

**FACTORES ASOCIADOS CON EL ACCESO A LA ATENCIÓN EN SALUD DE  
PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS. MANIZALES 2022**

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Magíster en Salud  
Pública

Estudiante

Leidy Yohana González Vásquez

Enfermera

Director de tesis

Consuelo Vélez Álvarez

Universidad de Caldas

Facultad de Ciencias para la Salud

Maestría en Salud Pública IX cohorte

Manizales, 2022

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.	
0	Resumen	3
1	Planteamiento del problema	5
2	Pregunta de investigación	8
3	Justificación	8
4	Objetivos	10
4.1	Objetivo General	10
4.2	Objetivos específicos	10
5.	Marco teórico	11
5.1	Acceso a salud	11
5.2	Envejecimiento y vejez	11
5.2.1	Tipos de envejecimiento	14
5.3	Barreras de acceso a salud	16
5.3.1	Tipos de barreras del acceso a salud	17
5.4	Facilitadores de acceso en salud	19
5.4.1	Facilitadores estructurales	20
5.4.2	Facilitadores administrativos	20
5.4.3	Facilitadores sociales	20
5.5	Marco normativo para el acceso y la atención en salud de personas mayores	21
6	Metodología	27
7	Consideraciones éticas	37
8	Resultados	38
9	Discusión	48
10	Conclusiones	51
11	Recomendaciones	53
12	Referencias bibliográficas	54
13	Anexos	64
13.1	Instrumento	64
13.2	Ficha técnica del instrumento barreras de acceso a los servicios de salud	67
13.3	Carta de solicitud y autorización para el uso del instrumento	70
13.4	Consentimiento informado a población objeto de estudio	71

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1:Distribucion por comunas .....	28
Tabla 2:Operacionalizacion de las variables sociodemográficas. ....	31
Tabla 3:Operacionalización de variables barreras y facilitadores. ....	33
Tabla 4:Descriptivos de las variables sociodemográficas .....	39
Tabla 5:Descripción de barreras .....	42
Tabla 6:Descripción de facilitadores .....	43
Tabla 7:Asociación entre variables sociodemográficas y barreras de acceso a los servicios de salud. ....	45
Tabla 8:Asociación entre variables sociodemográficas y facilitadores.....	48

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** actualmente Caldas está experimentando un envejecimiento poblacional y Manizales es una de las ciudades que está envejeciendo mucho más rápido que el resto del país, lo que la ubica por encima del mismo departamento. **OBJETIVO:** determinar los factores asociados con el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales. **MÉTODO:** estudio cuantitativo, descriptivo, con una fase asociativa, se partió de una población de 88.421 personas mayores de 60 años residentes en la ciudad de Manizales, la muestra calculada fue de 423 personas. Se aplicó una encuesta que contenía las variables de análisis; se utilizó el programa SPSS versión 22 (Licenciado por la Universidad de Caldas) para el procesamiento de resultados. **RESULTADOS:** La población de estudio se encontraba entre los 60 y 92 años, en su mayoría pertenecientes al estrato socio-económico medio. El 74,5% de las personas encuestadas viven en el área urbana. El 49 % de los participantes consideró que necesita ayuda en alguna de las actividades de la vida diaria. Respecto a la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud el (87,7%) de las personas mayores se encuentra afiliado. Se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.00$ ) entre las variables sociodemográficas, las barreras y facilitadores identificados. **CONCLUSIONES:** El 85,6% de las personas mayores participantes manifestaron presentar barreras de acceso al momento de acceder en salud, por lo que la identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de salud contribuye a un monitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de las personas mayores y reducir las inequidades sociales y de salud.

**Palabras clave:** barreras acceso en salud, envejecimiento, vejez, demografía.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un fenómeno que ocurre a lo largo del ciclo de vida. Sin embargo, aun siendo un fenómeno natural conocido por toda la humanidad, es difícil de aceptarlo como una realidad humana innata (1). Según las Naciones Unidas la población mundial se aproxima a los 7,9 billones de personas y la evolución, el crecimiento y el decrecimiento se presenta debido a cambios demográficos que se explican, entre otras cosas, por los patrones de fertilidad, mortalidad, migración, urbanización y, especialmente, por el envejecimiento definido como un proceso diferencial, multidimensional, complejo, heterogéneo, intrínseco e irreversible relacionado con los cambios permanentes en el transcurrir de la vida (2). La vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de la vida (3).

Varios son los estudios que evidencian el acelerado proceso de envejecimiento que actualmente experimenta la población colombiana como consecuencia de la rápida transición demográfica y epidemiológica (4,5). Según la clasificación realizada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2008), con un descenso de la fecundidad más acelerado que el de la mortalidad, en el año 2016, Colombia se ubicó en el grupo de países con los niveles más bajos de fecundidad y de mortalidad, entre los que también se encuentran Brasil, México y Costa Rica, entre otros (6).

A lo que corresponde este fenómeno demográfico de la población en Colombia para el año 2015 se evidencia un incremento del 9,16% en su población, mientras que el Departamento de Caldas aumentó 4,27%. Lo cual evidencia un envejecimiento progresivo de la población caldense (3). El Departamento de Caldas presenta la distribución relativa por edad más alta del país y supera las estimaciones para el ámbito nacional, es decir, será el departamento con mayor porcentaje de adultos mayores en su población, también experimenta una pérdida notable en la capacidad de renovación a medida que la población mayor de 60 años supera a la población entre 0 y 14 años (3). El índice de envejecimiento estimado en 2018 superó el

58% del nivel nacional. Esto representa un incremento respecto a lo estimado en censos anteriores, reflejando el avance de la transición demográfica en el país (5). Para el DANE (Departamento Administrativo Nacional de Estadística) dicho índice ubica a Manizales como la primera ciudad en Colombia con el mayor índice de envejecimiento (80,8 %), es decir, por cada 100 menores de 15 años en 2020 había 80 adultos mayores y según proyecciones del DANE, en el año 2026 Manizales tendrá un índice de envejecimiento de 104,7 %, en otras palabras, por cada 100 menores de 15 años habrá 104 adultos mayores (7).

Ahora bien, el planteamiento de la política pública de envejecimiento y vejez del Departamento de Caldas 2018-2028 busca construir una vejez desde el ejercicio de los derechos y la dignidad humana a través de un envejecimiento activo en el curso de vida. Envejecimiento activo definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (8). Esta organización establece tres pilares del envejecimiento activo: la salud, la participación (entendida como la contribución productiva a la sociedad) y la seguridad que se refiere a asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de las personas mayores abordando los derechos y las necesidades de seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen (3). El envejecimiento activo supone la consideración de una diversidad de influencias o determinantes que rodean a las personas, a las familias y a los países. La OMS los sistematiza en seis grandes determinantes: 1) factores personales 2) factores conductuales 3) entorno físico 4) entorno social 5) socioeconómicos y 6) el uso y el acceso a los servicios de salud/ condiciones salud y transversalizado por la cultura (3).

De otro lado, a partir de los resultados del Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) (9) en diferentes países de América Latina se han identificado barreras de acceso a los servicios de salud para la población mayor de 60 años y más, tales como: el desplazamiento, el impacto económico luego de la salida del mercado laboral y la exclusión del sistema pensional y diferentes factores que lo determinan, entre ellos, el nivel educativo, el estado civil, la disponibilidad de servicios de salud, los costos directos e indirectos de la atención, los ingresos del hogar y las creencias de la población.

Aunque en Colombia el aseguramiento ha alcanzado cifras cercanas al 90%, aún hay dificultades en el acceso efectivo a los servicios de salud de la población, especialmente de las personas mayores (10). El estudio SABE-COLOMBIA en su análisis frente al uso de servicios de salud, evidenció que el 74,4% de la población adulta mayor encuestada utilizó los servicios de salud ambulatorios en los últimos 30 días previos a la encuesta, especialmente de los estratos más altos (11). El acceso a servicios aún tiene barreras de tipo individual, comunitario, económico, social y cultural. Específicamente, en este estudio se encontró que las barreras de acceso a diferentes servicios de salud se presentan en población de estrato socioeconómico y nivel educativo bajo (12).

No obstante, son las personas mayores de estratos altos y que cuentan con planes complementarios de salud quienes solicitan servicios diferentes (odontología, optometría); por el contrario, las personas que no se encuentran afiliadas prefieren acceder a tratamientos alternativos (13). La población que decide no consultar a ningún servicio de salud refirió que su condición de salud no requiere atención, que existen demasiados trámites y que el nivel de calidad en la atención no es bueno, lo cual evidencia barreras relacionadas con el acceso potencial y con la satisfacción frente a los servicios recibidos. Alrededor de 10% de la población no recibió atención cuando la solicitó (11).

Con base en lo anteriormente expuesto surge la necesidad de realizar un estudio que permita conocer cuáles son los factores asociados a la atención en salud en personas mayores de la ciudad de Manizales teniendo en cuenta el cambio sociodemográfico de la población, para lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

## **2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuáles son los factores asociados con el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales?

### 3. JUSTIFICACIÓN

Actualmente la ciudad de Manizales concentra una gran cantidad de personas mayores del departamento de Caldas en comparación con otras ciudades del país con características similares (14). Según las proyecciones de los censos poblacionales entre los años 2015 y 2020 Manizales presentó cambios en su estructura demográfica (15). La garantía efectiva del derecho a la salud en las personas mayores se ve afectada, al incidir en la salud y calidad de vida, lo que requiere gestión por parte de la población en general, encaminados a lograr equidad, en el marco de los derechos para este grupo poblacional (8,9).

En palabras de Flores, Trochez y Peña al referirse textualmente sobre dicho fenómeno:

*...El no tener acceso efectivo a los servicios de salud desestimula la utilización de los mismo, lo cual puede traer en muchos casos, la cronicidad y complicaciones de las patologías, abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y por tanto el deterioro del estado de salud; sin olvidar el sentimiento de inconformidad e ineficiencia del sistema (16).*

Dicho esto, se podría decir que el inadecuado acceso a la atención en salud, conlleva a un marcado aumento de la carga de morbilidad, discapacidad y mortalidad como consecuencia a la ineficiente detección temprana, inexistente promoción o deficientes acciones preventivas (17). Adicionalmente, en la última década la era tecnológica ha ampliado aún más, las barreras en el acceso dado a que se presentan inconsistencias durante la prestación de los servicios de salud, un ejemplo de ello es, el desconocimiento del uso de la tecnología y desigualdad en el acceso a internet que tiene las personas mayores (18).

Si bien, las personas mayores son consideradas una población priorizada dentro del contexto de atención diferencial, enfrenta obstáculos relacionados con la pobreza, la marginación y la discriminación que los excluyen de la atención en salud (19). Por ello, es preciso mostrar que, las personas mayores enfrentan una crisis de acceso efectivo dentro de la dinámica del sistema de salud, las cuales evidencian discontinuidad en el proceso terapéutico



farmacológico y no farmacológico relacionado con múltiples barreras las cuales se ampliarán en la presente investigación (20).

A manera de síntesis se evidencia que existen barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud en las personas mayores, Actualmente no se han encontrado estudios de estas características en la ciudad de Manizales, pero si existe datos importantes dentro del estudio SABE-COLOMBIA (11).

Para el desarrollo de esta investigación se contó con los recursos humanos y financieros, los cuales favorecieron su viabilidad y factibilidad, además permitieron el logro de los objetivos. Los resultados derivados de este proyecto aportan en la caracterización e identificación de las barreras y facilitadores para el acceso efectivo de los servicios de salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales, a fin de orientar la toma de decisiones en los diferentes niveles y proponer medidas costo efectivas, ahorro de costos, aumento de la efectividad de las intervenciones de salud y la actualización de las políticas públicas dirigidas a la población de adulto mayor en Manizales.

La novedad de este trabajo se evidencia en el abordaje a un problema que afecta una población especialmente vulnerable, del cual en el contexto local no hay evidencias claras sobre su comportamiento y características.

Los beneficiarios directos del desarrollo de este trabajo son las personas mayores y sus familias, los resultados se convierten en insumos para mejorar su atención en salud y por ende sus condiciones y calidad de vida, al ser socializados no solo con ellos sino con los tomadores de decisiones en salud del Municipio.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

Determinar los factores asociados con el acceso a la atención en salud de las personas mayores de 60 años residentes en la ciudad de Manizales para el año 2022.

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Caracterizar las variables socioeconómicas y demográficas de las personas mayores de la ciudad de Manizales participantes en el estudio.
- Describir los facilitadores al acceso de los servicios de salud de las personas mayores participantes.
- Describir las barreras de acceso a los servicios de salud de las personas mayores participantes.
- Establecer la asociación entre las variables socioeconómicas, demográficas y las barreras y facilitadores para el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales.

## 5. MARCO TEÓRICO

### 5.1 ACCESO EN SALUD

Los servicios de salud deben ser ofrecidos y utilizados en términos de equidad, oportunidad, y pertinencia, lo cual evidencia la relevancia de los procesos mencionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) siendo, factibles y viables por igual en una misma jurisdicción, además existen determinadas dimensiones en torno a la accesibilidad, entendida en sus diferentes designaciones como física, económica y la información oportuna (21). Este ejercicio implica la posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere siendo la expresión de la cobertura universal para ser acceso efectivo. En este mismo sentido Moreno describe la relevancia sobre el acceso de los servicios de salud en términos de elementos facilitadores y barreras reconocibles en el entorno del individuo y a su vez estrechamente relacionado con el proceso de salud-enfermedad (22).

El impacto de las características del contexto individual, determinan las conductas de salud y los resultados del proceso de acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones (23). Actualmente se ha reconocido la importancia de la salud, por su valor intrínseco, por lo que se identifica como un proceso que hace parte del desarrollo humano y social. Al respecto Fajardo-Dolci y cols en su investigación describen estas conductas de salud como una herramienta, que permite mejores niveles de desarrollo humano tanto individual como colectivo (24). Por demás, el acceso a los servicios de salud es un concepto calculado por *“cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan”* (25).

El acceso debe abordarse al menos en cuatro dimensiones:

1. Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, entre otros.
2. Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa (26).
3. La existencia de barreras para la utilización de los servicios.

4. Resultados en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud (que se otorgue el servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible). La evaluación del acceso en función de los resultados en salud en relación con la disponibilidad y la utilización de los servicios pueden afectar entre ellos (27).

Hirnas y Cols expresan como el acceso a la atención sanitaria es el resultado del ajuste entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud expresadas como demanda. Al respecto, la OMS, plantea que la falta de equidad, al momento de acceder a los servicios de salud, está motivada por factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales y laborales, convirtiéndose en un desafío fundamental de los sistemas de salud, el revertir la desigualdad para así garantizar acceso y calidad de atención, tanto preventiva como curativa a toda la población (28). Cabe resaltar como dentro de los grupos sociales más vulnerables se encuentran las personas mayores (29).

En este mismo sentido, según Donabedian (30) el acceso es resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos, Andersen y Aday (31) sostienen que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan el modo como las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios.

## **5.2 ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ**

El envejecimiento es un proceso diferencial, multidimensional, complejo, heterogéneo, intrínseco e irreversible referido a los cambios permanentes en el transcurrir de la vida. La vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida que se produce en función de las identidades, experiencias, eventos cruciales y transiciones afrontadas a lo largo de la vida (32). Ser una persona mayor representa un proceso dinámico

y multidimensional que va más allá de lo epidemiológico y de los límites cronológicos de la edad, caracterizada por 60 años o más, esto precisa el análisis de múltiples factores del entorno que repercuten en el funcionamiento humano, comienza desde el nacimiento e implica factores intrínsecos y extrínsecos que determinan la salud y el bienestar de los individuos (33).

Según Gómez y Curcio la clasificación por edad cronológica sugerida por las Naciones Unidas advierte que aunque dicha clasificación no es un consenso, estas subdivisiones han permitido identificar tendencias del envejecimiento por subgrupos definidos: anciano jóvenes, quienes posean edad menores o iguales a 74 años, los intermedios entre 75 a 84 años, entre 85 a 89 se encuentran muy viejos o viejos-viejos, los “antepasados” son mayores de 90 años y centenarios quienes tienen 100 o más años (34). Así mismo otra perspectiva propone una clasificación con 3 subgrupos por etapa del ciclo vital, en orden a criterios de actividad económica, intelectual-cognoscitivo, cultural, de salud y de esperanza de vida a esas edades citando a Martín, expone en *“Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la población: tipos, subgrupos y umbrales”* (35), descritos a continuación:

Vejez inicial o incipiente, entre los 60 y 69 años de edad, donde aún son muchas personas activas que no han salido del mercado laboral, total independencia y buenas condiciones de salud. En los individuos activos la edad de egreso de la actividad económica formal está regulada según reglamentación por la legislación laboral vigente; ello se producirá en los países desarrollados en promedio a los 65 años, aunque se puede retrasar hasta los 70 y en los independientes es una decisión autónoma a una edad más indeterminada (35).

La vejez es época de transición y adaptación, en donde se da un cambio de roles debido al contexto, lo cual implica menos ingresos por la situación de cese laboral y mayor disposición de tiempo libre (una ruptura traumática al pasar de la actividad al ocio; con el reto de administrar la nueva jornada sin trabajo). Según sea la percepción de finalización de las expectativas debidas al principio de generatividad puede provocar conflictos e insatisfacción o ser visto como una oportunidad (36).

1. Vejez intermedia, entre el 70 y el 84 onomástico, etapa donde ya casi todas las personas han salido del mercado laboral formal, salvo ciertos trabajadores independientes: campesinos, labores a destajo, no remunerados, empresarios, intelectuales, etc., Se realizan explícitas actividades para conservar ciertas condiciones de salud mental y física, paulatinamente se aumenta en edad, la mortalidad aumenta de una forma progresiva, los problemas de salud se vuelven crónicos, lo cual podría ocasionar discapacidad (35).
2. Vejez avanzada, igual o mayor a 85 años de edad: la discapacidad aumenta cada vez más por enfermedades crónicas prevalentes y la incidencia de nuevos procesos patológicos, de tal manera que la esperanza de vida se reduce de una forma progresiva hasta situarse entre un máximo de 3 o 4 años, algo más elevada en la mujer (35).

El significado del envejecimiento y la vejez se da como resultado de una experiencia larga en recorrido estrechamente construida por un contexto y contacto con otros (37), por ello, Garay y Avalos expresan directa asociación entre, la percepción sobre la salud física y el estado mental de las personas mayores (38), independientemente del nivel social, la zona de residencia o la edad, el envejecimiento biológico se reconoce como un proceso irremediable como la llegada a la etapa final de la vida.

Colombia no es ajena a la transición demográfica evidenciada a nivel mundial, se observa una marcada disminución en la fecundidad y la mortalidad, así mismo un aumento en la esperanza de vida al nacer siendo este de 20 años desde 1950 alcanzando los 72 años a la fecha y se espera aumente para el año 2050 (39).

No obstante, con el incremento en la supervivencia no ha tenido directa inclinación homogénea con mejores condiciones de vivir y desarrollarse comparables en el bienestar, la salud y la calidad de vida de los individuos en continuo proceso de envejecimiento (40). Razón por la cual existen marcadas diferencias en el proceso de envejecer según condición biológica, sociodemográficas, percepción y ubicación geográfica llegando a ser individuos plurales en pequeños territorios (41).

El envejecimiento se entiende como un fenómeno multidimensional que involucra todas las superficies de la vida humana (42), donde el ser humano ha alcanzado su máxima expresión de relación con el mundo; ha llegado a la madurez total a través de una gran cantidad de experiencias adquiridas durante su vida (43).

### **5.2.1 Tipos de envejecimiento:**

Según Calvo (44), existen muchas visiones teóricas diferentes sobre el envejecimiento, pero al menos tres de ellas han ganado mayor influencia en los últimos años. Estos son el **envejecimiento saludable, activo y positivo**, estos se describen a continuación:

- **Envejecimiento saludable**

Tiene como objetivo mantener el mayor tiempo posible las condiciones de salud y autonomía funcional de la población, para que pueda participar en la sociedad, incluso en una edad avanzada. Se define como un estado incondicionado, definiendo así sano y no sano, es un proceso que promueve la capacidad funcional que posibilita la felicidad en la vejez. Está determinada por la herencia, es decir, comienza en el nacimiento, donde los genes pueden verse alterados por la exposición al medio ambiente (45).

- **Envejecimiento activo**

El concepto de envejecimiento activo se remonta a fines de la década de 1990, cuando la OMS comenzó a considerar factores distintos a la salud que determinan cómo envejecen las personas en la población, y así orientarlos a enfocarse en promover las oportunidades de participación y seguridad de las personas, como ellos y la sociedad envejecen. El vocablo “activo” se refiere a la intervención ininterrumpida dentro de las dimensiones económicas, culturales, sociales, cívicas y espirituales; no únicamente a la facultad de encontrarse físicamente activo (46).

- **Envejecimiento positivo**

Es una nueva mirada que va más allá de las dos anteriores. No tiene la intención de eliminar por completo los aspectos negativos que se incluyen en el envejecimiento, como en cualquier otro proceso vital; pero sí busca aumentar los aspectos positivos y disminuir los negativos de la experiencia de envejecer y llegar a ser un adulto mayor. Para lograrlo es importante reducir la prevalencia del maltrato, el interés por atender cuando el maltrato sucede y promover el buen trato (44).

### **5.3 BARRERAS DE ACCESO EN SALUD**

Debido a que el acceso a los servicios de salud es un aspecto de suma importancia para todas las poblaciones, dado a que la salud es un derecho humano, cobran importancia las llamadas barreras de acceso a los servicios de salud (47). Definidas por Aday y col, como aquellos factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que la población acceda a servicios de atención y se le brinde un diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud (48).

Las barreras de acceso a los servicios de salud, son un tema de gran valor sobre todo cuando se requiere de atención por una causa específica, pero también en las acciones destinadas a la promoción de la salud y la prevención que si no se realiza de manera oportuna y adecuada puede traer más costos (49).

Según Tanahashi las barreras de acceso en salud son aquellos obstáculos que se presentan y que son responsables de que la atención en salud sea ineficaz o que la misma se ofrezca con escasez de calidad. También define el término junto con el de cobertura efectiva, la cual puede ser definida como aquella situación en donde la población recibe atención en salud que es percibida como satisfactoria y logra un objetivo específico. De esta forma se afirma que las barreras de acceso impiden la equidad del acceso a salud al mismo tiempo que interfieren con la cobertura efectiva (50).



Adicional a ello, la OMS define las barreras de acceso hacia los servicios sanitarios como impedimentos y/o dificultades que presentan los usuarios que necesitan utilizar los servicios de salud (51). Las barreras de acceso impiden la cobertura y el acceso universal a salud y se pueden agrupar en 4 tipos: Barreras Geográficas, Económicas, Socioculturales, y Organización (23,52):

**Barreras Geográficas:** Hacen alusión a la distancia entre el lugar de procedencia y la ubicación de los servicios de salud; la cultura se refiere, entre otras cosas, a las creencias populares (52).

**Barreras Socioculturales:** Elementos o fenómenos externos a las personas que influyen y transgreden en el ejercicio libre de sus derechos en el cual se habla de estar incluidos e informados. Estas barreras pueden ser de índole social, cultural, familiar y económica que vulneran los derechos fundamentales de una persona mayor (53).

**Barreras Económicas:** Relacionado con el costo para recibir atención en salud, desplazamientos, consultas, medicamentos o cirugías.

**Barreras de Organización:** Involucra la infraestructura, equipamiento, recursos humanos, organización de la atención y aspectos específicos como la percepción del proveedor del servicio; falta de canales efectivos de comunicación y difusión de información; relaciones de poder desiguales; requisitos administrativos para la atención; horarios y tiempos de espera de los servicios; Disponibilidad de medicamentos y servicios (23).

Por otro lado, las barreras asociadas al acceso son definidas como una zona intermedia que existe entre la disponibilidad de los recursos y la utilización adecuada de los mismos para brindar atención en salud.

Adicional a lo anterior y de acuerdo a lo descrito por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (54), se definen tres factores que son considerados importantes para dar a conocer el acceso a los servicios de salud en Colombia:

- La capacidad de las personas en sentir la necesidad de atención y buscarla.
- Organización en los servicios para garantizar atención oportuna e integral a todo el que lo requiera.
- La relación entre población, aseguradoras, entidades territoriales y prestadores de servicios de salud.

Basado en lo anterior se evidencian diferentes modelos en la historia dados por autores que se interesan por el acceso en atención en salud, Uno de estos modelos es el de Tanahashi conocido como “el modelo Tanahashi”, el cual incluye aspectos sociales e integrales este será la base para la presente investigación.

El modelo muestra **cuatro niveles** que deben ser desarrollados en el proceso de acceso efectivo (55) expuestos a continuación:

1. El primero, hace alusión a recursos, talento humano, instalaciones, medicamentos entre otros. Lo anterior se considera necesario para prestar un servicio de salud; **la disponibilidad** es entendida como la situación o recurso presente en el momento en que se requiera, por ejemplo, los servicios del programa o centro de atención, para ser efectivos deben tener recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información, sin esto se limita la capacidad máxima del servicio, que a su vez decide la cantidad de servicio que puede ponerse a disposición de la población objetivo (56).

2. Aunque haya disponibilidad de recursos, el servicio debe tener **accesibilidad**, la cual es definida como posibilidad de acceder con facilidad a algún servicio teniendo en cuenta aspectos físicos como distancia, conectividad y tiempo de transporte. A su vez se relaciona con procesos administrativos que permiten una atención con oportunidad, tales como horarios de atención favorables para la población, a nivel financiero se relaciona con el costo del transporte, gasto de bolsillo y pérdida de horas de trabajo dados al momento de acceder a un servicio. El cumplimiento de estas condiciones puede considerarse como la siguiente etapa en el proceso de provisión de servicios; Aquí, la capacidad del servicio está limitada por el número de personas que pueden llegar y usarlo (56).

3. Una vez que el servicio es accesible, debe ser **aceptable** para la población, de lo contrario las personas optan por no acudir y buscar atención por medio de cuidados alternativos dependiendo de sus costumbres y creencias. Esta "aceptabilidad" puede estar influida por factores que dependen de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros. Si el servicio es aceptado por el usuario potencial, éste es otro paso adelante en el proceso de provisión de servicios. En este caso, la capacidad de servicio está limitada por el número de personas que están dispuestas a utilizar el servicio accesible y la medición de la cobertura basada en esta capacidad se define como aceptabilidad (56).

- El siguiente nivel en el proceso de prestación de servicios es el **contacto** real entre el proveedor de servicios y el usuario. El número de personas que han contactado con el servicio es una medida de la producción de servicios; la relación entre esto y el tamaño de la población objetivo, proporciona aspectos de cobertura que se podrían llamar contacto (56).

## **5.4 FACILITADORES DE ACCESO EN SALUD**

Un facilitador es aquel evento que permite mejorar la accesibilidad y la oportunidad de atención en salud para una población específica, ayuda a que algo suceda, orienta y estimula a las personas a encontrar sus propias soluciones a los problemas o tareas en un proceso o actividad (57).

**5.4.1 Facilitadores estructurales:** son aquellos relacionados con la organización del sistema. Algunos de este grupo son:

- Evitar fragmentación, herramienta importante a la hora de querer acceder a algún servicio de salud, un ejemplo de esto es el hecho de disponer de todos los trámites y la atención médica en un solo lugar y cerca al sitio de residencia, esto evitaría el

exceso de trámites y lograría un mejor seguimiento de las necesidades de la población (57).

**5.4.2 Facilitadores administrativos (23):** mejoran la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y la red pública.

- Experiencias positivas en los procesos administrativos: Se presta una atención integral y oportuna.
- Educación. Al educar se implementan campañas que ayudan a comprender sobre la enfermedad por medio de charlas, campañas y difusión de información lo que permite comprender el proceso de enfermedad.
- Acompañamiento. Que alguien oriente acerca del diagnóstico y el tratamiento. Las charlas y el acompañamiento de un miembro de la institución de salud, podrían facilitar el tránsito por las instancias administrativas.
- Calidad en el servicio. El buen trato y el brindar una atención integral permite generar confianza a la población que requiere una atención.

**5.4.3 Facilitadores sociales:** son todos aquellos recursos sociales como planificación y gestión eficaz de reuniones, apoyo de los compañeros y recurrir a la familia (56).

En relación con los facilitadores en salud algunos identificados, son:

- Contar con redes de apoyo social.
- El valor asignado a la atención de salud para reducir riesgos y complicaciones.
- Adaptación de los servicios al paciente y programas de manejo de la enfermedad.
- Comunicación médico-paciente y calidad de la relación entre ambos.
- Aceptación del diagnóstico.
- Contar con recordatorios para el tratamiento
- Confianza en los tratamientos.

Adicionalmente, se hallan otros factores facilitadores como redes sociales de apoyo, familia, el valor del cuidado de la salud radica en reducir los riesgos y las complicaciones, y adaptar los servicios a las necesidades específicas de los usuarios.

Según González la lucha contra las barreras muchas veces es el mejor facilitador. Hay que hacer más caso a los refuerzos positivos, o sea cuando conseguimos las cosas, aunque muchas veces se tarda en conseguir (58).

## **5.5 MARCO NORMATIVO PARA LA ATENCIÓN EN SALUD DE PERSONAS MAYORES**

A continuación, se enuncian los acuerdos, documentos, leyes, decretos y resoluciones que corresponden a la legislación relacionada con la protección de las personas mayores en Colombia y de acuerdo con los temas propuestos para el desarrollo de este proyecto:

### **5.5.1 Bloque de constitucionalidad:**

Declaración de los Derechos Humanos de 1948 (59)

Asamblea Mundial sobre el envejecimiento de Madrid 2002,

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (aprobado por la Ley 74 de 1968) (60)

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (aprobado por la Ley 74 de 1968), Convención Americana de Derechos Humanos (61) (aprobado por la Ley 16 de 1972), el Protocolo de San Salvador (aprobado por la Ley 319 de 1996) (62) el cual estableció que se debían brindar a las personas mayores aspectos como alimentación, trabajo, participación en la formación de organizaciones sociales y atención médica especializada para quienes carecían de esta.

En el año 2012, se generó la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe, la cual estableció su compromiso con la ampliación y el mejoramiento de la calidad de los sistemas de protección social, así como con la protección de derechos y libertades en la vejez. En Colombia, también se ha trabajado por la garantía, la promoción y defensa de los derechos de la población adulta mayor (63).

## **Normas nacionales vinculantes:**

### **5.5.2 Constitución Política de 1991 (64)**

Artículo 48: garantizar en la población el derecho irrenunciable a la seguridad social, es vista como un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.

Artículo 49: establece la atención en salud y el saneamiento básico como un servicio público a cargo del estado por ende se garantiza a todas las personas el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud ; es responsabilidad del estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud por entidades privadas y establecer vigilancia y control de las mismas, Los servicios se organizarán de manera descentralizada , por niveles de atención y con participación de la comunidad .Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (65).

**5.5.3 Ley 100 de 1993:** El sistema de Seguridad Social en Colombia está reglamentado primordialmente por la ley 100 de 1993 (66), expedida por el Congreso de Colombia, reúne un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales pueden tener acceso las personas y la comunidad con el fin principal de garantizar una mejor calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana.

Se promovió el aseguramiento en salud como el principal mecanismo por el cual se garantiza la gestión del riesgo y acceso a la salud en Colombia, pudiendo efectivamente aumentar la cobertura del micro seguro. Sin embargo, según datos de la Encuesta Nacional de Calidad de vida (ENCV), de 1997 y 2012, el acceso efectivo a los servicios de salud ha disminuido (67).

Actualmente se usa el sistema para atención a enfermedad general y, relacionada con riesgos no laborales, el gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por la “Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (ADRES) creado a partir del Decreto 1429 del 1 de Septiembre del 2016 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social.

La reforma del sector salud en Colombia, iniciada por la Ley 100 (1993) que introdujo un modelo de competencia administrada, generalmente se presenta como una experiencia exitosa para mejorar el acceso a la atención a través de un mercado (68) regulado por seguros de salud, mientras que la reforma colombiana se centra en la cobertura universal de seguros basada en la competencia administrada.

Desde los principios del Sistema General de Seguridad Social en salud (SGSSS), la equidad en salud apunta a que cada persona tenga la misma oportunidad de obtener su máximo potencial en salud y que nadie esté en desventaja para alcanzarlo (69). Sin embargo, es claro que para lograr equidad en salud es necesario que exista equidad de acceso a la atención, algo que se logra cuando todas las personas acceden a los servicios de salud y sociales, acorde a sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.

Adicional, durante el 2012 mediante el Acuerdo 032, se implementó en el sistema de salud colombiano la unificación del Plan Obligatorio de Salud y la unidad de pago por capitación, la integración vertical de las empresas de promoción de la salud y las instituciones encargadas de la prestación de servicios, lo que conlleva que más población tenga acceso a tratamientos especializados, generando mejores condiciones de salud y una vida digna para los habitantes del país, en cualquier rango de edad o condición económica (70).

De este modo, dentro del Informe sobre la salud en el mundo 2000, la salud en el mundo Organización (OMS) premió a Colombia con el primer puesto clasificación mundial por la equidad en las finanzas de la atención médica (71). Cuando se diseñó la Ley 100 y se estructuró el sistema, proyectó que para la primera década de este siglo el 70 % de la población estaría afiliada al régimen contributivo y el 30 % al régimen subsidiado. Sin embargo, el régimen contributivo tiene actualmente una participación de afiliados de solo un 43,13 %, (72), mientras el régimen subsidiado tiene una participación del 56,87 %, contradice la predicción lo cual dificulta la sostenibilidad financiera del mismo a pesar de que el Plan Obligatorio de Salud (POS) busca proveer equitativamente servicios de salud suficientes, su alcance sigue siendo limitado y muchos usuarios no reciben los servicios que requieren.

Para 2017, se evidenció que el 94,41% de la población de 45,5 millones de colombianos estaba asegurado: de los asegurados, el 90,24% eran cubiertos por uno de los dos principales regímenes de seguros: el régimen contributivo (RC) para los trabajadores formales, o el régimen subvencionado (RS) para aquellos que no tienen la capacidad de pagar (4,6). Una proporción menor (4,17% en 2017) de la población pertenece a un régimen especial para el público maestros y trabajadores del Estado compañía petroleras, ferrocarriles (5,63,64), y de excepción fuerzas militares y personal de ministerio del interior y defensa etc.

**5.5.4 Ley 789 de 2002:** Crea el Sistema de Protección Social, definido como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos, respecto a la garantía de los derechos durante la vejez especialmente los más desprotegidos partiendo de la idea que la ancianidad puede determinar la vulnerabilidad de las personas mayores a partir de situaciones tales como discapacidad, abandono y los riesgos económicos (73).

**5.5.5 Ley 1251 de 2008 :** Dicta normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores y orienta requisitos para el funcionamiento de instituciones prestadoras de servicios de atención y protección integral al adulto mayor tiene como objeto proteger, promover, restablecer y defender los derechos de los adultos mayores, orientar políticas que tengan en cuenta el proceso de envejecimiento, planes y programas por parte del Estado, la sociedad civil y la familia y regular el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y desarrollo integral de las personas en su vejez (74).

**5.5.6 Ley 1751 de 2015:** Tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección, dicho es un derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo derecho fundamental a la salud, regular y establecer sus mecanismos de protección. Este es fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo (75).



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. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

**5.5.7 Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud 2005:** Se enmarca en tres ejes estratégicos: mejorar el acceso a los servicios de salud, mejorar la calidad de la atención en salud y generar eficiencia en la prestación de servicios de salud a su vez lograr la sostenibilidad financiera de las IPS públicas a partir de 3 ejes: accesibilidad (entendida en sus dimensiones: geográfica, económica, cultural, organizacional), calidad y eficiencia cubre a los prestadores público y privados tanto a la población afiliada como la no afiliada (76).

#### **5.5.8 Plan Decenal Nacional de Salud Pública (PDSP) 2022-2031.**

Citando el Ministerio de Protección Social y Salud de Colombia este PDSP 2022-2031, busca construir elementos estratégicos en torno a la salud que se han venido consolidando en las diferentes esferas del Estado y promoviendo reflexiones en salud pública a través de procesos amplios y representativos de participación social, necesarios para reconocer la necesidad urgente de transformación de las realidades injustas de los habitantes del territorio nacional, así como la necesidad de continuar avanzando en la gestión intersectorial de los determinantes sociales de la salud. Es así como el PDSP 2022-2031 establece tres grandes apuestas para la incidencia decidida y positiva sobre los determinantes sociales de la salud: 1) El fortalecimiento de la articulación intersectorial para la gestión de los determinantes sociales de la salud, 2) la interseccionalidad al reconocer que las múltiples discriminaciones incrementan la carga de desigualdades en salud en contextos históricos, sociales y culturales determinados y 3) el fortalecimiento de la gestión territorial integral de la salud pública a través un modelo de gestión territorial que oriente, articule y permita reconocer y armonizar los intereses de los diferentes actores sectoriales e intersectoriales para la implementación de las acciones y por tanto el logro de los objetivos (77).

**5.5.9 Política Colombiana de Envejecimiento Humano y Vejez, 2015-2024:** Esta política está enmarcada en cuatro aspectos importantes: el envejecimiento biológico y su relación con

el envejecimiento demográfico, los derechos humanos, el envejecimiento activo y la protección social integral. Hace énfasis en las condiciones de desigualdad social, económica, cultural o de género. Es una Política Pública, que hace referencia permanente al curso de vida, es propia del estado y articula los estamentos del gobierno y las organizaciones sociales con un propósito común: visibilizar, movilizar e intervenir la situación del envejecimiento humano y la vejez de las y los colombianos, durante el periodo 2014-2024 articula a todos los estamentos gubernamentales y la sociedad en el propósito de visibilizar e intervenir la situación del envejecimiento y la vejez. Contempla la diferencia por condición de discapacidad, las situaciones de vulnerabilidad social como la extrema pobreza, el desplazamiento forzado por el conflicto y otras víctimas (78).

Esta política busca generar un ambiente que propicie a las personas mayores de hoy y del futuro una vejez digna, autónoma en donde se tenga en cuenta sus derechos humanos entendidos como aquellos que le generan condiciones de igualdad, vida digna y saludable.

**5.6 Decreto 0235 del 2015:** Adopción de la política pública para el envejecimiento y vejez en el municipio de Manizales implementada por secretaría de desarrollo social, secretaría de salud y acompañado por el comité municipal del adulto mayor, quienes buscan Contribuir desde la gestión pública de la ciudad de Manizales, al establecimiento de condiciones individuales, familiares, comunitarias y sociales favorables, para que el adulto mayor, actual y por venir, goce de una vejez digna, activa, saludable y participativa para el pleno disfrute de sus derechos, en consonancia con la mejor calidad de vida (79).

**5.6.1 Decreto 0176 de 2018, Política Pública de Envejecimiento y Vejez. Departamento de Caldas 2018-2028:** Adopción de la política pública de envejecimiento y vejez para el departamento de Caldas 2018-2028 la cual asume a los adultos mayores como ciudadanos, en consecuencia, interlocutores válidos, con capacidad de expresar, construir y mantener el sentido de su vida, de acuerdo con el momento vital en el que se encuentran. Se consideran sujetos de derechos, con capacidades y posibilidades transformadoras, experiencias acumuladas y acontecimientos vitales clave que han marcado su curso de vida y proyección (79).

Así, la Política Pública de Envejecimiento y Vejez del Departamento de Caldas presenta una visión innovadora, en la cual el envejecimiento se ve como un proceso a lo largo de la vida, la vejez como una etapa y las políticas se articulan desde el nacimiento hasta la muerte, sin solución de continuidad.

## 6. METODOLOGÍA

**Tipo de Estudio:** Estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, con una fase asociativa.

**Población:** 88.421 Personas mayores de 60 años residentes en la ciudad de Manizales.

**Diseño muestral:** Según datos del laboratorio de Innovación Pública (80) para el año 2022 se estima para Manizales una población de 88.421 personas mayores entre hombres y mujeres distribuidas en todo el municipio lo cual corresponde a un 20.3% de la población total.

**Tamaño de Muestra:** Para calcular el tamaño de la muestra se tuvo en cuenta la población estimada para el año 2022 de 60 años y más, y se utilizaron los siguientes parámetros.

- Margen de error máximo permitido 5%
- Nivel de confianza del 95%

A partir de la fórmula para poblaciones finitas, la muestra calculada fue de 383 sobre la cual se hizo un ajuste del 10% por posibles pérdidas para una muestra final de 423 personas mayores de 60 años de la ciudad de Manizales, Se realizó una distribución proporcional por comuna teniendo en cuenta la cantidad que representa cada comuna del valor total de personas mayores en la siguiente tabla se presenta dicha distribución:

**Tabla 1: Distribución por comunas**

	<i>Comuna</i>	<i>Población Total</i>	<i>Porcentaje %</i>	<i>Muestra de la Comuna</i>
<i>1</i>	Atardeceres	9.253	10,5	44
<i>2</i>	San José	1.749	2,0	9
<i>3</i>	Cumanday	6.014	6,8	29
<i>4</i>	La estación	6.564	7,4	32

5	Ciudadela del norte	8.138	9,2	38
6	Ecoturismo cerro de Oro	7.346	8,3	36
7	Tesorito	5.774	6,5	28
8	Palogrande	10.149	11,5	48
9	Universitaria	7.423	8,4	36
10	La fuente	9.725	11,0	46
11	La macarena	7.942	9,0	38
12	Nuevo Horizonte	8.345	9,4	39
Total		88.421	100,0	423

*Fuente:* Elaboración propia

**Criterios de inclusión**

- Edad de 60 años y más.
- Estar apto física y mentalmente para responder la encuesta
- Participación de forma voluntaria.
- Firma del consentimiento informado

**Criterios de Exclusión**

- Personas que no pudieron responder las premisas del cuestionario

**Selección de la muestra**

Los participantes correspondientes en cada comuna fueron seleccionados por medio de la técnica de bola de nieve, se identificaron de manera inicial líderes de la comunidad, que orientaron a la investigadora sobre población con cumplimiento de criterios inclusión para realizar la encuesta.

**Técnica:** la técnica utilizada fue una encuesta, elaborada en Google forms.

**Instrumento:**

Se utilizó el instrumento derivado del proyecto "barreras acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas-Ayabaca 2019" (80), para su uso se obtuvo autorización escrita de los autores, este consta de 24 Ítems que evalúan las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y contacto del servicio, y permite identificar las barreras de acceso a la atención en salud, este instrumento reporta un valor de Alfa de Cronbach de 0.911 lo que sugiere una elevada confiabilidad y validez para ser utilizado en personas mayores (81).

Para los resultados obtenidos por medio del instrumento se tuvieron en cuenta 3 opciones según el puntaje obtenido clasificándolos en Bajo-Intermedio-Alto así:

**Bajo:** Existe un nivel de barrera bajo percibido por el usuario que acude a los servicios de salud. No tiene dificultades para acceder a los servicios de salud.

**Intermedio:** Existe un nivel de barrera intermedio percibido por el usuario que acude a los servicios de salud. El usuario podría tener algunas dificultades en la búsqueda de atención en salud que necesita.

**Alto:** Existe un nivel de barrera alto percibido por el usuario que acude a los servicios de salud. El usuario tiene demasiadas dificultades que le impiden acceder a la atención de salud que necesita.

**Procedimiento de recolección de la información**

La recolección de la información se realizó a partir del cronograma de encuentro con las personas mayores de la ciudad de Manizales dividido en las 12 comunas, en donde se proyectó el tiempo de dedicación previsto para las diferentes tareas o actividades a lo largo de un tiempo total determinado.

La información fue recolectada de la siguiente manera:

- a) **Capacitación:** Se capacitó al grupo de encuestadores seleccionados en la aplicación de la encuesta y en el proceso de segmentación en cada una de las comunas definidas

para el estudio. El procedimiento base para la aplicación de la encuesta poblacional, fue a través de una entrevista elaborada a través del programa google forms, aplicada de manera presencial, para esta se contó con el consentimiento informado aceptado y firmado por los participantes.

- b) **Contacto:** la investigadora con ayuda de otros colaboradores se desplazó a cada una de las comunas seleccionadas en busca de personas mayores de 60 años, para contactar la población requerida para la investigación propuesta.
- c) **Presentación del proyecto:** se realizó presentación del proyecto a cada persona, solicitando su autorización para realizar unas preguntas orientadas al objetivo del estudio. Posterior a ello se hizo una presentación del estudio y la importancia del desarrollo del mismo a los participantes, describiendo el objetivo y el instrumento que se desea utilizar para generar de esta manera transparencia en el proceso.
- d) **Consentimiento informado:** una vez aceptaron, previo a la aplicación del cuestionario, los participantes firmaron el consentimiento informado; en este declararon que fueron informados del proceso y voluntariamente decidieron participar.

### Operacionalizacion de las variables

**Tabla 2: Operacionalizacion de las variables sociodemográficas.**

<i>Variable</i>	<i>Definición</i>	<i>Valores finales categoría</i>	<i>Naturaleza nivel de medición</i>
<i>Sexo</i>	Características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos	Hombre Mujer	Cualitativa Nominal Dicotómica
<i>Edad</i>	Años cumplidos del encuestado según documento de identificación.	Edad en años	Cuantitativa Razón

<b><i>Estrato socioeconómico</i></b>	Estrato socioeconómico definido por condición de vivienda del encuestado referido por él.	1 Bajo 2 Bajo 3 Medio 4 Medio 5 Alto 6 Alto	Cualitativa Ordinal Politómica
<b><i>Estado civil</i></b>	Estado civil del encuestado, referido por él.	1. Soltero/a 2. Casado/a 3. Divorciado/a 4. Separado/a 5. Viudo/a 6. Unión libre	Cualitativa nominal Politómica
<b><i>Área de residencia</i></b>	Área en donde habita el encuestado.	Rural Urbana	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b><i>Pertenencia Étnica</i></b>	Formar parte de un grupo social, ligado a costumbres, creencias.	1. Afrocolombiano 2. Indígena 3. Mestizo	Cualitativa Nominal Politómica.
<b><i>Limitación de actividades en la vida diaria</i></b>	Imposibilidad funcional para desarrollar actividades de la cotidianidad.	Incapaz Necesita algo de ayuda Independiente	Cualitativa Ordinal Politómica
<b><i>Escolaridad</i></b>	Nivel académico alcanzado por el encuestado.	Ninguno Primaria Secundaria Técnica Universitaria	Cualitativa Ordinal Politómica



<b><i>Sabe leer y escribir</i></b>	Conocimiento intelectual ligado a una educación básica.	Si No	Cualitativa Nominal Dicotómica
<b><i>¿Con quién vive?</i></b>	Parentesco de las personas con las cuales ocupa una vivienda.	1. Hijos 2. Nietos 3. Cónyuge 4. Otros no familiares 5. Viven solos	Cualitativa Nominal Politómica
<b><i>Afiliación al sistema de salud</i></b>	Estar cubierto por el sistema de salud colombiano	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
<b><i>Apoyo social</i></b>	Apoyo o ayuda social que genera bienestar al individuo.	Mucho apoyo Poco apoyo Ningún apoyo	Cualitativa Ordinal Politómica
<b><i>Situación laboral</i></b>	Estado de una persona en relación con su trabajo, es decir si se encuentra laborando o no.	Trabajando Desempleado/a Jubilado o /Pensionado Actividades del hogar.	Cualitativa Nominal Politómica
<b><i>Fuente de ingreso económico</i></b>	Manera de ingreso económico, (dinero) el cual representa un sustento de sobrevivencia.	Ayuda familiar Salario mensual Pensión Ayudas del gobierno.	Cualitativa Nominal Politómica

*Fuente:* Elaboración propia

**Tabla 3: Operacionalización de variables barreras y facilitadores.**

	<b><i>Sub variable</i></b>	<b><i>Definición</i></b>	<b><i>Valores finales categoría</i></b>	<b><i>Naturaleza nivel de medición</i></b>
--	----------------------------	--------------------------	---	--

<b>Disponibilidad</b>	¿El establecimiento de salud cuenta con infraestructura necesaria?	Relación entre la cantidad de servicios existentes y la población entendida como la cantidad de servicios, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información que posee un establecimiento de salud.	1.Totalmente de acuerdo. 2.De acuerdo. 3.Indeciso. 4.En desacuerdo. 5.Totalmente en desacuerdo	Cualitativa ordinal Politómica
	¿El establecimiento de salud cuenta con equipamiento para atención en salud?			
	¿El establecimiento de salud cuenta con personal de salud necesario?			
	Talento humano capacitado			
	¿Conoce los servicios ofrecidos en el establecimiento de salud?			
	¿El establecimiento de salud cubre los tratamientos que usted necesita?			
	¿La farmacia del establecimiento de salud cuenta con lo			

	que le recetan?			
<b>Accesibilidad</b>	¿El establecimiento de salud se encuentra cerca de su vivienda?	Comprendida como accesibilidad física; organizacional	1.Totalmente de acuerdo. 2.De acuerdo. 3.Indeciso. 4.En desacuerdo.	Cualitativa ordinal Politómica
	¿Tiene facilidad de medio de transporte?	/administrativa, y financiera.	5.Totalmente en desacuerdo	
	¿Los horarios de atención son adecuados?	Relación entre la localización de la oferta y la localidad de los usuarios (costo, transporte, tiempo de viaje etc.)		
	¿No son muchos trámites para ser atendido?			
	¿El tiempo de espera es adecuado?			
	¿Cuenta con dinero para gasto extra?			
	¿Gasta poco dinero en el traslado al establecimiento de salud?			
	¿Confía en el tratamiento?	Relación entre las actitudes de los usuarios sobre	1.Totalmente de acuerdo. 2.De acuerdo. 3.Indeciso.	Cualitativa ordinal Politómica
	¿Siente tranquilidad			

<b><i>Aceptabilidad</i></b>	cuando lo atiende?	los profesionales y las características de sus prácticas y la disposición de los efectores que brindan atención a dicha población.	4.En desacuerdo.	
	¿Han sido vulnerados sus creencias y costumbres?		5.Totalmente en desacuerdo	
	¿Considera un buen trato?			
	¿Siente que el personal de salud se preocupa por usted?			
<b><i>Contacto con el servicio</i></b>	¿Confía en la atención recibida?	Aquel acercamiento que tiene el usuario con el establecimiento de salud, es decir, si el usuario está dispuesto y decidido a tener continuidad en la atención recibida en dicho lugar.	1.Totalmente de acuerdo.	Cualitativa ordinal Politómica
	¿Cumple con el tratamiento recomendado?		2.De acuerdo.	
	¿Regresaría al establecimiento de salud?		3.Indeciso.	
	¿Se siente satisfecho con la atención recibida?		4.En desacuerdo.	
	¿Considera que la atención recibida es buena?		5.Totalmente en desacuerdo	

*Fuente:* Elaboración propia

## **Plan de análisis de información**

La sistematización de la información se realizó en el programa SPSS versión 25. Para ello se hizo la limpieza y depuración de los datos y se llevó a cabo la primera etapa de análisis univariado de las variables categóricas y la magnitud de las mismas, a través de las tablas de frecuencias. Posteriormente por medio del análisis bivariado se buscó establecer la asociación entre las variables de estudio para determinar la significancia estadística de las posibles relaciones resultantes, en donde, se aplicó la prueba del Chi-cuadrado para observar la relación entre variables.

## 7. CONSIDERACIONES ÉTICAS DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la Declaración de Helsinki, el estudio se enfocó en el respeto por la integridad de las personas, se preservó el principio de beneficencia/no maleficencia las personas las cuales fueron informadas sobre su derecho a decidir si querían retirarse del estudio (82).

Según la Resolución 008430/93 (83) esta investigación se considera sin riesgo, ya que no se realizó ninguna manipulación de variables biológicas, esta investigación no se hubiera llevado a cabo sin la autorización: del participante, el cual accedió a participar teniendo en cuenta que se mantendrá la privacidad y se asegurará la confidencialidad de la información. En todo caso siempre se cuenta con el consentimiento informado (**Anexo 3**). Se respetó la participación voluntaria de cada uno de los participantes, se explicó a cada uno de ellos, los objetivos, propósitos y beneficios de la investigación y los datos e información que se brindaron serán guardados y asegurados para que solamente la investigadora principal tenga acceso a ellos.

Aprobado por el Comité de Bioética Facultad ciencias para la salud de la Universidad de Caldas: ACTA No 010 de 2022.

## 8. RESULTADOS

El objetivo del estudio fue determinar los factores asociados con el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales, para esto se caracterizan las variables sociodemográficas y se describen las barreras y los facilitadores de acceso a la atención en salud y finalmente se hace una asociación entre las variables socioeconómicas, demográficas y las barreras y facilitadores para el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales.

### 8.1. Caracterización de las variables sociodemográficas.

La edad osciló entre 60 y 92 años, con un promedio de 67,0 años +/- 6,34 años, el 67,6% correspondió al grupo entre 60 y 67 años. El 54,1% eran hombres. En cuanto al estrato socioeconómico el 52,7% pertenecía a un estrato medio seguido de un 43,5% en bajo. De acuerdo al área de residencia se encontró que el 74,5% de las personas encuestadas viven en el área urbana (tabla 4).

El 26,7 % de la población es casada y el 25,1% es divorciada, llama la atención que las personas mayores encuestados el 31,4% manifiestan viven con su cónyuge aun teniendo presente que algunos de ellos ya están divorciados y el 57,6% de las personas mayores se consideró mestizo de acuerdo a su pertenencia étnica. Y con base a la funcionalidad de las personas mayores se pudo identificar que el 49% de los participantes consideró que necesita ayuda en alguna de las actividades de la vida diaria (tabla 4).

**Tabla 4: Descriptivos de las variables sociodemográficas**

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje %
Sexo	Hombre	229	54,1
	Mujer	194	45,9
Edad	60-67 años	286	67,6
	67-77 años	93	22
	77-92 años	44	10,4
Escolaridad	Ninguna	27	6,4

	Primaria	225	53,2
	Secundaria	115	29
	Técnica	39	9,2
	Universitaria	17	4
<b>Estrato socioeconómico</b>	Medio	223	52,7
	Bajo	184	43,5
	Alto	16	3,8
<b>Área de residencia</b>	Urbana	315	74,5
	Rural	108	25,5
<b>Estado civil</b>	Casado	113	26,7
	Divorciado	106	25,1
	Soltero	104	24,6
	Separado	51	12,1
	Viudo	31	7,3
	Unión libre	18	4,3
<b>¿Con quién vive?</b>	Cónyuge	133	31,4
	Nietos	125	29,6
	Hijos	100	23,6
	Otros no familiares	42	9,9
	Vive solo	23	5,4
<b>Pertenencia étnica</b>	Mestizo	249	57,6
	Raizal	70	16,2
	Afrocolombiano	54	12,5
	Indígena	34	7,9
	Otro	16	3,7
<b>Apoyo social</b>	Mucho apoyo	121	28,6
	Ningún apoyo	72	17
	Poco apoyo	230	54,4
<b>Situación laboral</b>	Desempleado/a	151	35,7
	Jubilado o Pensionado	135	31,9
	Trabajando	79	18,7



	Actividades del hogar	58	13,7
<b>Fuente de ingreso económico</b>	Pensión	131	31
	Salario mensual	124	29,3
	Ayuda familiar	109	25,8
	Ayuda del gobierno	59	13,9
<b>Afiliación al sistema de salud</b>	Si	371	87,7
	No	52	12,3
<b>Limitación de actividades en la vida diaria</b>	Incapaz	38	9
	Independiente	178	42
	Necesita algo de ayuda	207	49
<b>¿Sabe leer y escribir?</b>	Si	305	72,1
	No	118	27,9

*Fuente:* Elaboración propia.

## 8.2 Descripción de las barreras.

Según Tanahashi las barreras de acceso en salud son aquellos obstáculos que se presentan y que son responsables de que la atención en salud sea ineficaz o que la misma se ofrezca con escasez de calidad. Respecto a la pregunta ¿Regresaría al establecimiento de salud? las personas mayores manifestaron estar en desacuerdo, es decir no regresarían por experiencias vividas, considerándose la principal barrera evidenciada por los mismos en un 66,0%. El 57,0 % están en desacuerdo frente a que la atención recibida es buena; Sumándose el hecho de que al preguntar sobre si sienten tranquilidad cuando los atienden en el hospital y/o centro de salud donde consultan, responden el 45,9% estar en desacuerdo.

De igual forma se indagó por la satisfacción por la atención en donde el 48,7% se encuentran en desacuerdo, es decir, no se sienten satisfechos con la atención en salud recibida y es que de las 423 personas mayores encuestadas el 49,6 % no cumplen con el tratamiento recomendado dado a que al 53,2% han sentido vulnerados sus creencias y costumbres. (tabla 5).

**Tabla 5: Descripción de barreras**

Barreras	De Acuerdo	Indeciso	Desacuerdo
	Porcentaje %		
Servicios ofrecidos	35,5	16,3	<b>48,2</b>
Cercanía de la vivienda a la Institución de Salud	36,2	17,7	<b>46,1</b>
Facilidad en el transporte	35,7	17,3	<b>47,0</b>
Tranquilidad en la atención	36,2	18,0	<b>45,9</b>
Creencias y costumbres vulneradas	<b>53,2</b>	30,5	16,3
Cumple con el tratamiento	32,9	17,5	<b>49,6</b>
Regresaría a la IPS	0,9	33,1	<b>66,0</b>
Satisfacción por la atención	34,8	16,5	<b>48,7</b>
Atención recibida es buena	0,7	42,3	<b>57,0</b>

*Fuente:* Elaboración propia

### 8.3 Descripción de los facilitadores

Frente a los facilitadores para el acceso a los servicios de salud, más del 40% de las personas encuestadas manifestaron, estar de acuerdo en que el establecimiento de salud donde consultan cuenta con la infraestructura y equipamiento necesario para brindarles la atención en salud, afirmaron que el hospital y/o centro de salud donde consultan, cuenta con personal de salud necesario y capacitado, lo cual les genera confianza en el tratamiento al 52,2%. Ahora bien, dentro de la pregunta sobre si se cuenta con farmacia con recursos que permita el acceso al tratamiento que se necesita más del 50 % manifestaron estar de acuerdo.

Respecto a la pregunta si se cuentan con horarios adecuados para recibir la atención en salud, el 50,6% de las personas mayores encuestadas respondieron estar de acuerdo. Cabe

mencionar, que el 50,6 % consideró haber recibido un buen trato en el establecimiento de salud donde consulta, lo que les generó una confianza en la atención y en el tratamiento como ya antes se ha mencionado. (tabla 6)

Siguiendo el modelo de Tanahashi, podemos decir que entre los elementos facilitadores identificados en este estudio están en relación con recursos físicos, humanos y calidad de servicio.

**Tabla 6: Descripción de facilitadores**

Facilitadores	De Acuerdo	Indeciso	Desacuerdo
	Porcentaje %		
Infraestructura	48,5	27	24,6
Equipamiento	47,8	33,6	18,7
Personal de salud necesario	55,3	29,8	14,9
Personal de salud capacitado	51,5	29,3	19,1
Tratamientos que necesita	50,6	28,1	21,3
Farmacia con recursos	51,3	27,9	20,8
Horarios adecuados de atención	50,6	31,9	17,5
Muchos trámites para la atención	51,8	31,2	17,0
Tiempo de espera es adecuado	50,6	35,0	14,4
Dinero para gasto extra	49,2	33,3	17,5
Poco gasto en el traslado	53,0	28,8	18,2
Confía en el tratamiento	52,2	31,2	16,5
Buen trato	55,3	28,4	16,3
Preocupación por el Personal de salud	52,7	27,7	19,6
Confianza en la atención	49,6	32,6	17,7

*Fuente:* Elaboración propia

#### **8.4 Asociación entre las variables socioeconómicas, demográficas y las barreras de acceso a la atención en salud en personas mayores.**

La edad no se asoció con ninguna de las barreras identificadas. De acuerdo a la **dimensión de disponibilidad** y la variable servicios ofrecidos, se evidenció una relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas estrato socioeconómico ( $p=0,004$ ), el estado civil ( $p=0,02$ ), área de residencia ( $p=0,02$ ), con quien vive ( $p=0,01$ ), afiliación al sistema de salud ( $p=0,02$ ) y fuente de ingreso económico ( $p=0,03$ )

En la **dimensión de accesibilidad** y la variable de cercanía de la vivienda con la institución de salud, mostró una relación significativa con las variables con quien vive ( $p=0,03$ ) y la situación laboral ( $p=0,02$ ) y con respecto a la variable facilidad de transporte dentro de la dimensión de accesibilidad, se evidenció relaciones significativas con las variables estrato socioeconómico ( $p=0,00$ ), estado civil ( $p=0,00$ ) y fuente de ingreso económico ( $p=0,03$ ).

En la **dimensión de aceptabilidad** y la variable tranquilidad en la atención se evidenció una relación significativa con las variables sociodemográficas estrato socioeconómico ( $p=0,03$ ), leer y escribir ( $p=0,03$ ) y con quien vive ( $p=0,001$ ). Y con respecto a la variable de creencias y costumbres vulnerables se encontró una relación significativa con las variables área de residencia ( $p=0,001$ ), limitaciones en las actividades de la vida diaria ( $p=0,02$ ), con quién vive ( $p=0,002$ ) y con afiliación al sistema de salud ( $p=0,001$ ).

Y con respecto a la **dimensión del contacto del servicio**, se evidenció relación significativa entre cumple con el tratamiento y escolaridad ( $p=0,03$ ), regresaría a la institución prestadora de salud (IPS) y área de residencia ( $p= 0,03$ ), la satisfacción por la atención con el estrato socioeconómico ( $p=0,04$ ) , con quien viven ( $p=0,001$ ) y la fuente de ingreso ( $p=0,01$ ) y la variable de la atención recibida es buena, se evidenció una relación significativa con la situación laboral ( $p=0,02$ ) respectivamente.

**Tabla 7: Asociación entre las variables socioeconómicas, demográficas y las barreras de acceso a la atención en salud en personas mayores.**

<i>Variables sociodemograficas</i>	<i>Dimensiones según modelo de Tanahashi</i>	<i>Disponibilidad</i>	<i>Accesibilidad</i>		<i>Aceptabilidad</i>		<i>Contacto con el servicio</i>			
	<i>Estadístico</i>	P5	P8	P9	P16	P17	21	22	23	24
Sexo	<i>Chi2</i>									
	<i>P valor</i>									
Estrato socioeconómico	<i>Chi2</i>	15,478		21,526	15,673				9,744	
	<i>P valor</i>	0,004		0,000	0,003				0,04	
Estado civil	<i>Chi2</i>	7,245		17,923						
	<i>P valor</i>	0,02		0,000						
Área de residencia	<i>Chi2</i>	7,292				8,318		6,655		
	<i>P valor</i>	0,02				0,01		0,03		
Pertenencia Étnica	<i>Chi2</i>									
	<i>P valor</i>									
Limitación en las actividades de la vida	<i>Chi2</i>					16,510				
	<i>P valor</i>					0,02				
Escolaridad	<i>Chi2</i>						16,384			
	<i>P valor</i>						0,03			
Leer y escribir	<i>Chi2</i>				6,980					
	<i>P valor</i>				0,03					
Con quien vive	<i>Chi2</i>	27,283	16,681		25,682	24,671			26,499	
	<i>P valor</i>	0,01	0,03		0,001	0,002			0,001	
Afiliación al sistema de Salud	<i>Chi2</i>	7,293				13,067				
	<i>P valor</i>	0,02				0,001				
Apoyo social	<i>Chi2</i>									
	<i>P valor</i>									
Situación Laboral	<i>Chi2</i>		14,326							14,326
	<i>P valor</i>		0,02							0,02
Fuente de Ingreso económico	<i>Chi2</i>	19,753		13,754					15,327	
	<i>P valor</i>	0,03		0,03					0,01	

P5- Servicios ofrecidos

P8-Cercanía de la vivienda a la Institución de Salud

P9-Facilidad en el transporte

P16-Tranquilidad en la atención

P17-Creencias y costumbres vulneradas

21-Cumple con el tratamiento

22-Regresaría a la IPS

23-Satisfacción por la atención

24-Atención recibida es buena

*Fuente:* Elaboración propia

En la tabla 8 se observa la asociación entre características sociodemográficas y los facilitadores de acceso a los servicios de salud por parte de las personas mayores, se logró identificar que el 51,9% de las mujeres manifiestan tener confianza en la atención. Existe asociación estadísticamente significativa ( $p=0,04$ ) entre la variable sexo y confianza en la atención correspondiente en la dimensión del contacto con el servicio.

La variable estrato-socioeconómico presentó diferencias significativas con respecto a la dimensión de disponibilidad con infraestructura ( $p=0,01$ ), y los tratamientos que necesita ( $p=0,00$ ), en la dimensión de accesibilidad con dinero que gasta extra ( $p=0,007$ ) y con la dimensión de aceptabilidad con el buen trato que recibe por parte del personal de salud ( $p=0,03$ ). Aproximadamente el 50% pertenecían al estrato medio.

El estado civil se asoció de manera significativa con la dimensión de disponibilidad especialmente con el equipamiento ( $p=0,001$ ), y el personal de salud necesario ( $p=0,008$ ), y en la dimensión de accesibilidad con horarios adecuados de atención ( $p=0,01$ ) y no muchos trámites para la atención ( $p=0,04$ ).

Se encontraron diferencias significativas entre el área de residencia y la dimensión de disponibilidad con personal de salud capacitado ( $p=0,003$ ) y farmacia con recursos ( $p=0,01$ ) y la dimensión de accesibilidad con los horarios de atención adecuado ( $p=0,02$ ) respectivamente.

La variable pertenencia étnica presentó más diferencias significativas con cada una de las dimensiones. En la dimensión de disponibilidad con infraestructura ( $p=0,000$ ), personal de salud necesario ( $p=0,007$ ), tratamientos que necesita ( $p=0,03$ ), en la dimensión de accesibilidad se tuvieron diferencias significativas con horarios adecuados de atención ( $p=0,04$ ), el tiempo de espera es el adecuado ( $p=0,01$ ) seguido de la dimensión de aceptabilidad donde el buen trato tuvo diferencia significativa ( $p=0,00$ ) y finalizando con la dimensión del contacto con el servicio donde mostró diferencias significativas con la confianza en la atención ( $p=0,00$ ).

Las limitaciones en las actividades de la vida diaria se asociaron estadísticamente con infraestructura ( $p=0,00$ ) y personal de salud necesario ( $p=0,01$ ) dentro de la dimensión de disponibilidad. Seguido de la relación significativa con la confianza en la atención ( $p=0,001$ ).

Las variables apoyo social, la situación laboral y la fuente de ingreso mostró una asociación significativa con la infraestructura ( $p=0,00$ ), de la institución de salud. La variable con quién

viven las personas mayores del estudio evidenció una relación significativa con el equipamiento ( $p=0,002$ ), el personal de salud necesario ( $p=0,002$ ), los horarios adecuados en la atención, no muchos trámites en el momento de acceder a los servicios ( $p=0,005$ ) y la preocupación por parte del personal de salud ( $p=0,03$ ).

Estar afiliado al sistema de salud se ha considerado uno de los facilitadores más relevantes en este estudio se encontró una asociación significativa con la infraestructura de la institución de salud ( $p=0,00$ ), con el personal de salud necesario ( $p=0,02$ ), horarios adecuados de atención ( $p=0,04$ ), dinero para gasto extra ( $p=0,002$ ).

La variable de fuente de ingreso de las personas mayores mostró una asociación significativa con la mayoría de facilitadores identificados en la dimensión de disponibilidad como: infraestructura, personal de salud necesario, tratamiento que necesita y farmacia con recursos ( $p=0,00$ ).

Tabla 8: Asociación entre las variables socioeconómicas, demográficas y facilitadores de acceso a la atención en salud en personas mayores.

Variables sociodemográficas	Dimensiones según modelo de Tamakashi	Disponibilidad						Accesibilidad					Aceptabilidad			Contacto con el servicio
	Estadístico	P1	P2	P3	P4	P6	P7	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P18	P19	P20
Sexo	Chi2															6,440
	P valor															0,04
Estrato socioeconómico	Chi2	13,390				15,770					14,163			10,680		
	P valor	0,01				0,003					0,007			0,03		
Estado civil	Chi2		13,981	9,703				7,905	6,039							
	P valor		0,001	0,008				0,01	0,04							
Área de residencia	Chi2				11,676		9,064	7,61								
	P valor				0,003		0,01	0,02								
Pertenencia Étnica	Chi2	58,279		24,197		19,668		18,555		23,185				23,547		23,944
	P valor	0,000		0,007		0,03		0,04		0,01				0,009		0,008
Limitación en las actividades de la vida	Chi2	33,251		11,792												12,783
	P valor	0,000		0,01												0,01
Escolaridad	Chi2															
	P valor															
leer y escribir	Chi2															
	P valor															
Con quién vive	Chi2		24,097	26,146				23,496	21,811						16,283	
	P valor		0,002	0,001				0,003	0,005						0,03	
Afluencia al sistema de Salud	Chi2	9,409		7,096				6,344			10,231					
	P valor	0,009		0,02				0,04			0,002					
Apoyo social	Chi2	19,542						14,408								
	P valor	0,001						0,006								
Situación Laboral	Chi2	23,370	13,453							13,525						
	P valor	0,001	0,03							0,03						
Fuente de Ingreso económico	Chi2	50,650		15,422		16,396	12,921									
	P valor	0,00		0,01		0,01	0,04									

P1- Infraestructura  
P2- Equipamiento  
P3- Personal de salud necesario  
P4- Personal de salud capacitado  
P6- Tratamientos que necesita  
P7- Farmacia con recursos

P10- Horarios adecuados de atención  
P11- No Muchos trámites para la atención  
P12- Tiempo de espera es adecuado  
P13- Dinero para gasto extra  
P14- Poco gasto en el traslado  
P15- Confía en el tratamiento  
P18- Buen trato  
P19- Preocupación por el Personal de salud  
P-20- Confianza en la atención

Fuente: Elaboración propia.



## 9. DISCUSIÓN

Los servicios de salud deben ser ofertados y utilizados en términos de equidad, oportunidad, y pertinencia, por tal razón el término acceso, determinado como la facilidad que tiene una persona de utilizar un servicio en el momento que lo necesita: “la accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud”, enmarcada en aspectos geográficos, económicos, organizacionales y de disponibilidad. Se encontró que el grado o prioridad que se le atribuye a cada barrera por parte de los actores depende de condiciones sociales, económicas, culturales y geográficas. Por lo tanto, es importante que, al analizar la problemática del acceso, se tenga en cuenta que se pueden dar condiciones particulares que requieren políticas en salud específicas.

Para el presente estudio, se analizó el acceso a los servicios de salud, de las personas mayores de 60 años del Municipio de Manizales, a través de aspectos, como el tiempo de espera para la asignación de citas, siendo un elemento básico para el acceso a la atención, dado a que, existen factores internos y externos en el sistema de salud y debe ser un compromiso su adecuado funcionamiento en miras de calidad.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que los procesos y establecimientos de salud corresponderían siendo factibles y viables por igual en una misma jurisdicción, informa que existen determinadas dimensiones en torno a la accesibilidad, entendida en sus diferentes designaciones como física, económica y la información oportuna (23).

Los factores identificados en este estudio como barreras al acceso a los servicios de salud fueron, el sentir sus creencias y costumbres vulneradas, no sentir tranquilidad en la atención, no tener facilidad de transporte y vivir en el área rural, al respecto Horrill *et al.* (83) en una de sus investigaciones, mostraron que existen tres generadores de barreras, las que son propias de la persona, del sistema sanitario y del sistema político, social y económico. Lo anterior es coherente con la opinión del 85,6% de las personas mayores participantes, manifestaron presentar barreras de acceso al momento de acceder en salud.

En este sentido, es fundamental para mejorar la atención al paciente se requiere evidencia de alta calidad, por lo tanto, conviene profundizar en el conjunto de factores asociados al acceso en salud de esta población. Cabe resaltar que, en cuanto al género, en el presente estudio los hombres representan el 54,1% de la muestra a diferencia de otros estudios donde el mayor porcentaje es de mujeres (3,19,63). Con respecto a la edad; el 67,6% tenía entre 60-67 años, similar a los datos evidenciados a otros trabajos que muestran que las personas mayores oscilan entre los 60-68 años de edad en Colombia (84).

Con respecto al área de residencia es relevante resaltar que en el presente estudio el 25.5% de los encuestados pertenecen al área rural, los cuales manifestaron dificultades en acceso a salud , al respecto la Dirección Territorial de Salud del Departamento de Caldas (DTSC) afirma que a nivel de cobertura de afiliación se estima el 96%, sin embargo existen marcadas dificultades con la población rural dispersa, dado a que es ésta quien representa el 4% faltante para llegar al 100% de afiliación, lo cual podría justificar algunos de los obstáculos mencionados por dicha población (85).

Estar casado representó el 26,7% de la muestra, sin embargo, dato que difiere de lo reportado por Curcio *et al.* (86) quienes encontraron mayor proporción de casados (49,6 %). En cuanto al nivel de escolaridad, el 53,2% de la muestra había concluido la primaria, resultado que también coincide con otra investigación; lo cual explica a menor nivel educativo cobra significancia frente a los obstáculos y facilitadores que emergen e influyen en las prácticas y comportamientos de la persona mayor hacia el cuidado de la salud y por ende la demanda, uso y utilización de los servicios de salud (87).

Con respecto a las barreras Aday y Col, definen las barreras como aquellos factores tanto del individuo como del entorno que impiden o dificultan que la población acceda a servicios de atención y se le brinde un diagnóstico con calidad y oportunidad, dentro de un sistema de atención integral en salud (50). En este estudio el 66,0% de las personas mayores manifestaron no regresar al establecimiento de salud, basados en que la atención recibida no es buena, no se sienten tranquilos al ser atendidos, no les genera confianza y además sienten vulnerados sus creencias y costumbres. Fret *et al* (88), informaron que la calidad de atención para los adultos mayores es menor en comparación de otros grupos etarios, la confianza que perciben de los profesionales de salud limita el compromiso para ser atendidos y el deseo de

estos de regresar. Algo semejante se reporta en el estudio de Chan, *et al* (89) con resultados similares en la desconfianza al sistema de salud y al profesional que lo atendía, además sostuvieron que el temor al diagnóstico y pronóstico sobre la enfermedad generaba que los pacientes decidían no recurrir al establecimiento de salud, mientras otra proporción del grupo decidió al tratamiento tradicional.

Con respecto a los facilitadores, estos han sido definidos como aquellos eventos y/o situaciones que permiten mejorar la accesibilidad y la oportunidad de atención en salud para una población específica, ayuda a que algo suceda, orienta y estimula a las personas a encontrar sus propias soluciones a problemas o tareas en un proceso o actividad (59).

En concordancia en este estudio, el 40% informó que el contar con una infraestructura, equipamiento, personal necesario y capacitado genera confianza en el tratamiento además facilita la adherencia a tratamientos dado a que se cuenta con farmacia dotada de medicamentos al alcance, personal que escucha inquietudes y brinda cuidado cuando así lo requieren. Algo semejante ocurre con algunos estudios que coinciden con los resultados, destacando que una buena formación del personal sanitario, adecuado tiempo de espera para la consulta, compromiso y coordinación de todo el personal hospitalario implicado en la atención del paciente, y una buena relación personal salud paciente que facilite la comunicación, son elementos clave detectados para intervenir adecuadamente en la adherencia (90,91).

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre pertenecer a un estrato socioeconómico y contar con facilidad de transporte además de sentir tranquilidad y satisfacción por la atención recibida; esto coincide con los resultados expuestos en varios estudios donde resaltan como algunas características como contar con medio de transporte, promueve la participación social, genera tranquilidad y satisfacción dado que permite el acceso, pues la carencia de este recurso hace que las personas pierdan el interés por su estado de salud y se centren en la alimentación y gastos del hogar (92,93,94).

Vargas J *et, al* (94), señaló que el contexto socioeconómico es el principal indicador de limitación para el acceso a la salud, en donde las personas pertenecientes al estrato alto tienen mayor probabilidad de recibir atención médica en comparación con aquellas de estrato medio

y bajo. Evidentemente, destacan que los desplazamientos de una IPS a otra para la complementación diagnóstica y terapéutica, generan una carga económica adicional y, por ende, una barrera de acceso a la salud.

Los resultados del estudio también evidenciaron asociación entre la escolaridad y cumplir con el tratamiento; lo anterior coincide con lo reportado por Nguyen *et al.* (95) que resaltan que las personas de nivel educativo bajo generan sentimientos de temor al entablar diálogos con los profesionales de salud dado a su lenguaje médico; mencionan también que el personal de salud generaliza las costumbres y acciones de la población, ante esto les brinda menos oportunidad de atención lo que lleva al individuo a no entender lo que se recomienda o el no querer cumplirlas.

Se encontró asociación estadísticamente significativa entre fuente de ingreso económico y facilidad de transporte; esto coincide con Nguyen *et al.* (95) quienes sostienen que la empleabilidad de la persona afecta en la accesibilidad de atención sanitaria, puesto que aquellas personas de bajos ingresos no tienen oportunidad de cubrir los gastos que requiere una atención, lo cual conduce a la cronicidad de las patologías y al recurrir a medicina tradicional.

Adicional existe asociación estadísticamente significativa entre apoyo social, infraestructura y horarios adecuados de atención en el servicio, la cual puede deberse a los beneficios que subyacen a la pertenencia a un grupo social; el contar con miembros de la familia que acompañen el proceso de atención de la población adulta mayor, facilita en gran medida la accesibilidad al sistema de salud.(87) Gibson *et al* (91) destacan la importancia del apoyo social proporcionado por el entorno grupal tanto para las personas con demencia como para sus cuidadores; en detalle, resaltan la actividad física como un facilitador.

Los hallazgos sugieren asociación entre costumbres, creencias, infraestructura, personal de salud necesario y confianza en la atención puede deberse a los cambios que produce el envejecimiento. Al respecto Díaz *et al* (34) destaca que el envejecer es un proceso que implica cambios progresivos que repercuten en la capacidad funcional física y el nivel de dependencia lo que afecta, a su vez, la salud y la realización de actividades cotidianas

entendiéndolo como un obstáculo al momento de acceder a un establecimiento de salud en el momento de estar solo.

El estrato socioeconómico, se asoció con contar con los tratamientos que necesita, y poseer dinero para gastos extra. Huenchuan y Guzmán (96), sostienen que la seguridad económica de las personas mayores, se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, y en montos suficientes para asegurarla. En síntesis, esta seguridad satisface las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, permite la autonomía, mejora su autoestima, propicia el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana, como ciudadanos con plenos derechos; incluido el acceso efectivo a servicios de salud.

Se reconocen como las limitaciones del estudio en primer lugar que fue realizado en el área urbana lo que no permite crear un panorama completo sobre los factores asociados al acceso en salud de toda la población, y este puede ser diferente para el área rural. De otro lado por la edad de los participantes estos pueden omitir, no recordar o modificar la experiencia del acceso a los servicios de salud, sin embargo este sesgo trató de controlarse al garantizar que fueran aptos para responder la encuesta.

## 10. CONCLUSIONES

- Según las características sociodemográficas el mayor porcentaje de personas mayores se encuentra entre los 60 y 67 años, pertenecientes al área urbana, de estrato socioeconómico medio, con nivel de escolaridad primaria y en su mayoría casados.
- De los 24 ítems, 9 fueron catalogados como barreras y 15 facilitadores. A excepción de las dimensiones, disponibilidad accesibilidad y aceptabilidad, la dimensión contacto se considera la principal barrera evidenciada por la población mayor de la ciudad de Manizales.
- La dimensión disponibilidad fue catalogada como la que representa un mayor porcentaje de facilitadores, el contar con infraestructura, equipamiento, talento humano y sentir confianza permite acceder a la atención en salud demandada por la persona mayor.
- Las barreras y los facilitadores se presentan en países de distinto grado de desarrollo social y económico. Al analizar las barreras según el modelo de Tanahashi, se identifican barreras en todas las dimensiones del modelo teniendo asociaciones estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas.
- La identificación de barreras y de elementos facilitadores en el acceso a la atención de salud contribuye a un monitoreo de la equidad en salud más efectivo y es un paso imprescindible para mejorar el acceso de las personas mayores y reducir las inequidades sociales y de salud.

## 11. RECOMENDACIONES

- Es importante concientizar a los entes gubernamentales sobre las necesidades básicas de las personas mayores, lo que requiere de un trabajo interdisciplinario que permita contrarrestar la barrera que les genera la dependencia y puedan hacer uso efectivo de su derecho a la salud.
- La identificación de barreras y facilitadores para el acceso a los servicios de salud contribuye a un seguimiento efectivo de la desigualdad en salud y es un paso importante para mejorar el acceso de la población mayor.
- El modelo de Tanahashi permite la sistematización de barreras y facilitadores en determinadas dimensiones, que, al ser utilizado como un instrumento de tamizaje, pueden ser un aporte importante en el momento de la evaluación gerontológica integral.
- Este estudio es interesante analizarlo y compararlo con otros contextos demográficos y geográficos considerando otras variables y otros contextos territoriales del país, al ser un tema de interés en salud pública, podría contribuir a la actualización de las políticas públicas más equitativas con enfoque diferencial que enriquezcan las ya establecidas.
- El presente estudio confirma la necesidad de diseñar y ejecutar políticas sanitarias participativas e intersectoriales para las personas mayores con enfoque diferencial, teniendo en cuenta el área rural y que reduzcan o eliminen las barreras generadas por sectores distintos al sector salud, con el fin de lograr el acceso equitativo en la cobertura y prestación del servicio.
- Se recomienda usar los resultados obtenidos para la toma de decisiones en políticas públicas y planes de acción Municipal, demostrando así, la importancia de realizar un análisis de información de cada municipio a partir de sus propios resultados y no desde comportamientos globales del Departamento.
- Se considera importante reconocer y potencializar la participación de las personas mayores al interior de la sociedad, hecho que requiere el interés de investigadores y

universidades para así contribuir a la generación y aplicación de conocimientos que promuevan una visión integral sobre el envejecimiento.



## 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*. 2014 Jun;25(2):57–62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
2. United Nations Department of Public Information. Creciendo a un ritmo menor, se espera que la población mundial alcanzará 9.700 millones en 2050 y un máximo de casi 11.000 millones alrededor de 2100: Informe de la ONU. Vol. 1, ONU. New York; 2019. [https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019\\_PressRelease\\_ES.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_PressRelease_ES.pdf)
3. Curcio CL. Misión Caldas Envejece. Primera ed. Editorial Universidad de Caldas, editor. Manizales: Editorial Universidad de Caldas; 2020. 485 p. [https://repositorio.ucaldas.edu.co/bitstream/handle/ucaldas/15108/LibroMisionCaldasEnvejece\\_17x21\\_online.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucaldas.edu.co/bitstream/handle/ucaldas/15108/LibroMisionCaldasEnvejece_17x21_online.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
4. Murphy M. Use of Counterfactual Population Projections for Assessing the Demographic Determinants of Population Ageing. *Eur J Popul*. 2021;37(1):211–42. <https://doi.org/10.1007/s10680-020-09567-9>
5. Castellanos E, Vega I, Cristancho Fajardo C. Envejecimiento y la transición de la estructura poblacional por edades en Colombia. *Tendencias*. 2022 Feb 10;23(1):29–57. <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/rtend/article/view/7073>
6. Sánchez Garzón MD, Sarmiento Bazzani M. Fecundidad, capital humano y crecimiento económico: un análisis para el caso colombiano. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca; 2021. <https://repositorio.unicolmayor.edu.co/handle/unicolmayor/3490>
7. Alcaldía de Manizales. Informe de calidad de Vida. Manizales; 2020. <https://manizalescomovamos.org/informes-calidad/informe-de-calidad-de-vida-de-manizales-2020/#>
8. Salas Padilla JC. Políticas Públicas para mejorar la calidad de servicios de salud. *Cienc Lat*. 2021 Jan;5(1):253–66. <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/223>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y

- Envejecimiento SABE Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá, D.C: Dirección de Epidemiología y Demografía; 2018. p. 27.
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia sigue avanzando en la cobertura universal en salud. Ministerio de Salud y Protección Social. 2020. p. 1. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-sigue-avanzando-en-la-cobertura-universal-en-salud-.aspx>
  11. González Quiñones JC. Sabe Colombia 2015: Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. Cart Comunitaria. 2017 Aug 3;25(144):24–35. <https://revistas.juanncorpas.edu.co/index.php/cartacomunitaria/article/view/152>
  12. Ávila Mora JC, Rueda Lizarazo MP, Rodríguez Delgado KV, Olaya Jurado J, Bustamante LA, Mesa Pérez R. Barreras y oportunidades para el acceso a los servicios de salud según la experiencia de cuidadores de niños y adolescentes con cáncer. REDIIS. 2020 Jul 23;3(3):10–7. <http://revistas.sena.edu.co/index.php/rediiis/article/view/2998>
  13. Rodríguez García R. Medicina alternativa y complementaria, anti envejecimiento. In: McGraw Hill, editor. Práctica de la Geriátria. Tercer ed. 2015. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookId=1500&sectionId=98102586>
  14. Secretaría de Planeación del Municipio de Manizales - Universidad de Manizales. Demografía de Manizales: dinámica poblacional en el siglo XXI. Primera ed. Fondo Editorial Universidad de Manizales, editor. Manizales; 2022. 166 p. [https://ridum.umanizales.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12746/6220/1/DEMOGRAFÍA DE MANIZALES.pdf](https://ridum.umanizales.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12746/6220/1/DEMOGRAFÍA_DE_MANIZALES.pdf)
  15. Manizales Cómo Vamos. Encuesta de percepción ciudadana de calidad de vida. Manizales; 2022. p. 1–52. <https://manizalescomovamos.org/encuestas-percepcion/encuesta-de-percepcion-ciudadana-de-manizales-2021/>
  16. Florez Martínez SL, Campo Rivera CI, Trochez Gómez MA, Peña Lemus CV. Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios para la comunidad afrocolombiana de Quilicace Cauca, 2012. Universidad Ean- Universidad Del Cauca. Universidad Ean- Universidad Del Cauca; 2012. <http://hdl.handle.net/10882/2004>

17. García MA, Pérez Manso B, Licea Alfonso DM. Dilemas y desafíos de una población en proceso de envejecimiento. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2021;37(2):1–21. <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v37n2/1561-3038-mgi-37-02-e1559.pdf>
18. Repetto HP. Impacto de las tecnologías de la información y la comunicación. *Pediatr Integr.* 2013;17(10):686–93. <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-12/impacto-de-las-tecnologias-de-la-informacion-y-la-comunicacion/#:~:text=Los%20mayores%20riesgos%20de%20las,ellos%2C%20se%20pueden%20producir%20da%C3%B1os.>
19. Ramos Milla DV. Determinantes de la salud en adultos mayores con hipertensión. Puesto de salud Miraflores Alto-Chimbote, 2016. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote. Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote; 2020. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/20260>
20. Huenchuan S. Perspectivas globales sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores, 2007-2013. CEPAL. 2013;1–95. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/35929>
21. Virgüez Moreno LJ. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes : estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. Pontificia Universidad Javeriana Facultad. Pontificia Universidad Javeriana; 2016. <http://hdl.handle.net/10554/18884>
22. World Health Organization. Closing the gap: policy into practice on social determinants of health. Rio de Janeiro; 2011. p. 56. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502405>
23. Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Jeanette VM. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica.* 2013;33(3):223–9. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2013.v33n3/223-229/es/>
24. Gutiérrez JP, García-Saisó S, Fajardo Dolci G, Hernández Ávila M. Effective access to health care in Mexico. *BMC Health Serv Res.* 2014 Dec 23;14(1):186. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-186>
25. Oliver A, Mossialos E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Heal.* 2004 Aug 1;58(8):655–8.

- <https://jech.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jech.2003.017731>
26. González Medécigo LE, Gallardo Díaz EG. Calidad de la atención médica: la diferencia entre la vida o la muerte. *Rev Digit Univ.* 2012;13(8):1–15. <https://www.revista.unam.mx/vol.13/num8/art81/art81.pdf>
  27. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does “access to health care” mean? *J Health Serv Res Policy.* 2002 Jul 1;7(3):186–8. <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/135581902760082517>
  28. Frenz P, Vega J. Universal health coverage with equity: what we know, don’t know and need to know. *Health Systems & Reform.* Montreux, switzerland; 2010. p. 56. [https://www.healthsystemsresearch.org/hsr2010/images/stories/9coverage\\_with\\_equality.pdf](https://www.healthsystemsresearch.org/hsr2010/images/stories/9coverage_with_equality.pdf)
  29. Comisión de la Organización Panamericana de la Salud. *Sociedades justas. Equidad en la salud y vida digna.* Washington, D.C.; 2019. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>
  30. Donabedian A. *Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care.* 1st Editio. Harvard University Press, editor. Cambridge; 1973. 649 p.
  31. Rocha Buelvas A. Análisis sobre el acceso a los servicios de la salud bucal: un indicador de equidad. *Rev Gerenc y Polit Salud.* 2013;12(25):96–112. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n25/v12n25a08.pdf>
  32. Dulcey Ruiz E, Arrubla Sánchez DJ, Sanabria Ferrand P. Envejecimiento y vejez en Colombia. *Profamilia Colombia.* Bogotá, D.C; 2013. p. 1–79. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/03/3-ENVEJECIMIENTO-Y-VEJEZ-EN-COLOMBIA.pdf>
  33. Jock MacIntyre G, Taset Alvarez Y, Cue Cedeño D. Bienestar subjetivo en la persona mayor. Una intervención psicosocial. *Rev científica Olimp.* 2021;18(1):436–50. <https://revistas.udg.co.cu/index.php/olimpia/article/view/2304>
  34. Díaz Veiga P, Facal D, Yanguas Lezaún JJ. Funcionamiento psicológico y envejecimiento. Aprendizajes a partir de estudios longitudinales. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010 Nov;45(6):350–7. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-funcionamiento-psicologico-envejecimiento-aprendizajes-partir-S0211139X10001897>
  35. Martín Ruiz JF. Los factores definitorios de los grandes grupos de edad de la

- población: tipos, subgrupos y umbrales. *Scr Nov.* 2007;9:181–204.  
<https://revistes.ub.edu/index.php/ScriptaNova/article/view/901>
36. Criollo Capelo MM. Percepción de la calidad de vida del adulto mayor. Una aproximación al centro gerontológico del buen vivir. Cayambe 2017. Universidad Técnica del Norte; 2018. <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/8166>
  37. López Caamal ME, Flores Ramírez M del C, Jaimes Rodríguez MG. Percepción de la vejez en estudiantes de licenciatura, estudio de redes semánticas. *AVACIENT.* 2019;VII(2):117–25.  
<http://itchetumal.edu.mx/images/2019/12diciembre/avacient/1/11.pdf>
  38. Garay Villegas S, Avalos Pérez R. Autopercepción De Los Adultos Mayores Sobre Su Vejez. *Kairós Gerontol.* 2009;12(1):39–58.  
<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2779/1814>
  39. Vasto S, Candore G, Balistreri CR, Caruso M, Colonna-Romano G, Grimaldi MP, et al. Inflammatory networks in ageing, age-related diseases and longevity. *Mech Ageing Dev.* 2007 Jan;128(1):83–91.  
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S004763740600248X>
  40. Sánchez-Urán Azaña Y. Envejecimiento activo: política social y Derecho. *Rev Española Derecho del Trab.* 2013;1–39. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/22921/>
  41. Gutiérrez Robledo LM. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población.* 1999;5(19):125–47.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11201908>
  42. Ocampo JM. Self-rated health: Importance of use in elderly adults. *Colomb Med.* 2010;41(3):275–89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28315220011>
  43. Rincón Pabón LT. Visión holística del cuidado dirigido al desarrollo del bienestar integral de personas mayores. Universidad Autónoma de Bucaramanga; 2018.  
<http://hdl.handle.net/20.500.12749/12741>
  44. Calvo E. Envejecimiento positivo. Chile; 2013. p. 16.  
[https://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo\\_2013\\_envejecimiento-positivo-PUC.pdf](https://www.esteban-calvo.com/wp-content/uploads/2015/02/Calvo_2013_envejecimiento-positivo-PUC.pdf)
  45. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento saludable: informe de referencia. Resumen. 2021. p. 1–30.

- <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
46. Fernández E, Padilla P, Díaz C. Gerontología en la formación de pre grado del odontólogo del siglo XXI. *Rev clínica periodoncia, Implantol y Rehabil oral*. 2019 Dec;12(3):131–4. [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-01072019000300131&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072019000300131&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
  47. Caicedo R osero ÁV, Estrada Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Gerenc y Políticas Salud*. 2016 Jan 19;15(31):146–74. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18227>
  48. Fajardo Dolci G, Gutiérrez JP, García Saisó S. Effective access to health services: operationalizing universal health coverage. *Salud publica mex*. 2015;57(2):180–6. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2015/sal152j.pdf>
  49. Juárez-Ramírez C, Villalobos A, Saucedo-Valenzuela AL, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gac Sanit*. 2020 Nov;34(6):546–52. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911119301621>
  50. Marra K, Espinosa I. Bottlenecks and barriers to effective coverage of early childhood health and development interventions in Guatemala: A scoping review. *Rev Panam Salud Pública*. 2020 Aug 31;44:1–8. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52618>
  51. Ministerio de Salud y Protección Social. *La Equidad en salud para Colombia. Brechas internacionales y territoriales*. Bogotá, D.C; 2015. p. 151. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/equidad-en-salud-para-colombia.pdf>
  52. Bedoya Murillo CD, Garcia Restrepo DM, Pérez Collante YJ. Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura. Universidad Ces; 2016. [https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2735/Barreras\\_Acceso\\_Servicios\\_Salud.pdf;jsessionid=CB48C612EE586D3F4BF218FA4BEFB878?sequence=2](https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/2735/Barreras_Acceso_Servicios_Salud.pdf;jsessionid=CB48C612EE586D3F4BF218FA4BEFB878?sequence=2)
  53. Alayo Chacón DE. Barreras socioculturales que vulneran los derechos del adulto mayor del CIAM, La Esperanza-2019. Universidad Nacional de Trujillo; 2020.

<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/16661>

54. Ministerio de la Protección Social. Problemática de la prestación de servicios de salud. In: Ministerio de la Protección Social, editor. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Edición 20. Bogotá, D.C; 2005. p. 1–78. [https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica Nacional de Prestación de Servicios de Salud.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestacion%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf)
55. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295–303. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/261736>
56. Escobedo Martinez TM, Aguirre Santa-Luce GY, Marroquín Moya SW. Barreras de acceso a los servicios de salud identificadas por los adultos mayores. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2017. <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/pre/2017/024.pdf>
57. Garcés-Palacio IC, Rubio-León DC, Ramos-Jaraba SM. Barreras y facilitadores del sistema de salud relacionadas con el seguimiento de anormalidades citológicas, Medellín-Colombia. Gerenc y Políticas Salud. 2014 Dec 19;13(27). <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11967>
58. Gonzalez-Gil F, Martín-Pastor E, Poy Castro R. Educación inclusiva: Barreras y facilitadores para su desarrollo. Un estudio desde la percepción del profesorado. Profesorado, Rev Currículum y Form del Profr. 2019 Mar 31;23(1):243–63. <https://revistaseug.ugr.es/index.php/profesorado/article/view/9153>
59. Castellà Surribas S. Setenta años de la Declaración universal de derechos humanos: El lento camino hacia la patria de la humanidad. In: Universitat Rovira i Virgili, Publicacions URV, editors. Revisitar los derechos humanos 70 Aniversario de la Declaración Universal. ed. lit. España; 2021. p. 13–30. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7953653>
60. Congreso de la República de Colombia. Ley 74 de 1968. Bogotá, D.C; 1968. p. 1–30. <https://www.suin-juriscal.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Leyes/1622486>
61. Congreso de la República de Colombia. Ley 16 deE 1972. Código penal colombiano.. Bogotá, D.C; 1972. p. 37–51. <https://1library.co/article/ley-código-penal-colombiano-2.zw80ej0z>
62. Congreso de la República de Colombia. Ley 319 de 1996. Bogotá, D.C; 1994. p. 1–

7. [https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma\\_pdf.php?i=37867](https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=37867)
63. Castilla JD. Las garantías y los derechos de los adultos mayores en Colombia. Asuntos legales. 2018. <https://www.asuntoslegales.com.co/actualidad/las-garantias-y-los-derechos-de-los-adultos-mayores-en-colombia-2789831>
64. Macana Torres YP. Asamblea Constituyente de Colombia de 1991. Scribd. p. 1–8. <https://es.scribd.com/document/498908123/Asamblea-Constituyente-de-Colombia-de-1991#>
65. Congreso de la República de Colombia. Constitución Política de Colombia. Artículo 49. Bogotá, D.C; 1991. <https://www.constitucioncolombia.com/titulo-2/capitulo-2/articulo-49>
66. Restrepo JFP. Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la Salud. Medicina (B Aires). 1999;21(1):1–4. <https://www.revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/49-1>
67. Posada Restrepo D. Infraestructura del efectivo y vulnerabilidad en el acceso al efectivo en España. Boletín económico del Banco España Artículos analíticos. 2021;3:1–19. <https://repositorio.bde.es/handle/123456789/17303>
68. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Universitat Autònoma de Barcelona; 2009. [consorci.org/media/upload/arxiu/estudis/1\\_Vargas\\_2009\\_Barreras\\_de\\_acceso\\_a\\_la\\_atencion\\_en\\_salud\\_un\\_estudio\\_de\\_caso\\_en\\_Colombia.pdf](https://consorci.org/media/upload/arxiu/estudis/1_Vargas_2009_Barreras_de_acceso_a_la_atencion_en_salud_un_estudio_de_caso_en_Colombia.pdf)
69. Álvarez Pérez AG, García Fariñas A, Bonet Gorbea M. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. Rev Cuba salud pública. 2007;33(2). <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2007.v33n2/10.1590/S0864-34662007000200013/es/#>
70. Guerrero R, Gallego AI, Becerril Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud pública Méx. 2011;53(2):1–12. <https://www.scielosp.org/article/spm/2011.v53suppl2/s144-s155/>
71. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Ginebra; 2000. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA53/sa4.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA53/sa4.pdf)



72. Álvarez Salazar GJ, García Gallego M, Londoño Usme M. Crisis de la salud en Colombia: limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Rev CES Derecho. 2016;7(2):1–20. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2145-77192016000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-77192016000200009&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
73. Congreso de la República de Colombia. Ley 789 de 2002. Bogotá, D.C; 2002. p. 1–26. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6778>
74. Congreso de la República de Colombia. Ley 1251 de 2008. Bogotá, D.C; 2008. p. 1–12. <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964>
75. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015. Bogotá, D.C; 2015. p. 1–6. <https://funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=60733>
76. Parra LA. Política nacional de prestación de servicios de salud. Academia. [https://www.academia.edu/13445268/politica\\_nacional\\_de\\_prestacion\\_de\\_servicios\\_de\\_salud](https://www.academia.edu/13445268/politica_nacional_de_prestacion_de_servicios_de_salud)
77. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan decenal de salud pública 2022-2031. Bogotá, D.C; 2022. p. 1–691. [https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/05/PDSP\\_2022-2031.pdf](https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2022/05/PDSP_2022-2031.pdf)
78. Alcaldía de Manizales. Decreto No 0235 de 2015. Manizales; 2015. p. 1–5. <https://manizales.gov.co/RecursosAlcaldia/201506242258491533.pdf>
79. Curcio Borrero CL, Osorio García D, Gómez Montes JF. Lineamientos de la Política Pública de Envejecimiento y Vejez. Primera ed. Universidad de Caldas, editor. Colombia; 2019. 184 p. <https://isbn.cloud/9789587591903/lineamientos-de-la-politica-publica-de-envejecimiento-y-vejez/>
80. Marcos Toledo HA. Barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de Salud en el distrito de Lagunas – Ayabaca 2019. Universidad César Vallejo; 2019. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/44241>
81. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Helsinki; 2017. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos
82. Ministerio de Salud y Protección. Resolución número 8430 de 1993. Bogotá, D.C;

1993. p. 1–19.  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/Bibliotecadigital/ride/de/dij/Resolucion-8430-DE-1993.pdf>
83. Horrill TC, Linton J, Lavoie JG, Martin D, Wiens A, Schultz ASH. Access to cancer care among Indigenous peoples in Canada: A scoping review. *Soc Sci Med.* 2019 Oct;238. <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953619304885>
84. Díaz Amador Y. Evaluación de la funcionalidad y grado de dependencia de adultos mayores de una Fundación para la Inclusión Social. *Rev Cubana Enferm.* 2020;36(3):1–16. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3100>
85. Hautecoeur M, Zunzunegui MV, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud Publica Mex.* 2007;49:86–93.  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=es](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000200003&lng=es)
86. Curcio CL, Giraldo AF, Gómez F. Fenotipo de envejecimiento saludable de personas mayores en Manizales. *biomédica* [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 10 de noviembre de 2022];40(1):102-16  
<https://revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/4799>
87. Vicente H. Accesibilidad del adulto mayor al servicio de medicina física y rehabilitación en un hospital de Lima, 2020;1-69  
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/57680>
88. Fret, B., De Donder, L., Lambotte, D., Dury, S., Van der Elst, M., De Witte, N., Switsers, L., Hoens, S., Van Regenmortel, S., & Verté, D. 2019. Access to care of frail community-dwelling older adults in Belgium: a qualitative study. *Primary health care research & development*, 20, e43. <https://doi.org/10.1017/S1463423619000100>
89. Chan, C., Lee, K. H., & Low, L. L. A systematic review of health status, health seeking behaviour and healthcare utilisation of low socioeconomic status populations in urban Singapore. *International journal for equity in health*, 2018; 17(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0751-y>
90. González RL, Cooper WD, Méndez GH, et al. Barreras identificadas por pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 en su atención integral. *MediSan.* 2021;25(02):388-

403.

91. Gibson G, Robertson J, Pemble C, Harrison R, Strachan K, Thorburn S. Dementia friendly walking project. Evaluation report. University of Stirling. 2017. <https://core.ac.uk/download/pdf/110695591.pdf>
92. Orozco D, Mata M, Artola S, Conthe P, Mediavilla J, Miranda C. Abordaje de la adherencia en diabetes mellitus tipo 2: situación actual y propuesta de posibles soluciones. Elsevier. 2016; 48(6): 406-420.
93. Yashadhana A, Fields T, Blitner G, Stanley R, Zwi A. Confianza, cultura y comunicación: determinantes de la salud y el cuidado de los ojos entre los pueblos indígenas con diabetes. *BMJ Global Health* 2020;5:e001999. Disponible en: [doi:10.1136/bmjgh-2019-001999](https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001999)
94. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias.. *Rev Fac Nac Salud*. 2009;27(2):121–30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791003>
95. Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. Barriers and Mitigating Strategies to Healthcare Access in Indigenous Communities of Canada: A Narrative Review. *Healthcare* (Basel, Switzerland). 2020; 8(2), 112. <https://doi.org/10.3390/healthcare8020112>
96. Huenchuan S, Guzmán JM. Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para políticas. Santiago: CELADE/UNFA; 2006.

### 13.1 ANEXOS 1: INSTRUMENTO

Nombre completo:		Fecha de aplicación de la encuesta:
<b><u>CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</u></b>		
Sexo: H__M__	Edad: __años	* Estrato socioeconómico: Bajo __ Medio__ Alto__ * Área de residencia: Urbana __ Rural__ * Estado Civil: Soltero__ Casado__ Divorciado__ Separado__ Viudo__ Unión libre__ * Pertenencia étnica: Indígena__ Afrocolombiano__ Raizal__ Mestizo__ Otro/cual? __ Ninguna__ * Limitación de actividades en la vida diaria: Incapaz __Necesita algo de ayuda_ Independiente_
1) ¿Sabe usted leer y escribir? Sí__ No__ 2) ¿Qué grado de estudios obtuvo? Ninguno__ Primaria__ Secundaria __Técnica__ Universitaria 3) ¿Usted con quien vive? Hijos__ Nietos_ Conyugue _Otros no familiares __vive solo__ 4) ¿Está afiliado/a al sistema de salud? Sí__ No__ 5) ¿Qué tanto apoyo recibe usted de los demás? Mucho apoyo__ Poco apoyo__ Ningún apoyo__ 6) ¿Cuál es su situación laboral actualmente? -Trabajando __ -Desempleado/a__ -Pensionado__ -Actividades del hogar__ 7) ¿De dónde provienen sus ingresos económicos? - Ayuda familiar __ - Salario mensual __ - Pensión__ - Ayuda del Gobierno__		
<b><u>FACTORES BARRERAS DE ACCESO</u></b>		
Encuesta realizada con permiso del autor Harold Marcos (2019) cuestionario denominado barreras acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas- Ayabaca 2019. Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con un aspa (x) la alternativa que Ud. crea conveniente		

según la escala que se presenta a continuación. Muchas gracias

según la escala que se presenta a continuación. Muchas gracias					
<b>DIMENSIÓN DIPONIBILIDAD</b>	<b>ESCALA</b>				
1. ¿El establecimiento de salud cuenta con infraestructura necesaria?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
2. ¿El establecimiento de salud cuenta con equipamiento para atención en salud?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
3. ¿El establecimiento de salud cuenta con personal de salud necesario?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
4. Talento humano capacitado	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
5. ¿Conoce los servicios ofrecidos en el establecimiento de salud?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
6. ¿El establecimiento de salud cubre los tratamientos que usted necesita?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
7. ¿La farmacia del establecimiento en salud cuenta con lo que le recetan?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
<b>DIMENSIÓN ACCESIBILIDAD</b>	<b>ESCALA</b>				
8. ¿El establecimiento de salud se encuentra cerca de su vivienda?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
9. ¿Tiene facilidad de medio de	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)

transporte?	de acuerdo (1)	Acuerdo (2)	(3)	desacuerdo (4)	Desacuerdo (5)
10. ¿Los horarios de atención son adecuados?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
11. ¿No son muchos trámites para ser atendido?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
12. ¿El tiempo de espera es adecuado?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
13. ¿Cuenta con dinero para gasto extra?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
14. ¿Gasta poco dinero en traslado al establecimiento en salud?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
<b>DIMENSIÓN ACEPTABILIDAD</b>	<b>ESCALA</b>				
15. ¿Confía en tratamiento?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
16. ¿Siente tranquilidad cuando lo atiende?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
17. ¿Han sido vulnerados sus creencias y costumbres?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
18. ¿Considera un buen trato?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)

	(1)	(2)		(4)	
19. ¿Siente que el personal de salud se preocupa por usted?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
<b>DIMENSIÓN CONTACTO CON EL SERVICIO</b>	<b>ESCALA</b>				
20. ¿Confía en la atención recibida?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
21. ¿Cumple con el Tratamiento recomendado?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
22. ¿Regresaría al establecimiento de salud?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
23. ¿Se siente satisfecho con la atención recibida?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)
24. ¿Considera que la atención recibida en buena?	Totalmente de acuerdo (1)	De Acuerdo (2)	Indeciso (3)	En desacuerdo (4)	Totalmente en Desacuerdo (5)

### 13.2 FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

1. <b>NOMBRE:</b> Cuestionario sobre barreras de acceso
2. <b>AUTOR PRINCIPAL:</b> Harold Arturo Marcos Toledo.
3. <b>FECHA APLICACIÓN:</b> 2022
4. <b>OBJETIVO:</b> Describir de forma cuantitativa el nivel de barreras de acceso percibidas por los adultos mayores residentes en la ciudad de Manizales.

5. <b>APLICACIÓN:</b> El cuestionario de barreras de acceso se aplicó adultos mayores residentes de la ciudad de Manizales pertenecientes a las 12 comunas seleccionadas.
6. <b>ADMINISTRACIÓN:</b> Individual
7. <b>DURACIÓN:</b> 20 minutos aproximadamente
8. <b>TIPO DE ÍTEMS:</b> Enunciados
9. <b>Nº DE ÍTEMS :</b> 24
10. <b>DISTRIBUCIÓN:</b> Dimensiones e indicadores

<b>VARIABLE: BARRERAS DE ACCESO</b>		
<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS</b>
<b>DISPONIBILIDAD</b>	Recursos físicos	1
		2
	Recursos Humanos	3
		4
		5
	Servicios	6
		7
<b>ACCESIBILIDAD</b>	Física	8
		9
	Organizacional	10
		11
		12
	Financiera	13
		14
Socio cultural	15	
	16	



<b>ACEPTABILIDAD</b>		17
	Trato	18
		19
<b>CONTACTO CON EL SERVICIO</b>	Continuidad de la atención	20
		21
		22
	Calidad de la atención	23
		24

## EVALUACION

### Puntuaciones:

Escala cuantitativa	Escala cualitativa
1	Totalmente de Acuerdo
2	De Acuerdo
3	Indeciso
4	En Desacuerdo
5	Totalmente en Desacuerdo

- Evaluación en niveles por dimensión

Escala Cualitativa	ESCALA CUANTITATIVA							
	Disponibilidad		Accesibilidad		Aceptabilidad		Contacto con el servicio	
	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Puntaje mínimo	Puntaje máximo
<b>BAJO</b>	1	12	1	12	1	8	1	8

<b>MEDIO</b>	13	23	13	23	9	17	9	17
<b>ALTO</b>	24	35	24	35	18	25	18	25

**Evaluación de la variable**

<b>Escala cualitativa</b>	<b>BARRERAS DE ACCESO</b>	
	<b>Puntaje mínimo</b>	<b>Puntaje máximo</b>
<b>NIVEL DE BARRERA BAJO</b>	1	40
<b>NIVEL DE BARRERA INTERMEDIO</b>	41	80
<b>NIVEL DE BARRERA ALTO</b>	81	120

**13.3 ANEXOS 5: CARTA DE SOLICITUD PARA EL USO DEL INSTRUMENTO.**

Manizales, 07 de diciembre del 2021

Harold Marcos Arturo

Asunto: Solicitud acceso a instrumento cuestionario Barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas – Ayabaca 2019

Cordial saludo,

Por medio del presente, respetuosamente se solicita administrativamente el acceso y autorización para emplear el instrumento diseñado por ustedes en el estudio de Barreras de acceso a los servicios de salud en dos establecimientos de salud en el distrito de Lagunas – Ayabaca 2019 Perú 2019 sin metadatos, este se usara para fines académicos y conservando la confidencialidad, derechos de autor a través de la Universidad de Caldas para avanzar en la construcción, validación y recolección de los datos sobre un estudio sobre los factores asociados con barreras y facilitadores en el acceso a servicios de salud de los adultos mayores residentes en Manizales Colombia.

De ante mano agradecemos la atención prestada y oportuna, quedo atenta ante su respuesta

y observaciones.




Leidy Yohana González Velázquez

Estudiante Maestría en Salud Pública

Facultad de Ciencias para la Salud | Universidad de Caldas

## RESPUESTA DE AUTORIZACIÓN DE USO POR PARTE DEL AUTOR

harold marcos <haroldmarcost@gmail.com>

sáb, 11 dic 2021, 22:09   

para mí ▼

Hola.

Leydi es un gusto leerte. Disculpa por contestarte un poco tarde. Si aún requieres autorización y deseas usar el instrumento estás en la libertad de hacerlo.

Si deseas contactarme escíbeme a mi número +51969551266

Saludos cordiales



### 13.4 ANEXOS 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

En el día de hoy te vamos hacer una serie de preguntas con respecto a Factores asociados con el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales. Si aceptas participar, nos podrás hacer las preguntas que te surjan y las podrás hacer las veces que quieras, así como podrás dejar de participar en el momento que tú lo decidas. Al firmar este papel, aceptas que leíste el contenido o que fue leído

por un adulto y que quieres participar en estas entrevistas. Recuerda que tú decides si deseas participar y hasta cuando lo quieres hacer.

FORMATO PARA LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Universidad de Caldas Manizales. IX Cohorte Maestría Salud Publica

Nombre del proyecto: Factores asociados con el acceso a la atención en salud de las personas mayores residentes en la ciudad de Manizales.

Nombre del investigador responsable: Leidy Yohana Gonzales Vásquez

Por favor, marque con una X el espacio correspondiente con relación a cada una de las siguientes afirmaciones:

Confirmando que he leído y entiendo la Hoja de Información del proyecto, que he tenido la oportunidad de realizar todas las preguntas y formular todas las dudas sobre el mismo que he considerado necesarias, las cuales me han sido respondidas de manera satisfactoria:

No \_\_\_ Si \_\_\_

Confirmando que mi participación o la de mi representado es voluntaria, que no se ha ejercido ninguna presión para participar en el programa y que me puedo retirar o a mi representado del mismo en cualquier momento, sin que ello tenga ninguna implicación negativa para mí. En caso de retirarme, también estoy en libertad de dar o no dar explicaciones sobre los motivos para ello:

No \_\_\_ Si \_\_\_

Entiendo que la información que se recolecte sobre mí o mi representado será de carácter confidencial, se manejará de manera anónima y sólo podrá ser consultada por personas responsables debidamente autorizadas para ello:

No \_\_\_ Si \_\_\_

Acepto que los resultados obtenidos sean utilizados para publicaciones de carácter científico y para su difusión general, en beneficio de la ciencia y de la sociedad, conservando la anonimidad:

No \_\_\_ Si \_\_\_

Acepto participar, por voluntad propia, en el programa arriba mencionado:

No \_\_\_ Si \_\_\_

Participante	Nombre completo de:	Fecha (Día/Mes/Año)	Firma
_____	_____	_____	_____
Testigo:	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Responsable:	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Observaciones: