

CREACIÓN DEL COMPLEJO MÉDICO HABITACIONAL GERIÁTRICO
LAS ORQUIDEAS EN FUSAGASUGA

JORGE OBELIO ARIAS MORENO

HELBER EDUARDO RIOS GIL

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

Facultad de Postgrados

BOGOTÁ D.C. Julio de 2018

CREACIÓN DEL COMPLEJO MÉDICO HABITACIONAL GERIÁTRICO
LAS ORQUÍDEAS EN FUSAGASUGA

Autores:

JORGE OBELIO ARIAS MORENO

HELBER EDUARDO RIOS GIL

Tutor investigativo:

Dra. Patricia Hernández B.

Trabajo de grado, para optar al título de Especialistas en Gerencia y Mercadeo

UNIVERSIDAD LA GRAN COLOMBIA

Facultad de Postgrados

BOGOTÁ D.C. Julio de 2018

TABLA DE CONTENIDO

1. TÍTULO.....	8
2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	8
2.1 SUBLÍNEA DE INVESTIGACIÓN.....	8
3. ANTECEDENTES.....	10
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
4.1 PREGUNTA PROBLEMA.....	16
5. HIPÓTESIS.....	17
6. OBJETIVOS.....	18
6.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
7. JUSTIFICACIÓN.....	19
8. MARCOS REFERENCIALES.....	21
8.1 MARCO TEÓRICO.....	21
8.1.1 ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ.....	21
8.1.2 ESTRUCTURA DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO.....	22
8.1.3 DESCRIPCIÓN INTEGRACIÓN ARQUITECTÓNICA Y SOCIAL.....	26
8.1.4 ANÁLISIS HOLÍSTICO DEL PLAN DE MERCADEO.....	34
8.2 MARCO CONCEPTUAL.....	37
8.3 MARCO HISTÓRICO.....	44
8.4 MARCO JURÍDICO.....	47
9. DISEÑO METODOLÓGICO.....	50

10. RESULTADOS.....	53
10.1 ESTUDIO SOCIODEMOGRAFICO.....	53
10.2 PROPUESTA ARQUITECTONICA Y SOCIAL DEL CENTRO GERIATRICO.....	53
10.3 ESTRATEGIA HOLÍSTICA DE MERCADEO.....	53
11. CONCLUSIONES.....	54
12. BIBLIOGRAFÍA.....	55

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Proyecciones y estimaciones de población 1985-2020.....	23
Tabla 2. Estructura demográfica, Fusagasugá 2005-2017 y 2020.....	25
Tabla 3. Clasificación del adulto mayor en Colombia.....	46

INDICE DE GRÁFICAS

Figura 1. Población colombiana adulto mayor.....	14
Figura 2. Estructura de población por edad y sexo.....	22
Figura 3. Fórmula MHR	27

INDICE DE IMÁGENES

Imagen 1. Localización proyectada complejo médico habitacional geriátrico Las Orquídeas.....	29
Imagen 2. Proyecto de equipamiento hospitalario en la localidad de Kennedy, en el barrio Bavaria, Bogotá Colombia.....	30
Imagen 3. Ejemplo ilustración de pasillo interno de la clínica del complejo geriátrico Las Orquídeas	31
Imagen 4. Ejemplo de ilustración de la sala de urgencias del complejo médico Las Orquídeas.....	31
Imagen 5. Ejemplo de ilustración de consultorios del complejo médico Las Orquídeas.....	32
Imagen 6. Ejemplo de implantación arquitectónica.....	33
Imagen 7. Ejemplo piscina terapéutica complejo geriátrico Las Orquídeas.....	34
Imagen 8. Complejo Alcácer Do Sal Residences.....	44
Imagen 9. Residencia Geriátrica del grupo ORPEA.....	45
Imagen 10. Geriátrico Santa Rita.....	46

1. TÍTULO: CREACIÓN DEL COMPLEJO MÉDICO HABITACIONAL GERIÁTRICO LAS ORQUÍDEAS EN FUSAGASUGÁ

2. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: GESTIÓN SOCIAL Y SOLIDARIA

La propuesta se basará en la línea de investigación de Gestión Social y Solidaria, la cual se soporta en cuatro componentes, los cuales son: los problemas sociales y solidarios; los principios éticos de la economía solidaria; el sistema solidario y el referente jurídico y constitucional. Estos componentes a su vez encuentran su función ética y solidaria en la justicia, la libertad, la igualdad, la democracia, el bienestar, la productividad y la competitividad. Lo cual lleva a buscar la mejor manera de promover la creación de un complejo médico habitacional especializado en geriatría, donde el factor principal sea lo social en pro de la tercera edad en Colombia, siendo la igualdad y el bienestar los pilares principales de la investigación y por ende del proyecto a plantear.

Además, para el proceso de la investigación se tendrán en cuenta diferentes factores bajo una línea de tiempo que pueda mostrar el proceso de cambio que han tenido durante varias épocas los centros geriátricos tanto a nivel internacional como nacional, ayudando a soportar la propuesta de la creación de un espacio que otorgue y brinde todas las comodidades a la población de la tercera edad en Colombia donde se convierta en una alternativa de primer nivel de morada en el último ciclo de vida de esta población en nuestro país.

2.1 SUBLÍNEA DE INVESTIGACIÓN: estrategia empresarial

El núcleo problémico como sublínea de investigación a emplear en la propuesta se desarrollará bajo una estrategia empresarial que siempre esté a favor de los clientes, en este caso será la población de la tercera edad en Colombia, que se complemente con valores, una misión clara y una visión real, medible y objetiva, donde el valor al cliente se da en la integración de espacios y servicios óptimos especializados en geriatría acompañados de innovación con una nueva puesta de centros de estas características que brinde una opción de hábitat con calidad, diferente,

especializada y con mezclas de valores sociales. Para la gestión de la estrategia empresarial de esta propuesta se determinarán tres pasos primordiales en su generación, las cuales se enfocan en:

- Determinar dónde estamos: se analizará factores internos y externos de la propuesta bajo una matriz DOFA
- Determinar cómo llegar al objetivo general: mediante un plan estratégico.
- Determinar a dónde queremos llegar: se establecerá una misión, visión, valores y objetivos, a nivel de la propuesta y de la unidad de negocio.

3. ANTECEDENTES

La longevidad es una etapa evolutiva del ser humano la cual tiene varias dimensiones; la biológica afectando la salud física y la mental, donde la psicología juega un papel importante en la ayuda a los cambios cognitivos y de función emocional.

Por otra parte, en la sociedad existe la tendencia a darle importancia a la belleza exterior, a nuestra apariencia física y al hecho de mantenernos jóvenes, pero esto no lo asociamos con el aspecto de la ancianidad como sabiduría y experiencia, hecho importante y de gran relevancia en la antigüedad, donde en la antigua Grecia y Roma, el pensamiento del anciano era tomado como palabra clave y un hecho a la verdad, siendo éste mismo el ser más sabio de ese entonces, hoy en día es todo lo contrario, un gran número de personas desprecian ese pensamiento y no le dan importancia a este etapa de nuestra vida.

Mientras tanto, la ancianidad en Colombia representa el segmento de mayor crecimiento en la población, aunque cabe anotar, que este aumento de población longeva es un efecto mundial, y en consecuencia, es notorio ver que acuda cada vez más personas a un servicio de urgencias. Como lo menciona el diagnóstico de los adultos mayores de Colombia de la Fundación Saldarriaga Concha (2.008), el ingreso de una persona adulta mayor a una consulta médica representa un 15% de la totalidad de citas de este modo y casi un 50% del ingreso a cuidados intensivos.

A su vez, el hecho que los ancianos presenten características que los diferencian de otros grupos de personas, ha sido el punto de partida del tipo de atención que se le ha dado desde la antigüedad. Generalizando en una línea del tiempo en Colombia, a partir del siglo XIX, ha sido la iglesia quien toma las riendas en el cuidado de los ancianos, siendo los claustros religiosos aquellos centros de habitación y atención médica, donde se les prestaba salvaguarda, siendo dicha época marcada por enfermedades patológicas y crónicas que hicieran que la esperanza de vida no fuera tan prolongada. Siguiendo con esta línea del tiempo, para inicios del siglo XX, la iglesia mantiene su posición en el cuidado del anciano, pero siendo las religiosas quienes tomaron esas riendas en los mismos claustros o en conventos que adecuaban para la atención de los adultos mayores de la época. Con el transcurrir del siglo XX, a partir de los años 60, la esperanza de vida comienza un elevado crecimiento, esto ligado a los avances médicos, donde enfermedades que la antigüedad no tenían cura, para este tiempo se empezaron a ver estos logros; en Colombia se mantiene la

hegemonía religiosa en pro de la atención al anciano pero ya con la creación de escuelas especializadas en Gerontología que hacen que se creen y den inicio los hogares de retiro o ancianatos.

Así mismo, no es difícil entender que el primer hospital fundado en Santa Fe (Hospital San Pedro), fundado en 1564 por el primer arzobispo de la ciudad Fray Juan de los Barrios, hubiese sido al mismo tiempo asilo de ancianos, pues entonces, como inclusive a veces ahora, en los hospitales se recluía por igual a enfermos y ancianos.

Por otro lado, haciendo una retrospectiva en nuestra línea del tiempo, la gerontología en Colombia parte desde la época colonial, donde surgen grupos religiosos orientados al trabajo en pro de la vejez, la cual se consideraba como una condición de enfermedad y pobreza.

Sin embargo, en la década de los 60 empiezan a surgir organizaciones fundamentales en principios de tipo solidario y de apoyo mutuo con el propósito de reivindicar derechos económicos y de atención de la salud de las personas mayores, dichas asociaciones mutuarías se han ido transformando hacia la forma de asociaciones de pensionados que aún hoy perviven, tales como la Asociación de Jubilados del Litoral del Atlántico y la Federación de Pensionados de Colombia.

Más aún, en la última década del siglo XX, aumenta el interés por la salud física, mental y longevidad del adulto mayor, por ello organizan diferentes eventos en el campo de la gerontología, entre los cuales se pueden mencionar: seminario de Ciclo Vital, Educación y Envejecimiento (1.993), (MANRIQUEZ, 1993) promovido por el Centro de Psicología Gerontológica de la Universidad Javeriana y la Universidad Pedagógica Nacional; evento en que participaron los profesionales alemanes Úrsula Lehr y Hans Thomae, pioneros de la investigación longitudinal del envejecimiento de la Universidad Nacional y también la Asociación Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores RIAAM.

Mientras tanto, En Colombia existe la Asociación de Gerontología y Geriátrica, la cual por medio de su revista que lleva el mismo nombre, forma parte del medio de comunicación de estos centros de hogares de retiro. Cuenta con una estructura administrativa que incluye editores, comité editorial y comité científico. Esta revista promueve el encuentro entre diferentes disciplinas y personas para la construcción, intercambio y difusión de conocimientos en torno a la vejez y el envejecimiento especialmente en América Latina y el Caribe.

En conclusión, se puede notar que en Colombia existe un interés por la integridad física y mental del adulto mayor, que la problemática no es ajena a las instituciones de salud encargadas de ellos, dicho interés concuerda con la presente propuesta. De esta manera se confirma la importancia de la misma, ya que se demuestra que el adulto mayor cuando no tiene una familia o cuidador que se haga cargo de él, debe estar en un centro especializado que cuente con personal idóneo para su atención.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Teniendo en cuenta el aumento poblacional del adulto mayor y la necesidad que ellos estén bajo el cuidado de un centro geriátrico, se hace necesario diseñar un complejo médico habitacional cuyo diseño sea diferente a los tradicionales “ancianatos”, el cual se basa en adecuar cada espacio según las necesidades de dicha población, haciendo un análisis objetivo de la realidad.

Otro rasgo importante, es que la expectativa de vida ha aumentado en los últimos 50 años. Si antes se consideraba anciana a una persona de 60 años, hoy en día se encuentran personas de más de setenta años totalmente independientes, activos y vitales. Una mejor calidad de vida, los avances médicos y un mejor control sanitario hacen que la longevidad aumente año tras año, por ello es necesario ofrecerles un centro que haga posible esto.

Según Salgado (2013) “el número de personas mayores de 65 años en el mundo se duplicará hasta 14% en los próximos 30 años, aumentando de 506 millones en la actualidad a 1.400 millones en 2040. Incluso, la tasa de personas mayores superará a la de niños menores de cinco años”.

Por otro lado, el descenso en la tasa de fecundidad y el aumento migratorio, es un efecto que de cierta manera está afectando a la region del Sumapaz y en especial al municipio de Fusagasugá, ya que en la actualidad el municipio cuenta con alrededor de 39 centros geriátricos, los cuales albergan un promedio de 35 abuelos, en su gran mayoría pensionados y migrantes en su totalidad de otras ciudades, especialmente Bogotá.

Por otra parte, en las últimas tres décadas la figura de la persona mayor pasó de ser algo respetado y valorado, a una figura dejada al margen. El culto a la juventud, a la competencia, a la innovación, llevó a los mayores a la sombra.

Como resultado del censo (2.005), realizado por el DANE, 1.365 adultos mayores viven y se distribuyen en estos centros sin tener en cuenta aún el número de abuelos que pueden ser visitantes de día, 10.543 adultos mayores residen en Fusagasugá, donde 9.178 de ellos pueden contar con casa propia o cuidados especiales y que no necesitan de un geriátrico para vivir, estos personajes podrán llegar a suplirce en un gran número del centro médico planteado y de sus diversas actividades.

De ahí que, al plantear un proyecto de estas características, cabe la posibilidad de abrir las miradas a otros municipios que de cierta forma pueden llegar a tener un número importante de adultos mayores. siendo inferior a Fusagasugá; ejemplo claro el municipio de Anapoima, el cual cuenta con 15 centros geriátricos establecidos y por cada uno un promedio de 20 abuelos, pero con la salvedad que la gran mayoría de ellos cuentan con planes ya establecidos en el cuidado del adulto mayor con el plan “Proyecto Boutique De Retiro”.

Además, el incremento porcentual de la población general en nuestro país es de un 1.9% promedio anual durante los periodos de 1990 a 2003, la población adulta mayor tiene un aumento anual del 4% donde Bogotá alberga un 9% de la totalidad de población de la tercera edad y en casos más puntuales mayores de los 90 años de edad; esto como referencia a su cercanía con el municipio de Fusagasugá, lleva a que el traslado habitacional sea en mayor número que en otras partes del país. (Fig. 1).

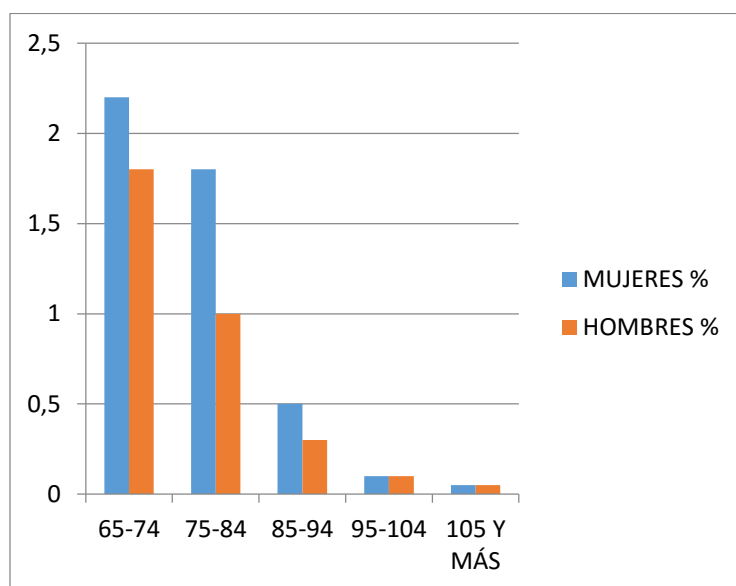


Fig.1 Población colombiana adulto mayor

Información tomada del DANE Fuente: Elaboración propia

Mientras tanto, uno de los aspectos a tener en cuenta en la propuesta del presente proyecto es la falta de equipamientos médicos especializados en la atención del adulto mayor; haciendo referencia al municipio de Fusagasugá, éste cuenta con un solo hospital de nivel III (Hospital San Rafael), el cual basa su cobertura no solo al municipio, sino que también extiende su atención a

municipios aledaños, y una clínica para atención particular (Clínica Belén), cuya cobertura es más puntual, ya que solo aplica su atención a usuarios que hacen parte de entidades de medicina prepagada, esto llega a ser insuficiente cada día más donde este tipo de población va en aumento.

Así mismo, a medida que pasan los años, el hogar convencional deja de ser funcional para un adulto mayor, ya que los riesgos aumentan y es preferible evitar a tiempo un posible accidente, a cambio de tener que asumir con el resultado de un descuido.

Es así que, el complejo médico habitacional geriátrico propuesto, debe estar planteado para el bienestar de una persona cuando envejece y más sí está en abandono, ya que es importante garantizar que se mantengan ocupados y socialmente rodeados, logrando una interacción activa y que su cuidado esté dado por personas idóneas. Esta es una decisión personal, que se puede fomentar cuando se les permite ser autónomos y decidir querer estar en este tipo de establecimientos de atención especial para el adulto mayor.

Así, por ejemplo, en la actualidad, España es uno de las naciones que presentan modelos de complejos médicos habitacionales idóneos para personas adultas mayores. Sin embargo, en Colombia existen iniciativas para la promoción de proyectos similares, pero no han superado el umbral dado para una propuesta, manteniendo la carencia relacionada con establecimientos diseñados para seres de la tercera edad.

Se infiere que, la creación del complejo es promisorio para el adulto mayor, donde éstas personas organizan su propio hogar, logrando que esa última morada sea atractiva y completa. Se olvidan de pagar servicios, impuestos, limpieza, lavado de ropa y tienen personas pendientes de su salud y alimentación. Nadie los obliga a nada, pero cuentan con todas las opciones para estar bien.

4.1 PREGUNTA PROBLEMA

¿ Por qué establecer la viabilidad de la creación y promoción del Centro Médico Habitacional Geriátrico, integrando los elementos de espacialidad arquitectónica y servicios adecuados de hábitat, recreación y salud, para la atención especial del adulto mayor, teniendo en cuenta el aumento en la demanda de dicha población de la región del Sumapaz?

5. HIPÓTESIS

Teniendo en cuenta que la mayor parte de población colombiana no hace uso de los centros de atención para adultos mayores por diversos motivos como: el apego afectivo hacia los abuelos, la falta de recursos económicos o el mal concepto que se tiene de estos centros. Lo que se generará por parte de este proyecto será una mayor demanda de clientes interesados en este programa debido a su fácil acceso en cuanto a precios, la más alta calidad en atención, salud, recreación, nutrición y aprovechamiento del tiempo libre en la región del Sumapaz, y obtener así mejores resultados frente a los que se han demostrado tener en la actualidad.

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Plantear la creación y promoción de un centro médico habitacional geriátrico, integrando los elementos de espacialidad arquitectónica y servicios adecuados de hábitat, recreación y salud, para la atención especial del adulto mayor, en la región del Sumapaz.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **Realizar** estudio sociodemográfico de la población de adultos mayores, para la creación del centro médico habitacional en estudio.
- **Diseñar** una propuesta que integre lo arquitectónico y social para favorecer la calidad de vida del adulto mayor en la propuesta investigativa.
- **Plantear** una estrategia holística de mercadeo, para la creación del centro médico habitacional en estudio.

7. JUSTIFICACIÓN

En el avance de la investigación de este proyecto, es importante tener claro los parámetros generales que lleva a esta propuesta ser integral en su diseño arquitectónico, espacios físicos que estén relacionados y acordes a proporcionar un excelente servicio a la población de la tercera edad en la región del Sumapaz.

Las medidas a tener en cuenta en esta investigación, se deben establecer en función y a favor del adulto mayor, ya que estos seres necesitan una atención especial en cuanto a servicios médicos, recreación y actividades que los ayuden a interactuar con su entorno de una forma más agradable. El proyecto plantea que el centro habitacional cuente con áreas para recreación, salud y belleza, que generen un solo lenguaje y cubran todas las necesidades de las personas que lo habitan y visitan.

Con respecto al esbozo hecho en este proyecto, se han analizado todos los aspectos de crecimiento en la población adulta mayor en Colombia, con el fin de desarrollar una estrategia clara de mercadeo y promoción, que lo lleve así mismo a dar a conocer, donde sea un complejo médico habitacional especializado en geriatría atractivo para las autoridades gubernamentales o en efecto a empresas privadas que vean en él un proyecto destacado, segmentado y fijado a cubrir la gran mayoría de necesidades que tiene la población citada, en búsqueda de una vejez más digna, donde sus familiares se sientan tranquilos y además puedan acceder a este servicio con un precio justo y acorde con su situación económica.

Conviene subrayar, que se toma a Bogotá como el punto de partida ya que en ella habita un gran número de adultos mayores, siendo un 14,4% alrededor de 408.888 habitantes, dato tomado del último censo (DANE 2005), así mismo se debe tener en cuenta, que este número elevado de población longeva ha vivido y trabajado, algunos logrando su pensión en esta ciudad; más aún, cuando la mayoría son de otras ciudades o municipios del país. Hay que mencionar además que debido al efecto que puede generar el crecimiento constante de población en Bogotá, hace que la ciudad se convierta en el lugar menos adecuado para la evolución de su vejez más aún cuando factores como la movilidad, clima, inseguridad, contaminación entre otros, afectan su salud y su misma vida, llevando, a que estos seres busquen salir de Bogotá hacia otros lugares donde los factores anteriormente mencionados no sean tan notorios y su calidad de vida sea más óptima, con

un clima más benéfico para su salud, espacios libres, tranquilos, seguros y con menos distancias de recorrido con el fin de evitar accidentes, pero que a su vez puedan estar cerca a sus familias.

Como se ha dicho anteriormente, un proyecto de estas características es muy promisorio respecto a la población a quien estará dirigido, buscando que esa última morada sea lo más completa y atractiva posible, logrando así, poner en regla aquellos aspectos que de una u otra manera se han venido trabajando de forma inadecuada, así mismo aprovechar el gran interés que muchas instituciones médicas y educativas han puesto en el cuidado e investigación de la situación del adulto mayor en nuestro país, caso puntual el SENA a nivel nacional y la Universidad Javeriana en su facultad de enfermería, como complemento a la proyección de complejos médicos habitacionales especializados en geriatría no solo en la región del Sumapaz, sino en toda Colombia.

8. MARCOS REFERENCIALES

8.1 MARCO TEÓRICO

En el contenido de este marco se abordan conceptos que sustentan la investigación de acuerdo con los objetivos propuestos. En primera instancia se tomará el estudio demográfico realizado en el municipio de Fusagasugá como referente de partida para el proyecto planteado, seguidamente de la estructura de su población segmentada a promedio de edades y sexo, también se plantea la descripción arquitectónica y social del complejo habitacional propuesto; por último se referenciarán temas relacionados con el análisis holístico de mercadeo.

8.1.1 ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO MUNICIPIO DE FUSAGASUGÁ

La descripción sociodemográfica que se hace a continuación, es tomada de un análisis de la situación en salud del municipio de Fusagasugá, realizado por la alcaldía en el año 2017.

De acuerdo a la información obtenida del DANE proyectada desde el año 2005 en la cual la población total registrada en el Municipio de Fusagasugá se constituyó en 108 949 habitantes y dado el aumento gradual de la misma en los años siguientes pasando a 113 888 en el año 2007, a 121 535 en el año 2010, llegando a 126 691 en el año 2012 y contando en la actualidad con una población aproximada basada en las proyecciones del DANE para el 2017 de 139 805 habitantes. Frente al Departamento de Cundinamarca (2 762 784 Habitantes 2017) el municipio de Fusagasugá representa el 5,0 % de la población, siendo el Municipio con la Segunda mayor población después de Soacha (533 718 habitantes, proyección DANE a 2017). Esto genera un compromiso desde el nivel ejecutivo, ya que las necesidades sociales de la población del Municipio no son diferentes a las que tienen los demás habitantes tanto en el departamento como en la Nación.

Durante los años 2009 a 2017, el municipio de Fusagasugá ha tenido un incremento poblacional cercano al 25,9%, al pasar de 108 949 habitantes en el 2005 a 139 805 en el 2017, con mayor énfasis en la población en edad de trabajar y población productiva, lo que genera un bono demográfico que incrementa la producción económica local, situación que en la planeación debe

ser aprovechada mediante el desarrollo social y comercial, mediante el desarrollo de políticas públicas orientadas a una población en continuo crecimiento y expansión territorial.

8.1.2 ESTRUCTURA DE POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

Parte del proceso que se tiene en cuenta para la viabilidad en la proyección y generación de un proyecto social que albergue población vulnerable que de cierto modo este a la deriva en varios aspectos, es tomar la estructura poblacional del sitio planteado, con el fin de verificar el comportamiento poblacional del mismo, nacimientos y mortalidades que lleven a mayor claridad al planteamiento proyectado.

Tomando en cuenta que las estructuras de población son histogramas de frecuencias que describen la distribución poblacional por sexo y edad y que de acuerdo al tipo de población pueden tomar diferentes formas., se observa que la estructura de poblacional del municipio de Fusagasugá presenta una forma regresiva, en la cual los de 25 a 29 años presentan la mayor participación, indicando un crecimiento de la población productiva joven. La tendencia en los últimos años refleja también un aumento significativo de la población mayor de 60 años, situación concordante con la variación en la morbilidad municipal en la cual el comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles lidera las cifras municipales.

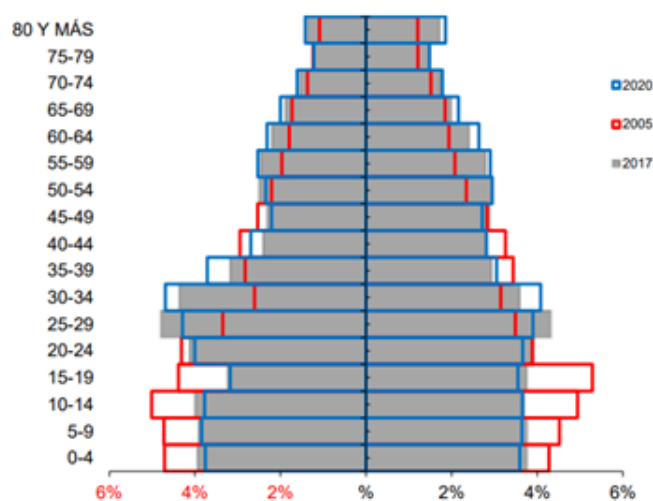


fig. 2 Estructura de población por edad y sexo. Fusagasugá 2005,2017 Y 2020

Información tomada del DANE

Tabla 1

Proyecciones y estimaciones de población 1985-2020

Ciclo vital	2005		2017		2020	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	11742	10,8	12903	9,3	13038	8,8
Infancia (6 a 11 años)	12396	11,4	12975	9,4	13321	9,0
Adolescencia (12 a 18 años)	15095	13,9	14154	10,3	14371	9,7
Juventud (14 a 26 años)	24812	22,8	28158	20,6	28050	19,0
Adultez (17 a 59 años)	52303	48,0	79041	56,5	83493	56,6
Persona mayor (60 años y más)	16275	14,9	24771	34,7	27299	18,5
Total	108949	100	139805	100	147631	100

Fuente: DANE

La distribución estimada de la población por grupos de edad quinquenal para los años 2005, 2017 y 2020 muestra que la estructura de la población se ha modificado gradualmente, se advierte que la participación relativa de los grupos de edad más joven observada en 2005 se reduce al 2017 y se reduce aún más para 2020; mientras que la participación de los grupos de edad de adultos se incrementa. El grupo de población de 0 a 5 años estaría perdiendo participación en el total de la población, pasando del 10,8% al 8,8% entre 2005 y 2020; y el grupo entre 12 a 18 años, el cual pasaría del 13,9% al 9,7% para el mismo período. Igual tendencia se presenta para los grupos de edad de 6 a 11 años y de 14 a 26 años.

Los grupos de población entre 17 a 59 años tienen un incremento; al contrario de lo que pasa en otros municipios, la población de más de 60 años se incrementa en gran parte por la consolidación de Fusagasugá como alternativa de segunda vivienda para personas de la tercera edad, de acuerdo a estudios realizados sobre el municipio. Este incremento de la población en edad productiva ofrece posibilidad del crecimiento económico que deberá ser utilizado para garantizar la oferta habitacional, en educación, salud, recreación, alimentación y participación, entre otros.

Es fácilmente determinable que el incremento de la población mayor de 45 años es superior al comportamiento de la población menor de 25 años. Tomando en cuenta que esta tendencia va a

continuar se hace imprescindible la proyección de programas y planes preventivos y educativos articulados por parte de las Empresas Aseguradoras de Planes de Beneficios, Instituciones Prestadoras de Salud y Direcciones Locales de Salud. Lo anterior en búsqueda de lograr un mayor impacto de las actividades realizadas, garantizando la transversalidad y continuidad de las mismas en el tiempo.

Otros indicadores demográficos

De acuerdo a los indicadores de estructura demográfica del municipio de Fusagasugá para los años 2005, 2017 y 2020 se observa un aumento gradual de la población en la cual es determinable que la diferencia entre población masculina y femenina se reduce debido a la mayor incidencia de la mortalidad.

Cabe también destacar el comportamiento del indicador niños/mujer. Es observable de acuerdo a las cifras consignadas que, pese a que la relación entre menores de 4 años y mujeres en edad fértil presenta una reducción leve, la tendencia a largo plazo reflejaría un descenso significativo. Lo anterior relacionado con la menor proporción de embarazos en mujeres en edad fértil en los últimos años.

Es importante también el comportamiento de los índices de infancia y de vejez. Es evidente que el envejecimiento gradual de la población se encuentra directamente relacionado con la disminución de la población joven y activa económicamente en el municipio de Fusagasugá. Esta tendencia es concordante con las cifras nacionales.

Tabla2

Estructura demográfica, Fusagasugá 2005-2017 y 2020

Indicadores	2005	2017	2020
Razón de hombre: mujer	Por cada 100 mujeres hubo 95 hombres en el municipio de Fusagasugá	Para el año 2017 por cada 98 hombres, había 100 mujeres	Por cada 100 mujeres habrá 97,6 hombres en el municipio de Fusagasugá
Razón de niños: mujer	Por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, hubo 35 niños y niñas entre 0 y 4 años.	Para el año 2017 por cada 32 niños y niñas (0-4años), había 100 mujeres en edad fértil	Por cada 100 mujeres en edad fértil, entre 15 y 49 años, habrá 29,1 niños y niñas entre 0 y 4 años.
Índice de infancia	Por cada 100 personas, 21 correspondían a población menor de 15 años en el municipio de Fusagasugá	Para el año 2017 por cada 100 habitantes, 23 corresponden a niños menores de 15 años.	Por cada 100 personas 31 corresponden a población menor de 15 años en el municipio de Fusagasugá
Índice de Juventud	Por cada 100 personas, 22 tuvieron entre 15 y 29 años en el municipio de Fusagasugá	Para el año 2017 por cada 100 habitantes, 25 corresponden a población entre 15 y 29 años.	Por cada 100 personas, 33 tendrán entre 15 y 29 años en el municipio de Fusagasugá
Índice de vejez	En 2005 de cada 100 personas del municipio de Fusagasugá, 9,36 tenían 65 años y más.	Para el año 2017 por cada 100 personas, 17 personas son mayores de 65 años.	En 2020 de cada 100 personas del municipio de Fusagasugá, 19,4 tendrán 65 años y más.
Índice demográfico de dependencia	En el año 2005 de cada 100 personas entre 15 y 64 años en el municipio de Fusagasugá, hubo 64,98 menores de 15 y mayores de 65 años	Para el año 2017 de cada 100 personas entre 15 y 64 años en el municipio de Fusagasugá, hay 74 menores de 15 y mayores de 65 años	En el año 2020 de cada 100 personas entre 15 y 64 años en el municipio de Fusagasugá habrá 54,3 menores de 15 y mayores de 65 años
Índice de dependencia infantil	En el año 2005, de cada 100 personas entre 15 y 64 años en Fusagasugá, hubo 46,49 personas menores de 15 años.	Para el año 2017 de cada 100 personas entre 15 y 64 años en Fusagasugá, hay 57 personas menores de 15 años	En el año 2020, de cada 100 personas entre 15 y 64 años en Fusagasugá, habrá 36,5 personas menores de 15 años.
Índice de dependencia de mayores	En el año 2005, de cada 100 personas entre 15 y 64 años en Fusagasugá 18,49 tenían más de 65 años.	En el año 2017, de cada 100 personas, 37 mayores de 65 años dependen de población entre 15 y 64 años en Fusagasugá	En el año 2020, de cada 100 personas entre 15 y 64 años en Fusagasugá 24,5 tendrán más de 65 años.
Índice de Fritz	En el año 2005 la proporción de la población con edades entre 0 a 19 años en Fusagasugá, fue de 161, con relación a la población de 30 a 49 años. (Población joven)	Para el año 2017 el índice de Fritz es de 126, 9, indicando que es una población madura.	SD

Fuente: Ministerio de salud y protección social, Sispro 2017.

El municipio de Fusagasugá al ser la segunda ciudad del departamento de Cundinamarca en cuanto a tamaño de población, extensión territorial e importancia, ubicada estratégicamente en una zona altamente turística dadas las condiciones climáticas y ambientales, así entonces el

crecimiento demográfico de la población en edad productiva, aporta al desarrollo del bono demográfico para los siguientes años.

Fusagasugá al ser una ciudad intermedia ha presentado un incremento de residentes, con énfasis en el área urbana debido a condiciones de desplazamiento en algunos casos, a inmigración de adultos mayores en pensionados que buscan en Fusagasugá un clima favorable y un ambiente propicio para la etapa de la vida en la cual se encuentran.

Lo anterior se refleja en la variación de la estructura poblacional que en los últimos años ha tomado la regresiva (pagoda) con un incremento gradual de la población adulta mayor y descenso en la tasa de natalidad.

La población de Fusagasugá no tiene asegurada la fecundidad, lo que pone en riesgo la supervivencia de la población, sin embargo, es la inmigración lo que está incidiendo en la dinámica demográfica, por lo cual la fecundidad se puede ver afectada cuando se realice el proceso de repoblamiento.

Por tanto, teniendo en cuenta que en el municipio de Fusagasugá, se observa una tendencia al envejecimiento gradual de su población, como lo refiere la anterior descripción demográfica, se hace necesario construir hogares geriátricos que ofrezcan todo lo necesario para suplir las necesidades del adulto mayor; ya que como lo demuestran las cifras del DANE, en un futuro habrá menos población joven debido a la baja fecundidad, entonces esto tendrá como consecuencia adultos mayores solos, sin personas que se hagan cargo del cuidado de ellos.

Por consiguiente, la propuesta del complejo médico habitacional geriátrico Las Orquídeas, da respuesta a esta necesidad, teniendo en cuenta que será un lugar donde el adulto mayor podrá tener una atención integral de acuerdo a sus necesidades.

8.1.3 DESCRIPCIÓN INTEGRACIÓN ARQUITECTÓNICA Y SOCIAL

Los parámetros arquitectónicos para estos establecimientos, en su gran mayoría no incluyen aspectos funcionales especializados para la atención de adultos mayores, teniendo en cuenta que este tipo de seres necesitan una atención especial, cuyo requerimiento de todo su contexto arquitectónico y técnico debe ser de óptimo soporte, con áreas que garanticen una integridad total

en la prestación de servicios al adulto mayor, donde lo habitacional, recreativo y salud establezcan un solo lenguaje y cubra toda la necesidad en servicio de la ancianidad, más en una región donde cada año recibe un número de migrantes adultos mayores, los cuales se ubican principalmente en el municipio de Fusagasugá.

Generar un complejo médico habitacional geriátrico como un equipamiento de interés e integral para el anciano del cual carece nuestro país, es muy importante y necesario para el grupo de personas a quienes va a beneficiar, en este caso el adulto mayor. Fundamentándolo en servicio de vivienda, recreación y salud, donde sus programas de integración de las tres funciones sean un solo complemento en servicio de la ancianidad de la región, acompañados de programas sociales de inclusión exclusivos y dados para ellos.

El diseño arquitectónico planteado para el complejo médico habitacional partirá de lo social a lo funcional, luego de lo estético a lo integral; estos cuatro factores se segmentarán en varias partes, las cuales son:

- Planteamiento de zonificación habitacional
- Planteamiento de zonificación recreativa
- Planteamiento de zonificación médica básica
- Planteamiento de zonificación médica general y especializada
- Planteamiento de zonificación terapéutica.
- Planteamiento de zonificación social
- Planteamiento de zonificación servicios

Esta división se simplificará en tres partes que fundamenten el funcionamiento del complejo médico habitacional, las cuales serán la columna vertebral del proyecto tanto en lo arquitectónico como en lo social, logrando con ello las bases para su funcionalidad e integridad:

Fig.3 Fórmula MHR



Fuente: elaboración propia

El diseño planteado se debe caracterizar por la inclusión de factores técnicos morfológicos que se complementen con altos estándares constructivos y arquitectónicos, y a su vez establezcan la identidad única de un espacio único en el país, dejando a un lado aquellos espacios adecuados inapropiadamente para la atención del adulto mayor. De acuerdo con lo establecido en NSR10 (norma sismo resistente) en sus títulos J y K, cada área debe contemplar espacios adecuados y confortables para la libre circulación y seguridad, por tal motivo se establecen varios factores que integrarán el proceso constructivo del complejo médico habitacional; estos son:

- Sistema constructivo sismo resistente
- Espacios climatizados
- Recorridos amplios y seguros
- Gran aporte de iluminación natural
- Procesos integradores constructivos auto sostenibles y ecológicos
- Áreas acústicas y tranquilas
- Jardines externos con gran aporte de la naturaleza
- Áreas lúdicas seguras y confortables
- Zonas sociales privadas seguras y amplias
- Tecnología constructiva avanzada
- Identidad arquitectónica típica de la región
- Fácil accesibilidad a familias y pacientes de día

Otro rasgo importante en la viabilidad del proyecto es su ubicación espacial, este se encuentra localizado en un área central de fácil accesibilidad para sus visitantes, si bien es central también se puede contemplar que es un espacio aislado, marcado a su alrededor por gran vegetación que ayude a la tranquilidad del adulto mayor. El proyecto está planteado para una integridad en la atención al adulto mayor y a su vez al cambio en la imagen arquitectónica y urbana de Fusagasugá, observando un proyecto de gran escala con un diseño vanguardista y moderno, único en el país.



Imagen 1. Localización proyectada complejo médico habitacional geriátrico Las Orquídeas, Fusagasugá

Fuente: Jorge Arias- Fabián Sierra 2016

Fórmula MHR

- **Médico:** Aspectos arquitectónicos, técnicos y sociales. Dentro de los parámetros arquitectónicos presentes en proyectos geriátricos hacer referencia a la morfología hospitalaria, los cuales técnicamente deben cumplir varias características dadas para el buen funcionamiento y estar del adulto mayor.

Accesibilidad. Garantizar que la localización del complejo esté compuesto de excelentes áreas de ingreso tanto para la versatilidad en la movilidad de los pacientes y familiares, y en caso de emergencias no se presenten obstáculos en el buen funcionamiento y fluidez de su ingreso.



Imagen 2. Proyecto de equipamiento hospitalario en la localidad de Kennedy, en el barrio Bavaria, Bogotá Colombia

Tomado de: <https://repository.ucatolica.edu.co/jspui/bitstream/10983/1874/1/Monografia%20.pdf>

Circulación interna. Una buena circulación genera fluidez, tranquilidad y servicio; técnicamente se plantea que las áreas de circulación de la clínica no solamente cumplan con los parámetros exigidos por la NSR10, sino que deben funcionar como conductos conectores de las diferentes zonas de la clínica, dejando a un lado los acostumbrados espacios mal utilizados y pacientes en los pasillos.



Imagen 3. Ejemplo ilustración de pasillo interno de la clínica del complejo geriátrico Las Orquídeas

Tomado de: <http://www.vittacenter.com/clinicas-medicas-planos-y-renders/>

Área de urgencias. La parte de los espacios de más concurrencia en un centro hospitalario sin duda alguna son las salas de urgencias, si bien para ello, se plantearán salas técnicamente dotadas, con espacios de amplia circulación pensado en el adulto mayor. Además, es claro que este lugar sin duda alguna hace que el paciente esté alterado en ocasiones, nervioso y ansioso, por tal motivo se trabajará la activación de los sentidos y estado nervioso por medio de la iluminación artificial; nuestro estado nervioso y anímico está ligado a lo que vemos o percibimos, al contar con iluminación dinámica, cada uno de estos recintos se convertirán en lugares diferentes y tranquilos.

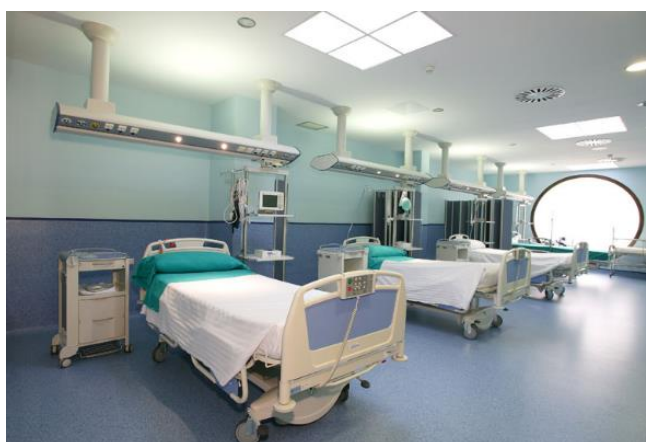


Imagen 4. Ejemplo de ilustración de la sala de urgencias del complejo médico Las Orquídeas.

Tomado de: <https://www.institutocardiotecnologico.com/es/area-urgencias-hospital-xanit-internacional-malaga.html>

Área de atención al paciente y procedimientos médicos. Tranquilidad, comodidad y confianza, es lo menos que el adulto mayor espera cuando toma un servicio médico, por tal motivo cada uno de los espacios diseñados para el recinto médico del complejo proyectado, están sujetos a parámetros básicos necesarios en un diseño arquitectónico, como son: amplitud espacial, acústica, bioclimática e iluminación natural, se mantendrá en la gran mayoría de los espacios médicos, la iluminación dinámica con el fin de mitigar de otra manera el nerviosismo y ansiedad generada por el adulto mayor la gran mayoría de los procedimientos.



Imagen 5. Ejemplo de ilustración de consultorios del complejo médico Las Orquídeas.

Tomado de: https://masquemedicos.com/dentista_madrid/clini.a-q-dental/

- **Habitacional.** Arquitectónicamente el planteamiento habitacional está diseñado en forma de villa, con el fin de centralizar el área de servicios básicos para el adulto mayor, de tal forma que sea más versátil su observación y cuidado. Por otra parte, la forma de villa tiene como objetivo segmentar por grupos de adultos mayores su ubicación de vivienda, esto dependiendo de su capacidad cognitiva y postura física-médica. El sistema constructivo está diseñado por medio de construcción liviana en fibra cemento, el cual no desarrolla altas temperaturas internas en el espacio, cubiertas a dos aguas que aporten frescura y seguridad en el momento de la presencia de alguna precipitación natural, altura interna de

entrepiso considerable que generen mayor circulación del aire, ventilación y gran aporte de iluminación natural.

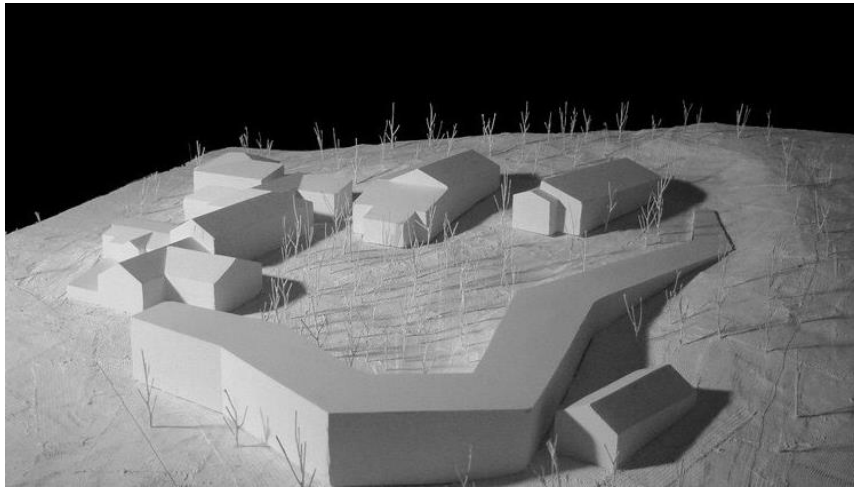


Imagen 6. Ejemplo de implantación arquitectónica

Tomado de: <https://www.archdaily.co/co/02-300123/alcacer-do-sal-residences-aires-mateus/51116f99b3fc4ba8380005a-alcacer-do-sal-residences-aires-mateus-model>

- **Recreativo.** Al ser uno de los factores primordiales en la fórmula MHR, lo recreativo se configura y se complementa con los otros dos factores, donde se lo médico y recreativo se integran en terapias ocupacionales y desarrollo de actividades cognitivas, para ello el complejo contará con sus correspondientes áreas húmedas, diseñadas especialmente para el uso del adulto mayor, además de salones altamente dotados para el desarrollo de actividades múltiples y un área de ejercicios para su práctica física. Relacionando el factor habitación y recreación, dentro del planteamiento arquitectónico, dispondrán de salones especiales para la atención de visitas y familiares, además de salas de audiovisuales acústicamente dotadas.



Imagen 7. Ejemplo piscina terapéutica complejo geriátrico Las Orquídeas

Tomado de: <http://ftenproceso.blogspot.com/2015/04/terapia-acuatica-watsu.html>

8.1.4 ANÁLISIS HOLÍSTICO DEL PLAN DE MERCADEO

Para llevar a cabo la estrategia de mercadeo nos enfocaremos en la satisfacción del cliente basado en los tipos de servicios en cuanto a calidad y beneficios que se ofrecerá a cada usuario. Teniendo en cuenta que el propósito final es garantizar un servicio adecuado para nuestros clientes.

Modelo de negocio

Se enfoca en la realización de un centro residencial especializado para el cuidado y mejoramiento en la calidad de vida de adultos mayores, debido a que en los últimos años se ha incrementado la expectativa de vida de los seres humanos en comparación a décadas anteriores, lo que genera la necesidad de tener un lugar adecuado para vivir sus últimos años.

Se utilizarán las diferentes herramientas de marketing mix adaptándolas a productos y servicios para darse a conocer en el mercado con una oferta diferente ofreciendo servicios que otros centros geriátricos no ofrecen.

Análisis del cliente y grupos de interés

Se realizarán encuestas con el fin de recolectar la opinión de los posibles usuarios del centro médico habitacional, ya que el papel de las familias se hace determinante a la hora de valorar la comercialización de los productos ofrecidos; indagando sobre las necesidades y servicios que quisieran recibir con el fin de proponer mejoras a la propuesta.

Análisis del mercado

El mercado actual colombiano no cuenta con centros médicos especializados como el planteado en este proyecto, debido a que hoy los geriátricos especializados solo son para personas de gran poder adquisitivo y para aquellas personas que no pueden pagar, simplemente caen en manos de centros que ofrecen un servicio deficiente y que actualmente está olvidado por el estado y entidades gubernamentales; de ahí que esta propuesta sea un gran potencial como empresa con un sentido social.

Análisis de la competencia

En el caso de los posibles competidores, se considera que no existe una competencia directa ya que no hay ningún complejo médico habitacional geriátrico que ofrezca los servicios y productos propuestos en el proyecto planteado, sin embargo es un factor de revisión a futuro ya que existen varios geriátricos que quieren implementar servicios similares, con la diferencia que son para una población muy exclusiva que pudiese pagar dichos servicios; los cuales pueden convertirse en competidores si es que deciden entrar en la propuesta de negocio planteado.

Estrategia de valor añadido y punto de diferenciación

La estrategia se basa en generar un lugar que cuenta con las condiciones idóneas para las personas de la tercera edad, entendiendo sus necesidades y capacidad de pago buscando que sea una propuesta abierta y asequible a las familias que desean un mejor lugar para sus seres queridos de la tercera edad. Dando a conocer por medio de las herramientas del marketing nuestro producto y servicio para generar un vos a vos y un top of Mind y top of Heard en nuestros clientes.

Cadena de valor

Se contará con los mejores proveedores de servicios en salud alimentación y recreación, integrándolos con una formación en lo que se quiere ofrecer en el centro médico habitacional geriátrico Las Orquídeas y, así hacerlos sentir parte de este proyecto y conlleven a mejorar día a día el posicionamiento de la compañía en el mercado nacional.

Estrategia de comunicación

Se implementará el uso de las diferentes redes sociales y pagina web dando a conocer los servicios especializados de la propuesta, manejando por medio del ministerio de las TIC, comerciales institucionales donde se presente el producto como un servicio social.

Políticas de precios

Para poder establecer la política de precio de este proyecto, es preciso tener el desarrollo clave de los aliados con los que se contará para amortizar un valor que no será transferido al cliente final con el fin de que el proyecto pueda ser asequible a la gran mayoría de la población.

8.2 MARCO CONCEPTUAL

Envejecimiento

Durante mucho tiempo se ha tratado de llegar a una explicación general sobre el envejecimiento orgánico y los cambios de comportamiento que puede llegar a generar en el ser adulto mayor al ser un ser organismo vivo y el hecho de nacer y morir, el hombre siempre ha tenido el conocimiento que nace, crece, envejece y muere, pero siempre con la intención de escapar de esa realidad y buscar la eterna juventud. Científicamente se han buscado formular que mitiguen de cierta forma la evolución de la vida y se puede ocultar por un tiempo los pasos de los años en nuestro cuerpo; con la aparición de la Gerontología el ser no se limitó a seguir en la búsqueda de esas fórmulas de la eterna juventud, pero encontraron un apoyo en el proceso de la juventud a la vejez pero con la pauta de mejorar cada vez su calidad de vida, con esta intención se planteaba ese lugar que se convierte en la última morada del adulto mayor, pero con la certeza que ese proceso llevado en la tercera edad, será el más adecuado para su tiempo final.

Con la vejez llegan diferentes factores que hacen que pueda llegar a tornarse más o menos traumática, donde no solo el efecto del envejecimiento se hace notar, la familia tiene un gran protagonismo en este proceso, cuanto más se apoye, se le ofrezca mayor cariño y atención, mejor es su calidad de vida; para tal fin relacionamos varios factores que se deben tener en cuenta con el adulto mayor y que harán que su final de ciclo de vida sea mejor:

- **EL ABANDONO:** Que sufre la ancianidad en nuestro país es claro y se vive a diario, son innumerables los casos e historias que existen sobre el abandono, desplazamiento y destierro de su grupo familiar.
- **EL GRUPO FAMILIAR:** El padre y la madre reciben a sus hijos con sus familias, esposos o esposas e hijos, donde poco a poco ellos van adquiriendo más fortaleza en la apropiación de sus bienes y relegando al abuelo a un lado sin darles el mínimo de importancia, generando esto daños médicos notorios.
- **FALTA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR:** La tercera edad es afectada en un principio con un abandono social familiar, se rompe la comunicación dentro del grupo familiar, los sentimientos quedan en el olvido.

“En este paso la disciplina que sigue paso a paso el proceso de envejecimiento y la vejez, es la gerontología, considerada como un producto del siglo XX, por cuanto vela por las necesidades del ser humano, no solo en la edad avanzada sino en el proceso entero de “Envejecer”.

Salazar, Fuentes & otros (2015). “la gerontología no pertenece ni al presente ni al pasado, pertenece a lo humano como tal, por la tanto es de interés para todos; para el que envejece y para el profesional que le ayuda a envejecer meritoriamente” (p.24).

Teniendo en cuenta que, este proyecto hace referencia a la integralidad en servicio del adulto mayor, también se debe mencionar el significado del lugar que hace o hará mejor su calidad de vida en este último ciclo, y es el Geriátrico; como tal un geriátrico es conocido como la institución compuesta por médicos y enfermeros que se ocupa exclusivamente del cuidado y tratamiento del adulto mayor, conocidos también como centros de retiro o residencia geriátrica. Esta definición acompaña toda la intención de integralidad, ya que en la actualidad de nuestro país y especialmente en el lugar planteado para su desarrollo no existe. La integralidad hace referencia a lo médico, social, habitacional y psicológico.

Las residencias para ancianos.

Buendía & Riquelme (1997), afirman lo siguiente:

El importante incremento experimentado por el grupo de personas con edad especialmente avanzada, unido a la frecuente presencia de problemas funcionalmente incapacitantes, plantea cada vez más una serie de demandas, que desbordan la capacidad de respuesta familiar, y a la que el sistema social debe dar cumplida respuesta. Respuesta que hasta el momento ha sido en muchos casos la residencia geriátrica.

A pesar de las numerosas críticas surgidas en los años 80 contra la institución geriátrica, el incremento del número de personas de edad especialmente avanzada, junto a otros factores de diversa índole, hace que la residencia para ancianos siga presentándose como la opción preferente en la actualidad para un grupo muy concreto de ancianos caracterizados por un alto nivel de dependencia funcional, necesidad continuada de cuidados, y déficit en recursos de apoyo informal.

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG, 1995) señala la necesidad de la institución geriátrica sobre la base de una serie de condicionantes tales como:

1. El importante aumento en el número de ancianos que presentan problemas incapacitantes.
2. La minimización de la familia a expresiones moleculares.
3. El proceso de nuclearización residencial en torno de grandes ciudades que reduce el tamaño de las viviendas debido al encarecimiento del suelo.
4. La incorporación de la mujer al mundo del trabajo, en tanto que ella había sido la principal responsable del cuidado familiar.
5. La falta de una perspectiva social y comunitaria en la generación de soluciones para la atención del anciano,
6. La insuficiencia de recursos comunitarios.

El conjunto de condicionantes arriba expuestos puede en cierta medida explicar tanto el importante número de ancianos que viven en residencias geriátricas u “hogares para la tercera edad”, como el aumento progresivo, tanto de la edad, como de los problemas de salud, y déficit funcionales de los usuarios de estos centros. (p.357).

Estrategia empresarial

Los siguientes autores citados por Rojas, Méndez & Vélez (2013), dan diferentes definiciones de estrategia empresarial.

Morrisey (1993), define la estrategia como la dirección en la que una empresa necesita avanzar para cumplir con su misión. Por su lado, Castro (2010) apunta que debe ser construida a través de un proceso asertivo de planificación táctica a largo plazo. Hatten y Hatten (1987) argumentan que la estrategia es el medio o la vía para la obtención de los objetivos de una organización, los cuales son formulados por medio del proceso de direccionamiento estratégico.

En otras palabras, la estrategia es el camino que la organización ha diseñado y planificado para lograr cumplir aquello que está estipulado en su visión. Dentro de ese camino están las metas, las acciones y tareas que se deben emprender para cumplir los objetivos organizacionales. Desde luego que estas acciones están condicionadas por la misión y los valores, los cuales representan el

deber ser de la organización. En síntesis, la estrategia se refiere a una variedad de tareas que hay que cumplir para afrontar la competencia, ganar participación en el mercado, gestionar adecuadamente los recursos internos y enfrentar las variables externas del entorno competitivo.

Por tanto, la estrategia marcada para este proyecto debe ir en vía paralela al mercado que se va abordar, con el fin de establecer procesos efectivos que nos dirijan a ofrecer servicios integrales en pro de la población adulta mayor de la región, siempre en la búsqueda de la satisfacción y conservación de los clientes. Plantear una adecuada dirección de marketing que complemente la investigación y sus datos, con el excelente precio de los servicios, toda la relación pública que llevase, integración de equipamientos de calidad para un mejor servicio y con el constante cumplimiento de los marcos legales que los rigen.

Una gran mayoría de centros geriátricos a nivel nacional están segmentados a la prestación de servicios básicos de atención al adulto mayor (habitación permanente, alimentación básica balanceada, terapia ocupacional y atención médica primaria), en la actualidad el mercado está constituido por diversas fuerzas que hacen que las estrategias en marketing sean de forma global e integral, convirtiendo el ejercicio en algo mucho más completo, donde servicios como el de habitación, recreación y médico se integren en un solo lugar, supliendo todas aquellas necesidades que se presenten en el desarrollo de la vejez del ser humano, servicio con integridad social y de servicio.

Estrategia de mercadeo

Parmelee, D. (2000) respecto a la estrategia de mercadeo dice lo siguiente:

La estrategia de mercadeo consistirá en definir e identificar a los clientes y en saber dónde se encuentran. El mercado está constituido por diversas fuerzas. La estrategia debe reflejar su interpretación u gestión de la competencia, de las dinámicas del mercado y sus condiciones (por ejemplo, fluctuaciones mercantes), de los estándares del marketing del sector y de las fuerzas reguladoras y culturales. El elemento más importante de cualquier mercado es el cliente. Aquí se cubrirá la segmentación del mercado y las estrategias para alcanzar el mercado objetivo.

La confianza tradicional en la segmentación del mercado es algo que empieza a ponerse en entredicho en la actualidad debido al deseo de centrarse más en los clientes presentes. Sin embargo, son herramientas que aún deben utilizarse y debe establecerse la combinación de clientes nuevos, presentes y anteriores para definir los métodos que el plan de marketing empleará para establecer prioridades y seleccionar los clientes.

La estrategia de mercado irá mano a mano con la estrategia de producto de modo que, a medida que vaya articulando la estrategia de mercado, deberá estar en consonancia con la estrategia de producto.

Marketing mix

Roberto Espinosa (2014), referencia lo siguiente:

El marketing mix es uno de los elementos clásicos del marketing, es un término creado por McCarthy en 1960, el cual se utiliza para englobar a sus cuatro componentes básicos: **producto, precio, distribución y comunicación**. Estas cuatro variables también son conocidas como las **4Ps** por su acepción anglosajona (product, price, place y promotion). Las 4Ps del marketing (el marketing mix de la empresa) pueden considerarse como las variables tradicionales con las que cuenta una organización para conseguir sus objetivos comerciales. Para ello es totalmente necesario que las cuatro variables del marketing mix se combinen con total coherencia y trabajen conjuntamente para lograr complementarse entre sí.

Variables del marketing mix: las 4ps

Producto

El producto es la variable por excelencia del marketing mix ya que engloba tanto a los bienes como a los servicios que comercializa una empresa. Es el medio por el cual se satisfacen las necesidades de los consumidores. Por tanto el producto debe centrarse en resolver dichas necesidades y no en sus características tal y como se hacía años atrás. Dentro del producto encontramos aspectos tan importantes a trabajar como la imagen, la marca, el packaging o los servicios posventa. El director de marketing también debe tomar decisiones acerca de la cartera de

productos, de su estrategia de diferenciación de productos, del ciclo de vida o incluso de lanzamiento de nuevos productos.

Precio

El precio es la variable del marketing mix por la cual entran los ingresos de una empresa. Antes de fijar los precios de nuestros productos debemos estudiar ciertos aspectos como el consumidor, mercado, costes, competencia, etc. En última instancia es el consumidor quien dictaminará si hemos fijado correctamente el precio, puesto que comparará el valor recibido del producto adquirido, frente al precio que ha desembolsado por él. Establecer correctamente nuestra estrategia de precios no es tarea fácil y tal y como se ha comentado anteriormente, todas las variables, incluido el precio tienen que trabajar conjuntamente y con total coherencia. La variable del precio nos ayuda a posicionar nuestro producto, es por ello que si comercializamos un producto de calidad, fijar un precio alto nos ayudará a reforzar su imagen.

Distribución

En términos generales la distribución consiste en un conjunto de tareas o actividades necesarias para trasladar el producto acabado hasta los diferentes puntos de venta. La distribución juega un papel clave en la gestión comercial de cualquier compañía. Es necesario trabajar continuamente para lograr poner el producto en manos del consumidor en el tiempo y lugar adecuado. No hay una única forma de distribuir los productos, sino que dependerá de las características del mercado, del mismo producto, de los consumidores, y de los recursos disponibles. Dentro del marketing mix, la estrategia de distribución trabaja aspectos como el almacenamiento, gestión de inventarios, transporte, localización de puntos de venta, procesos de pedidos, etc.

Comunicación

Gracias a la comunicación las empresas pueden dar a conocer, como sus productos pueden satisfacer las necesidades de su público objetivo. Podemos encontrar diferentes herramientas de comunicación: venta personal, promoción de ventas, publicidad, marketing directo y las relaciones públicas. La forma en que se combinen estas herramientas dependerá del producto, mercado, público objetivo, de nuestra competencia y de la estrategia que hayamos definido, teniendo en cuenta que se estará promocionando un equipamiento especial para una población determinada,

por lo cual se debe tener gran tacto para su integración, generación de ideas de valor para su promoción sin llegar a alterar el común funcionamiento de los establecimientos de atención geriátrica del municipio, marcando con esto, una gran transparencia en el planteamiento propuesto para nuestro centro médico habitacional.

8.3 MARCO HISTÓRICO

A continuación se encuentran referenciados algunos centros geriátricos de diferentes países, los cuales tienen un funcionamiento y estructura similar a la propuesta realizada en la presente investigación.

ALCÁCER DO SAL RESIDENCES – Rio Olival do Coronel -Portugal



Imagen 8. Complejo Alcacer Do Sal Residences

Tomado de: <https://www.archdaily.co/co/02-300123/alcacer-do-sal-residences-aires-mateus>

Este complejo es una atenta lectura a la vida de un muy específico tipo de comunidad, una especie de micro-sociedad que cuenta con sus propias reglas

Se trata de un programa compuesto por un hotel y un hospital dentro del mismo contexto, que busca comprender y reinterpretar la combinación social privada, respondiendo a las necesidades de vida social, y al mismo tiempo de la soledad.

Por la reducida movilidad de los que vivirán en el edificio, este sugiere que cualquier desplazamiento debe ser una experiencia emotiva y variable. La distancia entre las unidades independientes se mide y dibuja para convertir la idea de la trayectoria en la vida y su tiempo en forma

Hay que mencionar, además, que la intención de este proyecto cumplió con el objetivo de integrar dos equipamientos como complemento a favor de la tercera edad en Portugal.

ORPEA Residencia Zaragoza – Zaragoza –España



Imagen 9. Residencia Geriátrica del grupo ORPEA

Tomado de: <https://orpea.es/centros-residencias/residencia-ancianos-zaragoza/>

Este geriátrico hace parte del Grupo ORPEA de España. Esta empresa fomenta sus esfuerzos al cuidado del adulto mayor de este país, otorgando una variedad de servicios técnicos, sociales y médicos, integrando en un solo espacio: residencia, hogar de día, servicio médico de primer nivel, terapia ocupacional, recreación y trato especial a sus clientes.

Además, el centro cuenta con todas las medidas necesarias para garantizar la tranquilidad y seguridad de sus residentes y sus familias, trabajando a diario en la promoción de la autonomía personal y la atención a las personas en situación de dependencia.

Surge la pregunta ¿por qué en Europa son tan especiales y completos los hogares geriátricos? Cabe anotar que éste es un continente viejo por decirlo así, además su población cada día es más adulta, es donde las entidades gubernamentales y particulares, otorgan parte de sus ingresos en el desarrollo y generación de instituciones con estas características, buscando el bienestar de esta población tan vulnerable.

GERIÁTRICO SANTA RITA – Ciutadella de Manorca -España



Imagen 10. Geriátrico Santa Rita

Tomado de: <https://www.archdaily.co/co/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana>

Este geriátrico parte de la idea de crear lugares con espacios optimistas, donde se quiera vivir. Se propuso crear un ambiente característico en el espacio vital donde predomina el tiempo libre y donde los usuarios pasarán los próximos y últimos años de su vida.

8.4 MARCO JURÍDICO

En ejercicio del proceso llevado a cabo para la proyección del complejo médico habitacional geriátrico en la región del Sumapaz, se relacionan las pautas legales que tendrá que tener en cuenta para el desarrollo del planteamiento:

“Constitución Nacional de Colombia 1991”.

“Decreto-Ley4107 de 2011 y la Ley 1251 de 2008, a este ministerio le corresponde dirigir, orientar, adoptar y evaluar los planes, programas y proyectos del sector salud y proyección social y como parte de ello, coordinar la gestión de la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez dentro del marco de la Constitución y la Ley”. (Ministerio de Salud y la Protección Social, resolución número 1378 de 2015).

“Que mediante la Ley 1091 de 2006, se reconoce como “colombiano de Oro” a la persona colombiana mayor de sesenta y cinco (65) años, residente en el país, debidamente acreditada mediante una tarjeta especial expedida por la Registraduría Nacional del Estado Civil -RNEC, para garantizar, entre otros, su derecho a acceder al Sistema General de Seguridad Social en Salud y ser atendido de manera preferencial, ágil y oportuna en las diferentes instituciones, tanto públicas como privadas”. (Ministerio de Salud y Protección Social, resolución número 1378 de 2015).

Por otra parte, se determina también los siguientes aspectos como parte del marco legal: **(SENTENCIA T-138/10 febrero 24 2010)**. Criterios posibles para determinar qué debe entenderse por ésta para ser considerado sujeto especial de protección/PERSONA DE LA TERCERA EDAD. El problema consiste en determinar qué es la tercera edad para esos efectos. Para dilucidar este punto es plausible utilizar uno de varios criterios posibles: un primer criterio consiste en encontrar en el ordenamiento jurídico colombiano una norma positiva, de rango legal, que contenga una definición objetiva y razonable del concepto de “tercera edad”.

Las personas mayores se han convertido en una población con un alto índice de vulnerabilidad hacia la sociedad en el ámbito físico y mental. La llegada a la tercera edad activa es una forma de contrarrestar la problemática general presentada por esta población. Esto conlleva a buscar estrategias que influyan en forma positiva a este envejecimiento; donde

factores como la cultura, salud, servicios sociales, económicos, físicos, personales, dan claridad a una mejor calidad de vida.

Tabla 3

Clasificación del adulto mayor en Colombia

GRUPO DE EDAD (en años)	CONCEPTO
60 – 74	Senil
75 – 89	Ancianidad
90 y más	Longevidad

Información tomada de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Fuente: elaboración propia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el envejecimiento en actividad, como el proceso de optimizar las oportunidades para el bienestar físico, social y mental a lo largo de la vida, con el objeto de prolongar la esperanza de vida, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

El concepto de envejecimiento en actividad está contemplado en el centro de atención integral, ya que se pretende que el adulto mayor permanezca dinámico y se integre en su núcleo familiar, por lo que este nuevo sistema se presenta como un prototipo innovador de asistencia que contribuye a la consecución de una vejez digna en las personas adultas mayores.

Por otra parte, la ley 790 de 2002, crea el Ministerio de Protección Social y el Decreto 205 de 2003 le establece dentro de sus funciones “Definir políticas tendientes a facilitar la divulgación para el reconocimiento y pleno conocimiento de los derechos de las personas en materia de empleo, trabajo, previsión y seguridad social y protección social, así como la información relativa a los avances en materia de cuidado, protección y mejoramiento de la calidad de vida.... Dirigir y evaluar las políticas y directrices encaminadas a articular la gestión de las entidades descentralizadas del sector, para garantizar la socialización de los riesgos económicos y sociales que afectan a la población, en especial la más vulnerable...” (Dirección General de Promoción Social – Dirección General de Calidad de Servicios, Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores).

“Ley 715 de 2001, por el cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias en educación y salud. En el Artículo 43. Competencias de los Departamentos en Salud. “Vigilar el cumplimiento de las normas técnicas dictadas por la Nación para la construcción de obras civiles, dotaciones básicas y mantenimiento integral de las instituciones prestadoras de servicios de salud y de los centros de bienestar del anciano...”; Artículo 44. Competencias de los municipios. “...44.3.5 Ejercer vigilancia y control sanitario en su jurisdicción, sobre los factores de riesgo para la salud, en los establecimientos y espacios que puedan generar riesgos para la población, tales como establecimientos educativos, hospitales, cárceles, cuarteles, albergues, guarderías y ancianatos, entre otro”. ...” (Dirección General de Promoción Social – Dirección General de Calidad de Servicios, Lineamientos técnicos para los centros de promoción y protección social para personas mayores).

Ley No. 1850 de 2017 “Por medio de la cual se establecen medidas de protección al adulto mayor en Colombia, se modifican las Leyes 1251 de 2008, 1315 de 2009, 599 de 2000 y 1276 de 2009, se penaliza el maltrato intrafamiliar por abandono y se dictan otras disposiciones”.

Artículo 20 • Adiciónense los siguientes numerales al artículo 28 de la Ley 1251 de 2008, sobre las funciones del Consejo Nacional del Adulto Mayor:

11. Asesorar la formulación y evaluar el funcionamiento de los planes y programas de protección y lucha contra la violencia que se ejerza a los adultos mayores.

12. Promover la creación de redes de apoyo con el fin de asegurar los vínculos, la compañía y el apoyo del núcleo familiar del adulto y así evitar la institucionalización y la penalización. Ya que es necesario involucrar de manera directa a la familia quien es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros y por la inserción de estos en la cultura, la transmisión de valores para que se comporten como la sociedad espera de ellos. De ahí que la pertenencia a una familia constituye la matriz de la identidad individual.

13. Promover la formulación de políticas para dar a conocer las obligaciones alimentarias de la familia para con las personas de la tercera edad, conformando grupos de enlace con el Ministerio de Salud y Protección Social.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

Enfoque y tipo de investigación

El enfoque de esta investigación es cualitativo, teniendo en cuenta que se tomaron unos datos estadísticos para sustentar una problemática y plantear una solución. Hernández Sampieri, Collado & Baptista, (2014), respecto a los estudios cualitativos afirman: “Utiliza la recolección de datos sin medición numérica para descubrir o afinar preguntas de investigación en el proceso de interpretación”. (p.16).

De ahí que, para esta investigación se ha indagado sobre la población de interés, “adulto mayor” para conocer sus intereses y necesidades y así plantear una solución de dicha realidad.

Igualmente, ha habido una interacción con adultos mayores para conocer sus experiencias individuales y cualidades para tenerlas en cuenta en el diseño de la presente propuesta.

Además tiene un alcance descriptivo, Hernández Sampierie, Collado & Baptista, (2014), respecto a los estudios descriptivos, afirman:

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro proceso que se someta a un análisis. No pretende establecer una relación, solo realizar un análisis del comportamiento de las mismas. (p.80).

Por esta razón, se ha hablado de las características del adulto mayor y la necesidad que ellos tienen de ingresar a un centro geriátrico, cuando por diversas situaciones no cuentan con un cuidador permanente en casa.

Población

El presente proyecto está dirigido a la población de adulto mayor de la región de Sumapaz, teniendo en cuenta los datos recopilados del DANE (Censo 2005) los cuales mostraron un incremento de dicha población en el país y un aumento de desplazamiento de los mismos de Bogotá hacia esta zona.

En este municipio según el DANE censo 2005 y proyectado a 2016 se tienen 137.164 habitantes.

Para el Municipio de Fusagasugá el 30,5% de la población es menor de edad y el 17,3 % son adultos mayores, y el 52,2% se encuentran en edad productiva que les permite desarrollar la capacidad de auto sostenimiento.

En el municipio de Fusagasugá se identifica un mayor porcentaje de mujeres con un 51,0%, de este porcentaje el 15,2% son menores de edad y del 49% de los hombres el 15,3% son menores de edad.

Dicho municipio cuenta con los servicios básicos de Energía Eléctrica con un porcentaje de 98,7%, Acueducto con el 94,7%, Alcantarillado con el 83,2%, Teléfono con el 44,7% y Gas Natural con el 31.6%.

Casa es el tipo de vivienda predominante en el municipio de Fusagasugá con un 73,8%, mientras que Apartamento refleja un 21,6 % y Cuarto un 4,6 %. 2.2.3.4.

El número predominante de personas por hogar son 3 y 4 con un porcentaje del 21,4% y 20,6%, los hogares con mayor número de personas se reflejan en 0,6% con 9 y 10 personas, Se identifica una disminución considerable de hogares con más de 10 personas por residencia, lo que puede ser un indicador de poco hacinamiento o de inquilinatos.

En este Municipio el promedio de analfabetismo esta por el orden del 5,9%, las zonas rurales con un 8,65% en comparación al 5,1% en las cabeceras municipales.

El nivel educativo con mayor número de personas es básica primaria y secundaria con un 38% y 33,6% respectivamente y se identifica un universo sin nivel educativo del 7,9%, el 20,5% restante contiene los niveles educativos superior con 11,4%, y técnico, preescolar y normalista con el 9,1%.

Frente a las limitaciones físicas se identifica un promedio del 6,1% en hombres y un 5,7% en mujeres, con un mayor impacto en la zona rural.

Muestra

En la recolección de datos, se entrevistaron cinco adultos mayores de 6 hogares geriátricos del municipio Fusagasugá.

Instrumento

Para la recolección de datos se realizó un cuestionario. “Un cuestionario consiste en un conjunto de preguntas respecto a una o más variables a medir” (Hernández Sampierie, Collado & Baptista, 2014, p.285). Estos cuestionarios fueron desarrollados por medio de una entrevista realizada a algunos adultos mayores de diferentes hogares geriátricos del municipio de Fusagasugá, con el objetivo de conocer como es la realidad en dichos centros.

Así mismo, se recurrió a archivos digitales del DANE para obtener datos relacionados con el crecimiento de la población de adulto mayor.

Fases de la investigación

La presente investigación tuvo en cuenta las fases de investigación planteadas por Hernández Sampieri y otros, las cuales son las siguientes:

- Concebir la idea a investigar.
- Plantear el problema de investigación.
- Elaborar el marco teórico.
- Definir el tipo y el nivel de la investigación.
- Establecer la hipótesis.
- Seleccionar el diseño de investigación.
- Selección de la muestra.
- Recolección de datos.
- Análisis de datos.
- Presentación de los resultados

”

10. RESULTADOS

10.1 Estudio sociodemografico de la población de adultos mayores, para la creacion del centro medico habitacional.

Con el fin de realizar el estudio sociodemográfico de la población en mención, se tuvo en cuenta la información recolectada por el DANE en el 2005, la cual muestra una tendencia al envejecimiento gradual de su población, ya que en un futuro habrá menos población joven debido a la baja fecundidad, entonces esto tendrá como consecuencia adultos mayores solos, sin personas que se hagan cargo del cuidado de ellos.

10.2 Propuesta arquitectonica y social del centro geriátrico

La base de la arquitectura sin ninguna duda es satisfacer las necesidades humanas en pro de una excelente calidad de vida, con inclusión social, técnica y ambiental. La propuesta arquitectónica planteada buscó y encontró esta integración bajo los tres parámetros establecidos en la misión del Complejo médico habitacional geriátrico: médico, habitacional y recreativo, llegando a encontrar en un solo espacio todos los servicios necesarios para la atención del adulto mayor.

10.3 Estrategia holistica de mercadeo, para la creacion del centro médico habitacional

Con respecto a la estrategia holística de mercadeo se puede deducir que el plan de comercialización aquí propuesto tiene en cuenta los diferentes elementos necesarios para ofrecer un producto de calidad y cumpliendo con el objetivo final que es la satisfacción del cliente.

Como resultado se evidencia que en la cultura colombiana se hace difícil adaptarse al sistema de un hogar geriátrico debido a que socialmente se describe de manera errada interpretándose como abandono y falta de afecto mas no como un beneficio para una mejor calidad de vida en los adultos mayores; Como colombianos es difícil desprenderse sentimental y físicamente de los seres queridos, refiriéndonos a los adultos mayores encontramos que en muchos casos las familias prefieren sufrir junto a ellos las dificultades que se empiezan a presentar en la vejez, en vez de acudir a un centro especializado como el que pretendemos realizar.

11. CONCLUSIONES

En este apartado se presentan los hallazgos más significativos en el análisis de la información obtenida en la presente investigación.

- El estudio sociodemográfico realizado, permitió comprobar que en el municipio de Fusagasugá, hay una tendencia al aumento de la población de tercera edad y se hace necesario construir un complejo médico habitacional como el propuesto, ya que éste responde a las necesidades de los adultos mayores que allí habitan y no hay un sitio con las características aquí planteadas.
- Teniendo en cuenta la tendencia al incremento de la población de la tercera edad en Colombia, las entidades públicas y privadas deben planear estrategias y planes que suplan las necesidades de dicha población.
- El planteamiento arquitectónico propuesto, encontró el desarrollo de un equipamiento social el cual carecía el municipio de Fusagasugá y su región del Sumapaz, siendo este planteamiento único en la región y porque no subrayarlo único en el país.
- Por otra parte, para lograr el adecuado mercadeo para presente propuesta, se hace necesario darla a conocer a entidades públicas o estatales, mostrándoles la importancia y necesidad de fundar un médico habitacional geriátrico, como el aquí planteado para el municipio de Fusagasugá, dándoles a conocer que dicha propuesta es para los diferentes estratos sociales; de esta manera lograr que se interesen en construirlo.
- Ofrecer la mejor atención en el proyecto planteado, teniendo en cuenta las falencias de atención en otros centros geriátricos existentes en la región.

12. BIBLIOGRAFÍA

Buendía, J. & Riquelme, A. (1997). Residencias para ancianos. ¿Solución o problema?. Revista Dialnet. ISBN 84-7030-419-4. pp(233-246)

Cabrales, O. (2013). Productos y servicios para los adultos mayores, un potencial nicho de Mercado en Colombia. Revista Dimensión Empresarial. Vol. 11 N° 1.pp (103-115)

Castellanos, D. & García, C. (2009). Aportes para el diseño del programa vejez saludable a partir de la política nacional de envejecimiento y vejez. (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia.

Céspedes, A. (2010). Principios de mercadeo. Bogotá. Colombia. ECOE ediciones.

Cobra, M. (2000). Marketing de Servicios. Estrategias para turismo, finanzas, salud y comunicación. McGraw Hill Interamericana S.A. Bogotá. Colombia

Consejo Distrital. (2007). Proyecto de acuerdo 476. Alcaldía Mayor de Bogotá.

Cuadros, Robinson. (2017). El país enfrenta el reto de ver por sus viejos. Portafolio. Bogotá. Colombia.

Charlita, P. (2009). Gestión de costos en salud. Teoría, cálculo y uso. ECOE. Bogotá.
Colombia

Cobra, M. (2000). Marketing de servicios. Mc Graw Hill. México

Díaz, F.(2015). Centro de atención a personas de la tercera edad.

Espinosa, R. (2014). Estrategia marketing. Recuperado de
<http://robertoespinosa.es/2014/05/06/marketing-mix-las-4ps-2/>

Equipo de Gerontología. (2008). Historia geriatría en Colombia. SENA.11. p

Gobierno Nacional. (2007). Ley 1171.

Gobierno Nacional. (2008). Ley 1251.

Gobierno Nacional, (2008). Lineamientos técnicos para los centros de promoción y
protección social . Dirección general de calidad de servicio.

Gobierno Nacional, (2017). Ley 1850.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). Metodología
de la Investigación. México. Editorial Mc Graw Hill.

Hoffman & Bateson. (2002). Fundamentos de marketing de servicios. Conceptos, estrategias y casos. México. Edt. Thomson.

Lovelock, C. (2009). Marketing de servicios. Personal, tecnología y estrategia. México. Pearson Educación.

Malaver, C. (2015). Hogares geriátricos, ¿un negocio fuera de control?. Periódico El Tiempo. Bogotá. Colombia

Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo Territorial. Reglamento colombiano de construcción sismo resistente. NSR 10. Recuperado de <https://www.idrd.gov.co/sitio/idrd/sites/default/files/imagenes/9titulo-i-nsr-100.pdf>

Montoya, J. & Rivera, A. (2009). Definición de una Estrategia de servicio para los adultos mayores en la modalidad Club. (Tesis de pre-grado). Universidad del Rosario. Bogotá. Colombia.

Ortega, M. (2004). Hogares cinco estrellas para adultos mayor. Periódico El Tiempo. Bogotá. Colombia.

Parmelee, D. (2000). La preparación del plan de marketing. Gestión. Barcelona. España

Prieto, J. (2014). Gerencia del Servicio. Bogotá. Colombia. Ecoe Ediciones

Requisitos para un centro geriátrico. Recuperado de

http://www.trabajo.com.mx/requisitos_para_un_centro_geriatrico.htm

Riquelme, A. (1998). Depresión en residencias geriátricas. Un estudio empírico. Books.

Google.com. Recuperado septiembre 3 de 2017

Rojas, G., Ramirez, C. & Vélez, J. (2013). Gerencia de la responsabilidad social en las organizaciones de hoy. Alfaomega. Ibagué, Colombia

Salazar, D., Fuentes, D. & otros. (2015). Caracterización de la gerontología en Colombia. SENA.

Bogotá, Colombia

Salgado, A. (2013). Hogar geriátrico, una opción para el adulto mayor. EPS SURA.

Bogotá. Colombia. Recuperado de <https://www.sura.com/blogs/calidad-de-vida/hogar-geriatrico-opcion-calidad-de-vida.aspx>

Salvarezza, L. (2000). La Vejez. Una mirada gerontológica actual. Paidós. Buenos Aires.

Argentina

Universidad de la Sabana. (2017). Preocupante panorama de la vejez en Colombia. El

Periódico.com. Chía. Colombia. Recuperado de

<http://elperiodicodechia.com/nacion/preocupante-panorama-de-la-vejes-en-colombia/>
<https://www.archdaily.co/co/02-300123/alcacer-do-sal-residences-aires-mateus>

Recuperado agosto 4 de 2016

<https://www.archdaily.co/co/626312/centro-sociosanitario-geriatrico-santa-rita-manuel-ocana>

Recuperado agosto 4 de 2016

https://www.dane.gov.co/files/censos/presentaciones/poblacion_adulto_mayor.pdf

Recuperado octubre 13 de 2016

<https://rni.unidadvictimas.gov.co/sites/default/files/Documentos/CUNDINAMARCA%20-%20FUSAGASUGA.pdf>. Recuperado abril 20 de 2018.

<http://fusagasuga-cundinamarca.gov.co/Transparencia/BancoDocumentos/ASIS%202017%20VIABILIZADO.pdf>.

Recuperado abril 20 de 2018

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Documents/Constitucion-Politica-Colombia.pdf>

Recuperado agosto 12 de 2017

https://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-86098_archivo_pdf.pdf

Recuperado agosto 12 de 2017

<https://orpea.es/centros-residencias/residencia-ancianos-zaragoza>

Recuperado agosto 4 de 2016

