor, D. A., Lynch, J. W., & Smith, G. D. (2006). Indicators of socioeconomic position. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 7-12.
- Global Burden of Disease (GBD). (8 de October de 2017). GBD 2015 Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1211-1259.
- Global Burden of Disease (GBD). (8 de October de 2017). GBD 2015 Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 388, 1545–1602.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease GOLD. (2017). *Pocket guide to COPD diagnosis, management and prevention*. Global Initiative for Chronic . Obtenido de <http://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>
- González Gutierrez, Á. B. (20 de Febrero de 2014). Tesis de especialización en Medicina Familiar. *Adherencia al tratamiento en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica adscritos al servicio de neumología en el Hospital General de zona 1, IMSS Aguascalientes*. Aguascalientes, México: Universidad de Aguascalientes. Obtenido de Universidad de Aguascalientes: <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/handle/123456789/1048>
- Guzmán, J. (2003). Seguridad Económica en la Vejez: Una aproximación inicial. *Reunión de Expertos en Seguridad Económica del Adulto Mayor* (págs. 1-14). Ciudad de Panamá: CEPAL.
- Guzmán, J., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo de las personas mayores: Marco teórico conceptual. *Notas de población*(77), 35-70.
- Hernández Bello, A. (2015). Tesis de Doctorado. *Política sanitaria y cuidado de la salud en los hogares en Colombia: acumulación e inequidad de género*. Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia.

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6 ed.). México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Katsenos, S., & Constantopoulo, S. (2011). Long-Term Oxygen Therapy in COPD: Factors Affecting and Ways of Improving Patient Compliance. *Pulmonary medicine*, 2011, 1-8.
- Llanos González, A., Acosta Fernández, O., Aldea Perona, A., García Gil, S., Ruiz de la Rosa, E., Santos Arozarena, D., . . . Medina González, A. (2016). ¿Tiene los pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica suficientes conocimientos sobre su enfermedad? *Revista Canaria de Neumología y Cirugía Torácica*, 23, 18-19.
- Lung and Blood Institute National Heart. (12 de October de 2016). *National Heart, Lung and Blood Institute*. Obtenido de National Heart, Lung and Blood Institute: <https://www.nhlbi.nih.gov/health/health-topics/topics/ox>
- Lynch, J., & Kaplan, G. (2000). Socioeconomic Position. En Berkman, *Social Epidemiology* (págs. 13-30). New York: Oxford University Press.
- Marshall, M. (July de 1996). Sampling for qualitative research. *Family Practice*, 13(6), 522-525.
- Martín Alfonso, L., & Grau Abalo, J. (Enero-Junio de 2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 4(001), 89-99.
- Ministerio de Hacienda. (2016). *Boletín de Seguridad Social N°6*. Bogotá: Ministerio de Hacienda.
- Ministerio de la Protección de Social. (2005). *Programa de Protección Social al Adulto Mayor*. Bogotá: Ministerio de la Protección de Social.
- Ministerio de la Protección Social. (2009). *Encuesta Nacional de Salud*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud. (04 de Octubre de 1993). Resolución 8430. *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCION%208430%20DE%201993.pdf
- Ministerio de Salud. (8 de Julio de 1999). Resolución 1995 . *Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (Diciembre de 2007). Política Nacional de Envejecimiento y Vejez. *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta*. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC-EPOC-completa.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta SABE Colombia: Situación de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y protección Social, ; Departamento Administrativo de Ciencia Tecnología ; Universidad del Valle; Universidad de Caldas.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Análisis de Situación en Salud 2016*. Bogotá, D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá D.C. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Muntaner, C., Ng, E., Chung, H., & Prinsd, S. (Agust de 2015). Two decades of Neo-Marxist class analysis and health inequalities: A critical reconstruction. *Social Theory Health*, 13(3-4), 267-287.
- Naciones Unidas. (16 de Diciembre de 1991). Resolución 46. *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Obtenido de www.acnur.org: <http://www.acnur.org>
- National Heart, Lung and Blood Institute. (15 de Julio de 2017). *nhlbi.nih.gov*. Obtenido de [nhlbi.nih.gov](https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/copd/am-i-at-risk/index.htm): <https://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/copd/am-i-at-risk/index.htm>
- Observatorio Nacional de Salud. (2015). *Quinto informe ONS: carga de la enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Instituto Nacional de Salud, Bogotá, D.C. Bogotá, D.C: Imprenta Nacional de Colombia. Obtenido de <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/5to%20Informe%20ONS%20v-f1.pdf>
- Observatorio Nacional de Salud. (2016). *Una mirada al ASIS y análisis en profundidad*. Bogotá, D.C: Instituto Nacional de Salud.
- Omran, A. (1971). The epidemiologic transition. A theory of the epidemiology of population change. *The milbank quarterly*, 49(4), 161-170.
- Organización Internacional del Trabajo OIT. (2006). *Envejecimiento, empleo y Protección social*. Santiago de Chile: Organización Internacional del Trabajo.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Munidal de la Salud (OMS). (2017). *Monitoreo de avances en materia de las enfermedades no transmisibles 2017*. Ginebra: Organización Munidal de la Salud (OMS).
- Palomino Durán, D., & Vargas Pinilla, O. C. (Enero-Abril de 2008). La EPOC: concepto de los usuarios y médicos tratantes respecto al manejo y plan de atención. *Revista Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia)*, 6(1), 16-25. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/recis/v6n1/v6n1a3.pdf>
- Pérez, N., Murillo, R., Pinzón, C., & Hernández, G. (Diciembre de 2007). Costos de la atención médica del cáncer de pulmón, la EPOC y el IAM atribuibles al consumo de tabaco en Colombia (proyecto multicentrico de la OPS). *Revista colombiana de Cancerología*, 11(4), 241-249.

- Porta, L., & Silva, M. (2003). “La investigación cualitativa: el análisis de contenido en la investigación educativa”. *Investigación Cualitativa & Nvivo* (págs. 1-18). Mar del Plata: Universidad Católica de Córdoba. Obtenido de Universidad Católica de Córdoba: <http://anthropostudio.com/wp-content/uploads/2015/04/PORTA-Luis-y-SILVA-Miriam-2003.-La-investigaci%C3%B3n-cualitativa.-El-An%C3%A1lisis-de-Contenido-en-la-investigaci%C3%B3n-educativa..pdf>
- Presidencia de la República . (25 de Septiembre de 2013). Resolución 3778 . *Por la cual se modifica la Resolución 2977 de 2012, modificada por la Resolución número 4251 de 2012 y se dictan otras disposiciones*. Colombia.
- Puyana, Y., Hernández, A., Gutiérrez, M., & Giraldo, C. (2018). Narraciones sobre el cuidado en Bogotá: concepciones, estrategias y organización social. Diferencias y similitudes por posición social y género. En *Organización social del cuidado de niños, niñas y adolescentes en cinco ciudades colombianas*. Bogotá: En prensa.
- Quintero, R. E., Rodríguez García, J., Rodríguez Hernández, J. M., Salamanca Balen, N., & Beltran Villegas, Á. R. (2014). *Estimación de la Carga de Enfermedad para Colombia, 2010*. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Rodriguez Ibagué, L., Díaz Castillo, L., & Martínez Santa, J. (2008). *Oxigenoterapia*. Bogotá: Universidad del Rosario.
- Rolnick, S., Pawloski, P., Hedblom, B., Asche, S., & Bruzek, R. (April de 2013). Patient Characteristics Associated with Medication Adherence. *Clinical Medicine & Research*, 11(2), 54-65.
- Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2015). *Diagnóstico sectorial de Salud*. Bogotá D.C: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.
- Sémblér R., C. (2006). *Estratificación social y clases sociales. Una revisión analítica de los sectores medios*. CEPAL. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Sentencia T-538 , Derecho a la salud de persona de la tercera edad-conexidad (Corte Constitucional 27 de Mayo de 2004).
- Sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica. (2006). *Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica*. Madrid: Elsevier Farma.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. (E. Zimmerman, Trad.) Medellín, Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Tribunal Internacional de Núremberg. (20 de Agosto de 1947). *Código de Núremberg*. Obtenido de <http://www.bioeticas.org>: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo265>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa* (Primera ed.). Barcelona, España: Gedisa.
- Vetrano, D., Bianchini, E., Onder, G., Cricelli, I., Cricell, C., Bernabei, R., . . . Lapi, F. (2017). Poor adherence to chronic obstructive pulmonary disease medications in primary care: Role of age, disease burden and polypharmacy. *Geriatrics Gerontology International*, 17, 2500–2506.
- Vicepresidencia de la República. (28 de Junio de 1995). CONPES DNP-2793. *Envejecimiento y Vejez*. Bogotá, Bogotá, Colombia: Vicepresidencia de la República.
- Weber, M. (1922). *Economía y sociedad*. Madrid, España: Fondo de Cultura Económica.
- World Health Organization. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología*. Geneva: World Health Organization.

- World Health Organization. (2016). *Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2017). *Medication Without Harm-Global Patient Safety Challenge on Medication Safety*. Geneva: World Health Organization.
- World Medical Association. (27 de November de 2013). World Medical Association Declaration of Helsinki Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *Journal of the American Medical Association*, 2191-2194.

Anexos

A. Anexo: Instrumento para la revisión de historias clínicas.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Fecha: día _ _ Mes _ _ año _ _ _	Número de historia clínica _____
1. Nombre:	
2. Fecha de Nacimiento:	
3. Municipio de origen:	
4. Municipio de residencia:	
5. Dirección:	
6. Teléfono de contacto:	

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS																											
<p>1. Edad actual (años):</p> <table border="1"> <tr><td>60-64</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>65-69</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>70-74</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>75-79</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>80-84</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>85-89</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>>90</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	60-64	<input type="checkbox"/>	65-69	<input type="checkbox"/>	70-74	<input type="checkbox"/>	75-79	<input type="checkbox"/>	80-84	<input type="checkbox"/>	85-89	<input type="checkbox"/>	>90	<input type="checkbox"/>	<p>10. Estado civil:</p> <table border="1"> <tr><td>Soltero</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Casado</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Viudo</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Separado</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Unión Libre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No aplica</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Soltero	<input type="checkbox"/>	Casado	<input type="checkbox"/>	Viudo	<input type="checkbox"/>	Separado	<input type="checkbox"/>	Unión Libre	<input type="checkbox"/>	No aplica	<input type="checkbox"/>
60-64	<input type="checkbox"/>																										
65-69	<input type="checkbox"/>																										
70-74	<input type="checkbox"/>																										
75-79	<input type="checkbox"/>																										
80-84	<input type="checkbox"/>																										
85-89	<input type="checkbox"/>																										
>90	<input type="checkbox"/>																										
Soltero	<input type="checkbox"/>																										
Casado	<input type="checkbox"/>																										
Viudo	<input type="checkbox"/>																										
Separado	<input type="checkbox"/>																										
Unión Libre	<input type="checkbox"/>																										
No aplica	<input type="checkbox"/>																										
<p>2. Sexo:</p> <table border="1"> <tr><td>Hombre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mujer</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer	<input type="checkbox"/>	<p>11. Pertenencia étnica:</p> <table border="1"> <tr><td>Indígena</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Negro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>ROM</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Raizal</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Palenquero</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ninguno</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Indígena	<input type="checkbox"/>	Negro	<input type="checkbox"/>	ROM	<input type="checkbox"/>	Raizal	<input type="checkbox"/>	Palenquero	<input type="checkbox"/>	Ninguno	<input type="checkbox"/>										
Hombre	<input type="checkbox"/>																										
Mujer	<input type="checkbox"/>																										
Indígena	<input type="checkbox"/>																										
Negro	<input type="checkbox"/>																										
ROM	<input type="checkbox"/>																										
Raizal	<input type="checkbox"/>																										
Palenquero	<input type="checkbox"/>																										
Ninguno	<input type="checkbox"/>																										

ASPECTOS SOCIECONÓMICOS																									
<p>13. Nivel de escolaridad:</p> <table border="1"> <tr><td>Preescolar</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Básica Primaria (1°-5°)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Básica Secundaria (6°-9°)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Media académica (10°-11°)</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Superior o universitaria</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No sabe/no informa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Preescolar	<input type="checkbox"/>	Básica Primaria (1°-5°)	<input type="checkbox"/>	Básica Secundaria (6°-9°)	<input type="checkbox"/>	Media académica (10°-11°)	<input type="checkbox"/>	Superior o universitaria	<input type="checkbox"/>	No sabe/no informa	<input type="checkbox"/>	<p>13. Estrato socioeconómico:</p> <table border="1"> <tr><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>
Preescolar	<input type="checkbox"/>																								
Básica Primaria (1°-5°)	<input type="checkbox"/>																								
Básica Secundaria (6°-9°)	<input type="checkbox"/>																								
Media académica (10°-11°)	<input type="checkbox"/>																								
Superior o universitaria	<input type="checkbox"/>																								
No sabe/no informa	<input type="checkbox"/>																								
1	<input type="checkbox"/>																								
2	<input type="checkbox"/>																								
3	<input type="checkbox"/>																								
4	<input type="checkbox"/>																								
5	<input type="checkbox"/>																								
6	<input type="checkbox"/>																								
<p>14. Ocupación:</p> <table border="1"> <tr><td>PEA</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>PEI</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sin dato</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	PEA	<input type="checkbox"/>	PEI	<input type="checkbox"/>	Sin dato	<input type="checkbox"/>																			
PEA	<input type="checkbox"/>																								
PEI	<input type="checkbox"/>																								
Sin dato	<input type="checkbox"/>																								

ANTECEDENTES DE SALUD															
<p>15. Comorbilidades:</p> <table border="1"> <tr><td>Hipertensión Arterial</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Diabetes Mellitus</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Apnea del sueño</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Hipertensión pulmonar</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otro</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	Hipertensión pulmonar	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>	<p>16. Tratamientos:</p> <table border="1"> <tr><td>Menos de 4 medicamentos</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Más de 4 medicamentos</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Menos de 4 medicamentos	<input type="checkbox"/>	Más de 4 medicamentos	<input type="checkbox"/>
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>														
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>														
Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>														
Hipertensión pulmonar	<input type="checkbox"/>														
Otro	<input type="checkbox"/>														
Menos de 4 medicamentos	<input type="checkbox"/>														
Más de 4 medicamentos	<input type="checkbox"/>														
<p>17. Número de consultas al año:</p> <table border="1"> <tr><td>Menos de 4 visitas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Más de 4 visitas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Menos de 4 visitas	<input type="checkbox"/>	Más de 4 visitas	<input type="checkbox"/>	<p>18. Exacerbaciones/año:</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>						
Menos de 4 visitas	<input type="checkbox"/>														
Más de 4 visitas	<input type="checkbox"/>														
Si	<input type="checkbox"/>														
No	<input type="checkbox"/>														

ADHESIÓN A OXIGENOTERAPIA											
<p>19. Indicación oxígeno:</p> <table border="1"> <tr><td>Menos de 15 horas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Entre 15 horas y 24 horas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>24 horas</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Menos de 15 horas	<input type="checkbox"/>	Entre 15 horas y 24 horas	<input type="checkbox"/>	24 horas	<input type="checkbox"/>	<p>20. Adhesión oxígeno:</p> <table border="1"> <tr><td>Si</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Si	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>
Menos de 15 horas	<input type="checkbox"/>										
Entre 15 horas y 24 horas	<input type="checkbox"/>										
24 horas	<input type="checkbox"/>										
Si	<input type="checkbox"/>										
No	<input type="checkbox"/>										

B. Anexo: Declaración para el consentimiento informado.

Yo, _____ identificado con la cédula de ciudadanía _____ de _____, declaro que he sido informado sobre mi participación en el proyecto de investigación “**POSICIÓN SOCIAL Y ADHESIÓN AL TRATAMIENTO: EL CASO DE LAS PERSONAS MAYORES USUARIAS DE OXIGENO DE LA IPS CAFAM –BOGOTÁ, 2017**”, cuyo objetivo general es comprender la relación entre la posición social y la adhesión a la oxigenoterapia en los adultos mayores. Estando conforme con los objetivos del estudio, en forma libre y voluntaria acepto formar parte de la investigación y conozco que mi participación se dará por medio de entrevistas. He sido informado sobre la confidencialidad de la información que suministro; conozco que la información recogida puede ser publicada pero mi nombre en ningún caso aparecerá asociado a la investigación. He recibido información sobre mi derecho a realizar preguntas que considere necesarias durante el estudio, las cuales deben ser respondidas a mi entera satisfacción. Además, tengo claro que puedo estar acompañado durante la entrevista y que estoy en libertad de interrumpirla o no responder las preguntas que no considere pertinentes. Durante la entrevista autorizo la grabación en audio. Reconozco que la presente investigación no implica riesgos para mi salud; acepto participar sin recibir apoyo económico o de otra naturaleza, reconozco que mis aportes contribuirán a al conocimiento sobre los determinantes sociales de la salud y con ello a la orientación de las políticas públicas, el plan de mejoramiento de la atención en salud, en particular en la IPS Cafam.

Ciudad _____ Fecha _____

Firma de la Entrevistado

Firma del Entrevistadora

C. Anexo: Guía de indagación

Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora finalización: _____
Lugar: _____
Entrevistador: _____
Sexo: _____

Introducción

Gracias por aceptar grabar esta entrevista. El objetivo de este encuentro es conocer su experiencia sobre la relación entre la posición social y el uso de oxígeno suplementario en adultos mayores.

Le reitero que la información que se obtengan de esta entrevista será utilizada de manera confidencial y solo para fines de la investigación. Siéntase en libertad de hablar y si tiene alguna duda, comunicarla en cualquier momento de la entrevista con el fin de aclarar las dudas correspondientes. Le agradezco su sinceridad y honestidad para cada pregunta.

Aspectos que indagar

¿Cuál es su nombre?
¿Cuántos años tiene?
¿Dónde nació?
¿Hace cuánto tiempo vive en Bogotá?
¿En que barrio vive?
Vive en una casa o apartamento, ¿es de su propiedad?
¿Cuál es el estrato social según los recibos públicos?
Cuénteme un poco de su familia ¿cuántos hijos tuvo?
¿Y ellos a que se dedican?
¿En este momento con quien vive?
¿A parte de su familia, tiene amigos?
¿Pertenece a algún grupo? (iglesia, club)

Ahora, hablemos un poco de su vida, ¿hasta qué curso estudio?
Actualmente ¿a qué se dedica? ¿Qué hace usted en un día normal? ¿Cuál es su rutina?
¿Trabajo alguna vez?
¿En qué trabaja o trabajaba?
Dentro de su trabajo ¿Cuáles eran sus funciones?

¿Y alcanzo a conseguir la pensión?
En este momento ¿Recibe algún tipo de ingreso económico?,
¿Quién le ayuda económicamente?
¿Ha recibido algún tipo de ayuda o subsidio económico por parte del Estado u otra institución?
Con respecto a los ingresos que tiene mensualmente, ¿Considera que le alcanzan para vivir?

Usted se encuentra afiliado al régimen de SGSS ¿quién paga mensualmente su seguridad social?
¿Y el estar afiliado a una EPS, le ha ayudado? ¿Qué percepción general tiene de cómo funciona el sistema de salud?

¿Qué tan fácil es pedir una cita médica?

¿Ha tenido algún inconveniente?

¿Qué tan fácil es reclamar medicamentos o hacer autorizaciones?

¿Tiene acceso a planes complementarios de salud o medicina prepagada?

Ahora hablemos un poco de su salud

¿Cómo califica su salud en general? (excelente, buena, regular)

¿Puede contarme acerca de las enfermedades que tiene?

¿Qué sabe acerca de su/sus enfermedades?

¿Qué medicamentos está tomando?

¿Cada cuánto asiste a los controles médicos?

Y por ejemplo cuando necesita asistir a alguna cita médica, realizar una autorización o reclamar un medicamento ¿quién es la persona que le colabora o lo acompaña?

Usted tiene indicado usar oxígeno ¿Desde hace cuánto tiempo tiene el oxígeno?

¿Sabe por qué tiene que usarlo?

¿Cuántas horas tiene indicado el oxígeno?

¿Cuántas horas lo usa?

¿En qué forma le es entregado el oxígeno?

¿Qué tiene que hacer para reclamar el oxígeno?

En su experiencia ¿existe algo que facilite el uso del oxígeno?

¿Cuáles considera que han sido las principales limitaciones para utilizar el oxígeno?

Para terminar, ¿tiene algún comentario adicional? ¿Le parece que hay algo que agregar a la entrevista?

Le agradezco mucho su tiempo y la información suministrada, revisaré la entrevista y si es pertinente volveré a llamarlo para ampliar algunos temas si es el caso, si usted así lo considera.

D. Anexo: Carta aceptación comité ética CAFAM



Comité Institucional de Ética en Investigación C.I.E.I. CAFAM
Av. Cra.68 No 90-88 - Bogotá
Bloque 5 Piso 4
Teléfono 6468000 Ext. 1584

Bogotá D.C, 06 de Diciembre del 2017

C.I.E.I. CAFAM/2017-4610

Dra. Lida Fabiola Bello González
 Jefe Sección Gestión Calidad e Investigación Salud.
 Subdirección Salud
 Caja de Compensación Familiar CAFAM
 Sede Centro de Atención en Salud CAFAM Floresta.

Ref. Proyecto de Investigación: "Posición social y adhesión al tratamiento: el caso de las personas mayores usuarias de oxígeno de la IPS CAFAM- Bogotá, 2017".

Asunto: Aprobación Proyecto de Investigación

Estimada Dra. Bello:

El C.I.E.I. CAFAM en Acta 457 del 06 de diciembre de 2017 y teniendo en cuenta la norma de las Buenas Prácticas Clínicas, la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud recibe, revisa y aprueba el estudio "Posición social y adhesión al tratamiento: el caso de las personas mayores usuarias de oxígeno de la IPS CAFAM- Bogotá, 2017". Los documentos aprobados se relacionan a continuación.

1. Carta de presentación
2. Proyecto de investigación.
3. Consentimiento Informado-Anexo 1
4. Hoja de Vida de la Dra. Yira Esperanza Fagua Castellanos y anexos correspondientes.

Acta No.	457
Fecha de la reunión:	Diciembre 6 de 2017
Total de miembros:	6
Numero de asistentes	5
Numero de miembros presentes para Quórum.	4
Listado de Miembros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dra. Mirtha Sáenz Cortes, Presidente del Comité ✓ Dr. Juan Carlos Avellaneda Micolta, Abogado, Secretario del CIEI. ✓ Lic. Germán Celis Representante Independiente ✓ Dra. Claudia Isabel Ardila, Médico Auditor ✓ Dra. Piedad Roderero Trujillo, Médico, Representante Cuerpo Médico
Institución Aprobada	Caja de Compensación Familiar CAFAM Sede Centro de Atención en Salud CAFAM Floresta

Atentamente,

Mirtha Sáenz Cortes
Presidente C.I.E.I.

Juan Carlos Avellaneda M.
Secretario C.I.E.I.

C.C.: Archivo del Estudio

1 JORJOLA
12/01/2017

E. Análisis intratextuales

Los nombres aquí utilizados no corresponden a los nombres reales de las y los entrevistados, se usaron seudónimos para proteger su identidad.

Tabla 9. Características de los y las entrevistadas y fechas de entrevista.

Entrevista No.	Seudónimo	Sexo	Edad	Estado civil	Nivel educativo	Estrato socioeconómico	Ocupación	Fecha Entrevista	Entrevistadora
1	Gustavo	H	84	Casado	Superior o Universitario	6	Pensionado	27 de marzo de 2018	Yira Fagua
2	Luis Arturo	H	78	Unión libre	Superior o Universitario	3	Pensionado	28 de marzo de 2018	
3	Hernando	H	67	Casado	Básica Primaria	2	Pensionado	2 de abril de 2018	
4	Olga	M	88	Viuda	Básica Secundaria	4	Pensionado	4 de abril de 2018	
5	Alirio	H	82	Soltero	Básica Primaria	4	Jubilado	4 de abril de 2018	
6	Ricardo	H	77	Casado	Básica Primaria	2	Pensionado	7 de abril de 2018	
7	Raquel	M	83	Viuda	Básica Primaria	2	Ocupado	14 de abril de 2018	
8	Dolores	M	88	Casado	Básica Primaria	2	Ama de casa	17 de abril de 2018	
9	Alejandro	M	70	Separado	Superior o Universitario	4	Ocupado	18 de abril de 2018	
10	Pablo	H	84	Casado	Básica Primaria	4	Jubilado	27 de abril de 2018	
11	Carlos	H	75	Casado	Básica Primaria	2	Pensionado	30 de abril de 2018	
12	Gloria	M	68	Viuda	Básica Primaria	2	Ama de casa	4 de mayo de 2018	
13	Gustavo	H	68	Casado	Superior o Universitario	4	Ocupado	15 de mayo de 2018	
14	Segundo	H	83	Casado	Superior o Universitario	3	Ocupado	23 de mayo de 2018	

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas

Entrevista N°1

Gustavo es un hombre de 84 años, residente en la localidad de Chapinero. Vive en un apartamento arrendado estrato seis, en compañía de su esposa: “no tengo ni carro, ni casa, ni beca. Ni patineta, esto es arrendado”. Tiene nueve hijos profesionales, tres hijos de su primer matrimonio, tres hijos de su segundo matrimonio y tres hijos de su esposa actual que considera como hijos propios; tiene buenas relaciones y comunicación con la mayoría de ellos: “Nos hablamos prácticamente casi de que, toda la semana por Skype”.

Terminó sus estudios en Medicina, y luego se especializó en Pediatría. Trabajo en Bogotá como pediatra en el Instituto de Seguros Sociales: “...me nombró pediatra en la calle 22 con Carrera 16 que, era un cosito del Seguro Social” y en Colseguros como jefe médico de donde se retiró para irse a vivir a Alemania. Trabajo levantando objetos pesados “bultos”: “trabajé 11 meses y medio cargando bultos”, después fue nombrado Vicecónsul en la embajada de Colombia en Alemania, y ejerció como médico hasta que regreso a Colombia para recibir su pensión: “Entonces me dieron permiso, seguí allá hasta que cumplí los 74 años y ya fue hasta que me dijeron, me llamaron aquí, que me iban a dar la pensión del Colseguros, por haber trabajado bastante”. Al regresar a Colombia, se vinculó a una IPS y trabajó como pediatra hasta hace tres años.

Actualmente, realiza retiros con la comunidad “Emaús”. Considera que tiene amigos en este grupo, dice que en Colombia tiene pocos amigos porque: “Aquí hay amigos cuando tú eres (...) Tienes algo de plata o cuando tienes una posición. Entonces, tienes cantidades de amigos, cuando no, ya no hay más, ya no hay amigos. Cosa que a mí no me interesa”. La mayoría de sus amigos se encuentran en Alemania donde refiere: “todos me consideraban de la familia”. Durante la entrevista, habla de sus relaciones con importantes personajes de la vida pública del país y su familiaridad con algunas de las familias políticamente influyentes.

Está afiliado al régimen contributivo en la EPS Famisanar, como cotizante. Ha tenido inconvenientes con el servicio de salud: “La única cosa es el mal servicio, que no hay ese (...) no tanto de los médicos”, “...si tú has entrado por alguna casualidad a la Droguería del lado izquierdo a las 8:30 - 10:00 am. Pa’ que vea la cantidad de gente que está allí, hace dos horas esperando a ver sí, le entregan una droga”. Además, ha tenido inconvenientes con la entrega de medicamentos que no se encuentran incluidos en el POS, por lo cual ha tenido que comprarlos: “Me iban a llamar a los 15 días. Hasta ahora no han llamado. Pero qué carajo (...) y llame usted. ¿A dónde llama usted? ¿Cuándo le pasa algo haber? ¿Qué teléfono de Famisanar? Al fin conseguí un teléfono de Famisanar, que ahí, lo atendían. Llamé 10 veces nunca pude conseguir que, allí contestaran. ¿Entonces? Hoy acabo de comprar el remedio”.

No cuenta con servicios complementarios en Salud, acude a sus amigos o familiares cuando ha tenido problemas con la asignación de citas médicas o para la toma de exámenes: “...Porque yo voy como médico consigo al Doctor..., me ve, me examina, me hace toda la cosa y me funcionan las cosas divinamente. Viene el nieto de mi hermano, que es médico, casado con una médica..., me tomó los exámenes y me cuesta 30.000 mil pesos pa’ lo que sea.”

Sufre de EPOC y lo asocia al haber fumado: “Yo, la única enfermedad que he tenido, lo único que he tenido hasta ahora, toco madera es el Epoc. Porque fumé 59 años”. Usa inhaladores y asiste

a controles cuando se siente enfermo: “Cuando me siento picho, pero no me he sentido picho”. Asiste solo a sus controles médicos porque siente que lo puede hacer: “yo puedo ir solo”.

Además de sus inhaladores, usa oxígeno suplementario que le es entregado en concentrador porque su saturación es baja: “Siempre cuando me ponen la vaina es más bajito 80, 82, 83 “. Tiene indicado el oxígeno desde hace cinco años, al menos dieciséis horas al día: “Cuando me dijo, que por las noches (...) y que debía usarlo de golpe pues por el día...”. A pesar de la indicación, solo lo usa en las noches porque refiere no lo necesita: “Por la noche que fue lo que me ordenó, yo soy muy juicioso en eso”, “Si lo necesitara vaya y pase, pero no lo necesito”.

Entrevista N°2

Luis Arturo es un hombre de 78 años, procedente y residente en Bogotá. Vive en la localidad de Suba en un apartamento de su propiedad, estrato tres, en compañía de su esposa e hija. Tiene otro hijo profesional, fruto de su primer matrimonio con quien tiene buenas relaciones: “somos muy unidos. Muy unidos es que inclusive, hasta con que era mi mujer, viene aquí...”.

Se formó como Contador público, y estuvo vinculado con el sector público en varias ciudades del país: “yo trabajé en la Costa, trabajé con el INCORA. Luego, trabajé en Armero con el INCORA; y posteriormente, entré a trabajar con el Ministerio de Obras. Cuando se acabó el Ministerio de Obras, pasé con el Instituto Nacional de Minas y allí, salí pensionado”. Dentro de estas entidades, desempeñó varias funciones: “Yo fui Pagador, fui Auxiliar de Contabilidad, en la Costa con el INCORA, allá trabajé como año y medio, de allá me trasladaron para Armero (...). Allá fui Pagador, Almacenista...”. “...aprendí a manejar archivo. El Archivo General del Instituto Nacional de Vías...entonces, me tocó empezar a manejar las hojas de vida, las hojas (...), las historias clínicas”.

Decidió retirarse de la vida laboral porque ya se encontraba pensionado y no quería seguir trabajando: “...Y ahí, me pensioné. Estando haciendo (...), ya completé 24 años y dije: No, no trabajo más, estoy cansado y mejor me retiro. Y fue cuando, ya renuncié porque ya estaba con la edad y todo, ya tenía derecho a la pensión y todo. Entonces renuncié, ya llevo del año 2002”.

En el momento, no se encuentra trabajando, pasa la mayoría de su tiempo en la casa, por las enfermedades que padece: “A hacer nada, jajajaja. Es que ya comienzan las enfermedades”. Tiene dos amigos, un amigo que fue su jefe mientras trabajaba, con él se comunican telefónicamente: “... no tengo si no un amigo que fue jefe, no nos hablamos sino el 24 de diciembre, el 31 de diciembre y yo cumpla el 24 de febrero, él me llama y él cumple el 4 de marzo y, yo lo llamo. No nos vemos, pero no (...) con la única persona...y tantos amigos que tenía. Es donde uno se da cuenta que, no son amigos”; y otro amigo que lo visita porque no puede salir de casa debido a su enfermedad: “...él viene aquí, duro treinta y pico de años viviendo en los Estados Unidos y no se ha perdido la amistad, él viene aquí y nos charlamos, jugamos. De resto entre uno ni escoja, no tiene así de amistades, ni nada”, “ahora son ellos los que vienen acá, porque ya salir así no, escasamente a los médicos y del médico a la casa y, no más”.

Sus recursos económicos provienen de su pensión, pues su esposa no se encuentra trabajando. Refiere que los ingresos que tiene le alcanzan para cubrir los gastos mensuales: “afortunadamente y hasta cierto punto, porque no puede uno darse gusto... “. Está afiliado a Famisanar como cotizante desde hace veinte años: “Yo me afilié desde el 26 de julio del 96... era que nosotros teníamos servicio médico, al acabarse el Ministerio, se acabó todo. Entonces antes que se acabara, nos dijeron aquí están estas EPS, donde quieren. ¿Quieren irse a la Caja Nacional? Quieren irse a la EPS que ustedes quieran...y yo me afilié a la EPS de Cafam de esa época”. En la EPS, ha tenido inconvenientes con la asignación de citas con especialistas:” ...de pronto para un Especialista, pero va y uno habla y se lo dan. Si, como dos veces no más tocó pasar una queja a que es Supersalud (...).”.

En cuanto a sus enfermedades, hace referencia al cáncer de próstata y la cirugía que le practicaron: “... me empezó a aparecer la inflamación de la próstata. Esa cirugía me la hicieron allá en la 51 el 15 de enero del año 2002”; y a la forma como le diagnosticaron el EPOC: “Un lunes, salía yo a fumar (...) alcancé a prender el cigarrillo, fue a aspirar y se me vino el humo (...)dije tan raro, apagué el cigarrillo y prendí otro y nada, me puse negro, miya me cogió de la mano y me dijo camine “Que no quiero ir a la clínica porque a mí me van a dejar allá, que no quiero” .Llegue allí y tan pronto me vieron allí mismo, me llevaron allá para el fondo. Ahí mismo me inyectaron, me pusieron el oxígeno y entonces allá dure tres y medio días guardado”. Atribuye su enfermedad al uso de cigarrillo: “... el pecado de uno es haber fumado cigarrillo (...). Haber sido vicioso. Ese es el pecado, de resto uno tiene que ser consciente de la enfermedad que uno tiene, aceptar y vivir con la enfermedad porque no tiene cura”.

Para el tratamiento de su enfermedad pulmonar le indicaron inhaladores: “A mí inicialmente, como tres clases de inhalador, pero a mí la verdad me decía la gente, ojo con eso, no se vaya a acostumbrar a eso (...). Porque usted se vuelve adicto, eso es muy adictivo para los enfermos (...)”. Le fue indicado el oxígeno desde hace diez años y ha aumentado las horas de uso a medida que han aparecido los síntomas: “Un médico que hay mismo a la vuelta de los consultorios...él fue quien me puso el oxígeno. No me dejó salir hasta que llegó el oxígeno aquí, me dijo: No lo puedo dejar salir. Entonces tocó pedir el oxígeno y pedir el pequeño, de ahí para acá, empecé a usar oxígeno, pero yo no me he ahogado, de noche no me ahogaba ni nada de eso, pero a medida que fue pasando el tiempo me fui ahogando, me fui ahogando y me fue avanzando, hasta que llegó un momento en que ya (...) “.

El oxígeno le es entregado en bala grande y pequeña, nunca le han entregado concentrador porque tiene orden por parte de neumología: “... La más grandotota, porque hay un grande y otra mucho más grande, entonces esta la más grande”. Sin embargo, el oxígeno de la bala pequeña no es suficiente para el traslado desde la casa hasta el centro de atención en calle 48 por lo que tiene que usar menos de los litros indicados: “... por ejemplo, hay veces que nos toca los dos días seguidos como eso no nos alcanza; entonces nosotros vamos en el bus y yo, le bajo un poquito para que me aguante ida y regreso (...)”, “por ejemplo en el Transmilenio, le bajo la presión al tanquecito. Tengo que estar en dos, pero le bajo a uno y medio o a uno, como no estoy haciendo fuerza y nada de eso”.

La recarga de las balas portátiles era realizada por Luis y su esposa en el sector de la Castellana, no tenían que realizar ningún pago, pero dado los largos tiempos de espera y las dificultades con

el transporte, han empezado a pagarle un dinero extra a las personas que se encargan de entregar las balas grandes: “Le pasamos algo por debajo de cuerda y ellos nos la dejan así. Más me demoro yo, empezando, que tienen las balas allá y lo hacen esperar a uno 45 minutos ahí sentado haciendo (...) No es sino quiten la (...) el Manómetro y ponérselo a la otra bala y estuvo y son 45 minutos y contado; porque ahí le anotan a uno los minutos y todo y no, se la entregan hasta cuando se cumplan los 45 minutos (...)”, “Aquí no hay bus para allá (...)... allí en el paradero de la 95, y subir hasta más arriba del teatro de la Castellana, una cuadra más arribita (...). En la castellana y bajarse en la 95 (...). Y hasta arriba... (...)”.

Tiene indicado el oxígeno 24 horas, lo usa la mayor parte del tiempo: “Por ejemplo en la noche duró todo el oxígeno. Yo me acuesto a la 10:30 toda la noche y nos levantamos a la 6 y media o 7 mañana (...). Hay momentos que esto le da a uno borrachera esto. Entonces me lo quito una o dos horas, me siento aquí, no estoy haciendo ningún ejercicio ni nada y comienza uno a sentirse mejor”. Sin embargo, sabe que necesita usar el oxígeno suplementario: “Desafortunadamente tengo que convivir con él, ... aquí hay veces que me lo quito, porque para descansar. Y puedo caminar aquí por lo que es plano, Pero hay algún momento que hago alguna (...) con el sólo hecho de agacharme; ya estoy ahogado, entonces me toca ponerme el oxígeno y andar...”.

Han intentado cambiarle la bala por el concentrador, pero ha leído que este incremento el costo de los recibos de la luz y por eso no lo recibió: “Hace 15 días (...) 20 días salió, en el periódico o por el noticiero, un señor iba a demandar a la EPS por un aparato de esos, dijo: Por qué se me subió el doble de la energía y yo no tengo como pagar la energía (...). La señora (...) mi vecina del 4 piso, que en Diciembre trajo a la mamita de Cali y entonces por la altura le tuvieron que poner oxígeno, ella paga 35.000 pesos de luz y en el mes que estuvo 180.000 pesos de luz. Si porque eso come mucha luz (...)”.

Entrevista N°3

Hernando es un hombre de 67 años, procedente de Gachantivá (Boyacá) y residente en Bogotá desde hace 47 años. Desde su llegada a Bogotá, ha vivido en el sur de la ciudad. Actualmente vive en una casa de su propiedad, estrato dos, ubicada en la localidad de Usme, en compañía de su esposa, con quien tuvo una hija que vive en el mismo sector: “ella tiene su hogar, su negocio, entonces ella vive (...) Por aquí cerca pero, no en la misma casa. Ella, tiene su casa aparte”.

Inició su vida laboral desempeñándose como vigilante, ejerciendo la función de supervisor de vigilancia: “empecé trabajando en vigilancia en eso duré (...), como 13 o 15 años trabajando como supervisor de vigilancia, en una empresa”. Posteriormente, trabajó como almacenista de una constructora: “el trabajo que ahí me tocaba hacer era como Almacenista” “entonces uno se tiene que entender con: recibir cemento, todo lo que es PVC, todo lo que es hierro, arena, ladrillo; todo lo que, es de construcción”. Durante estos trabajos realizó los aportes a pensión y se retiró de la constructora por indicación de los médicos: “ya sali pensionado y estando trabajando ya me habían prohibido seguir trabajando como Almacenista en la constructora, por el problema de los pulmones; por el asunto del cemento, arena y toda esa cosa. Entonces, los mismos médicos me prohibieron que siguiera trabajando en eso”.

Sin embargo, empezó a trabajar como administrador de un frigorífico, pero ante la persistencia de los síntomas respiratorios, decidió no continuar trabajando: “me puse pues, a administrar el negocio, pero también por el frío (...). Porque hay cuartos fríos y le toca a uno entrar a revisar los cuartos fríos y ... Entonces, también por eso me seguí sintiendo más mal y decidí no continuar trabajando, pues ya había salido pensionado. Ya tenía Yo mi pensión y entonces, pues decidí no trabajar más”.

En el momento no se encuentra laborando, dedica la mayor parte de su tiempo a realizar oficios en la casa: “yo le colaboro a mi señora en los oficios de (...) de hacer el almuerzo...”; sale de su casa cuando tiene que asistir a citas médicas o realizar algo importante: “no me dan ganas de salir de la casa, a no ser que tenga que salir por una cita médica, por cualquier cosa urgente de resto no salgo”. Tiene amigos pero no sale con ellos: “Yo sí tengo amigos, pero la verdad no salgo. No, no me gusta ya”.

Sus ingresos provienen de la pensión y de los arriendos, pero estos no le alcanzan para llevar la vida que quiere: “a uno le llega la pensión, los servicios son bien caros, fuera de eso estoy pagando un crédito que saqué para construir más (...), para hacer un apartamento más cómodo pa’ nosotros. Entonces, ahí me están descontando como casi: \$300.000 pesos. Entonces pues, no es mucho lo que me queda. Entonces que, digamos andar uno así como olgado de (...), como olgado de plata no”.

Esta afiliado al régimen contributivo de la EPS Famisanar como cotizante, y temporalmente estuvo en el régimen subsidiado con Capital Salud:” Yo estuve un tiempo que el patrón paró y estuve por (...) Salud Capital; pero después... el patrón siguió con Famisanar”. En Famisanar ha tenido inconvenientes con el tiempo de espera para obtener citas con los especialistas: “lo único a veces las demoritas en las citas de especialistas. Por ejemplo las citas con el cirujano (...), si a veces demoraditas, que no hay agenda, que no hay agenda...a veces lo fregado, es que le dan la orden para cita y tiene que ir uno a hacer cola y espere pa’ que le den la cita”; y con la autorización de los medicamentos que no se encuentran en el POS por lo cual recurrió a una acción de tutela para la entrega de los medicamentos: “Cuando me empezaron a formular el Spiriva...la primera entrega, me la hicieron normal. A la segunda entrega, ya no me autorizaron...Entonces ¿Qué me tocó hacer?: Poner una tutela. Y eso sí, con la tutela a los 4 días me llamaron para que fuera a reclamar”. A pesar de esto, considera que le ha ido bien en la EPS: ”en términos generales a mí me ha ido bien” “Famisanar a mí me ha servido mucho”.

Asiste a sus controles cada tres meses, casionalmente en compañía de sus esposa: “a mí me acompaña, pues a veces va mi esposa...cuando ella puede, sí no, pues yo me voy solo”. Utiliza como medio de transporte para trasladarse desde su casa al centro de atención, un bus porque no le gusta usar el Transmilenio: “...aquí por ejemplo yo subo, a veces cojo el provisional que va por la 10 y me bajo allá en la 48 y, bajo a la 13. Es que yo (...) mejor dicho, le tengo bronca, terror, lo que sea al Transmilenio. Yendo de aquí para allá; me voy en ese, que voy más cómodo. Y, de allá para acá por obligación me toca coger el (...), por no subir hasta la séptima”.

En cuanto a las enfermedades que padece hace referencia al EPOC y la discopatía lumbar: “... especialmente el problema de los pulmones... y de la columna”, y a los medicamentos que utiliza para el dolor y los inhaladores para su enfermedad pulmonar. Además de los inhaladores, usa

oxígeno desde hace 10 años por indicación de Neumología para mejorar su calidad de vida: “Que porque era para tener una mejor calidad de vida, pues como remedio, no es remedio”.

El oxígeno le es entregado en bala grande, aunque han intentado cambiarle la bala por el concentrador, pero como sabe que el costo del recibo de energía se incrementa, hablo con el centro de autorizaciones para que no le entregaran el concentrador: “El hermano que tenía el concentrador... sucede que pagaba \$40.000 pesos de luz, cuando le llevaron el concentrador y en el próximo recibo, ya no le llegó por \$40.000 sino por \$120.000 pesos. Entonces lo que yo les dije: Cómo me van a mandar a mí un concentrador con la pensión que yo tengo y con los gastos que yo tengo. Entonces lo que me llega me toca, dárselo a Condensa,... Entonces, ya se pusieron de acuerdo y dijeron que no que me dejaban la bala. Me hicieron llenar un formulario y ellos llenaron sus papeles allá y, me dejaron con la bala...”. No tiene que pagar cuota moderadora y oxígeno le es llevado a la casa cuando él lo solicita: “Cuando yo veo que tengo por ejemplo para esta noche nada más. Entonces hoy lo pido, porque se que para mañana voy a tener hasta el medio día máximo. Entonces yo lo pido hoy y ya mañana me lo traen”.

Tiene indicado usarlo 24 horas, pero lo usa entre 18 y 19 horas: “la verdad es que no lo estoy utilizando las 24 horas, lo estoy utilizando más o menos, ahorita entre 18 y 19 horas”. Refiere que no lo usa cuando sale de casa ni dentro de la casa porque tiene dificultades con el transporte del equipo: “Porque es difícil utilizarlo las 24 horas; por ejemplo en este caso, que salí ahorita de la casa (...)...como siempre es grandecita y (Tos) (...). es pesado, y de por sí, por el problema de la columna a mí me prohibieron, coger más de 5 kilos. Y fuera de que me fatigo, imagínese halando eso, pues peor... y en la casa, tengo que ayudar a hacer los oficios y no me puedo quedar todo el tiempo ahí sentado”.

Sabe que existen otros dispositivos y considera que estos facilitaría el uso del oxígeno: “ he visto (...) unos pacientes que les dan un concentrador “Como así de grandecito”. Y ellos, lo cargan aquí (...), no hay de (...). No es de halar el carrito, ni nada de esa cosa, si fuera así, yo lo usaría (...). “

Entrevista N°4

Olga es una mujer de 88 años, viuda, pensionada y procedente de Ocaña, Norte de Santander y residente en Bogotá desde hace 50 años. Vive en la localidad de Teusaquillo en una casa de su propiedad estrato cuatro: “Esto es estrato cuatro, los recibos llegan estrato 4”, en compañía de su hermano y sus dos hijos. Su hijo trabaja como independiente y su hija es abogada, su hermano ya no se encuentra trabajando: “Mi hijo... trabaja por su cuenta. Y mi hermano si ya (...), no pues ya (...) tiene 80 años, ya no trabaja... Y mi hija ella es abogada, trabajaba con un señor, pero ahorita ya no está trabajando, se la pasa acá conmigo”.

Estudio en Ocaña hasta noveno grado y luego se trasladó a Bogotá: “Yo hice hasta cuarto bachillerato allá en Ocaña, y luego me vine para aquí y no seguí estudiando”. Mientras vivía en Ocaña, sus ingresos económicos provenían de su familia y de trabajos manuales que hacía trabajos desde la casa: “Yo anteriormente lo que hacía era coser en la casa. Yo hacía costuras y con eso

ayudaba”, “Bueno en Ocaña, nunca trabajé porque allá vivía con mis papas...Allá no trabajaba, pero acá si me tocó trabajar”.

En Bogotá trabajó como secretaria de una empresa de autopartes como una forma de ayudar con los gastos de sus hijos: “empecé a trabajar porque ya los pelaos los traía grandecitos, ya tenía (...) que levantarlos, y pues tenía que ayudar con la casa porque lo que ganaba él no alcanzaba (...), entonces empecé a trabajar con Chaid Neme, él de los carros. Yo trabajé en el taller, yo era la secretaria del taller, tenía que ayudar con la papelería, estar pendiente de las cosas que se necesitaran de ahí salí pensionada”. El último trabajo que desempeño fue en televisión: “Antes hacía comerciales para la televisión, pero de vez en cuando, ahorita ya no hago eso”.

Actualmente se encuentra dedicada al hogar: “Al hogar. Yo me la paso aquí todo el día, no hago nada... yo permanezco en la casa, salgo cuando tenemos las citas médicas o a tomar exámenes que nos piden, pero yo me la paso aquí en la casa con la familia”. Sus ingresos económicos provienen de su pensión y de la ayuda que recibe de sus familiares con lo cual se siente que le es suficiente para llevar la vida que quiere: “Pues sí me alcanza y que mi familia pues me ayuda también. Mis hermanas me colaboran y pues todos nos ayudamos, entonces vivimos bien”.

Está vinculada a Famisanar como cotizante desde que se liquidó el Seguro Social: “ya cuando se acabó el Seguro Social. Cuando eso era (...), ¿Dónde quedaba eso? (...) quedaba en Chapinero. Entonces nos pasamos para acá”. “... Me descuentan de la pensión y ellos mismo pagan”. Refiere no ha tenido inconvenientes con la EPS, ni en las citas ni en la autorización de procedimientos ni medicamentos: “Conmigo se han portado muy bien, hay gente que le habla a uno (...) “No”, pero yo no tengo quejas. A mí me ha ido bien con Cafam”, “Pues como le dijera Yo, por la cantidad de gente “No”. Pero, por ejemplo: Cuando sale uno del consultorio, ya trae la orden y no le cuesta a uno trabajo. Yo nunca pido la cita, como siempre me la dan...”. Asiste a sus citas médicas en compañía de su hija, quien es la encargada de realizar todas las autorizaciones, solicitud de medicamentos y demás trámites administrativos, es la cuidadora y persona que conoce de sus enfermedades y medicamentos: “A mí me dan las fórmulas, y mi hija va y reclama y no han puesto problemas”, “Mi hija siempre me acompaña y ella me ayuda con eso...ella está pendiente de todas esas cosas”.

En cuanto a su salud, refiere que es buena, aunque considera que las enfermedades son propias de los adultos mayores: “Usted sabe que, por la edad, uno siempre mantiene achaques, pero “Si, bueno”. Yo me siento bien”. Al hablar de sus enfermedades hace referencia a algunas cirugías que le han practicado y al EPOC, enfermedad que asocia al uso de cigarrillo: “Pues por el problema del EPOC. Cuando yo estaba muchacha, fumaba, y después me apareció ese problema en el pulmón. Ya vine a dejar el cigarrillo de una aquí, viviendo en Bogotá, porque me enfermé. Y entonces, dijeron que era por el cigarrillo. Entonces, yo deje de fumar, pero en Ocaña fumaba mucho... Yo estaba estudiando cuando empecé a fumar y de ahí hasta que me enferme, y ya que, ya estaba vieja”.

Está usando inhaladores para el tratamiento de su enfermedad: “Me toca usar unos inhaladores y otras cosas que ya no sé qué... ahorita que venga Estela le preguntamos”. Además, tiene indicado el uso de oxígeno suplementario, desde hace ocho años, lo usa en la noche y en el día para mejorar sus síntomas: “Me lo mandaron de noche, no me dijeron cuántas horas. Y después entonces,

comentaron pues que sería bueno, que me lo pusieran de día y fue cuando mi sobrino, me lo mandó, me lo empezó a mandar”, “Bueno en realidad Yo no puedo caminar mucho, porque me falta el oxígeno, me ahogo, entonces me pongo el oxígeno y me pasa”.

Usa el oxígeno siguiendo la indicación médica, aunque sí tuviera que salir con el oxígeno no lo usaría: “...Yo, no voy a salir con eso. Eso que lo estén mirando a uno, mira cómo (...), no. Yo no salgo a la calle con oxígeno. Soy ajena a eso. Igual en él médico no me dijo que saliera con oxígeno. Yo lo uso acá, y como yo poco salgo, entonces me lo colocó aquí en la casa. Lo uso de día (...) por las tardes y en la noche, duermo toda la noche con el oxígeno”.

La entrega del oxígeno es realizada en bala por parte de la EPS, aunque un sobrino también le lleva una bala extra lo cual ayuda a su adherencia: “Si, yo tengo oxígeno, lo uso de día y de noche, el de día me lo manda un sobrino y el de noche, me lo da (...) la EPS”. La entrega de su oxígeno se realiza entre semana pagando la cuota moderadora, la cual se incrementa si se hace el oxígeno es solicitado un día festivo, aunque esto no parece ser un inconveniente para ella: “... desde que me lo recetaron, siempre me lo han pasado. La EPS me lo da y mi sobrino también. No, es que como él tiene una empresa de algo de oxígenos, él me trae también oxígeno para que yo tenga aquí de reserva”, “Pero en los festivos no. Nos cobran \$3000 pesos, vale la cuota. Si llaman un festivo cobran (...), aquí me están diciendo, que como \$20000 o \$25000”.

Entrevista N°5

Alirio es un hombre de 82 años, soltero, procedente Ocaña, Norte de Santander y residente en Bogotá desde hace 68 años. Vive en la localidad de Teusaquillo en una casa estrato cuatro, propiedad de su hermana “Esto es de ellas. Yo no tengo casa”, “Puro limpio. Yo nunca compre nada y pues ahora no tengo nada”, en compañía de sus sobrinos: “cuando estaba solo, vivía en el Santa Fe, después viví en Santa Isabel con mi hermana y ahora, aquí en este sector”, “Con mi hermana, y los hijos de ella”.

Tuvo tres hijos y solo tiene contacto con una hija porque otra hija falleció y otro hijo está fuera del país. Aunque su hija está pendiente de él, su sobrina es quien se encarga de acompañarlo a sus citas la mayoría de las veces: “...Ya me queda una (...), de dos mujeres. Una se me murió ahora en Diciembre; y la otra que a veces me acompaña, o si no me acompaña Estela (...) a las citas médicas, a cualquier diligencia, que ya no confían en mí, que salga solo entonces (...)”, “la que murió era ama de casa, y la otra también es ama de casa. Y tengo otro, posiblemente hay una ligera sospecha de ese de (...), ese vive en Caracas. Pero prácticamente se lo llevaron como de pocos meses, entonces yo creo que (...)”, “Yo creo que, ningún contacto. Pero con la hija que me queda si nos hablamos, casi no nos vemos porque como ella tiene su hogar...”.

Curso hasta séptimo grado, pero siempre trabajo en contabilidad: “... Yo nunca estudie nada de eso, pero uno va trabajando y va aprendiendo a hacer las cosas y pues... se queda en eso”. Estuvo vinculado a varias empresas como jefe de estadística: “Yo trabajé en el DAS, en Adecia, en Avianca, en (...), una cafetería de (...), como Auditor viajero en Abeto tropical, y en la Eca. (...) Ahora se llama Fondo Aeronáutico Nacional, antes era ¡Ehhh (...)! Empresa Administradora de vuelo, una cosa así. ECA- Empresa Colombiana de Aeródromos”, “Yo era jefe de estadística, yo

manejaba la contabilidad de las empresas, ayudaba con eso... no tenía que manejar personal, todos trabajábamos en una oficina”.

Actualmente no trabaja, y pasa el tiempo en su casa, no tiene amigos porque relaciona el envejecer con la tranquilidad: “No, relativamente, me he aislado, ya con los años me entra la quietud, la paz. Y entonces ya la parranda, los amigos y toda la cosa ya he dejado. Ahora me la paso aquí en la casa”.

A pesar de haber trabajado nunca cotizo a pensión: “No. Yo nunca me pensione. Me descuidé en ese sentido, seguía aportando a salud (...), siempre se ha aportado para salud, pero nunca a la pensión (...), simplemente fui empleado y aporté. Después me hice el de la vista gorda. Entonces no hice ningún papel, incluso esa plata me la devolvieron; la que pagué de más, pero nunca me dieron pensión ni nada de eso”.

Sus recursos provienen del apoyo familiar, y refiere que estos le alcanzan para vivir porque no tiene en que gastar dinero: “ahorita yo no tengo nada. La familia me ayuda económicamente. Mis hermanas me ayudan con las cosas, por ejemplo, ella me ayuda mucho con las cosas de la casa y esas cosas, y mis otras hermanas también me mandan, es una vaina metódica y ya bailé. Aunque habiendo amigos hay trago (...), hay baile; y ya yo no estoy para estos trastes. Entonces “Me aislé”. Pero ahorita que paso aquí en la casa, no tengo en que gastar entonces me alcanza para todo”.

Está afiliado a Famisanar como cotizante gracias al apoyo de sus familiares, aunque alguna vez fue beneficiario: “Inicialmente fue en... Humana Vivir...y después, nos pasamos para Famisanar y ahí estamos...”, “Inicialmente fui beneficiario, pero vi que era mejor ser cotizante, y empecé a pagar, entonces ya, acordamos que yo entrara de cotizante. Y entonces, así he visitado muchas clínicas y entro y salgo, como pedro por su casa “Nada me cobran”. No tiene medicina prepagada, ni paga servicios médicos adicionales: “nosotros solo pagamos en Famisanar, no tenemos más médicos”.

Ha tenido inconvenientes con la asignación de citas, pero no con la entrega de medicamentos ni autorizaciones, a pesar de esto piensa que le ha ido bien con la EPS: “A mí me ha ido muy bien... las citas un poquito demoradas ¿Cierto? Pero (...), pero en general droga y todo muy bien”, “nunca he tenido problemas con eso. Es una rareza, que quede un pendiente y eso en dos, tres días va uno y los reclama, los que ya han llegaron, de resto todas las drogas las entregan.”

Respecto a su salud considera que es buena: “Pues Yo me siento bien, sólo que (...), pues (...) tuve un contratiempo y se me fue el sentido y tuvieron que internarme aquí, en la Clínica Palermo. Pero ahorita me siento bien”. De sus enfermedades hace referencia a una arritmia descrita recientemente y al EPOC: “Como infarto o no, propiamente no, pero sí estuve cerca. Una arritmia”, “Por fumar, yo fumaba, ahorita esporádicamente y eso tiene que estar haciendo mucho frio; y eso le pido a ella que me regale uno, jajajaja”.

Tiene conocimiento de los medicamentos que utiliza para manejar sus enfermedades, y se informa de los usos de estos: “Porque Yo aquí tengo un vademécum médico. Y me las tiro de Médico a ratos y, consulto ahí lo que me recetan”. Además de los medicamentos, tiene indicado el oxígeno desde hace 11 años: “Pues, desde que estuve en la San Ignacio... va a cumplir 11 años,

desde esa época tengo el oxígeno”. Inicialmente le fue indicado el uso de oxígeno 24 horas al día, pero en el momento solo lo tiene ordenado en la noche: “Inicialmente me pusieron las 24 horas y después me fueron rebajando, rebajando, rebajando, porque (...) ese aparatico que le ponen a uno aquí... Si, ese inicialmente marcaba 60- 70. Y ya después fui mejorando, ya he llegado 80, 85, 89. Porque lo normal es 90- 100. Entonces, ya me rebajaron, apenas únicamente es en la noche. Y ahorita me lo dejaron solo en las noches”.

Considera que el oxígeno le fue ordenado para ayudar a sus pulmones: “... Yo creo que es para eso... para limpiar los pulmones”. El oxígeno le es entregado en bala y no ha tenido inconvenientes con la entrega de este, además tiene una bala adicional que le es proporcionada por su sobrino: “No, muy cumplidos, mmm si se viene el carro me lo trae...”, “...no me cobran cuota moderadora”, “Yo llamo a un tipo 5- 6 de la tarde y, al otro día me llega. Y cuando veo que se está acercando a la línea roja, entonces ya es hora de llamar. Entonces llamo y al otro día me (...)”, “Él nos manda el oxígeno y nos llega aquí a la casa y no pagamos nada. Él nos ayuda mucho”. La disponibilidad del oxígeno hace que lo use de acuerdo con lo ordenado por el médico: “Pues la verdad no, a mí me dijeron que lo usara en la noche y en la noche lo uso, y como nos dan el oxígeno y no lo traen pues qué problema uno va a tener con eso”.

Entrevista N° 6

Ricardo es un hombre de 77 años, casado, procedente y residente en el área rural del municipio de Subachoque. Vive en una finca de su propiedad estrato dos: “esto es un lotecito de nuestra propiedad, aquí construimos la casa”, en compañía de su esposa un hijo y un sobrino de su esposa: “Aquí vivo con la señora y (...) un hijo y, un (...) sobrino de la señora”.

Tuvo cinco hijos, tres de las cuales viven en Bogotá y dos en el mismo municipio: “Hay tres que trabajan en Bogotá, (...), ellas trabajan en sus oficios, tienen varios trabajos y tienen sus familias, aquí hay uno que nos está acompañando; él trabaja en (...) digamos en (...), él es electricista, (...). Y él otro es (...), vive de la Agricultura, pero él vive en Subachoque”. Tiene buenas relaciones con ellos y se ven al menos una vez por semana: “Ellos vienen cada 8 días al lugar o (...), y ellos tienen vida allá, dependen de su trabajo una cosa y otra”.

Estudio hasta segunda primaria pues los padres de familia eran los encargados de pagar los profesores: “En ese tiempo era pecado que uno estudiara. Eso, eso no, se quejaban de pagar. También, como era difícil pa’ conseguir la plata. También, la plata como la iban a pagar”. Trabajo en las labores del campo desde niño: “En ese tiempo lo sacaban a trabajar “Puay” a los 8, 10 añitos”, “Yo trabajé en agricultura, en varios oficios: Sembraba papa, llevaba, aporcaba, fumigaba, sacaba zanahoria, puaya me convidaban a trabajar por un lado y otro”. Actualmente no se encuentra trabajando pues considera que la edad es un limitante para trabajar: “Yo ahoritica, ya por la edad, pues yo ya no (...), puay me la paso en la casa, pal’ un lado y eso (...), porque (...) ya no, ya por la edad, tampoco uno puede trabajar”. “Allá, al principio me ponían a hacer varios oficios: Fumigar, regar abono, hacer una cosa y otra. Después ya como me (...) ¡Puay! me pasaron a otro (...), al ver a ternar (...) al ternero a paladearlo, a darle leche. Y así hasta que, estuvieran grandes. Allá trabajé 26 años”. Sin embargo, tiene unos cultivos en compañía de su hijo: “pues

unos cultivos poquitos, en socia con él hijo”, “No, nosotros no tenemos animales, ya con eso se acabó”.

Sus ingresos económicos provienen de la pensión que recibe mensualmente, su esposa no trabaja: “Yo duré, 26 años trabajando en una empresa de la Toscana, que es la cuesta. Una de ganadería... De ahí me dieron el tris de pensión “. Refiere no ha recibido subsidios por parte del Estado: “Nada, no. A nosotros no nos han dado nada de eso”.

Lo que percibe económicamente no le alcanzan para vivir pues lo utiliza para pagar servicios y hacer el mercado: “Medio alcanza, porque como digamos, todo tan caro. Eso ahí medio me alcanza, no es que me (...), porque mensualmente hay que pagar aquí como \$120.000 pesos entre: Luz, gas, basura y qué más es (...) y agua y todo eso”, “Y el mercadito, porque todo está siempre caro. Y como a aquí no se cultiva toca todo comprarlo”.

Tiene buenas relaciones con sus vecinos, los considera sus amigos, y es conocido por ellos por los trabajos que ha desempeñado: “¡Claro! Aquí somos conocidos toda la Vereda. En la vereda a mí me distinguen todos, en el pueblo a mí me distinguen por un lado y otro. Porque como yo he sido trabajador desde pequeño, puaya el azadón, la misma agricultura, entonces todos esos lo conocen a uno, tanto el uno como el otro y así (...). Amigos”.

Siempre ha estado afiliado al sistema de salud como cotizante: “¡Uy! no se (...), lo menos algunos 15 años. Primero fue con (...) ...el... es que primero fue con (...), cuando Yo entré a trabajar estaba afiliado era a qué al Seguro Social. Y después del Seguro Social nos pasaron a Famisanar, porque como el Seguro Social fracasó (...). Entonces nos pasamos a Famisanar”. Aunque nunca ha tenido problemas con las citas en la EPS, si ha tenido algunos inconvenientes con la entrega de algunos medicamentos: “Pues es que, cuando el Doctor me la recetó no me las (...), no me las quisieron dar. Entonces tocó poner la tutela y entonces, con la Tutela sí se las dieron. Y ahorita, cuando quieren se las dan y cuando no, no se las dan”, “Hace dos veces ya, no me las han dado, que, porque no hay de eso, que ya se acabó, que no sé qué. Ahí sí, porque esas pastas son también autorizadas, nos tocó poner Tutela. Entonces ahorita (...). Hay veces que se las dan (...) que no hay, que no hay, que no han llegado; y que, no han llegado y no se las dan. Y las están negando, ya va dos veces que no se las han dado”.

Además de los inconvenientes con la entrega de medicamentos, su relato demuestra la existencia de barreras geográficas pues se desplazan hasta Bogotá para recibir la atención: “A nosotros nos atienden en el Rosal en Faca. Pero entonces no, no (...), poco nos gusta allá. Porque lo que pasa es que (...), en el Rosal no atienden (...), si atienden una emergencia, sí. Por consulta sí, pero ya. Y en Faca, es mucha la acumulación de gente, porque lo que (...) viene gente de por allá, de guadas de todo esa parte, entonces es mucha la acumulación que llega”, “Nos toca entrar a las 6 (...). Nos toca levantarnos a las 6 del mañana mínimo. Perdóneme, es que como ella se levanta a las 4 de la mañana, entonces hace el desayuno... Una hora. Una hora, al terminal. Al portal. Al portal de la 80. Y de allá unos 20 minutos (...) a la 48 a la 48 que es donde nosotros vamos.”, “En ese tiempo era pecado que uno estudiara. Eso, eso no, se quejaban de pagar. También, como era difícil pa’ conseguir la plata. También, la plata como la iban a pagar”.

No cuentan con servicios de salud complementarios, y cuando tienen algunas enfermedades recurren a la medicina tradicional, usan plantas que son cultivadas en casa: “Aun le tengo Fe a todas las aguas. Por ejemplo, nosotros tomamos mucho para cuando nos da la gripa, que nos enfermamos de los pulmones, así como pa’ él y eso de los pulmones “La papayuela””. Relaciona su salud con las enfermedades que padece: “Claro, si me siento delicado, de los pulmones y todo ese enredo (...), uno se siente delicado, ya no está lo mismo”. Refiere que sufre de hipertensión arterial y EPOC: “Pues yo, la tensión y todo eso (...), y la asfixia y (...). Entonces, ahora la espalda y todo eso”. Atribuye su enfermedad pulmonar al uso de fungicidas durante sus jornadas de trabajo, aunque fue fumador: “Pues, como uno (...) como el cuento, a veces como tantos fungicidas que uno usa, ha usado en una cosa y otra, de pronto sea eso; porque como dicen que los médicos, que es que, que fue el humo, que si cocina con leña. Pues, con leña se cocinaba en ese tiempo atrás. Diga usted que (...), 70 años. No había ningún gas, no había nada de eso. Sino apenas eche pal’ monte a traer su leña, cargar su leña, venga y échele candela; pues de ahí, depende el humo...”.

Para el tratamiento del EPOC está utilizando inhaladores, con los cuales se ha sentido bien: “Es muy bueno, ese fue lo (...), el más, me estabilizó el pulmón”. Asiste a controles tres veces al año, en compañía de su esposa quien además de tener conocimiento de sus enfermedades, realiza los trámites administrativos. Tiene indicado oxígeno desde hace diez años aproximadamente: “...Eso es lo más (...) que lo dieron el oxígeno. ¿Cómo algunos 12 años? Como unos 10 años no, menos. De 10 y 12 años”. Sabe que le fue indicado para ayudar al funcionamiento de su pulmón: “Por la vaina (...), por la vaina de los pulmones, el pulmón, porque como dicen que, el pulmón está algo acabado”.

El oxígeno le es entregado en concentrador y en bala en caso de no poder utilizar el concentrador, por ejemplo, cuando no hay suministro de energía: “En concentrador. Y la bala por la noche, cuando en caso de que se vaya la luz, entonces me pongo el de la bala “, “Digamos con la ola invernal, cada nada la quitan (...), cada nada la quitan. Si se salta la cañuela o la quitan por ratos.”

La bala de oxígeno la cambian cada tres meses, cuando esta se termina tiene que llamar para informar y así programar la entrega de la nueva bala, sin embargo, esta entrega depende del sector que tengan programado por lo cual se puede demorar hasta ocho días: “Por ahí a los 8 días, de tal día vamos. Ellos tienen su zona y por ejemplo, la zona, esta zona les toca el martes, entonces ellos llaman: “Tal día vamos con el oxígeno” “. Pagan una cuota moderada por este servicio: “...como si fuéramos por droga. La cuota moderadora”, “Por cada medicamento se tiene que pagar \$3000 pesos”.

Le indicaron usar el oxígeno 18 horas al día, sin embargo, solo lo usa en la noche dado que no permanece en la casa: “Al principio me tocaba 18 horas. Pero como a mí me ha tocado trabajar. Me toca ir a trabajar por allá, por el campo por un lado y otro. Pues entonces, pues Yo me estoy poniendo de 6 a 6”, “En la noche, sí. De 6 de la tarde a 6 de la mañana, digo. Porque como (...) en ese tiempo ya me toca irme a trabajar, ya me toca irme puaya pal’ campo a trabajar ¿Cómo me puedo poner oxígeno? Y así (...), he vivido cada nada”, “No pues (...). Porque como, digamos, sí no estoy aquí (...), como aquí (...). Y Yo ando “puaya”, entonces no me llevo...”, “Yo cada nada salgo por allá, por un lado y otro. Toca ir hasta los cultivos, mirar cómo van, ayudar al hijo, estar pendiente, entonces uno no permanece aquí...”. El uso del oxígeno en la noche también varía,

pues cuando no se dispone de energía ni de la bala de oxígeno no puede utilizarlo y entonces no puede usarlo: “El aguante, Jajaja”.

Entrevista N°7

Raquel es una mujer de 83 años, viuda, procedente y residente en el área rural de Chiquinquirá. Vive en una casa de su propiedad estrato dos, producto de una herencia familiar: “Es (...), la herencia que me tocó de mis padres. Sí, porque Yo solo hice una compra que le hice a mi papá, en otro lugarcito, en otro (...). A 10 minutos de la casa (...), de la casa donde estoy viviendo hoy, al lado le compré, a mi papá”. Vive sola, aunque tiene un hijo que vive cerca y la visita frecuentemente: “En esa casa hoy vivo, existo (...), sola. Sola, sola, me acompaña (...) un hijo que vive así (...) o está pendiente de mí, como decir: De aquí a la esquina”.

Tuvo diez hijos, dos de los cuales la acompañan y están pendiente de ella. Sus hijos están dedicados al comercio de ganado y la agricultura: “tres son comerciantes de Ganado; y los otros existen en Aguadas, dedicados a la Agricultura allá, no están cerca. Ninguno más, sólo Saúl, Danilo que es el que me trae acá, para que me cuiden y Miguel, pero Miguel es como locato. Porque es muy borracho. Y fíjese así, ese sí es un tormento”, “El me colabora y está pendiente, que si no vio (...) si no vio que Yo abrí las puertas, es porque estoy acostada, o que algo me pasó y está pendiente de mí”. Además de sus hijos, sus nueras la acompañan a las citas: “Danilo, me trae. Si, Él me trae acá y me deja acá y Doña Gloria es la responsable y allá otras nueras. Allá la otra nuera la (...), me lleva al Hospital, a donde sea a comprar, o algo. Según, si al caso, pero no se ha llegado el día tampoco”.

Estudio hasta tercero primaria, pero no termino porque sus padres no le permitieron continuar, sin embargo, aprendió las operaciones matemáticas básicas durante su trabajo: “Mi curso no (...), eso fue muy triste. Porque dígame que, eran las escuelas ahí cerquita de la casa. Y, como era el turno por la mañana y por la tarde. Eran los dos turnos. Y nos dejaban por ahí a la Semana Santa y nos sacaban, “Que eso para que estudiaban las mujeres”, “Para que no sé qué (...)”, “Las mujeres para que estudian”, será para “No sé cuántas” (...), era una vida triste para uno. Yo hice hasta tercero (...), primaria. Y no aprendí nada (...), pues aprendí si pero (...). Entonces Yo no aprendí: A restar, ni a sumar, ni (...); leer sí, el mismo año si, pero en agüita. Ya puse un negocio de leche, de vender algo en la tienda, puse una tiendita. Y compraba la leche, entonces (...) Yo para pagar la leche, contaba por botellas, cuánto vale una, cuánto vale 10 botellas; esas 10 suman las otras 10 “20” Hasta llegar a las 100 o a lo que fuera y entonces llegó un viejito que me vendía la leche y dijo: Rosa..., mire es aquí así, aquí así, aquí así se suma”. Miré a quien le dijeron: “Aprendí” con esa mera palabra. A sumar, ya Yo, no me dejaba enredar de nada”.

Trabajo como comerciante de leche: “Pues comprando. Y vendiéndola a los carros, al borde de la carretera. Sí, Yo principié así y así, fue mi vida”. Después tuvo una panadería: “Y ahí puse una panadería, ahí mismo en la casa. Yo hacía pan lo amasaba, dos bultos de harina semanal. Y vendía una cosa muy buena, pero, me enfermé”. Siempre ha estado dedicada a comercio de animales y víveres, y en el momento vende pollos en la plaza de mercado: “En la plaza siempre he trabajado. Incluso ahoritica, todavía los años que tengo, Yo compro mis pollos en la casa los acabo de desarrollar y, cuando voy allá en el pueblo, Yo llevo los vendo y, hago mi mercado de eeso”.

No está pensionada, sus recursos económicos provienen de la venta de pollos en la plaza de mercado y del arriendo de una finca: “Yo todavía; Yo me meto, “Yo qué hijuemadres”, si eso la plata no me alcanza pa’ nada”, “Yo ahoritica no más, porque la tierra la arrendé, eso se, está en arriendo (...). Yo, le arrendé a un nieto (...) ahí el chino me paga: un millón y medio cada año...”. Nunca ha recibido subsidios por parte del Estado: “No tal vez Yo (...) no, por parte del Estado yo no tengo un subsidio, de nada, de nada, de nada...”.

Se encuentra afiliada a Famisanar como beneficiaria de su hijo desde hace 10 años, antes no tenía ningún tipo de seguro: “El seguro. Si esa es la única afiliación que tengo, pero porque ella me la dio, o si no Yo no conocía nada”. Refiere le ha ido bien con la EPS: “bendito sea mi Dios, pero me ha ido muy bien”, “en nada, “Ni han”, ni siquiera el SISBEN no lo tenía”. No realiza ningún trámite administrativo con la EPS, porque todo lo hace su nuera: “Como Yo no las pido, doña Gloria sabrá qué hacer con Yo” “ella es la que hace todo”. Asiste a controles cada 3 meses, aunque estuvo suspendida por 3 meses debido a no pago de la seguridad social: “A control (...) cada (...), cada 3 meses. Cada 3 meses me toca los controles”, “(...) Yo no sé, no habían cancelado eso y, no había vuelto por eso”.

Refiere ha tenido algunas cirugías y también sufre de EPOC: “Sufría (...) primero fue la vesícula. Después, primero (...), la primera enfermedad me principió de 55 años, cuando se calló la matriz...”, “En los riñones y, una hernia no me la quise dejar operar y me tiene toda buchona”, “El pulmón (...), desgastado. Eso me da mucha asfixia, no puedo caminar largo, largo, lejos; si no así”. Relaciona el EPOC con los cambios de temperatura, aunque reconoce la exposición a biomasa: “El tema del pulmón, me dicen que fue por haber cocinado con leña. Con leña ¿No? pero, toda la vida ha sido la profesión...”, “Yo cocino con leña, Yo no puedo cocinar con gases y esos. No me gusta.”.

Está utilizando los inhaladores que le dan en la EPS y el oxígeno: “Los mismos que me dan acá, Yo no toy’ usando más medicamentos particulares”. Refiere que el oxígeno sirve para el funcionamiento del pulmón y los inhaladores para mejorar su sintomatología: “Yo creo que por el desgaste del pulmón. Sí, porque cuando me da esa asfixia, tomo el inhalador (...). Y me (...), me calmo”. Tiene indicado el oxígeno desde que inició su enfermedad pulmonar: “El oxígeno (...). ¿Cuánto? (...) como 8 años, ¿No? (...). Lo que hace que me enfermé (...). 10 años”.

Le entregan el oxígeno en concentrador y esto ha aumentado el consumo de energía: “eso aumenta, porque se (...), cuando no tenía eso se pagaba la (...), el mínimo. Ahoritica llega por 70, 80, 50 cuando me lo pongo constante, constante; llega hasta por 80.000 mil pesos, lo más que ha llegado es por 80.000 pesos”, “En el recibo de la luz que llega (...), que llega más costoso por la cosa del oxígeno, sí”.

Lo tiene indicado 18 horas al día, pero lo usa en la noche: “Eso es de por vida. ¿Al día? Como 18 horas. Puay’ en el día (...) mejor dicho, a las 5 de la mañana, me levanto a las 7 y de 7 (...), salgo por ahí a las 2 de la tarde o 4 de la tarde, cuando se pone a hacer frío me lo coloco y eso es toda la noche”, “Yo sí, pero constante (...). Si de 7 a 11 de la noche y, de 4 de la mañana a 7 de la mañana”.

Dentro de su relato atribuye el no uso de oxígeno a la necesidad de salir de casa: “¿Y, ¿cómo? Entonces, no podría salir a ningún lado...”. Sin embargo, sabe que cuando no lo usa, se siente mal: “Suponiendo hoy no me (...) no lo uso, o de pronto por la noche tampoco. Entonces, al otro día permanezco es como “Una gallina tonta” “, “Me da desvanecimiento, desaliento en los huesos. Como esto “Que camina uno como borracho”, eso es lo que siento”.

Entrevista N°8

Dolores es una mujer de 88 años procedente de San Bernardo, Cundinamarca y residente en Bogotá desde hace 68 años. Vive en una casa de su propiedad estrato dos, ubicada en la localidad de San Cristóbal: “nos salió un (...), un lote por allá en el Montebello que es más arribita del 20. Y “Antón” ahí compró un (...), un lote que nos vendieron. Y lo compró con unas monedas que él tenía. Un ahorro que tenía. Sí (...), él tenía ahorrito ahí, unas monedas y dijo: ¿Con esto me puede alcanzar? Y le dije (...) Y ahí compró eso ahí. El terreno (...), y empezó poco a poco, poco a poco (...). Se empezó a construir (...)”.

Vive en compañía de su esposo, una hija y dos nitos: “Otra hija y dos nietos”. Tuvo siete hijos: “El mayor (...), el mayor lo mató un carro. Pero, hace mucho tiempo. Y quedó el resto, que son 6. 4 mujeres y 3 hombres. Hay otro hombre que tiene casas (...), casas también”. Tiene buenas relaciones con sus hijos, quienes la acompañan a sus controles: “Sí, ellos van a la casa. Ellos (...). Allá vive un hijo que se había ido y volvió otra vez. Ahí si vuelven llorando (...)”, “ellas que son las hijas mías. Me traen (...) ellas nos traen en el carrito. Es que, él hijo es conductor. Y el otro (...), el mayor, él trabajó. Él tuvo una empresa de máquinas planas (...). Y ellas han trabajado es, cosiendo (...)”, “allá tengo otra hija (...). Allá hay otra hija que, ella es la que me ayuda y nos cocina. Ella es la que cocina, lava (...), todo”.

Con estos trabajos puedo sacar adelante a sus hijos: “Sí (...), todas ellas aprendieron a trabajar (...) todas vendían, vendíamos en los pueblos. Por allá, vendíamos el churruto ese que hacíamos. Lo que ellos (...). Sí, lo que él. O sea, antes de casarnos y todo, Ellos salían, aquí todos los hijos salieron a vender”.

Curso hasta primero primaria por decisión de su padre: “Yo estudios no tuve; sino que, mi papá me había puesto como un año no más en una escuela; y después, dijo que, que uno ya no necesitaba. Que necesitaba era que, tuviera una casa” “Apenas estaba en primera, en la primera cartilla, en primero. Y me sacó mi papá”.

Inició su vida laboral trabajando como empleada doméstica: “Entonces, por ahí me la pasaba así trabajando en las casas”, “me vine a trabajar en casas de familia”. Posteriormente trabajo como vendedora ambulante: “Acá después, Yo me conseguía a él (...), nos conocimos aquí en Bogotá y después nos unimos y ya (...), e hicimos la vida ahí con él. Pero trabajábamos con (...), trabajábamos con queso y bocadillo en la calle (...) con venta ambulante”. “No, esos se conseguían para vender. Se vendían por pedacitos. Nosotros comprábamos y luego vendíamos en la calle. Y, después (...), hacíamos (...). Él se inventó el pastel relleno. Un churruto que se hacía relleno y se vendía (...). Se vendía en la calle”, “Cuando no vendíamos eso, vendíamos (...), antiguamente

vendíamos piña. En la calle, piña pelada y tajada. Eso era en el Parque Nacional, por allá en la Calle 11, con la 18”.

Actualmente, en un día normal: “Yo ayudo, por allá salgo a la calle, a traer el almuerzo. A traer la comida. A pagar los recibos, a muchas cosas (...). y después me pongo a muñequear con uno y otro. Los bisnietos...”.

Nunca cotizo a pensión: “No, porque trabajábamos independiente (...), puede ser. Porque, en ese (...), el tiempo pasado era distinto a ahorita. Sí, claro (...). Sí, claro. Muy distinto”, “No (...), uno cometió errores y por eso no cotizó para pensión”.

Sus recursos económicos provienen de: “Ahí no tenemos sino (...), hay como 3 apartamentos para arrendar. Y de eso vivimos. Del arriendo”, y refiere estos le alcanzan para vivir: “¿Para vivir? (...). Sí, para (...), eso nunca nos falta gracias a Dios; porque, en realidad yo conocí la palabra de Dios y Él, es el que me ayuda a mí. y nunca le ha faltado. Porque, yo era ciega. No conocía nada. Era nada (...) nada”. Nunca ha recibido subsidios por parte del Estado.

Está afiliada a Famisanar como beneficiaria de su esposo, la cual es pagada con los recursos que le generan los arriendos: “Nosotros lo pagamos (...), de los arriendos”. Refieren no han tenido inconvenientes con la solicitud de citas, la autorización de procedimientos o la entrega de medicamentos. No cuentan con otros servicios médicos: “nosotros solo venimos aquí, no se paga nada más”. Asiste a sus controles cada tres meses en compañía de sus hijas: “Aquí mis hijas. Ella o ella (...) ...Yo siempre ando con ellas”.

Hace referencia a sus enfermedades: “la que más me molesta (...). la rodilla que, eso (...) yo no sé, de hace mucho tiempo me molestaba la rodilla. Y mantenía era inflamada la rodilla. Y una vez, que me pegué un “Cuerazo”; porque, me subí como allá (...), como dos ladrillos. Y, “Enton” (...). No lo vi. Yo no sé, fui a poner la pa’ (...), el pie en el ladrillo, a bajarme y fui a poner el pie en el ladrillo; y, me fui allá (...). Entonces, se me molestó la pierna (...), la rodilla”. Refiere estar usando un medicamento usado para tratar el colesterol y vitaminas, además que el último inhalador entregado le ha servido mucho: “Los inhaladores poco (...), me ha servido es el último que me han dado” eso sí me ha (...); esta niña me ha ayudado; porque, como cuando se le (...) los cauchos, me los han cambiado. Sí. Myriam nos colabora muchísimo. Ella me consigue los cauchos (...). Los lleva (...), los cambia”.

Además, tiene indicado el uso de oxígeno: “El Doctor sí me había dicho, el Doctor que tenía que (...), el Doctor me había dicho que tenía que usarlo en el día. En el día también. Pero Yo sólo lo uso sino de noche”. Cree que el oxígeno le ayuda para el funcionamiento pulmonar: “Pues (...), para ayudar el pulmón será...”. Paga cuota moderadora por la entrega del oxígeno: “A mí me toca pagar cada tres meses. Allá me toca pagar cada 3 meses. \$10.000 pesos”.

El oxígeno le es entregado en bala y concentrador: “En la bala y una maquinita. En la que tengo allá”, pero siempre lo usa en concentrador. a pesar de ello solo lo utiliza en la noche: “Sí (...), el oxígeno no (...), Yo me lo pongo casi todas las noches”, “O a veces, hasta media noche (...), me lo quito”. No lo utiliza porque: “Porque yo le dije al Doctor que (...) que si iba (...), que entonces como hacía Yo oficio (...), que si me lo daban en el día: ¿Cómo iba yo a hacer oficio?” “No (...),

tocaba correrlo pa' lado y lado, y no (...). Me dijeron que le pusieran una manguera gran (...), larga; pero, a mí no me gustó (...)"

Entrevista N°9

Alejandro es un hombre de 70 años, abogado, procedente y residente en Bogotá. Vive en chapinero alto en un apartamento de su propiedad estrato cuatro. Vive solo, es separado, tuvo seis hijos, uno de los cuales falleció por EPOC: "El mayor murió, él tuvo un problema igual al mío. Un problema respiratorio", otra de sus hijas esta fuera del país, otro hijo es tecnólogo, dos de sus hijas está terminando de estudiar. Tiene buenas relaciones con sus hijos "Nosotros tenemos buenas relaciones, nos hablamos y todo".

Estudio derecho, dos especializaciones y una maestría: "Yo estudié (...). Hice una especialización en la Universidad Nacional sobre Ciencias Penales y Penitenciarias. Luego hice otra especialización en el Externado sobre, Derecho Civil y de Familia. Y luego hice una maestría en Criminología en el Externado". Siempre ha trabajado como abogado independiente, nunca ha estado vinculado a una empresa: "Yo siempre he trabajado como independiente". Actualmente se encuentra trabajando, aunque los trabajos que tiene no son lo que espera: "Pero no hay casi trabajo, no hay casi trabajo porque eso no ya, esto está, pero mal. Como la mayoría de las profesiones. ¿No? Eso no, esto está, muy mal. Todo está, muy mal", "Ejerciendo, sí. Ejerciendo, pero eso ya está. ¡Ehh!, ya no hay nada qué hacer. Eso está (...), en un lado está desprestigiada la profesión, y está desprestigiado todo: Las Cortes, todo. Eso es una corrupción por todos lados que ya, ya casi da es pena decir que uno es Abogado. Por la forma como está esto, dígame".

Nunca cotizo a pensión, y no cuenta con otra fuente de recursos económicos aparte de sus honorarios: "nunca cotice por eso le toca a uno bregar a defenderse porque (...). ", "Yo no tengo más que este apartamento, pero arriendos no tengo. Y vivo de los procesos que llevo", "De mi trabajo. De lo que trabajo ganó para vivir". Refiere que los ingresos que tiene no le alcanzan para llevar la vida que quiere: "NOOOO, Jajaja. La vida que uno quiere no la puede llevar, eso es muy difícil. Escasamente, medio (...), medio sobrevive uno. Y más ahora como le comento que está tan difícil. Entonces peor. Entonces por ahí, le toca a uno defenderse con (...), con poquitos centavos".

Está afiliado a Famisanar como cotizante desde hace 10 años, aunque alguna vez fue beneficiario de su hijo: "Antes estuve, como beneficiario de un hijo, un tiempo. Pero (...), no mucho, no mucho tiempo. Y después, entonces dije no, pues toca cotizar. Y comencé a pagar". Cuenta con otro servicio de atención médica a domicilio, pero casi no lo usa porque no ha tenido buenas experiencias con el servicio: "...la estoy pagando hace, hace poco (...), que los hijos me aconsejaron ¿No?, que tenerlo. Más que todo como un recurso, para en caso de que (...) se (...) se agrave uno ¿No? Porque he tenido la experiencia y los he consultado dos veces, eso no ha servido pa' nada..."

Con Famisanar ha tenido inconvenientes con la autorización del concentrador portátil, a pesar de haber sido autorizado por la Neumóloga: "Pues, ¡Ehh!, hay veces se demoran mucho para

autorizar los productos. ¿Sí? Y por ejemplo a mí me ordenaron el concentrador portátil, y me lo han demorado. Hace más de un año me lo ordenaron y no me han dado nada”. Considera que estos inconvenientes están asociados a la ausencia de relaciones con funcionarios de la EPS: “Yo no tengo ninguna palanca allá. Jajaja. Porque aquí desafortunadamente todo es así, ¿No? Todo se mueve. Uno ve que, hay gente que realmente no (...), podría fácilmente comprar un aparato de esos; y no, y lo tiene que se lo han dado. Pero a uno no”. Además, ha tenido inconvenientes con las citas: “Como me atendió a otra. Me puso cita que a los tres meses y que la pidiera. Entonces, aquí para pedir una cita. Y ahora quién sabe si me la darán con ella, o no me la darán. Porque como, figura es otra persona que me la autorizó. Todo eso es un lío, eso aquí, no. Ustedes están por dentro, pero uno que está por fuera. Es el que tiene que padecerlas todas”. Y con las filas a pesar de ser preferenciales:” comenzando porque uno va allá y le dan una preferencial y demora hora y media ¿Sí?, le dan la ficha esa, cuando va uno a solicitar, llego allá y bueno. Entonces como le dan a uno el (...) qué la (...). ¡Ehh! El turno, exactamente. Entonces eso de preferencial eso pura paja esa vaina; va uno a reclamar los productos, lo mismo ¡Eso no!”.

Además, refiere ha tenido malas experiencias con el Sistema de Salud, en especial con los tiempos de espera en los servicios de urgencias: “Yo le tengo pavor a las urgencias porque, ya las he padecido. Y uno llega a la urgencia y se le fue el día o la noche y no lo atienden ¿Sí?, tiene que aguantarse todo. Pues ya me pasó, una vez tuve una (...), una hemorragia nasal. Que me duró varios días hasta que dije: Tengo que ir al médico porque así, ya no puedo más. Me fui de aquí como a las 10:30 y llegué a las 11 ahí al (...), al Hospital aquí (...) el (...). San Ignacio. Pues como tengo mi problema del Epoc, inmediatamente oxígeno, en un pasillo, donde tenía que estar todo encogido porque no se puede uno ni estirar porque (...) Eso la cantidad de gente parecía un mar (...) una manifestación, a todo momento. Donde, no había baños, donde me sentaban a un señor que se estaba muriendo ahí al lado, a vomitar. Y me atendieron a las 5 de la tarde para valorarme; y me dijo: Eso, toca que lo vea el Otorrino, que no sé qué. ¡Ehh! ya ahorita, en media horita lo llaman. A las 9:30 de la noche me llamaron. Para que me fuera para otro consultorio en otra parte del edificio, a que me cauterizaran”.

En cuanto a su salud, le asigna un valor intermedio en una escala numérica de uno a cinco y la condiciona a sus enfermedades: “...sobre cinco pongámole un tres y medio, más o menos porque me ha estado molestando la próstata y (...) ...”. Tiene EPOC y relaciona su enfermedad a la exposición al haber fumador y ser fumador pasivo: “Pues me dicen que por el fumar ¿No? No fui un fumador empedernido, pero fumé. Eso, por un lado. Y otra, otra que sí me (...), Yo veo que fue la que más me fregó y es que, en una oficina que tuve ahí (...) ¡Ehh!, contigua había otra oficina donde (...), compartíamos pues. Y un Agrónomo, que ese sí era una chimenea a toda hora. Por supuesto eso era humo permanente. Y eso, Yo creo que fue lo que más me afectó”, “... pues mi problema del Epoc Yo procuro sobrellevarlo ¿No?, Ya uno dice (...) Sobretudo que, como tengo el problema, no tengo el tal concentrador ese. Y necesito estar saliendo. ¿Qué hago? No me puedo sentar acá a colocarme el oxígeno porque me friego. Sí, sobre todo pues que cada día me voy a (...), me voy a (...) incapacitar más. Porque en la medida que lo use más, más me apego a él. Eso es apenas elemental. Entonces ahí me toca estar bregando a no usarlo demasiado, aunque lo tengo ordenado, mínimo 18 horas; pero, procuro no usarlo así porque sino me friego. Necesito irme a un viaje, imagínese usted. Me voy a un viaje, y si Yo estoy acostumbrado a todos los días a estar pegado a eso, pues no lo puedo hacer o corro el riesgo de que, por allá me quede”.

Está utilizando inhaladores para el manejo de los síntomas de su enfermedad: “Ahorita como tenía el Olodaterol; pero el Olodaterol, lo quitaron, lo suspendieron. Pero sacaron uno que entonces tiene los dos: El Olodaterol y el Tiozin”. Le indicaron el uso de oxígeno desde hace diez años: “Eso si ya tengo, ya más de 10 años”. El oxígeno le es entregado en concentrador, y tiene recomendado usar el oxígeno 24 horas al día: “al principio eran más o menos, las 12 horas así. Pero entonces, en la medida que el mal (...), el mal como que va avanzando. Pues me ha ido subiendo a mí”. A pesar de esto, lo usa en la noche y en el día cuando está en casa: “Pues yo lo uso 12 horas más o menos, en la noche me lo pongo y cuando estoy aquí en el apartamento, me lo pongo en las tardes”, “En las noches sí y, a veces en el día. Depende cómo me sienta ¿No?, depende cómo me sienta”. Refiere que sus principales limitantes para usar el oxígeno es no contar con un concentrador portátil y que esto es un riesgo para él: “...Yo necesito estar viajando ¿No? En razón de mi profesión; por ejemplo, tengo un asunto por allá en Villavo, a mí me toca salir a Villavo. Entonces uno sale así sin nada, pero es un riesgo. Es un riesgo. Pero me ha tocado porque, qué más”. Además, en la casa si lo usa, pero cuando se siente enfermo: “si comienzo a sentir mucha fatiga Yo lo uso, por prevención. Por prevención lo uso, no lo puedo ocultar”, “no tengo más problemas que la máquina del oxígeno”.

A pesar de ser abogado no ha acudido a ningún recurso legal es consciente de las demoras de los procesos legales: “Pues ya le comenté cuál es el problema que tengo ahora, si me dieran el aparato ese, pues me favorecería mucho ¿Si? Porque entonces ya, pues lo carga uno y pues es una seguridad que le da. Pero así (...). Y no, ni me he puesto a pensar en tutela ni nada porque sé que eso, es otro lío. Es otra demora, demora y puede salir la tutela a favor y siguen tomando del pelo. Eso”.

Entrevista N°10

Pablo es un hombre de 84 años procedente de Ramiriquí, Boyacá, residente en Bogotá desde hace 69 años. Vive en Suba en una casa de su propiedad estrato cuatro, en compañía de su esposa y una hija. Tuvo cinco hijos profesionales con los cuales tiene buenas relaciones: “Aquí viene todos los días, a ver por nosotros”.

Curso hasta segunda primaria como consecuencia de la infraestructura del país: “...Mire, en mil novecientos en la época que a mí me tocó. Sí, el país, hablo del país. Yo que nací en el 33...En el 33 el país era muy pobre, era un país muy pobre, todavía veníamos de, de la Colonia, todavía es decir no (...). Tan así que, Bogotá era tan pequeño...”, “...Yo quise estudiar. Me atoré unos años (...), pero unos años muy malitos, porque me tocó con unas profesoras no (...), no muy buenas y (...). ¡Ehh! Y bueno (...) lo que aprendí prácticamente, en el último año”.

Inició su vida laboral en Bogotá como una forma de ayudar a su familia: “Entonces en ese tiempo, mi madre quedó muy joven viuda. Pues eso era muy duro, era muy duro...Entonces pasaban los años y Yo veía pues que mi madre necesitaba una ayuda... Y como yo tenía aquí familia, o sea mis tíos (...). Maternos sí...Yo llegué aquí a Bogotá, entonces, ellos tenían sus negocios”, “Entonces llegué yo (...) ya no estaba allá, porque ellos tenían varios negocios, tenían unas confiterías, las confiterías que hay en los teatros hoy en día (...) ...a mí me tocaba (...); es decir ¡Ehh! (...), un trabajito duro (...) porque me tocaba ahí, casi hacer todo en la fábrica, comprar

los elementos, los artículos ¡Ehh! (...) colaborar con personal que había; y luego procesar, hacer, fabricar, luego ir a llevar los pedidos, los de los (...) había y comprar, ir a cobrar y todo eso me tocaba a mí”, ...Entonces en marzo de 1951, creo que fue el primero de marzo de 1951, inauguraron un Teatro...se llamaba el Teatro Cid Carrera 9 Calle 24..., Me fui a trabajar y ahí trabajé como 17 o 18 años. Administrando y también (...), ahí me tocaban ventas”.

Después de renunciar al trabajo, tuvo dos negocios como independiente: “...el primer negocio que conseguí, que fue en la carrera 9na con calle 22, abrí una cafetería. Y entonces tuve que llevar a mi mujer allá, a ayudar a atender, teníamos unas personas que nos ayudaban...”, “(...) me puse y lo que busqué (...), busqué un local (...) puse un local y puse un Almacén de vidrios. Con empleados y todo, pero en ese Almacén, tampoco me fue muy bien, Y “me metí a transporte (...) ...Transporte, servicio público, colectivo. Acá en Bogotá. Sí Y ahí me puse a trabajar, luché. Pues sí, por ahí me dañaron carros, pero salía (...) salía (...) no me gustaba mucho, pero (...), pero era una época muy buena porque, el Transporte nunca es malo (...)”.

No cotizo a pensión porque desconocía que podía hacerlo: “...Yo no descansaba (...) no tenía descanso ningún día. No tenía descanso ni domingos, ni semana Santa; me tocaba todos los santos días, todos los santos días. En ese tiempo las leyes no eran lo que es hoy. Las leyes es decir (...) de (...) por ejemplo: De la cuestión del trabajo, pues no, no, no (...); es decir ni siquiera se conocían, existían algunas leyes, pero no las daban a conocer. Eran los errores más graves que se cometían...”, “No, no salí pensionado, porque realmente pues ¡Ehh! (...) imagínese con 17 y 18 años trabajando”. Sus recursos económicos provienen de su familia: “No ahorita ingresos (...) mire (...) los hijos me ayudan con las cosas de la casa”.

Actualmente pasa la mayor parte del tiempo en su casa y acudir al médico: “Todos los días a ir al médico. Jajajaja. Sí, Jajaja; porque estamos con especialistas que, si no es el uno y el otro y si no es médicos, hay que hacer terapias.”, “Mis amigos fueron muy poquitos, ¿Por qué? Porque (...) Yo no fui muy ¡Amm! (...) Pues, es que hay amigos de amigos. Hay amigos buenos, hay amigos regulares, hay amigos que los (...) únicamente de allá, retiraditos y (...) ver (...) verdaderos amigos, primero el de allá: Dios, es el amigo más verdadero del mundo Jajaja; y segundo, ya los amigos ¡Ehh!, ¿No? (...), aquellos que son buenos amigos que uno ve que uno los puede tratar, porque hasta en eso uno tiene que tener cuidado “, “Yo pertenezco a una Iglesia. Vamos a la Iglesia, el domingo nos confesamos (...)”.

Está vinculado a Famisanar como beneficiario de sus hijos: “Empecé como cotizante. Yo empecé como cotizante al principio, pero como tenemos hijos que trabajan ¿Sí? Entonces ellos ya nos tienen afiliados”. Refiere le ha ido bien con la EPS: “... Yo cada que me voy de acá, específicamente cada que me voy de acá a cumplir una cita, a sacar una cita. Yo me encomiendo a Dios digo: “Señor, dame tu bendición ¿Sí? y ayúdame señor para todo lo que tengo que voy a hacer pues, que me lleve buena gente, que nos atienden, personas correctas (...)”.

Además de la EPS, tiene servicio médico complementario, pero no la utilizan: “... Nosotros tenemos Emermédica (...) ¿Sí? Pero no, no le tenemos así mucha, mucha porque (...)”. “Si. Como una opción digamos (...) ya que tarde en la noche que esto y lo otro. Pocón, pocón la utilizamos (...). Pocón, pocón”. “Si Yo pues sí, le tengo más confianza a Cafam y no me pesa en decirlo; y no me pesa Jajaja (...) si porque para qué. Y vuelvo y digo: Somos personas agradecidas...”.

Hace referencia a las enfermedades que ha tenido: "... enfermedades lo que primero a mí me diagnosticaron fue una úlcera... duodenal, eso sí me dio que hacer, bastante, bastante. Pero en ese tiempo lo que pasa es que yo no me cuidaba mucho con mis alimentos, era desordenado, fumaba mucho, me estrese demasiado, entonces pues ahí, me molesto mucho. Entonces me cuide con la alimentación, y ya. También he tenido otras cosas, pero ya bobadas", "pues la verdad le digo doctora, yo nunca he sentido que me sienta el aire... ahogo, me dijeron que tenía el problema del pulmón". Relaciona el EPOC al haber fumado: "pues la verdad yo fumaba mucho, era desordenado cuando trabajaba, el afán de cumplir me afanaba mucho".

Le indicaron oxígeno hace cuatro años porque la saturación es baja: "me dieron el oxígeno hace como cuatro años. Mi oxígeno es muy bajo me marca hasta 84, por eso me lo mandaron". Le entregaron el oxígeno en concentrador y en bala: "a mí me entregan el concentrador, y me dan una bala, pero esa nunca la utilizo, esa se lo dan a uno en caso de que se vaya la luz", y le indicaron usar el oxígeno 16 horas al día: "me dijeron que lo usara 16 horas diarias, pero yo no lo uso 16 horas, lo uso en la noche y en el día, los uso 13 o 14 horas diarias. Como norma en la noche, por tarde a las 6 o 7 de la noche ya me conecto. Y a cuando hago mis ejercicios acá, me oxigeno antes de hacer los ejercicios. Esa es la cuestión del oxígeno, además tengo el indacaterol, eso me ayuda mucho". Refiere no lo usa por la manguera: "lo que me molesta es que me marca el oxígeno, la manguera me marca. A veces".

Entrevista N°11

Carlos es un hombre de 75 años procedente de Pacho-Cundinamarca y residente en Bogotá desde hace cuarenta años. Vive en la localidad de Tunjuelito en una casa de su propiedad estratificada, en compañía de su hijo y su esposa. Su hijo trabaja como guarda de seguridad y vive en compañía de ellos con buenas relaciones: "...Las relaciones con él son muy buenas, él nos colabora mucho a los dos, siempre está pendiente como él vive aquí con nosotros..."

Curso hasta segundo primaria por la situación económica de su familia y la infraestructura educativa en el país: "Hasta segundo; y eso, no alcancé a segundo. Éramos muy pobres y no teníamos nada. Pero, gracias a Dios después sí. Después de que nos vinimos de allá del pueblo, ya traté de superarme poco a poco. Ahí, sin estudiar; si no, por ahí me valía de los demás. O me daba por poner cuidado y aprendí a sumar, multiplicar...", "... no había sino una escuela en un, en un, un corregimiento. Entonces, no había sino una escuela y había hartos niños (...) Entonces, para evitar problemas. Entonces, un día los niños y otro día las niñas. Entonces, estudiábamos sólo tres días a la semana".

Trabajo como agricultor, vigilante, soldador y ayudante en Bavaria: "Cuando nos vinimos de Pacho, nos fuimos fue pal' campo a sembrar papa", "Cuando estábamos en Funza. Cuando nos vinimos era básicamente de papero "Como lo llamaban" (...) A la Agricultura. Y ahí, duré como unos tres, cuatro años y me vine a trabajar aquí a Bogotá. Pero, en varias, varias (...) Una vez me vine a trabajar en vigilancia, otro día me vine a volear canasta de Bavaria en ese tiempo. A volear canasta de Bavaria", "Yo era soldador. Y ahí, fue cuando me encontré con la señora y nos vinimos y (...) Compramos aquí".

Se retiró de la última empresa en la que trabajó, y luego trabajó como independiente en el transporte de mercancías: “... Y después, me salí de ahí porque estaba muy cansado Ya. Y, me fui a trabajar a Manuelita. Compré un carrito y me fui a trabajar a Manuelita (...) Eso es a Azúcar Manuelita. Allá duré 12 años”, “Tenía un carrito y cargaba mercancía para hacer repartos. Y ahí duré 12 años y después; cuando ya salí pensionado me retiré”. Actualmente no se encuentra trabajando, pasa la mayor parte de su tiempo en la casa y ocasionalmente visita a sus familiares: “En la casa me pongo a cacharrear, a pintar, a arreglar”, “Por ahí, vamos a donde la familia. A Funza por ejemplo o vamos a Fusagasugá donde una hermana que vive allá y nos vamos pa’ ya. Y un hermano que vive en Mesitas; también, nos vamos para allá a veces”.

Sus recursos económicos provienen de su pensión y de la ayuda familiar que recibe de su esposa y su hijo, refiere que estos recursos le alcanzan para llevar la vida que quiere: “pues mi esposa también esta pensionada por Carulla”, “ahí compartimos el sueldo con ella. El chino nos ayuda también a pagar los servicios, nos ayuda para hacer una vuelta. Pues, nos colaboramos ahí”. Nunca ha recibido subsidios por parte del Estado.

Está afiliado a Cafam- Famisanar como cotizante, aunque inicialmente estuvo en el Seguro Social y tras su liquidación se afiliaron a Famisanar: “Después fue el Seguro Social. Ahhh, no. Sí, desde que se terminó el Seguro Social sí. Y, después cuando ella salió pensionada nos afiliamos a Cafam”. Refiere que le ha ido bien con la EPS, aunque ha tenido inconvenientes con la solicitud de citas médicas y con los tramites que se hacen para la solicitud de estas: “Muy bien. Muy bien. Yo estoy muy agradecido con Famisanar, muy agradecido. Muy buena. Para qué (...) Yo vivo muy agradecido con Famisanar. Porque, me ha atendido muy bien y me ha dado buenos médicos. Y; para qué, ahí las citas si es tremendo para sacar las citas. Muy demorada. Y eso uno va, con las citas que no hay agenda. Que una cosa y es tremendo...”, “... Primero cuando uno llamaba allá a Famisanar le devolvían la llamada o rápido estaban personalmente ahí escuchando o participando en la llamada. Decían: “Sí tal día”; tal, se puede venir, no se puede venir (...) Hoy en día, es una máquina contestadora. Es mejor ir y no poner la máquina. Todo el día con la máquina contestadora...”.

No cuenta con servicios médicos complementarios, pero recurren a servicio particular en algunas ocasiones: “Por ahí, a veces cuando las gripas que le dan a uno tan graves (...) Tenemos un médico de cabecera. Por arriba, un doctor en los Molinos. Y ese señor lo trata tan (...) Yo no sé cómo. Unos 35 años. Y allá nos vamos nosotros cuando se dan esas gripas (...) tremendo. Y allá nos atiende. Y uno, para ir al seguro con (...) No, no vale la pena. Y él, él nos da la droga. A él toca pagarle de todas maneras; pero (...) Pero, para uno ir al seguro por una cita por una gripa, no paga. No paga. No, no dan sino un acetaminofén o le dan un jarabe ahí (...) En cambio, el médico le da a uno una droga buena. Así, después se la pague (...) Del resto Cafam no más”.

Al hablar de sus enfermedades, hace referencia a su cáncer de próstata y el tratamiento que recibió, su problema coronario y el EPOC: “Yo sufro del pulmón, pero no siento nada y Yo duermo bien. ¡Claro! Con oxígeno. Yo duermo bien, y no siento nada mejor dicho”. Asocia su problema pulmonar a la exposición al humo de cigarrillo y su contacto con la soldadura: “... ¡Yo fumé!. Pero, yo no era tan enviciado. Por ahí, cuando yo estaba tomando en esa época. Pues, uno se tomaba la cerveza, que el cigarrillo que es el Piel Roja, el Marlboro (...) El licor Monte Real. Pero

Yo lo dejé hace como unos (...) ...como unos 25 años hace que dejé el cigarrillo. Pues, yo creo que el problema fue la soldadura. Pues, porque me tocaba soldar y ponerme la careta. Entonces, todo ese humo que se mete por debajo de la careta. Pues, entonces (...) no se ponía uno tapabocas, ni nada. Entonces, me dio eso también”.

Tiene indicado los inhaladores para el manejo del EPOC, sin embargo, no los usa porque siente que no los necesita: “Sí me formularon; pero, Yo como no los usaba. Pero para qué si uno no los necesita, para qué. Entonces, Yo le dije a la doctora que me los suspendiera. Pero, para qué”. Además, tiene indicado el oxígeno desde hace dos años, refiere porque para ayudar a su oxigenación: “una Doctora que (...) Perdón, me dijo que era que no tenía oxígeno en la cabeza. Era para la cabeza; porque, no tenía... no me oxigenaba bien la cabeza, el cerebro. Me dijo: La gente que tiene oxígeno es para los pulmones. Pero Yo, con eso no. Pero, que para la cabeza. Que Yo tenía oxígeno para la cabeza. Que lo estaba urgiendo para la cabeza. Eso fue lo que dijo él a última hora”. El oxígeno le es entregado en concentrador y en bala: “... ¡Ehh! en concentrador. Y ahí, me tengo la bala para cuando se vaya la luz; entonces, me lo pongo. (...). Osea me entregan ambas cosas: La bala cuando se va la luz y ese cuadradito cuando normal se enchufa”.

Paga cuota moderadora por la entrega de su oxígeno, y esté le es llevado hasta su casa: “Cuando se termine (...) Cuando hay una emergencia que Yo tenga que ocupar la bala; entonces, yo llamo a la gente e inmediatamente me lo mandan”. Tiene indicado usar el oxígeno doce horas: “Primero 8 horas. Y después 10, 11, hasta 12 horas ahí me lo pongo. No, no, no, no más 11 horas lo normal”, y refiere lo usa como se lo indicaron: “12, lo mismo. 12 o 11 horas no más. Mejor dicho, yo me acuerdo con el oxígeno, me levanto y me lo quito. De 11 a 12 horas”.

Entrevista N°12

Gloria es una mujer de 68 años, viuda, residente en la localidad San Cristobal en una casa de su propiedad estrato dos: “un tris de casa que construimos cuando mi marido vivía”. Vive en compañía de su hija y sus nietos: “...vivo con una hija, y pues con los nietos, los hijos de ella”. Tuvo tres hijos, que se encuentran activos laboralmente y tiene buenas relaciones con ella: “Pues el uno trabaja por allá en una empresa de... (...) construcción y esas cosas, la otra también trabaja y yo le cuido los hijos, a ella es la que le cuidos los hijos, yo se los recojo del colegio y les doy su almuercito y pasan conmigo hasta que ella llega. El otro vive en una finca en Madrid, por allá esta con la familia”, “yo me hablo con ellos, ellos me ayudan mucho, me ayudan con los servicios, el mercadito y todo”.

Curso hasta segundo primaria pues nunca recibió apoyo de su familia: “yo hice hasta segundo primaria, era que en ese tiempo no se estudiaba casi y pues uno tenía que empezar a trabajar temprano. Los papas de uno no le gustaban que uno estudiara, tocaba era ponerse a trabajar”. Cuando era soltera estuvo vinculada a la vida laboral en oficios generales, pero cuando se casó se dedicó al hogar: “pues cuando joven... (...) yo trabaje en una casa de familia, después me case y él era el que trabajaba y yo criaba”.

Actualmente, está dedicada al hogar, le ayuda a su hija con algunas responsabilidades de sus hijos: “pues yo me levanto temprano como a las 4, pongo a hacer el almuercito para que la hija

lleve, y el desayuno. Después levanto los nietos, los apuré porque ellos entran antecitos de las 7, entonces les doy el desayuno y los acompaño al colegio..., como queda cerquita entonces..., me devuelvo para la casa a terminar de arreglar y ya ellos se devuelven solitos, y yo les tengo su almuercito, y después a estar pendiente de que hagan las tareas, porque la mama llega en la noche, y que tal..., llegar bien cansada a ponerse a hacer las tareas con ellos”. No tiene amigos: “no a mi casi no me queda tiempo para eso. Por ahí uno se habla con las vecinas, pero el saludo no más...”

Nunca cotizo a pensión refiere porque no trabajo, sus ingresos económicos provienen de la ayuda familiar: “La que vive conmigo me ayuda con lo de la casa, el mercadito y los servicios, y yo le recibo los niños, le tengo su comidita. El otro hijo de vez en cuando me ayuda también, pero es que a él le toca más pesado porque como paga arriendo... entonces casi no le alcanza”. Refiere que estos ingresos le alcanzan para llevar la vida que quiere: “Pues no me falta nada, la comida la tengo, y arriendo no pago”. Nunca ha recibido subsidios por parte del Estado.

Se encuentra afiliada a Famisanar como beneficiaria de su hija: “la hija me tiene afiliada, a ella le descuentan de lo que gana”. Refiere que le ha ido bien con la EPS y no ha tenido inconvenientes con las citas, ni medicamentos ni autorizaciones: “A mí me ha ido muy bien, yo vengo a las citas y me dan los medicamentos, pa’ que pero me ha ido bien”, “a mí me dan las citas y yo me vengo antecitos pa que me atiendan antes”, “pues como a uno le dan la orden, entonces uno va al laboratorio y allá le toman los exámenes, yo no he tenido problemas”. No cuenta con seguros adicionales.

Asiste a controles cada tres meses, asiste sola. Relaciona su salud con las enfermedades que padece: “Buena, yo me siento bien con lo que me han dado, yo me tomo lo que me dan”.

Hace referencia al EPOC y la hipertensión arterial que padece: “...yo sufro de la tensión y del pulmón”. Refiere que el EPOC está relacionado al haber sido fumadora pasiva: “Pues...yo creo porque mi marido fumaba, él con el que apagaba prendía otro, y dígame que uno ahí en la casa comiéndose todo ese humo... Como no le iba a dañar a uno los pulmones”. Está usando sus medicamentos antihipertensivos y sus inhaladores, además tiene indicado el uso de oxígeno desde hace 4 años: “como al menos unos 4 años? (...). Eso fue recién me dijeron que tenía lo del pulmón, yo creo que como 4 años”, refiere le explicaron para ayudarle al pulmón: “Pues como le dijera, a mí me lo dieron... (...) como que para ayudar al pulmón o algo así”.

Le entregan el oxígeno en concentrador:” a mí me dan la maquinita”, le cobran cuota moderadora, pero no sabe el valor porque el valor lo paga la hija: “eso cobran, pero mi hija es la que paga, yo no sé cuánto será”. Le indicaron que tenía que usarlo doce horas al día: “la doctora me dijo que me lo tenía que poner 12 horas, por la noche y en el día”, sin embargo solo está usando en antes de dormir: “la verdad...yo me lo pongo un ratito en la noche, antes de dormirme, y a veces en la tarde mientras reposo el almuerzo”, refiere por el ruido que produce el equipo: “porque esa máquina hace mucho ruido y no deja dormir”, “eso es un ruido toda la noche, que uno no puede ni dormir”.

“Yo piso aquí en el apartamento, voy al baño y cosas de esas y me fatigo. Ya me fatigo, Yo tiendo la cama. Duro más o menos en tender la cama. (...) me demoro más o menos unos 15 a 20

minutos. Me fatigo mucho. Yo de qué más le cuento (...) por decir Yo uso medias, si quiere toque medias”.

Entrevista N°13

Gustavo es un hombre de 68 años procedente de Bogotá, residente en la localidad de Chapinero. Vive en compañía de su esposa en un apartamento arrendado estrato cuatro, propiedad de su familia, “no es realmente mío, es de los (...) es del núcleo familiar de los seis hermanos... Entonces le damos el usufructo, o sea le pagamos un arriendo a mi mamá, etc... “. Tuvo dos hijos y una hija de su esposa actual que considera como propia: “Yo si tengo uno antes de haberme casado la primera vez; dos, con la persona que me casé la primera vez y (...) esos son los hijos digamos, ¡Ehh! (...), míos. Y, por parte de mi esposa, ella ya tiene una hija, que también pues ¡Ehh! cuando empecé a vivir con ella estaba muy chiquita, ya está grande, ya tiene ¡Ehh! (...) hijas, ya soy abuelastro...”.

Sus hijos son profesionales y tiene buenas relaciones con ellos, aunque no los visita con frecuencia: “Mi hijo estudio Ingeniería de Sistemas, ... Mi hija, se dedica a escribir, hace unos libros personalizados, para niños (...) ... ¡Ahhh! y el mayor es biólogo (...) ...”, “Yo nunca he sido muyyy (...) ¡Ehh! (...) apegado a los (...) a los núcleos familiares (...) pues digamos, soy el que me relegué un poquito a la familia. No asisto mucho a sus fiestas, y cosas de esas. No porque no haya roses y cosas de esas, nos vamos muy bien todos. Sino que Yo soy un poquito separado en ese tipo de esas cosas, no soy muy, muy amigo de visitas y de (...) de (...), de la visita a familiares y cosas de esas (...) ¿Ve? Pero sí hay un contacto (...). Si, no permanente, pero si, si hay contacto”.

Estudio administración de empresas, pero se dedicó a la programación de computadores: “Yo estudié Administración de Empresas (...) ¡Ehh! (...). Me dediqué después con los años, con el tiempo me (...) me llegó la (...) la goma de los computadores...”. Siempre ha trabajado como independiente: “Yo nunca fui (...), fui empleado ¡Ahhh!”.

Nunca cotizo a pensión refiere porque no era común hacerlo y además contaba con los recursos suficientes para cubrir los gastos en Salud: “Nunca, nunca es que no se sabe, realmente en ese tiempo que uno tenía medio los medios, los hijos míos nacieron en clínica particular común y corriente. Era normal, Yo nací en clínica particular común y corriente. Mi familia pues (...) se podía, Yo pude en ese tiempo (...). Entonces no se utilizaba. (Tos)... uno no pensaba uno mucho en eso (...). Pero ¡Ehh! (...) ya se empezó la salud a subir (...) salirse de los (...) de las capacidades de las personas (...). Así fuera uno estrato pudiente, llamémoslo así ¡Ehh! (...) ya los costos de médicos se estaban encareciendo tremendamente ¿Ve? Entonces ya la clase media digamos, digamos la clase media los (...) nosotros, en ese entonces se podía cubrir la salud y eso ¿Ve? No se pensaba en pensión...”.

Sus ingresos provienen de los honorarios que recibe por llevar la parte contable de un negocio que pertenece a su esposa actual y por la programación de computadores: “Mis ingresos son de mi trabajo con los computadores y del trabajo que hago con (...), mi señora que tiene su negocio y Yo le colaboro a ella en la parte Administrativa, en la parte de Contabilidad, es eso. Entonces ella

me reconoce algo” Refiere que los recursos económicos que tienen le alcanzan para llevar la vida que quiere porque no asiste a reunión ni visita: “...Yo no soy, ni de visitas, ni cosas de esas, ni soy amiguero, desde hace mucho tiempo ¿No? y mi señora es así medio waa (...) entonces nos hemos acostumbrado a eso ¿Ve?, a veces salimos generalmente a (...) los sábados o algo así (...) no los domingos, los domingos muy rara vez o un festivo muy rara vez...”.

Está afiliado a Famisanar como cotizante desde hace 15 años, antes pagaba sus servicios médicos de forma particular: “Más o menos el 2000, Yo me afilié era a Cafam (...)”, “Yo aporto solo salud como mínimo, salario mínimo, porque de verdad no puedo más. Son noventa y pico mil de pesos que pago mensualmente (...)”. No cuenta con servicios médicos complementarios. Refiere ha tenido inconvenientes con las citas médicas: “...lo único que me he quejado siempre de Cafam, son las (...), sobre todo hoy en día son las (...) las colas para las citas...Yo diría que las dos, porque uno llama (...) uno por internet o por teléfono o como sea, no hay agenda (...) la especialista que es la realmente la que tengo hoy en día”. Además, hace referencia a la infraestructura de los lugares donde solicita las citas médicas: “en el sótano ahí sí, (...) la ventilación es mala. Entonces uno se fatiga (...)”. También refiere que ha tenido inconvenientes con la entrega de medicamentos: “Generalmente ya me ha pasado muchas veces o varias veces, no muchas, sino varias, que no hay la drogas (...) entonces “Pendientes” (...) entonces el pendiente, le dejan a uno un teléfono que nunca contestan...”.

En cuanto a sus enfermedades, habla de su hiperplasia prostática y su EPOC: “...pues lo otro es lo próstata, pues ya normal en cierta manera (...) ...”. Relaciona la EPOC al haber fumado desde la adolescencia: “... Yo empecé a fumar como a los (...) 12 años (...). Tenía 12 años, me envié ya con el cigarrillo de que ya tenía que fumar a los 15 ya mínimo uno, dos, tres cigarrillos a esa edad. A los 18 ya fumaba un paquete ya en la Universidad (...) ya me fumaba casi un paquete o (...) no sé; ya como a los veinte picos ya (...), ya me fumaba dos paquetes y ahí fumé muchos años dos paquetes...”.

Este tomado medicamento y usando inhaladores para el tratamiento de sus enfermedades: “...Los broncodilatadores, ¡Ehh! el Esomeprazol para la gastritis, tiendo a tener gastritis, eso sí ya llevo varios años con eso y el de la próstata”. Le indicaron usar el oxígeno desde hace diez años, pero no lo usaba: “Eso ya lleva que (...) por lo menos, esos 10 años. 10 años más o menos diría Yo. Pero Yo mismo sentía que no necesita el oxígeno. ¿Ve? O sea, no sentía la (...) la ¡Ehh! (...) la necesidad de usar oxígeno. Entonces lo evitaba, lo evitaba y caminaba, Yo salía a la 7 subía la 7 (Ak), pero llegaba. O iba a la tienda y cosas así. Mmm con el tiempo ya empecé a, necesitar el oxígeno, Yo mismo empecé a usarlo. ¡Sí? y con el tiempo, empecé a dormir con oxígeno, y hoy en día pues ya uso mucho oxígeno ya”

Le entregaron el oxígeno en concentrador y atribuye la indicación a la dificultad para proporcionar el oxígeno necesario: “Yo me lo imagino, Yo sé que es una droga (...) Y me lo habrán dicho, no sé, es una droga. Por eso hay unos ciertos litros que uno debe consumir, precisamente porque uno no está, no está ¡Ehh! recibiendo oxígeno, como debe ser”.

Le indicaron usar el oxígeno 24 horas al día y aunque sabe que lo necesita: “Yo piso aquí en el apartamento, voy al baño y cosas de esas y me fatigo. Ya me fatigo, Yo tiendo la cama. Duro más o menos en tender la cama. (...) me demoro más o menos unos 15 a 20 minutos. Me fatigo mucho”.

no lo usa porque tiene que salir de casa a trabajar: “Por teoría, me ponen 24 horas. Me ponen 24 horas. No lo uso 24 horas, porque generalmente en las mañanas salgo a trabajar ¿Ve?”.

Entrevista N°14

Segundo es un hombre de 81 años procedente del departamento de Boyacá y residente en Bogotá desde hace 70 años. Vive en la localidad de Engativá, en una casa de su propiedad estrato tres. Vive en compañía de su esposa y sus hijos que aún están solteros: “Yo vivo en mi grupo. Somos la señora (...). Y dos hijos. Si, ellos viven aquí. Están solteros”, refiere tiene buenas relaciones con ellos.

No termino el bachillerato, pero realizo cursos complementarios: “Yo hice la primaria y parte de bachillerato, no más. Y los cursos que hice allá en la Javeriana, pero fue de idiomas. Y otros cursos que hice fuera de (...) por ejemplo la contabilidad”. Al llegar a Bogotá trabajo en la fabricación de ladrillos, en carpintería, y como acolito: “Como hacer que ladrillos y Yo qué voy a saber de eso (...)”, “En carpintería, estuve trabajando en una cigarrería, estuve trabajando como acolito (...). Y vaya (...) estuve más que todo con los sacerdotes, y Yo no sé por qué”. Después empezó a trabajar como técnico en Ingeominas de donde salió pensionado: “...Yo entré en 1968. Hace 50 años. Entré a Ingeominas sí, allá duré 25 años y me pensionaron y ya llevo 25 años pensionado...”.

Actualmente, trabaja como independiente realizando trabajos en geología: “...salí pensionado, pero Yo construí esto, para seguir trabajando en lo mismo (...) de que (...) me iba yendo, lo más de bien”. Pasa la mayoría del tiempo en su casa, aunque sale de casa a misa los domingos: “Yo la mayoría me la pasó acá. Me pongo a leer y escribir y (...) Acá me la paso trabajando”, “Yo voy los domingos a misa. Y de resto acá. Haciendo mi trabajo o leyendo el periódico y oyendo música y viendo la televisión”. Sus ingresos provienen de su pensión, sus honorarios, los arriendos y aportes familiares: “Y tengo arrendado todo el primer piso”. Nunca ha recibido subsidios por parte del Estado.

Está afiliado a Cafam como cotizante desde 1996, aunque antes estaba vinculado a Cajanal: “Desde que se formó Famisanar, en el 96 desde ahí (...) porque a mí me atendía Cajanal, como Cajanal se acabó, entonces Cajanal se acabó. ¡Ehh! Cajanal nos afilió a una empresa de médicos, que se llamaba “Castillo Asociados”,”. Refiere no ha tenido ningún inconveniente con los servicios de la EPS: “a mí me han atendido (...) Me ha ido muy bien. Sí, sí. Yo me siento satisfecho, que me han atendido (...) ...”. No cuenta con servicios médicos adicionales y asiste a controles cada tres meses, sin ningún acompañante.

Al hablar de sus enfermedades, hace referencia a su problema pulmonar, el hipotiroidismo, la hiperplasia prostática, la apnea del sueño y su dislipidemia y las relaciona con los medicamentos que está utilizando: “...en la historia clínica. Que Yo tengo, ¿Cómo es que se llama la enfermedad de (...)? me están dando Levitiroxina, ... La Doxazosina, Lovastatina. Esa Lovastatina, me figura para la (...) colesterol y triglicéridos”. Relaciona la EPOC con el uso del cigarrillo: “Si, Yo fumaba. Pero había dejado de fumar (...) Pero en todo caso el humo me afectó...”

Para el tratamiento de su EPOC recibe un inhalador: “Uno solo “Bromuro” Y una vez que me dio una tos y me tocó ir de urgencias”. Tiene indicado el oxígeno desde hace seis años, y le es entregado en concentrador y en bala, sin embargo, solo usa la bala debido a los incrementos en el recibo de energía: “...hace tiempos que no lo utilizo. Eso consume mucha energía, eso sale caro tenerlo”. No le cobran cuota moderadora: “Es que, precisamente eso es lo bueno, este (...) No me cobran nada. Porque dicen “No deben pagar nada su empresa EPS le cubre todo” Eso, por un lado, le descuentan hartísima plata ahí de la mesada”. Lo usa en la noche: “me dijeron que lo usara en la noche, en la noche, yo lo uso en la noche como me dijeron”.