



**ESPECIALIZACION ADMINISTRACION EN SALUD
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS
PREVENTIVOS DE SALUD DE LOS ADULTOS
MAYORES EN HERVEO - TOLIMA 2022**

FABIAN ALEXIS ROPERO GIRALDO

PAOLA GALLEGO TORO

CARLOS ARTURO BENJUMEA HINCAPIÉ

INGRID KATHILEEN VÁSQUEZ MOLINA

ALEJANDRA FRANCO ROMÁN



**Universidad[®]
Católica
de Manizales**

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



*Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen*

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD DE LOS
ADULTOS MAYORES EN HERVEO - TOLIMA 2022

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista
en Administración en Salud

Asesor

Richard Nelson Román Marín

Autores:

Fabian Alexis Ropero Giraldo

Paola Gallego Toro

Carlos Arturo Benjumea Hincapié

Ingrid Kathileen Vásquez Molina

Alejandra Franco Román

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES

FACULTAD

NOMBRE DEL PROGRAMA ACADÉMICO

MANIZALES

2022

Indice

Lista de tablas	5
Lista de ilustraciones	6
Título	7
Descripción o planteamiento del problema	8
Antecedentes	10
Justificación.....	13
Objetivos	14
Marco teórico.....	15
<i>Marco Contextual</i>	15
<i>Marco Normativo</i>	15
<i>Referente teórico</i>	16
<i>Glosario</i>	23
Diseño metodológico	24
<i>Tipo y enfoque del estudio</i>	24
<i>Población</i>	24
Criterios de Inclusión.....	24
Criterios de Exclusión	24
<i>Caracterización de Variables</i>	24
<i>Plan de recolección de información</i>	24
Herramientas de recolección de información.....	24
Estrategias	25
Consentimiento informado	25
<i>Muestra</i>	26
Aspectos Éticos.....	26

Cronograma	27
Resultados y Análisis	28
Discusión.....	46
Conclusiones.....	46
Recomendaciones.....	47
Referencias bibliográficas.....	48
Anexos	53
<i>Instrumentos de recolección de información</i>	53
<i>Datos recolectados</i>	53
<i>Normatividad</i>	53

Lista de tablas

TABLA 1	28
TABLA 2	29
TABLA 3	30
TABLA 4	30
TABLA 5	31
TABLA 6	32
TABLA 7	32
TABLA 8	34
TABLA 9	34
TABLA 10	36
TABLA 11	37
TABLA 12	38
TABLA 13	38
TABLA 14	40
TABLA 15	41
TABLA 16	41
TABLA 17	43

Lista de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1	18
ILUSTRACIÓN 2	22
ILUSTRACIÓN 3	27

Título:

Accesibilidad a los Servicios Preventivos de Salud de los Adultos Mayores en
Herveo - Tolima 2022

Descripción o planteamiento del problema

El acceso a los servicios de salud es una de las principales preocupaciones sanitaria a nivel mundial, el acceso a los servicios de salud está definido como el funcionamiento en el ingreso o entrada de la prestación de cualquier servicio de salud (público o privada), así como una relación dinámica entre el paciente que demanda la atención del servicio y el servicio que compone la estructura sanitaria, logrando una satisfacción de la necesidad planteada (1); el acceso a los servicios de salud es un indicador clave en salud pública y expresa la manera en que los estados protegen o no a sus ciudadanos (2). Es decir, es como un país garantiza en diversas maneras el derecho a la salud de sus ciudadanos, con sus respectivos problemas de inequidad (geográficos, económicos, sociales, culturales...).

El tema del acceso a los servicios de salud es de gran importancia para lograr el bienestar de la población y la disminución de las inequidades sociales; en el mundo la necesidad de “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (3), lo anterior siendo uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye dentro de sus metas “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular, la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (3), siendo esto lo primordial para lograr el desarrollo del ODS planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, y que de hecho es el más cercano a la población, siendo de gran importancia, ya que es aquí donde se pueden resolver en un buen porcentaje los problemas prevalentes que hay en los habitantes, pues su principal objeto es brindarles una atención oportuna y eficaz.

La APS (Atención Primaria en Salud), es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud, es por ello que se genera una canasta básica de prestaciones según programas de salud, desde la gestación hasta el adulto mayor; es decir durante todo el desarrollo del ser humano la APS (Atención Primaria en Salud) está presente, buscando, como en el caso de los adultos mayores, que sean personas autónomas y autovalentes por el mayor tiempo posible (24).

En el informe de Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017, presentado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en el año 2018, advierte que al menos la mitad de la población del planeta sigue careciendo de acceso a los servicios de salud esenciales; además, unos 800 millones de personas gastan en atención sanitaria más del 10% de su presupuesto familiar, y casi 100 millones se ven sumidas, cada año, en condiciones de extrema pobreza por causa de desembolsos sanitarios directos; por lo anterior todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han acordado tratar de alcanzar la

cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, en el marco de la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), buscando que la atención primaria de salud puede atender entre el 80% y el 90% de las necesidades sanitarias de la población a lo largo de su vida (4).

Para América, alrededor de una tercera parte de las personas (29,3%) reportaron no buscar atención en salud cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso, entre los que reportaron no buscar atención, el 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas (ej. largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos), de las barreras financieras fueron reportadas en el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (ej. falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos; Es importante destacar que el 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad (ej. barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud o maltrato por parte del personal, preferencia por la medicina tradicional e indígena)(5).

En Colombia, desde la vigencia del actual Sistema de Salud (1993), al año 2019, se evidenció un aumento en la cobertura de aseguramiento en salud pasó de 27% a 95%; este aumento ha estado acompañado de mejores resultados en indicadores globales de salud, incluyendo un incremento en la esperanza de vida al nacer y una caída en la mortalidad infantil, así como mayores tasas de utilización de servicios médicos, aun así a pesar de tener una cobertura de aseguramiento casi universal, garantizar el acceso efectivo a los servicios esenciales de salud sigue siendo una tarea inconclusa (6).

Lo anterior se debe a que, a pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento en salud, el acceso a los servicios de salud en Colombia, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó al pasar de 79,1% a 75,5% (1997 - 2012), de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV, 2019) (7).

Aun así, en el país se ha avanzado en la formulación e implementación de directrices de política pública que se orientan a garantizar el derecho a la salud, donde el acceso a servicios de salud es una dimensión central; “la Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria del Derecho a la Salud, que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección y brinda mayor claridad sobre las características del acceso a los servicios, señalando que deben ser integrales, iguales para todos y sin barreras administrativas” (8).

Por lo anterior uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano, tiene que ver con la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad; dichas diferencias reflejan la desigualdad de las condiciones socioeconómicas, a pesar de que en promedio el 95% de la población colombiana está afiliada al sistema de seguridad social en salud, la población (especialmente adultos mayores) presentan dificultades para acceder a los servicios de promoción y Prevención en Salud, la mayor

problemática identificada radica en el difícil acceso a los servicios de salud por la realidad de los territorios, gran parte de la población rural debe transportarse por largos caminos ancestrales, sin acceso a redes viales secundarias o terciarias, o en su defecto transitar por redes viales en malas condiciones, traduciéndose en mayores tiempos de viaje o teniendo que enfrentarse a eventos de riesgo por difíciles condiciones climáticas y topográficas que generan deslizamientos constantes, agudizando los problemas de salud que puedan presentar.

Para el departamento del Tolima especialmente los municipios del norte, se identifica múltiples barreras de acceso entre ellas la distancia de los municipios a la capital del departamento, que para el caso de Herveo hay aproximadamente 240 min, un total de 213 km de recorrido, por un área montañosa y de un sistema de vías secundarias; además de estar entre los 10 municipios con mayor índice de pobreza multidimensional (IPM) de 54,0, concentrando la mayor parte en el área rural (IPM 68.8), que del área urbana (IPM 19.6) (9).

Por lo anterior se puede identificar que la problemática objeto de estudio es un tema integral, dado que contiene factores sociales, en cuanto a educación, cultura y redes de apoyo; y de infraestructura tanto de la salud como de la red vial. Se ha incluido la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la accesibilidad a los servicios preventivos de salud de nivel primario de los adultos mayores del Municipio de Herveo Tolima?

Antecedentes

La ley 100 de 1993 planteó la meta de garantizar a toda la población el acceso a los servicios de salud en todos los niveles de atención, con un plan de beneficios igual para todos. Para el año 2000 el objetivo de la ley 100 aún no se había cumplido por lo que ciudadanos acudieron a la acción de tutela, mecanismo por el cual los jueces protegen y hacen valer el derecho a la salud. Esto fue así hasta 2008, cuando la Corte Constitucional profirió la Sentencia T-760 por la cual la salud fue reconocida como derecho fundamental y estableció órdenes a varios organismos del Estado para garantizar su goce efectivo y hacer cumplir lo que en un principio se planteó en la ley 100 de 1993. La Sentencia T-760 surgió en respuesta a los problemas sistemáticos relativos al acceso y a la falta de supervisión y autorregulación en el sistema de salud (4) (25).

De ahí en adelante se han lanzado proyectos de investigación los cuales han tenido como finalidad estudiar e investigar las condiciones de acceso al servicio de salud pública en su respectivo espacio – tiempo.

Un grupo de tres personas caracterizó las principales barreras que sufre la población colombiana al intentar acceder a los servicios de salud en Bogotá. Se emplearon técnicas cuantitativas como cualitativas basadas en las peticiones, quejas, reclamos y sugerencias que llegaron a la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia entre

enero de 2012 – junio de 2013. Además, se realizaron entrevistas profundas a usuarios de los servicios de salud y a funcionarios de EPS de Bogotá. Los usuarios de este estudio evidenciaron limitaciones desde la entrada y búsqueda de la atención por fallas en la comunicación para acceder a los servicios de salud; en la continuidad del servicio se encuentran con barreras derivadas por las autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos.

En aquel entonces, se concluyó que las barreras que percibieron los usuarios generaron percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para los usuarios que formaron parte de este estudio, como para sus familias (26).

En 2016, un grupo de cinco personas estudió la función del guía bilingüe como actor en la disminución de la brecha en el acceso y la atención en salud de las comunidades indígenas wayuu de Colombia. Se realizaron 24 entrevistas a actores claves del área administrativa y salud, incluyendo guías bilingües wayuu. A partir de un análisis cualitativo se identificaron tres barreras culturales respecto al acceso en atención en salud. Esas barreras fueron: a) idioma; b) la cosmovisión wayuu sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad; c) información culturalmente no adaptada sobre la sexualidad, la reproducción y el VIH. El estudio identificó al guía bilingüe como actor clave en la disminución de estas barreras y finaliza con una discusión sobre el rol de los guías, las tensiones inherentes a su labor, y la complejidad de su aporte como mediadores culturales (21).

En 2016, una pareja identificó la presencia de barreras geográficas de acceso a salud y elaboró un inventario de prestadores de salud oral del departamento de Nariño, con información de 64 municipios. Desarrollaron un sistema de medida de distancia y tiempo, con el cual identificaron el tiempo de viaje que toma el desplazamiento de un municipio hasta la capital en diferentes medios de transporte. Se identificaron sólo 670 prestadores en salud oral en el departamento de Nariño. Los resultados arrojaron que tres de los 64 municipios no tienen barreras geográficas de acceso. En aquel entonces, se llegó a la conclusión de que el medio de transporte y el tiempo de viaje son determinantes de barrera de acceso a salud, especialmente en las áreas del Pacífico de Nariño (28).

Un grupo de estudiantes decidieron explorar la percepción sobre las barreras de acceso a los servicios de salud percibidas por usuarios del régimen subsidiado del municipio de Sonsón para el año 2016. Para ello se realizó una investigación cualitativa con enfoque histórico hermenéutico, donde participaron 16 informantes, quienes fueron entrevistados y sus relatos transcritos, codificados y analizados con base en la teoría fundamentada. Con ello se identificaron barreras económicas y administrativas que limitan el acceso de las personas a los servicios de salud; representadas en las demoras para reclamar medicamentos y su disposición incompleta, lo que lleva a las personas asumir gastos de bolsillo o desistan del tratamiento. Concluyendo que estas barreras son reacias en poblaciones pobres y vulnerables, pues su condición limita sus

posibilidades para hacer frente a las eventualidades derivadas de las barreras existentes en el sistema (29).

Un grupo perteneciente a la Universidad Javeriana de Colombia analizó el comportamiento del acceso a los servicios de salud de la población urbana del municipio de Palmira, Valle del Cauca en el año 2017. Realizaron un estudio cuantitativo transversal, por medio de una encuesta aplicada a una muestra de 242 hogares; el muestreo fue probabilístico, estratificado, multietápico por conglomerados. Los resultados finales arrojaron una evidente atención médica afectada por excesiva tramitología, no autorización de servicios y no entrega de medicamentos. Con lo anterior y otros incidentes descubiertos durante la investigación se da por concluido que, pese al aumento en el aseguramiento de la población, persisten problemas que impiden el acceso real de la población a los servicios de salud relacionados con oportunidad, continuidad, complementariedad, y gasto de bolsillo; la escasa promoción de los servicios preventivos evidencia el enfoque curativo del modelo de atención en salud en Colombia (1).

Un grupo de la Escuela Nacional de Salud Pública de La Habana - Cuba, en 2018, actualizó los elementos teóricos sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. Para ello analizaron y ordenaron artículos correspondientes a bibliografías, y demás contenido perteneciente a bases de datos digitales de ciencia de la salud. Como resultado se presentaron diferentes perspectivas y críticas desde la noción de acceso equitativo de los servicios de salud. Lo cual podría ayudar a un abordaje integrador de la tuberculosis desde la lógica de justicia social y el derecho a la salud. Al concluir los aspectos teóricos de acceso universal para el abordaje de la tuberculosis, se evidenció que el enfoque de la equidad de la lógica de justicia social y derecho a la salud constituye el punto de partida para actuar con un enfoque sociocultural sobre las desigualdades que influyen en la determinación social de esta enfermedad (30).

En 2018 un grupo de cuatro analizaron el acceso a los servicios de salud de las personas en situación de discapacidad física en el municipio de Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). Para ello se efectuó un estudio observacional con 56 adultos con diagnóstico de discapacidad física, la encuesta aplicada evaluó el perfil sociodemográfico y socioeconómico, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos o de rehabilitación, gastos de bolsillo y acceso a la atención específicas en discapacidad física. Los resultados confirmaron la desventaja social y económica por la que pasó, en aquel entonces, la población en situación de discapacidad. Entre dichas desventajas se encontraron problemas en el acceso y continuidad de los servicios de rehabilitación, en especial por retrasos en las autorizaciones por las EPS, demoras en las citas para procedimientos y terapias, y falta de educación para la salud en manejo de la discapacidad física (13).

En síntesis, aun cuando hay un sin número de proyectos con objetivos, métodos de trabajo, resultados, y conclusiones distintas o similares, todos buscan una finalidad en común, la cual

se centra en trabajar para mejorar la calidad de la salud humana. Los antecedentes, cuya razón es abarcar proyectos anteriores, funcionan de apoyo para descubrir falencias y nuevas carencias en la actualidad sobre un área determinada.

Supuesto teórico

Los usuarios presentan diversas dificultades e inconvenientes para acceder a los servicios preventivos de salud a consecuencia de barreras externas que impiden su efectiva accesibilidad a los mismos.

Justificación

El acceso a servicios de salud es un tema de gran importancia con respecto al impacto social, que influye en el bienestar de la comunidad y las familias, como en la reducción de las desigualdades sociales. En el mundo se apuesta a “garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, esto según los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) de la ONU, que incluye dentro de sus metas lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos (8); así entonces aunque es un planteamiento mundial, se evidencia en un reciente informe de seguimiento sobre la Cobertura Universal de Salud, realizado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, que al menos la mitad de la población del planeta sigue careciendo de acceso a los servicios de salud esenciales (4), situación que no es ajena a Colombia, especialmente a las poblaciones rurales dispersas, donde las barreras para el acceso a salud son mayores, como pasa con el departamento del Tolima, en el Municipio de Herveo.

En Colombia, el contexto con respecto al acceso de los servicios de salud no es muy diferente, teniendo en cuenta que según el Informe Anual del Avance de los ODS del 2021(10), con respecto al tercer objetivo de salud y bienestar, solo se ha logrado un 57.23% con referente a la meta para el 2030, dejando al descubierto la necesidad de establecer urgentemente las características del acceso a los servicios de salud del país, para determinar estrategias que impacten positivamente el avance en las metas de los ODS; porque es evidente que la diferencia entre la cobertura y el acceso a los servicios de salud es amplia, teniendo en cuenta que existe actualmente una cobertura de aproximadamente el 95% y un acceso con múltiples barreras que no siempre permiten una atención en salud (6).

El presente estudio cuenta con una viabilidad social, teniendo en cuenta la importancia de su desarrollo para establecer las características del acceso a los

servicios preventivos de salud, de la población adulto mayor y la identificación de algunas barreras, que pueden ser tomadas como referente por los gobernantes y directivas institucionales del municipio de Herveo Tolima, para mejorar estos indicadores e impactar en la salud de su población; además que se tienen los recursos económicos, humanos y fuentes de información necesarias para llevarla a cabo.

En el aspecto social, determinar las características del acceso a los servicios preventivos de salud de la población adulta mayor e identificar algunas de las barreras que se presentan durante el proceso, buscará mejorar las rutas de acceso para una atención en salud efectiva, que resuelva las necesidades de esta población, cumpliendo con los programas y líneas integradas de atención según la normatividad para la Atención Primaria en Salud (APS).

Con respecto a los beneficios metodológicos del estudio, corresponden a brindar referencias a futuros estudios con metodologías similares y/o compatibles, de manera que se generen análisis conjuntos, comparaciones entre resultados, variables y periodos concretos; además de evaluaciones de las intervenciones que se estuvieran realizando.

En el aspecto disciplinario el estudio busca fortalecer las líneas de investigación de la administración en salud, con respecto al cumplimiento satisfactorio del ciclo de atención de un paciente, obteniendo resultados satisfactorios en la experiencia positiva del paciente y en la sostenibilidad económica de las instituciones de salud; contribuyendo a estudios que se realicen a nivel internacional y en especial los que se realicen en Colombia, fortaleciendo así el cumplimiento de los ODS.

Lo anterior genera una necesidad de establecer un estudio que permita identificar la realidad de la accesibilidad a los servicios preventivos de salud en el primer nivel de atención de un hospital público de un municipio del norte del departamento del Tolima.

Objetivos

Como objetivo general, este proyecto se ha planteado Identificar las características de la accesibilidad en los servicios preventivos de salud de nivel primario de los adultos mayores en un hospital del norte del departamento del Tolima.

Para cumplir con el objetivo general, es necesario cumplir con los siguientes objetivos específicos:

Detallar las condiciones de acceso real que tiene la población adulta mayor de un municipio del Tolima para acceder a los servicios de salud de primer nivel, para los servicios preventivos de salud.

Determinar las diferentes barreras que presenta la población adulto mayor de un municipio del Tolima para acceder a los servicios de salud de primer nivel.

Crear estrategias con la finalidad de brindarle a la población adulto mayor de un municipio del Tolima, una accesibilidad más dinámica y oportuna que resuelva las necesidades establecidas.

Marco teórico

Marco Contextual

El objeto principal de este proyecto de investigación gira alrededor de la población mayor que habita en Tolima y que frecuenta los servicios de salud de la respectiva institución, espacio de investigación de este proyecto. Por lo tanto, es necesario conocer el contexto histórico reciente de la población mayor.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, “las personas envejecen de múltiples maneras dependiendo las experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas durante sus cursos de vida, es decir, implica procesos de desarrollo y deterioro. Generalmente, una persona adulta mayor es una persona de 60 años o más de edad” [32].

En diciembre de 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, lanzó al público su investigación más reciente sobre el boletín poblacional. Las cifras demuestran que para el 2020 el 13.5% de la población colombiana es mayor de 60 años, porcentaje que llevado a una cantidad absoluta se traduce en 6.808.641 personas adultas mayores de 60 años, de los cuales 95.97% se encuentran afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) [33].

Se reveló que en Tolima la población adulta mayor corresponde al 17.2% del total de personas mayores de 60 años, 230.048 personas. Con esa participación, el departamento se encuentra perfectamente en el TOP 10 de territorios colombianos con mayor población adulta. Así mismo, el 97.41% se encuentran afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud [7]. En 2019, el 100% de los adultos mayores en Tolima se encontraban afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud [34].

Según la Contraloría General de la República, “la edad es uno de los predictores más importantes a considerar para fijar el valor del precio de la Unidad de Pago por Capacitación, sino sobre todo considerando la transición demográfica y epidemiológica de envejecimiento de la población, en la cual tendremos cada vez más personas mayores y más longevas, que representan una mayor destinación de recursos desde el SGSSS, los sistemas pensionales y los subsidios sociales” [35]. Por eso, una edad de 100 años o más puede ser considerada como una longevidad imposible para estar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Marco Normativo

El derecho a la salud está consagrado en la constitución política de Colombia de 1991 en el artículo 44, también en el mismo documento en el artículo 49 enuncia: La

atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. La ley 100 de 1993, marco del sistema de seguridad social integral, regula la prestación de los servicios de salud y hace referencia a la garantía del acceso a la salud, al mejoramiento en la calidad y a la eficiencia en la prestación de los servicios entre otras. La Prestación de los Servicios de Salud en Colombia se reglamenta por la política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, bajo la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, como principal objetivo garantizar el acceso y la calidad de los servicios, optimización de los recursos, promover la atención centrada en el usuario logrando la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. (6) La Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el artículo 2 confirma el derecho a la salud consagrado en la Carta Magna de 1991 y además declara: Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. (23)

Referente teórico

Acceso a los servicios de salud

El concepto de acceso a los servicios de salud, no es muy claro dentro de los diferentes actores de los servicios de salud y para la población en general, lo anterior teniendo en cuenta que este, de manera intuitiva puede ser establecido o dar nociones del mismo por parte de las personas del común, donde se retoman algunos elementos comunes como: la efectividad en la prestación del servicio, la asignación de citas oportunas sin filas o trámites, el no pago de dinero, la atención con múltiples ayudas diagnósticas, la atención del personal de salud cordial... lo cierto es que se trata “una noción compleja con gran variedad de interpretación” (27), como lo demuestran los diversos esquemas conceptuales propuestos, que evidencian la falta de consenso sobre el término y concepto de acceso a los servicios de salud, estableciendo las dimensiones relacionadas y sus determinantes(8).

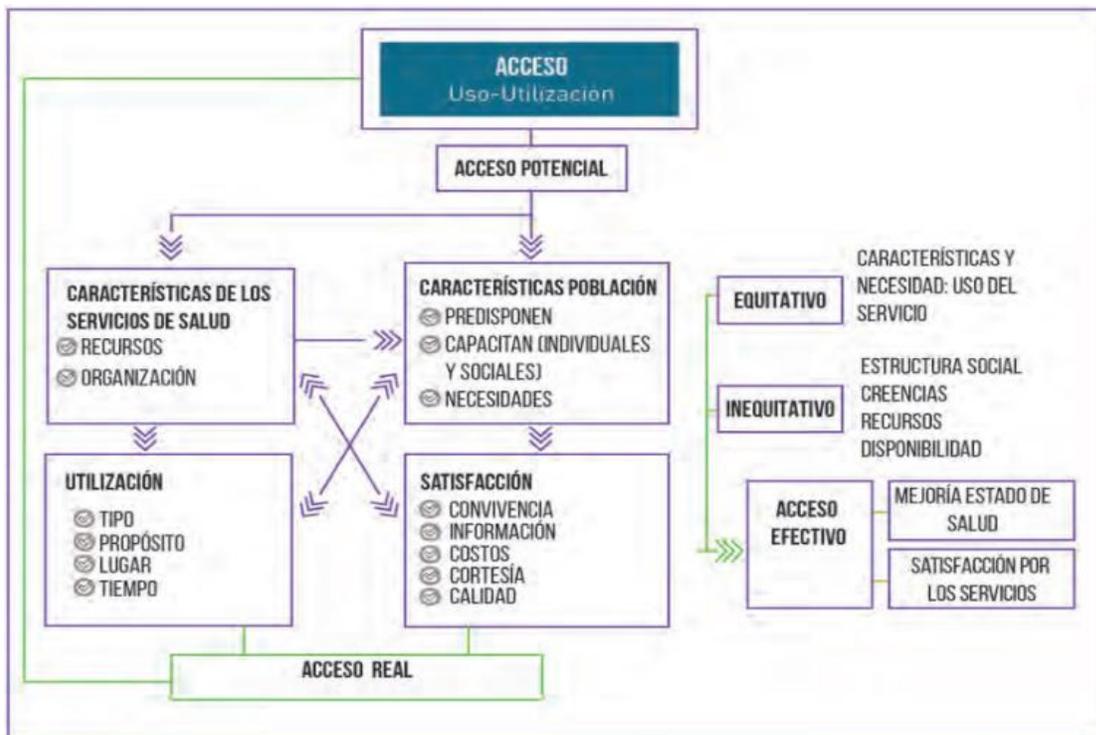
La definición etimológica de la palabra “acceso”, está definida como la forma de acercarse, alcanzar o entrar a un lugar, con derecho y oportunidad de visitar (32) (27), así entonces que el concepto de acceso puede comprender múltiples cuestiones desde distintas miradas y con distintos análisis, el interés por la comprensión del concepto, está determinada por la necesidad de identificar los aspectos que explican el acceso de la población a los servicios de salud, así como la comprensión de los patrones de utilización de los servicios y el efecto de estos en el estado de salud de las personas y la población en general; lo anterior permite brindar herramientas que mejoren los niveles de acceso a la salud y permite eliminar las inequidades que se derivan de las atenciones en salud (8) (27).

Para el Dr. Julio Frenk, existen varios cuestionamientos y problemas, cuando se trata de definir el concepto de accesibilidad, teniendo en cuenta el uso de sus

sinónimos que pueden ser “acceso”, que podríamos estar hablando de la entrada o “disponibilidad”, de contar con... Así entonces la distinción de estos términos genera una confusión que se produce al usar varios términos simultáneos como sinónimos (33). Por lo que en estos términos el concepto de Acceso y Accesibilidad para el presente estudio serán iguales, teniendo prudencia de manejar más el término de acceso.

Ilustración 1

*Esquema Conceptual “Modelo Comportamental de Uso de los Servicios de Salud”
Andersen, Aday y Colaboradores.*



Fuente: Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;208–20.

Así entonces, los servicios de salud y como una de sus dimensiones principales el acceso, son en sí mismos determinantes de las inequidades en salud (8). Es decir, se deben abordar las diferencias de exposición y vulnerabilidad, generando un acceso más equitativo a la atención integral en salud y potenciando la acción intersectorial de los diferentes actores en salud, mejorando el estado de salud de la población y previniendo la enfermedad; pero por otro lado el papel fundamental es de ser mediador de los efectos diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas, buscando que los problemas en salud no lleven a un mayor deterioro de la misma y generen cambios en su posición social.

En la búsqueda de literatura sobre acceso a servicios de salud, se encuentran diferentes posiciones en un extremo, como un derecho negativo, que no requiere que los gobiernos garanticen la igualdad de atención para todos. En el otro extremo, se argumenta a favor de la igualdad de acceso para todos que debe ser garantizado por los gobiernos respectivos, en el medio entonces se puede establecer un “derecho” a un mínimo decente, que se considera “adecuado” para la atención. (27).

Existen modelos y esquemas de análisis para el estudio del acceso a los servicios de salud (27) (33), dentro de los más destacados se encuentra el elaborado por Andersen, Aday y colaboradores, conocido como el “modelo comportamental de uso de servicios de salud”, este modelo permite una visión más amplia del proceso de acceso, los esquemas de ajuste se centran en un dominio amplio del acceso “desde la necesidad hasta el uso de los servicios de salud”; desde el proceso de evaluación se permite un mayor acercamiento en los resultados más allá de la oferta de los servicios, en término del uso y en relación con la mejora del estado de salud. Permite incorporar aspectos de la estructura social que proporcionan herramientas para el análisis de las inequidades en el acceso, además posibilita la visualización de un panorama del acceso establecido por dimensiones y subdimensiones (8) (27).

Este método incorpora aspectos relacionados con la estructura social (etnia, estrato socioeconómico, condición social, elemento de contexto y residencia), que pueden ser elementos que predisponen el uso.

A finales de la década de los 60 fue publicada la primera versión de este modelo como parte de la disertación de la tesis doctoral de uno de sus autores, Ronald Andersen, y que en palabras del mismo autor pretendía ayudar a comprender cómo y por qué las familias usaban los servicios de salud, definir y medir el acceso a la atención médica para ayudar en el desarrollo de políticas para promover el acceso equitativo (8). Este primer modelo señalaba que el uso que hacen las personas de los servicios de salud depende de su predisposición a usar los servicios, los factores que permiten o impiden el uso, y su necesidad de cuidado.

El acceso potencial hace referencia a primero las características de los servicios de salud que facilitan la utilización de los servicios y segundo a las características de los individuos que predisponen o capacitan para el uso de los servicios de salud, que incluye la necesidad de atención en salud de los individuos. En general, estos aspectos explican o predicen el uso. Pues pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que el uso tenga lugar. El acceso real se refiere a la utilización de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario; dentro de las características de los servicios de salud, como parte del acceso potencial, se encuentran: los recursos y la organización. Los recursos incluyen el volumen y la distribución de recursos sanitarios en un área. La organización describe la forma en que se usan estos recursos. Es decir, la manera en que el personal médico y las instalaciones se coordinan y controlan en el proceso de prestación de servicios de salud. Los componentes de la organización son la entrada y la estructura. La entrada se refiere al proceso de entrada a los servicios (tiempo de viaje, tiempo de espera, etc.) y la estructura, se refiere a las características del sistema que determina lo que les sucede a las personas después de ingresar a los servicios (a quien ve, cómo es tratado) (8). En las revisiones del modelo aparece un llamado de atención sobre la importancia de estas características como parte del contexto. Se reconoce el entorno externo, incluidos los componentes físicos, políticos y económicos, como un insumo importante para comprender el uso de los servicios de salud.

La comprensión de estos aspectos es considerada limitada. En general ha sido poco explorada la influencia de los factores de contexto (que incluye los factores capacitantes a nivel comunitario, los factores relacionados con el proveedor servicios, y elementos del ambiente político, económico y social) sobre el comportamiento de los individuos en relación con el uso de los servicios (8) (27). Se ha otorgado mayor relevancia a las variables de orden individual. En general las variables de contexto, en los análisis de determinantes del uso de los servicios, resultan poco asociadas con el uso de los servicios (8). Este hecho puede estar relacionado con que no se han incluido las variables necesarias, consecuencia también de las dificultades de información o metodológicas.

Las características de la población incluyen los aspectos que a nivel del individuo determinan la utilización de los servicios de salud. Estos comprenden los aspectos predisponentes, los “capacitantes” y la necesidad. El componente predisponente incluye aquellas variables que describen la “propensión” de los individuos a usar los servicios. Estas propiedades existen antes del inicio de los episodios de enfermedad o de identificación de la necesidad. Incluyen aspectos como edad, sexo, etnia, religión y valores relacionados con la salud y la enfermedad (8) (27).

El componente “capacitante” o de capacidad describe los “medios” que las personas tienen disponibles para el uso de los servicios. Aquí se incluyen los recursos específicos para el individuo y su familia (ingresos, cobertura de aseguramiento) y los atributos de la comunidad en la que vive el individuo (área de residencia rural-urbano, región, etc.), que hacen parte del contexto. El componente de necesidad se refiere al nivel de enfermedad, que es la causa más inmediata del uso de los servicios de salud. La necesidad de atención puede ser percibida por el individuo o evaluada por los servicios de salud (8).

El acceso real se refiere al uso de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario. Este uso puede caracterizarse en términos de su tipo, sitio, propósito e intervalo de tiempo involucrado. El tipo de utilización se refiere al tipo de servicio recibido y quién lo prestó: hospital, médico, odontólogo, farmacéutico, etc. El sitio del encuentro de atención médica se refiere al lugar donde se recibió la atención: consultorio del médico, departamento de atención ambulatoria del hospital, sala de emergencias, etc. El propósito de la utilización hace referencia a si esta fue para atención preventiva, relacionada con la enfermedad o de “custodia”, que es aquella donde no se trata la enfermedad, pero cubre las necesidades personales de los pacientes como los hogares de ancianos.

El intervalo de tiempo para una visita puede expresarse en términos de contacto, volumen o medidas de continuidad. El contacto se refiere a si una persona ingresó o no a los servicios de salud en un período de tiempo determinado. El volumen se refiere a la cantidad de contactos y visitas en un intervalo de tiempo determinado. Esta medida refleja quién ingresa al sistema y con qué frecuencia lo usa, es reflejo del nivel de integración del proceso de atención (8). Los diferentes tipos y propósitos del uso,

implican distintos determinantes de uso y de ahí la importancia de diferenciarlos en los análisis de acceso.

La satisfacción del consumidor se refiere a las actitudes o percepciones de los servicios de salud por parte de quienes han experimentado un contacto con estos. Es diferente del componente de creencias médicas de las variables predisponentes en que mide la satisfacción de los usuarios con la cantidad o calidad de la atención realmente recibida (8) (27).

El modelo de Tanahashi considera cinco etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva (18):

Disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información

Accesibilidad, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

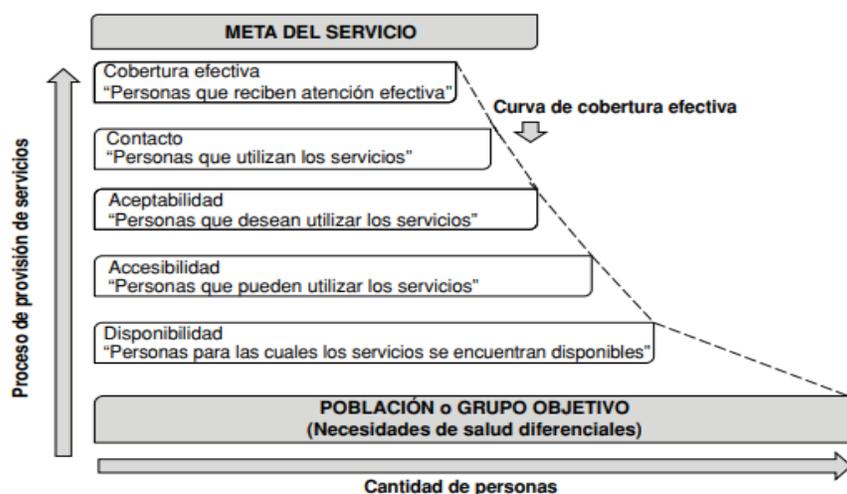
Aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros.

Contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención.

Cobertura efectiva, el acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales en general las poblaciones más vulnerables que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios.

Ilustración 2

Modelo de Evaluación de Equidad de Acceso y Barreras para Lograr Cobertura de Salud Universal con Equidad.



Fuente: Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303. Adaptada y traducida al español por los autores, con autorización.

Barreras de acceso a los servicios de salud

Las barreras de acceso a salud son aquellas situaciones que limitan el acceso físico a los recursos de salud que pueden ser de diferentes tipos como sociales, culturales, normativas, administrativas, económicas y políticas; la ubicación geográfica es considerada una potencial barrera de acceso a los recursos (19). Según el modelo de Tanahashi permite sistematizar barreras y facilitadores en dimensiones específicas, que al volcarse en un instrumento de chequeo podría resultar valioso al momento de evaluar el acceso a la atención de salud (18).

Las barreras sociales están definidas como las condiciones del ciclo de vida de una persona, ciclo el cual está conformado por el nacimiento, crecimiento, vivencia, aprendizaje, trabajo y envejecimiento (20).

Con respecto a las barreras culturales, algunos artículos, “consideran barreras culturales en el acceso de salud aspectos como el idioma, la información, religiones, creencias, valores, entre otros” (18, 21).

Las barreras normativas varían de acuerdo al instituto de salud, y posiblemente a las circunstancias también. Los turnos prioritarios o las situaciones inesperadas son ejemplo claro de esto último.

Las barreras administrativas se determinan como “Las barreras de acceso a los servicios de salud en las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios de Salud, son el conjunto de estrategias técnico – administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados” (22). Una barrera administrativa por la cual el sector salud está pasando actualmente es la escasez de profesionales en el campo de la salud. Recientemente, el Ministerio de Salud y Protección de Colombia reveló que anualmente hay menos profesionales graduados en medicina, enfermería, y en ciencia de la salud.

En cuanto a las barreras económicas, en Latinoamérica, son atribuidas a la escasez de dinero, ya sea para pagar la consulta, los medicamentos o simplemente el transporte. Hay dos proyectos realizados en diferentes temporalidades que cualifican esta información (20 - 21).

De las Barreras políticas, según la agencia nacional de salud pública de Estados Unidos, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades, “Las barreras políticas son frecuentemente ligadas al no cumplimiento de regulaciones y leyes que exigen que los programas y actividades sean accesibles para las personas discapacitadas o enfermas” (19)]. Un ejemplo de barrera en el sector salud es negar a las personas necesitadas a participar o beneficiarse de programas, servicios u otros beneficios con financiación gubernamental.

Y las Barreras geográficas, corresponden a la ubicación geográfica es considerada una potencial barrera de acceso a los recursos de salud (19). En Latinoamérica, las barreras geográficas están relacionadas con la distancia y la escasez del transporte (22). En 2020, el Ministerio de Salud y Protección de Colombia reveló la cantidad de IPS que hay en cada municipio de Colombia y las cifras pueden ser alarmantes dependiendo de la región.

Glosario

Accesibilidad a Servicios de Salud: corresponde a la puerta de entrada que tienen las personas para tener una atención en salud, que satisfaga las necesidades establecidas por ella, que le permita obtener los servicios esenciales y los fármacos requeridos, integrados, de calidad, enfocados en la persona, a promocionar la salud y prevenir la enfermedad; iguales para todos y sin barreras administrativas (8) (27).

Servicios Preventivos en Salud: son aquellas actividades en salud que se desarrollan en el marco de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, establecidas en el marco de la Resolución 3280 del 2018, mediante las Rutas Integrales de Atención de Salud (RÍAS) (24).

Adulto Mayor: persona que ha alcanzado el desarrollo de la madurez y crecimiento, se encuentra en una edad de terminación de la vida laboral y sus servicios de salud van con el de propiciar una vejez sana y con control de las enfermedades crónicas no transmisibles (24).

Barreras de Acceso a Servicios de Salud: Son el conjunto de estrategias técnicas y administrativas, que se anteponen para impedir, negar o dilatar la prestación del servicio de salud a una persona que los solicita, impediéndonos así su acceso a los servicios de salud (18).

Diseño metodológico

Tipo y enfoque del estudio

Es un estudio de tipo descriptivo que desde un punto de vista científico es describir, medir para poder llegar a un análisis independiente de las cuestiones planteadas (15), permitiendo establecer el acceso a los servicios preventivos de salud por los adultos mayores. Por otra parte, su enfoque es completamente mixto puesto que la investigación de campo realizada considera tanto aspectos cuantitativos como cualitativos.

Población

Criterios de Inclusión

La investigación de campo correspondiente a este proyecto incluirá personas con una edad igual o superior a 40 años que frecuenten la correspondiente institución objeto de este proyecto, independientemente de estar en calidad de paciente o acompañante. Evidentemente, la participación por parte del usuario ha sido completamente voluntaria.

Criterios de Exclusión

Han sido excluidos de la investigación de campo, correspondiente a este proyecto, todas aquellas personas con una edad inferior a 40 años.

Caracterización de Variables

Como se mencionó anteriormente, este proyecto ha tomado un enfoque de estudio completamente mixto, por lo que se han considerado variables de tipo cualitativo como de tipo cuantitativo. Las variables se encuentran ilustradas en tablas las cuales representan diversos comportamientos del respectivo concepto a estudiar o analizar.

Para esta investigación se ha tomado en consideración tanto los valores absolutos como los valores relativos arrojados por cada variable. No se realizó gráfica alguna, pues no se consideró necesario para realizar los respectivos análisis de los resultados obtenidos. La caracterización de las variables que conforman este proyecto está en la sección de resultados y análisis.

Plan de recolección de información

Herramientas de recolección de información

Con intención de recolectar la información necesaria, se utilizará el instrumento ENCUESTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA HOGARES COLOMBIANOS- EASS de Arrivillaga, Aristizábal, Pérez & Estrada, 2016 (1), al momento se cuenta con permiso de los autores para su uso y adaptación (Anexo 1); al cual se le exceptúa la aplicación del módulo 1. “identificación del hogar” y solo se tomará en el módulo 3. “acceso a servicios preventivos” lo correspondiente con los ítems del punto 8, teniendo en cuenta la población y la muestra de este estudio.

Así el instrumento del presente estudio estará constituido por 4 módulos así:

Módulo 1. Perfil Sociodemográfico del Paciente (9 preguntas)

Módulo 3. Acceso a Servicios Preventivos (3 preguntas)

Módulo 4. Acceso a Servicios Curativos o Rehabilitación (30 preguntas)

Módulo 5. Gastos de Bolsillo en Acceso (6 preguntas)

En total serán 48 preguntas en su mayoría cerradas, algunas abiertas con respuestas cortas, para la aplicación se tendrá en cuenta el MANUAL DE APLICACIÓN ENCUESTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA HOGARES COLOMBIANOS – EASS-2016, Arrivillaga, Aristizábal, Pérez & Estrada, 2016, diseñado por los autores del mismo (1) (Anexo 2).

Estrategias

Para un adecuado uso sistémico de la recolección de la información se utilizará un solo tipo de fuente, la información primaria. La recolección de esta información se realizará por medio de la ENCUESTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA HOGARES COLOMBIANOS- EASS.

Los instrumentos se diligenciarán vía on line mediante un formulario de Google, dejándolos custodiados por un correo electrónico que solo tendrán acceso los investigadores; durante el trabajo de campo se establecerá espacios acordados con la IPS, donde acuda la población objeto a consulta, se le realizará el consentimiento informado el cual leerán y estando de acuerdo con los objetivos del estudio y en conocimiento de sus derechos, lo firmarán y nos darán la autorización para utilizar la información consignada en cada ficha de encuesta con fines académicos no distintos a los de esta investigación; posterior se le realizará la encuesta cara a cara, siguiendo el manual de aplicación de los autores del instrumento, los participantes se elegirán por azar entre, conformando la muestra aleatoria simple, siendo así que no se tenga ninguna preferencia para la escogencia de los participantes.

Consentimiento informado

En el momento de diligenciar la encuesta, la cual es de forma voluntaria, el usuario ha dado su consentimiento previo e inmediato para que la información proporcionada

entre en un procesamiento de datos por medio de una tabulación de encuesta. Se preservará en todo momento la privacidad de cada participante de la investigación.

Muestra

La muestra será aleatoria simple, integrada por 342 pacientes adultos mayores que hayan consultado los servicios preventivos de salud de una IPS del norte del Tolima; se consideró un límite de error de 0.5, potencia de .90 y un efecto de .25, quedando una "n" de 342 pacientes (15) (17).

Aspectos Éticos

De acuerdo a las buenas prácticas éticas, la investigación tendrá en reserva absoluta las identificaciones de los encuestados o entrevistados, se hará un tratamiento adecuado de la información con altos niveles de confidencialidad; donde las conclusiones se determinarán de acuerdo a la realidad actual de los usuarios y veracidad de las variables estudiadas.

Durante la ejecución de este proyecto se asegurará la completa privacidad de los usuarios que intervendrán en la elaboración del mismo, no se especificarán situaciones singulares, sino generales a nivel local, a nivel de Tolima. Este proyecto será un aporte más a los ya existentes el cual expone la situación actual, en su respectiva anualidad, de la accesibilidad en los servicios preventivos de salud de nivel primario dirigido a los adultos mayores.

Para garantizar la colaboración de cada usuario en este proyecto, las preguntas que encabezarán la encuesta serán booleanas, es decir, de respuesta cerrada y sólo se limitarán a responder si o no, o alguna otra opción o alternativa que se considere necesaria. De esta manera se espera que los usuarios, a encuestar o a entrevistar, confíen y apoyen sin ningún problema el completo desarrollo de este proyecto.

Las preguntas de la encuesta o entrevista sólo requerirán y solicitarán información factible para el proyecto, demostrando así, a cada usuario no más interés del debido y permitido por ellos, asegurando, además, completa transparencia y concordancia con los objetivos establecidos en el proyecto.

Cronograma

Ilustración 3

Cronograma de Actividades

Actividades	*Meses								
	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Ago	Sep	Oct	Nov
Revisión Bibliográfica - Antecedentes	X								
Planteamiento - Justificación	X								
Elaboración del Marco Teórico		X							
Metodología e Instrumento		X							
Aspectos Bioéticos - Cronograma			X						
Bibliografía - Correcciones - Presentación Propuesta				X	X				
Recolección de datos						X	X		
Construcción Base de datos								X	
Selección, Análisis y organización de la información								X	
Redacción del informe									X
Presentación informe y artículo científico									X

Tabulación de encuestas

En septiembre de 2022 se realizó una encuesta a la población objetivo sobre los servicios de salud prestados de la respectiva institución hacía los usuarios. Las siguientes tablas representan las variables estudiadas y tomadas en cuenta para el análisis y posterior conclusión sobre la situación expresada por parte de la población objetivo.

Tabla 1

Número de Encuestados

Sexo	Cantidad	%
Hombre	129	46
Mujer	149	54
Total	278	100

Nota. La Tabla 1 ilustra la cantidad de encuestados en este proyecto, en el cual participaron 278 personas, de las cuales, el 54% de ellas son mujeres y el 46% son hombres. Los resultados obtenidos en la Tabla 1 demuestran que no existen barreras de accesibilidad por género, puesto que son bastante equitativos. La Tabla 1 divide a los pacientes que frecuentan la institución por su género, lo cual permite tomar las medidas asertivas para resolver su situación de salud.

Tabla 2

Rango de Edades de los Encuestados

Rango de edades	Hombres	Mujeres	Total	%
40 - 50	26	43	69	25
51 - 60	41	49	90	32
61 - 70	35	35	70	25
71 - 80	24	18	42	15
81 - 90	3	4	7	3
91 - 100	0	0	0	0
Total	129	149	278	100

Nota. Para este proyecto se tomaron como objeto de investigación las personas que tuviesen edades entre 40 – 100 años de edad. La Tabla 2 lustra que el 32% de los encuestados tienen una edad entre 51 a 60 años. Así mismo, la población entre 40 – 50 y 61 – 70 conforman la mitad de los encuestados, cada una con el 25% de participación.

Las barreras sociales comprenden el envejecimiento de los usuarios, sin embargo, los resultados arrojados por la tabla 2 no comprenden ningún obstáculo relacionado con la edad, porque la institución presta su servicio a todo aquel en calidad de paciente, indiferentemente de su edad. La Tabla 2 permite tomar las medidas asertivas necesarias para resolver la situación de salud del paciente, de acuerdo a su longevidad y género.

Tabla 3

Nivel Académico de los Encuestados

Educación	Hombres	Mujeres	Total	%
Educación Primaria	77	90	167	60
Educación Secundaria	3	9	12	4
Educación Universitaria	1	0	1	0
Ninguno	41	40	81	29
No sabe/ No Responde	7	10	17	6
Total	129	149	278	100

Nota. Otro factor relevante que se tomó para la encuesta fue el nivel académico de los encuestados. La Tabla 3 refleja que el 60% de ellos afirma solo contar con la educación primaria. Por otra parte, el 29% de los mismos afirma no tener educación alguna. El nivel educativo de los usuarios perfectamente puede relacionarse, eventualmente, con barreras culturales debido a que la capacidad de aprendizaje de una persona es completamente independiente a otra. Incluso, el nivel académico de una persona también puede deberse a barreras económicas, porque la educación es completamente dependiente a las posibilidades económicas con las que cuente la persona. Sin embargo, los resultados obtenidos en la Tabla 3 no demuestran que la educación sea un problema, porque incluso personas sin educación reciben atención en la institución.

Tabla 4

Estado Civil de los Encuestados

Estado civil	Hombres	Mujeres	Total	%
Casado/ Unión Libre	73	73	146	53
No responde	13	18	31	11

Separado/Viudo	32	49	81	29
Soltero	11	9	20	7
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 4 ilustra el estado civil de los encuestados, donde el 53% de ellos se encuentran casados, o por lo menos, cuentan con una relación de pareja estable. Así mismo, el 29% de los mismos se encuentran separados, o en su defecto, están viudos. El estado civil de los pacientes puede relacionarse a barreras culturales, y aun cuando existe una diferencia notoria en las cifras presentadas por parte de personas legalmente casadas o en unión libre con relación a los demás estados civiles tomados en cuenta, esto solo quiere decir que a la institución frecuentan más personas que están casadas o en unión libre. El estado civil de una persona también puede ligarse a su situación económica.

Tabla 5

Ocupación de los Encuestados

Ocupación	Hombres	Mujeres	Total	%
Agricultor	8	1	9	3
Ama de casa	0	16	16	6
Desempleado	14	14	28	10
No Sabe/No Responde	14	11	25	9
Obrero o empleado	60	0	60	22
Trabajador independiente	23	15	38	14
Trabajador informal	9	3	12	4
Trabajador sin remuneración (amas de casa, cuidadores, voluntarios)	1	89	90	32
Total	129	149	278	100

Nota. Respecto a su ocupación, la Tabla 5 arroja que el 32% de los encuestados cuentan con un trabajo sin remuneración alguna, situación en la se encuentran involucradas especialmente las mujeres. Así mismo, el 22% de los encuestados están bajo una modalidad de contrato o empleo formal, de igual forma, el 14% de ellos son trabajadores independientes. Los resultados demuestran indiferencia ante esta variable

que ocasionalmente será una barrera económica, pues los ingresos captados son directamente proporcionales a la ocupación u oficio de la persona. La ocupación de una persona también está sujeta a las barreras culturales por las que pasa una persona, generalmente, mientras más educación tenga una persona más serán sus posibilidades para obtener una mejor ocupación, aun así, los resultados son completamente indiferentes ante esta barrera cultural.

Tabla 6

Afiliación a EPS de los Encuestados

Afiliación a EPS	Hombres	Mujeres	Total	%
Ecoopsos	25	29	54	19
Ninguna	20	19	39	14
Nueva EPS	51	54	105	38
Policía	0	1	1	0
Ponal	1	0	1	0
Retirada	0	2	2	1
Salud total	31	44	75	27
Tolihuilá	1	0	1	0
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 6 ilustra las Entidades Prestadoras de Salud a las cuales se encuentran afiliados los encuestados. El 38% de ellos se encuentran afiliados a la Nueva EPS, por otra parte, el 27% se encuentran en Salud total. La afiliación a cada EPS puede ser consecuencia de las barreras geográficas, lo cual no es controlable por parte de la institución, porque los usuarios generalmente se afiliarán a instituciones que se encuentren relativamente cerca a ellos. Ocasionalmente, la afiliación a una EPS también es consecuencia de las barreras económicas, pues cada EPS tiene su tarifa independiente. Independientemente de la barrera de acceso, la institución deberá prestar el servicio más asertivo posible a sus pacientes.

Tabla 7

Régimen de Salud de los Encuestados

Régimen de salud	Hombres	Mujeres	Total	%
Subsidiado	107	127	234	84

Contributivo	4	3	7	3
No afiliado	18	19	37	13
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 7 ilustra el régimen de salud al cual pertenecen los encuestados. El 84% pertenece al régimen subsidiado, por otra parte, el 13% no se encuentra afiliado a ningún régimen. El régimen de salud puede ser considerado una barrera económica, sin embargo, esto no representa un obstáculo para la institución porque, generalmente, los usuarios pertenecen al régimen subsidiado. El régimen subsidiado garantiza salud gratuita para todo paciente que se encuentren en ese mismo régimen.

Tabla 8

Situación de los Encuestados

¿Beneficiario o cotizante?	Hombres	Mujeres	Total	%
Beneficiario	40	60	100	36
Cotizante	3	1	4	1
No seleccionó opción	86	88	174	63
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 8 refleja que el 63% de los encuestados pasaron de la correspondiente pregunta. Así mismo, el 36% de ellos son beneficiarios. La tabla 8 puede tener cabida en las barreras económicas, sin embargo, los resultados obtenidos arrojan que muchos usuarios son beneficiarios, y se espera que aquellos quienes no seleccionaron opción no presenten ningún inconveniente, en cuanto a lo económico, para obtener los servicios de salud prestados por la institución. Cuando una persona es beneficiaria, se beneficia de los servicios que presta la EPS por medio del cotizante, por esa razón, es bastante alentador que los resultados arrojen un gran porcentaje de beneficiarios.

Tabla 9

Rango Salarial de los Encuestados

Rango salarial	Hombres	Mujeres	Total	%
Menos de 1 SMMLV (< \$ 1.000.000)	93	84	177	64
Entre 1 y 3.5 SMMLV (\$ 1.000.000 hasta \$ 3.500.000)	8	6	14	5
No sabe / No responde	28	59	87	31
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 9 refleja el rango salarial de los encuestados. El 64% de ellos expresaron que ganan menos de un salario mensual mínimo legal vigente para el año 2022, por otra parte, el 31% de los encuestados optó por no responder a la pregunta. El rango salarial, evidentemente, es considerada una barrera económica, sin embargo, esto no representa ningún obstáculo porque incluso personas que devengan menos de un salario mínimo mensual legal vigente pueden acceder sin ningún problema a los servicios de salud que ofrece la institución.

Tabla 10

Seguimiento y Control por Parte de los Encuestados

Seguimiento y control	Hombres	Mujeres	Total	%
Si	215	159	374	33
No	358	417	775	67
Total	573	576	1149	100

Nota. La Tabla 10 ilustra los resultados correspondientes a una serie de preguntas, con respuesta de opción múltiple, que se encuentran relacionadas con el seguimiento y control que llevan los usuarios sobre su salud. La Tabla 10 refleja que solo el 33% de los encuestados llevan un correcto control y seguimiento sobre su salud, así mismo, el 67% no lo hace. La falta de seguimiento y control por parte de los usuarios si bien puede deberse a un tipo de barrera de accesibilidad, normalmente no es así y se ha demostrado en las tablas anteriores, ilustrando de forma estadística que muchos usuarios pueden acceder sin muchas dificultades a los servicios de salud correspondiente, por lo que seguramente se debe a negligencia presentada por los mismos usuarios.

Tabla 11

Uso de Medios de Transporte por Parte de los Encuestados

¿Utiliza medio de transporte para desplazarse al centro de salud?	Hombres	Mujeres	Total	%
Si	87	91	178	64
No	33	54	87	31
No seleccionó opción	5	1	6	2
NS/NR	4	3	7	3
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 11 ilustra que el 64% de los encuestados utilizan medios de transporte para desplazarse hasta el centro de salud, por otra parte, el 31% no lo hace. El uso de transporte, generalmente, se debe a barreras geográficas, aun cuando gran parte de los usuarios usan medio de transporte para trasladarse a la institución, lo cual es un aspecto que no se puede controlar por parte de la institución, se intenta prestar el mejor servicio posible con intención de que su trayecto sea lo mejor justificado posible.

Tabla 12

Medio de Transporte Utilizado por los Encuestados

Medio de transporte	Hombres	Mujeres	Total	%
Jeep	58	53	111	40
A pie	29	53	82	29
Bus	1	3	4	1
Vehículo propio (Carro o Moto)	13	6	19	7
Taxi	0	3	3	1
Carro de servicio público	6	9	15	5
Caballo	1	0	1	0
Moto	17	21	38	14
Mototaxi	3	0	3	1
Carro	0	1	1	0
Caballo y jeep	1	0	1	0
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 12 ilustra el medio de transporte utilizado por los encuestados, donde el 40% usa un Jeep, transporte bastante común en la zona, por otra parte, el 29% se traslada a pie hasta el centro de salud. El medio de transporte usado puede estar relacionado tanto con las barreras geográficas como con las barreras económicas, aun cuando es un aspecto que no puede ser controlado por la institución, la misma intenta que el trayecto tomado por el usuario esté lo más justificado posible, independientemente del medio de transporte a utilizar por parte de los usuarios.

Tabla 13

Tiempo de Traslado por Parte de los Encuestados

Tiempo de traslado al centro de salud	Hombres	Mujeres	Total	%
De 1 a 4 horas	41	56	97	35
Menos de 1 hora	88	92	180	65
Más de 8 horas	0	1	1	0

Total	129	149	278	100
-------	-----	-----	-----	-----

Nota. La Tabla 13 enseña las horas que le toma a los encuestados desplazarse hasta el centro de salud. El 65% le toma menos de una hora llegar, por otra parte, al 35% de ellos le toma entre 1 – 4 horas. El tiempo de traslado, generalmente, se encuentra asociado a una barrera geográfica, afortunadamente, el 65% de los usuarios les toma menos de una hora llegar hasta la institución. Para los demás, la institución solo puede hacer que la visita del usuario esté lo mejor justificada posible.

Tabla 14

Motivo de la Última Visita de los Encuestados

Motivo de última visita	Hombres	Mujeres	Total	%
Consulta externa	72	94	166	60
Urgencias	30	20	50	18
Hospitalización	16	21	37	13
NS/NR	11	14	25	9
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 14 ilustra el motivo de la última visita de los encuestado en el respectivo centro de salud. El 60% lo hizo por consulta externa mientras que el 18% lo hizo por urgencias. El motivo de visita de un paciente no se debe a ningún tipo de barrera de accesibilidad posible, es solo para llevar control sobre su estado de salud. Afortunadamente, el motivo de visita más frecuente es consulta externa, el cual es el más leve de los anteriormente expuestos. Para los demás, la institución se comprometerá a prestar el servicio más asertivo posible.

Tabla 15

Pagos por Instrumentos Realizados por los Encuestados

Pago por instrumentos	Hombres	Mujeres	Total	%
No	114	131	245	88
Si (escribir abajo el precio cancelado), 1345000	0	1	1	0
NS/NR	15	17	32	12
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 15 ilustra los pagos que los encuestados deben realizar por instrumentos relacionados a la salud. El 88% no realiza pagos por ello, mientras que el 12% no respondió asertivamente a la pregunta. El pago por instrumentos puede estar ligado a barreras económicas, lo cual no representa obstáculo alguno para la institución porque el 88% de los usuarios no deben pagar por instrumentos. Además, este escenario es bastante alentador para garantizar una accesibilidad a la salud sin ningún tipo de restricción económica.

Tabla 16

Otros Gastos no Relacionados con el Servicio de Salud por Parte de los Encuestados

Otros gastos	Hombres	Mujeres	Total	%
No	104	109	213	77
Si (escribir abajo el precio cancelado), 50000	0	1	1	0
NS/NR	24	37	61	22
Si (escribir abajo el precio cancelado), 20000	0	1	1	0
Si (escribir abajo el precio cancelado)	1	0	1	0

Transporte	0	1	1	0
Total	129	149	278	100

Nota. La tabla 16 refleja que el 77% de los encuestados no recurrieron a ningún gasto que no se encuentre relacionado con el servicio de salud prestado. Así mismo, el 22% no respondió a la pregunta. Los gastos tienen cabida en las barreras económicas, sin embargo, esto no representa ningún inconveniente para la institución porque gran parte de ellos no presentan gastos no relacionados con los servicios de salud prestados. Los gastos no relacionados con la prestación de los servicios de salud no son controlables por parte de la entidad, por lo que es un escenario bastante alentador que gran parte de los involucrados no recurran a ellos.

Tabla 17

Observaciones Hechas por Parte de los Encuestados

Observaciones	Hombres	Mujeres	Total	%
Ninguna	121	142	263	95
La salud este año ha sido regular	0	1	1	0
Muy adecuada la encuesta.	0	1	1	0
Muy buena la encuesta	1	0	1	0
Buena la encuesta	0	1	1	0
Muy buena la encuesta	1	0	1	0
Buenas las preguntas	2	0	2	1
No	4	4	8	3
Total	129	149	278	100

Nota. La Tabla 17 revela que el 95% de los encuestados no tienen ninguna observación relevante que hacer con respecto a la encuesta hecha o al servicio de salud prestado. La Tabla 17 no se encuentra relacionada con ninguna barrera de accesibilidad, además, no representa una variable indispensable para la investigación realizada, simplemente es utilizada para conocer un punto de vista presente del usuario o paciente.

Análisis de las tablas

Las tablas o variables tomadas en cuenta para esta investigación han arrojado una serie resultados, los cuales pueden ser objeto de un análisis univariado, bivariado o trivariado, pues una puede completar a otra(s), o en su defecto, es completamente independiente a las otras. Teniendo presente lo anterior, el análisis sería el siguiente:

La tabla 1 junto a la tabla 2 permite analizar el número de personas que frecuentan la institución, además, de acuerdo a su situación de género y longevidad es posible tomar las medidas más asertivas para resolver su necesidad.

La tabla 3 hasta la tabla 5 permiten analizar, o estimar, una visión general sobre la situación económica de los usuarios, mientras más recursos económicos tenga una

persona, mayor serán sus posibilidades de obtener una mejor educación, conformar un hogar junto a otra persona, y obtener un empleo en mejores condiciones. Así mismo, la tabla 3 hasta la tabla 5 también están ligadas a barreras culturales, las personas pueden llevar un mejor estudio y mejor empleo de acuerdo a su cultura, e incluso, algunos llevan su situación sentimental en base a la misma. Considerando lo anterior, aun cuando gran parte de los usuarios no cuentan con la mejor educación o el mejor empleo, tienen los recursos u oficios necesarios para llevar una vida humanamente digna posible.

La tabla 6 hasta la tabla 8 permiten visualizar, o analizar, una situación general respecto a la salud de los usuarios. Los resultados en las correspondientes tablas han identificado, o revelado, que gran parte de los usuarios no se encuentran desamparados en cuestiones de salud porque se encuentran afiliados a sus respectivas EPS, de igual forma, gran parte de los usuarios no deben gastar cantidades significativas de dinero en salud porque pertenecen al régimen subsidiado, o en su defecto, son beneficiarios.

La tabla 9 junto a la tabla 10 permite conocer, o analizar, las posibilidades que tienen los usuarios para llevar un régimen o una intervención estricta sobre su salud. Algunos usuarios no pueden llevar un seguimiento y control en condiciones sobre su estado de salud porque no cuenta con los recursos monetarios o económicos suficientes para ello, pero comúnmente se debe a una total negligencia por parte de los usuarios, pues anteriores variables o tablas han demostrado que no se requieren de bastos recursos económicos para obtener acceso a los servicios de salud.

La tabla 11 hasta la tabla 13 identifican las condiciones de desplazamiento con las que cuentan los usuarios para acceder a los servicios de salud, o institución de salud. Los resultados han arrojado que, en efecto, gran parte de los usuarios están en la necesidad de tomar medio de transporte para desplazarse hasta la institución. Además, el medio de transporte no suele ser propio, ni el más seguro de todos, pero afortunadamente, gran parte de los usuarios solo les toma menos de una hora llegar hasta la institución.

La tabla 14 es completamente independiente, por medio de ella se identifica el motivo frecuente por el cual los usuarios acceden o acuden a los servicios de salud de la institución. Los resultados han revelado que gran parte de los usuarios vienen por consulta externa, motivo el cual es el más leve de todos, y que normalmente se acude a él para llevar un control sobre la salud. La tabla 10 ha revelado que gran parte de los usuarios no suelen llevar un seguimiento y control sobre su salud, eso se debe a que los usuarios frecuentan consulta externa como una medida correctiva más no preventiva.

La tabla 15 junto a la tabla 16 reflejan los gastos recurrentes por los que los usuarios deben pasar para acceder a los servicios de salud. Los resultados han revelado que gran parte de los usuarios no recurren a gastos para acceder a los servicios de salud

de la institución, lo cual conlleva a unos servicios de salud completamente exequibles para todos los usuarios.

La tabla 17 es completamente independiente, no analiza ni refleja ninguna situación prioritaria, solo ilustra la satisfacción por parte del encuestador hacia la encuesta y los servicios de salud prestados.

Teniendo presente los resultados reflejados en las tablas, la situación reflejada por los usuarios es bastante optima o alentadora, porque el acceso a los servicios de salud por parte de los usuarios es bastante exequible tanto económica como geográficamente hablando, esto último haciendo referencia a la distancia que existe entre la institución de salud y los usuarios. Aun así, se debe promover, aún más, en los usuarios, la importancia de plantear hábitos de seguimiento y control sobre su salud, porque los datos resultantes con respecto a ello son bastante negativos.

Discusión

Las barreras de acceso a los servicios de salud son de diferentes tipos, como, sociales, culturales, normativas, administrativas, económicas, políticas y geográficas.

Una vez se ha llevado a cabo el trabajo de campo, los resultados obtenidos por medio de las variables que ha conformado la encuesta, instrumento principal para este proyecto, han arrojado un escenario bastante alentador en cuanto a las barreras previamente expuestas, sobre todo, en las barreras económicas y geográficas, las cuales son las más frecuentes entre los usuarios en el momento de acceder a los servicios de salud.

Las variables, o tablas, que se encuentran relacionadas con las barreras económicas han demostrado, generalmente, que los usuarios no necesariamente deben gastar cantidades significativas de dinero para acceder a los servicios de salud que brinda la institución correspondiente, son gastos los cuales pueden ser perfectamente controlados. Y; en cuanto a lo geográfico, es una barrera de acceso la cual no puede ser controlada, ni por los propios usuarios, ni por la propia institución, si bien los resultados han arrojado que gran parte de los usuarios no cuentan con medio de transporte propio para desplazarse hasta la institución de salud, afortunadamente, gran parte de ellos tampoco se toman más de una hora de trayecto.

Generalizando, las barreras económicas han demostrado ser más controlables que las geográficas. Aun así, para todas aquellas personas que cuenten con barreras en el momento de acceder a los servicios de salud, se hará lo mejor posibles para que sus esfuerzos estén justificados.

De hecho, los usuarios han demostrado su satisfacción con la encuesta aplicada, a la vez que, con los servicios de salud prestados, por lo menos, ese es el escenario que ha ilustrado la última variable de la encuesta.

Conclusiones

Primera conclusión

El objetivo de este proyecto de investigación ha sido identificar las características de accesibilidad en los servicios preventivos de salud de nivel primario de los adultos mayores en un hospital del norte del departamento del Tolima.

Para ello, fue necesario coordinar un plan de trabajo que comprometió a cada integrante del proyecto a realizar un conjunto de actividades en un tiempo previamente estipulado.

Lo anterior permitió desarrollar la investigación priorizando en cada momento el objetivo buscado, considerando cada aporte de cada integrante, además, se tomó como base cada consulta e investigación relacionada con el objetivo previamente planteado.

Se ha logrado identificar, por medio de una encuesta, las diversas características de accesibilidad por las que deben pasar habitantes del sector, adultos mayores, para recibir la atención necesaria para solucionar su situación de salud.

Si bien esta investigación se centró principalmente en el adulto mayor, que según el Ministerio de Salud y Protección Social es toda aquella persona que tiene una edad igual o superior a 60 años, se consideró prudente trasladar el objetivo de la investigación a personas que tienen una edad igual o superior a 40 años, debido a la cantidad de usuarios que frecuentan la respectiva institución de salud en calidad de paciente o acompañante. Y aun cuando la muestra arrojó un número superior a lo obtenido realmente en la investigación de campo, con esa cifra fue más que suficientemente para llevar a cabo el objetivo de este proyecto.

Se espera que este proyecto sea de utilidad para tomar las medidas asertivas necesarias, con la finalidad de siempre priorizar la salud del paciente que frecuenta la institución.

Segunda conclusión

Este proyecto ha demostrado las condiciones por las cuales se encuentra el acceso a los servicios de salud de la respectiva institución que fue base del mismo, en el momento de hacer la investigación de campo.

Por medio de una encuesta reiterada a la población objetivo, fue posible demostrar la situación por la que deben pasar los usuarios que frecuentan la respectiva institución de salud con el fin de acceder a los servicios de salud de la misma.

Los resultados obtenidos han ilustrado un escenario bastante alentador, porque han demostrado que gran parte de los usuarios que frecuentan la respectiva institución de salud tienen exequible acceso a los servicios de salud de la misma. Existen barreras que cada usuario que frecuenta la institución, sea en calidad de paciente o acudiente, debe afrontar, las cuales están fuera de control tanto de la institución como del mismo usuario. Respecto a esas barreras, la respectiva institución, objeto de este proyecto, solo puede hacer que el motivo de visita del usuario sea lo más justificado posible.

La investigación de campo de este proyecto fue realizada en su respectiva anualidad, por lo que sería de suma importancia retomar la misma en una próxima anualidad. Se debe tener presente que la investigación de campo toma como base la opinión del usuario, la cual periódicamente suele ser bastante volátil, por lo que es de suma importancia buscar la actualización de esa opinión con la finalidad de llevar un control y seguimientos sobre la accesibilidad de los servicios de salud de la respectiva institución.

Recomendaciones

Dentro de un proyecto de campo como éste, siempre se anhela la continuación del mismo; por lo tanto, se invita a futuros lectores, así como estudiantes de la profesión, continuar con el mismo. La accesibilidad a los servicios de salud de las respectivas instituciones del gremio suele cambiar con transcurso del tiempo, o por lo menos, la opinión de los pacientes y demás usuarios que frecuentan la respectiva institución cambian constantemente, por lo que es de suma importancia continuar con la investigación con intención de llevar control y seguimiento sobre este objeto de estudio.

Se recomienda, además, a todos aquellos continuadores de este proyecto de investigación tomar el mismo como base, pues para un control, como seguimiento, en condiciones es necesario conocer la opinión directa del usuario frecuente de la respectiva institución, como se ha hecho en este proyecto, es recomendable realizar una investigación de campo usando encuestas como instrumento principal.

Por último, se recomienda a todo aquel continuador de este proyecto tomar como base la misma institución participe de este proyecto, no solo por la experiencia gratamente vivida por parte de los autores del mismo, sino porque es recomendable realizar una comparación de las mismas variables con distinta temporalidad para identificar falencias y anomalías presentadas en la accesibilidad de los servicios de salud de la respectiva institución. Y; además, sería un alago para los autores de este proyecto, que el mismo sea continuado por futuros profesionales.

Referencias bibliográficas

Sánchez Perafán CISP, Mora Rojas DL, Botero Henao VM, Estrada VE. Acceso a servicios de salud: estudio de hogares en Palmira, Valle, Colombia, 2017. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2021 [citado el 30 de mayo de 2022];20:1–25. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/27826>

Arrivillaga Marcela, Aristizabal Juan Carlos, Pérez Mauricio, Estrada Victoria Eugenia. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gac Sanit [Internet]. 2016 Dic [citado 2022 Mayo 31]; 30(6): 415-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000600415&lng=es.

Moran M. Salud [Internet]. Desarrollo Sostenible. 2015 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017 [Internet]. Who.int. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Salud Universal [Internet]. Paho.org. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>

Sierra MF, Ortiz-Ospina E, Montoro C, Edwards S, Repetto A, Claro S. Barreras de Acceso a Servicios de Salud y Mortalidad en Colombia [Internet]. Foco Económico. 2019 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://focoeconomico.org/2019/10/15/barreras-de-acceso-a-servicios-de-salud-y-mortalidad-en-colombia/>

COLOMBIA - Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ECV 2019 [Internet]. Gov.co. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:

https://microdatos.dane.gov.co/index.php/catalog/678/get_microdata

Andrés C, Camacho D, General S, Andrés C, Director C-O, Observatorio T, et al. Nota: Documento sujeto a ajustes editoriales [Internet]. Gov.co. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:

<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pdf>

ASIS-tolima [Internet]. Gov.co. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en:

<http://www.saludtolima.gov.co/asis-tolima/>

Informe anual de avance ODS 2021 [Internet]. Informe anual de avance ODS 2021 - La Agenda 2030 en Colombia - Objetivos de Desarrollo Sostenible. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ods.gov.co/es/news/informe-anual-de-avance-ods-2021>

Bran Piedrahita L, Metropolitano IT, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia promoció salud [Internet]. 2020 [citado el 30 de mayo de 2022];25(2):29–38. Disponible en: <https://repositorio.ucaldas.edu.co/handle/ucaldas/14236>

León Cabrera Pablo, Pría Barro María del Carmen, Perdomo Victoria Irene. Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Mayo 30] ; 44(4): 186-199. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400186&lng=es.

Gómez-Perea Carlos Andrés, Pasos-Revelo Lina Marcela, González-Rojas Tatiana, Arrivillaga Marcela. Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). Salud, Barranquilla [Internet]. 2018 Aug [cited 2022 May 30] ; 34(2): 276-283. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522018000200276&lng=en.

México D.F.: McGraw-Hill, 2014. Hernández **Sampieri**, Roberto., Carlos Fernández Collado, y Pilar Baptista Lucio. **Metodología De La Investigación**.

Diciembre BDC. Boletines Poblacionales 1 : Personas Adultas Mayores de 60 años Oficina de Promoción Social Ministerio de Salud y Protección Social I-2020 [Internet]. Gov.co. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayorI-2020.pdf>

Ortega C. Métodos de muestreo: Ejemplos y usos [Internet]. QuestionPro. 2021 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/metodos-de-muestreo/>

Paho.org. [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9196/a09v33n3.pdf;sequence=1>

Caicedo-Rosero ÁV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2017 [citado el 30 de mayo de 2022];15(31). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18227>

Barreras para las personas con discapacidades [Internet]. Cdc.gov. 2020 [citado el 30 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/disabilityandhealth/disability-barriers.html>

Patiño-Londoño SY, Mignone J, Castro-Arroyave DM, Gómez Valencia N, Rojas Arbeláez CA. Guías bilingües: una estrategia para disminuir las barreras culturales en el acceso y la atención en salud de las comunidades wayuu de Maicao, Colombia. Salud Colect [Internet]. 2016 [citado el 30 de mayo de 2022];12(3):415. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-845958>

Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [citado el 30 de mayo de 2022];20(6):1947–58. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1947-1958/es/>

Gómez-García CA, Builes-Velásquez A. El derecho fundamental a la salud y la política de acceso al sistema: una mirada desde la Ley Estatutaria 1751 del año 2015. Rev Fac Derecho Cienc Políticas [Internet]. 2018 [citado el 30 de mayo de 2022];48(128):135–67. Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/derecho/article/view/1085>

Vignolo Julio, Vacarezza Mariela, Álvarez Cecilia, Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med Int [Internet]. 2011 Abr [citado 2022 Mayo 30] ; 33(1) : 7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es.

Restrepo-Zea Jairo H., Casas-Bustamante Lina P., Espinal-Piedrahita Juan J.. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en

Colombia después de diez años de la Sentencia T-760?. Rev. salud pública [Internet]. 2018 Dec [cited 2022 May 30]; 20(6): 670-676. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642018000600670&lng=en.

Hernández, Jorge Martín Rodríguez, Rubiano, Diana Patricia Rodríguez y Barona, Juan Carlos Corrales Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2015, v. 20, n. 6 [Accedido 30 Mayo 2022], pp. 1947-1958. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>.

Arrivillaga, Marcela y Borrero, Yadira Eugenia Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2016, v. 32, n. 5 [Accedido 30 Mayo 2022], e00111415. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415>>. Epub 17 Mayo 2016. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111415>.

Caicedo-Rosero ÁV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Gerenc Políticas Salud* [Internet]. 2017 [cited 2022 May 30]; 15(31):146–74. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272016000200146

ran-Piedrahita Lemy, Valencia-Arias Alejandro, Palacios-Moya Lucía, Gómez-Molina Sergio, Acevedo-Correa Yesenia, Arias-Arciniegas Claudia. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2020 Dec [cited 2022 May 30]; 25(2): 29-38. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029&lng=en

León Cabrera Pablo, Gracia Milián Ana Julia, Pría Barros María del Carmen, Perdomo Victoria Irene, Galindo Reymon Kenia. Acceso a servicios de salud en pacientes con tuberculosis en Cuba. La percepción de directivos. *Horiz. sanitario* [revista en la Internet]. 2021 Ago [citado 2022 Mayo 30]; 20(2): 267-278. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592021000200267&lng=es. Epub 30-Ago-2021. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4146>.

Rae.es. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://dle.rae.es/acceso>

Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. *Salud, Publ Méx.* 1985; (27): 438-53. de Colombia M de S y. PS. Minsalud plantea retos en salud pública respecto al cáncer [Internet]. Gov.co. [cited 2022 May 30]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-plantea-retos-en-salud-publica-respecto-al-cancer.aspx>

Definición del envejecimiento por el Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 2022 Mayo 30]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Informe de población de adulto mayor por el Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 2022 Mayo 30]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/280920-boletines-poblacionales-adulto-mayor1-2020.pdf>

Informe de población de adulto mayor por el Ministerio de Salud y Protección Social. [citado 2022 Mayo 30]. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-envejecimiento.pdf>

Informe de longevidad de la población de adulto mayor por la Contraloría General de la República. [citado 2022 Mayo 30]. Disponible en:

https://observatoriofiscal.contraloria.gov.co/Publicaciones/BMS_007_mayores_100_FINAL_WEB.pdf

Anexos

Instrumentos de recolección de información

Como instrumento de recolección de información, se optó por un cuestionario que cuenta con todas las preguntas que se plantearon para la investigación de campo. Es un cuestionario virtual que se realizó con la aplicación virtual Google forms, el cual se compartió con la muestra obtenida por medio de Google Drive.

Datos recolectados

Los datos recolectados se recopilaron en un libro de Excel para su posterior tabulación e inclusión en este mismo documento, exactamente en Resultados y Análisis. Aun cuando se plantearon casi 50 preguntas para esta investigación, solo se tomaron las estrictamente necesarias para realizar el respectivo análisis con el fin de conseguir eficiencia y asertividad.

Normatividad

Siendo un proyecto de investigación el cual requiere la recolección de datos proporcionados por terceros para su correcta ejecución, el mismo se ve limitado por la ley 1581 de 2012 o la ley de protección de datos personales.



Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co