

**Acceso a la salud de Adultos mayores en el municipio de Chía  
Cundinamarca, por parte de las Entidades Promotoras de  
servicios de salud.**

**Access to healthcare for older adults in the municipality of Chía,  
Cundinamarca, by Health Promoting Entities.**

María Alejandra Builes Sierra  
Enfermera Profesional  
Especialización en Gerencia en servicios de Salud  
Universidad Colegios de Colombia-UNICOC  
[mbuiles@unicoc.edu.co](mailto:mbuiles@unicoc.edu.co)

María José Pineda Pérez  
Odontóloga General  
Especialización en Gerencia en servicios de Salud  
Universidad Colegios de Colombia-UNICOC  
[mjpineda@unicoc.edu.co](mailto:mjpineda@unicoc.edu.co)

María Fernanda Rojas Velásquez  
Profesional en Negocios Internacionales  
Especialización en Gerencia en servicios de Salud  
Universidad Colegios de Colombia-UNICOC  
[mfrojas@unicoc.edu.co](mailto:mfrojas@unicoc.edu.co)

## **Resumen**

El acceso a servicios de salud para los adultos mayores de 70 a 80 años en el municipio de Chía Cundinamarca enfrenta obstáculos significativos debido a su vulnerabilidad, limitaciones económicas y barreras estructurales. A pesar de su participación en programas recreativos, estos adultos mayores experimentan dificultades adicionales en la obtención de atención médica integral. El propósito del estudio es analizar cómo los costos asociados con la atención en salud brindada por las EPS afectan el acceso y la calidad de los servicios para los adultos mayores, con el fin de identificar las principales barreras económicas y estructurales que limitan su acceso a la salud. Este estudio incluirá un análisis de los costos de atención de salud en las EPS, tanto directos como indirectos, y cómo estos impactan en la sostenibilidad del sistema de salud, así como en la calidad de vida de los adultos mayores. Se espera desarrollar propuestas concretas para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, optimizando el uso de los recursos en el sistema de salud para esta población.

### **Palabras clave:**

Acceso a Servicios de Salud, Adultos Mayores, Barreras de Acceso, Barreras económicas, Envejecimiento Poblacional, Calidad de Vida, costos de atención, EPS.

## **Abstract**

Access to health services for older adults aged 70 to 80 in the municipality of Chía, Cundinamarca, faces significant obstacles due to their vulnerability, economic limitations, and structural barriers. Despite their participation in recreational programs, these older adults experience additional difficulties in obtaining comprehensive medical care. The purpose of this study is to analyze how the costs associated with health care provided by public health services (EPS) affect access to and the quality of services for older adults, in order to identify the main economic and structural barriers that limit their access to health care. This study will include an analysis of health care costs in EPS, both direct and indirect, and how these impact the sustainability of the health system, as well as the quality of life of older adults. It is hoped that concrete proposals will be developed to improve accessibility to health services, optimizing the use of resources in the health system for this population.

### **Keywords:**

*Access to Health Services, Older Adults, Access Barriers, Economic Barriers, Population Aging, Quality of Life, Care Costs, EPS.*

## Introducción

El acceso o a los servicios de salud es un derecho fundamental, especialmente para los adultos mayores, quienes constituyen una población vulnerable expansión debido al envejecimiento demográfico. En Colombia, este fenómeno es particularmente relevante, ya que, según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), el 14% de la población nacional tiene más de 60 años, cifra que se proyecta aumentará significativamente en las próximas décadas.

Las Entidades Promotoras de Salud (EPS) tienen un papel esencial en la gestión y financiación de la atención en salud, garantizando el acceso oportuno y de calidad a los servicios. Sin embargo, las barreras económicas y estructurales del sistema de salud colombiano generan costos significativos para estas entidades, lo que puede limitar el acceso efectivo a los servicios de salud, especialmente en poblaciones vulnerables como los adultos mayores. Gobernación de Cundinamarca (2020).

En el municipio de Chía, Cundinamarca, se ha observado un incremento notable en la población adulta mayor, lo que genera una mayor demanda de servicios de salud. Este fenómeno tiene un gran impacto no solo en la calidad de vida de esta población, sino también en la sostenibilidad financiera de la EPS, las cuales enfrentan desafíos para cubrir los costos asociados a la atención médica de los adultos mayores. En este contexto, es fundamental realizar el analizar de los costos de la atención en salud y cómo estos afectan el acceso a los servicios, la calidad de la atención brindada y, en última instancia, el bienestar de los adultos mayores.

El objetivo de este estudio analizar cómo los costos de atención en salud proporcionados por la EPS influyen en el acceso y la calidad de los servicios de salud para los adultos mayores de 70 a 80 años residentes en el municipio de Chía. Para ellos, se identificará los costos específicos que impactan el acceso y la calidad de la atención, se describirán las barreras, económicas y estructurales que limitan este acceso, y se correlacionará la relación entre los costos atención y la calidad de vida de los adultos mayores. El propósito de esta investigación es proporcionar

información detallada que permita mejorar las políticas y estrategias de salud para garantizar una atención más accesible y de calidad para este sector vulnerable de la población.

### **Planteamiento del problema**

Los adultos mayores enfrentan dificultades económicas y estructurales para acceder a servicios de salud adecuados, su atención en salud está limitada por los costos y la disponibilidad de los servicios ofrecidos a través de sus EPS. A medida que la población envejece y la demanda de atención médica aumenta, los costos de atención en salud también se incrementan, lo que puede generar barreras para acceder a atención oportuna y de calidad.

Teniendo en cuenta esto, en los últimos años la estructura del crecimiento poblacional ha cambiado y “el número de personas en el mundo rebasa la edad de 60 años, está aumentó en el siglo XX de 400 millones en la década del 50, a 700 millones en la década del 90; estimándose que para el año 2025 existirán alrededor de 1200 millones de ancianos”. Álvarez, G., García, M., Londoño, M. (2016). En Colombia las personas mayores Según el DANE “constituyen en la actualidad el 14 % de la población total, pero se proyecta que para 2070 será del 32 %.” Botero .C (2023).

Esta creciente población envejecida presenta una demanda elevada de servicios de salud, lo que genera presión sobre las EPS en cuanto a los costos asociados a la atención de esta población vulnerable. Sin embargo, existe una falta de información detallada sobre los costos asociados con la atención de salud para los adultos mayores, lo cual limita las estrategias de mejora del acceso a los servicios.

## **Objetivos**

### **Objetivo general:**

Analizar cómo los costos de atención en salud proporcionados por las Entidades prestadoras de servicios de salud (EPS) afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud para los adultos mayores de 70 a 80 años que residen en el municipio de Chía, Cundinamarca.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar los costos de atención en salud que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud para los adultos mayores de 70 a 80 años.
- Describir las barreras económicas y estructurales que limitan el acceso de los adultos mayores a los servicios de salud, en el municipio de Chía Cundinamarca.
- Correlacionar el costo efectividad, entre los costos de atención en salud y la calidad de vida de los adultos mayores.

## Metodología

La presente investigación adoptó una metodología de tipo descriptivo transversal, elegida por su idoneidad para abordar fenómenos sociales y de salud en poblaciones específicas que en este caso son los adultos mayores, permitiendo así recopilar información en un solo momento temporal sin realizar intervenciones sobre las variables. Este tipo de estudio resulta adecuado para alcanzar los objetivos propuestos, que se enfocan en identificar y describir las características de los costos y las barreras que enfrentan los adultos mayores en el acceso a los servicios de salud en el municipio de Chía, Cundinamarca. Esta metodología permitió obtener una visión general de la problemática, proporcionando una idea de la situación actual. La población de estudio estuvo compuesta por adultos mayores con edades comprendidas entre los 70 y 80 años, residentes en el municipio de Chía, Cundinamarca. Esta población fue seleccionada debido a que representa un grupo vulnerable frente a las barreras económicas y estructurales en el acceso a los servicios de salud. Para la selección de la muestra, se utilizó un muestreo aleatorio simple, definido por Thomas (2023) como el “subconjunto de una población seleccionado aleatoriamente. En este método de muestreo, cada miembro de la población tiene la misma probabilidad de ser seleccionado”. Este mismo se eligió por su carácter probabilístico, que busca garantizar que cada individuo de la población tenga las mismas posibilidades de ser incluido, reduciendo así posibles sesgos de selección.

La muestra final estuvo conformada por 17 adultos mayores que cumplían con los criterios establecidos. No obstante, el tamaño total de la población a estudiar era de 34 personas; lo cual permite dar a conocer que la muestra significó el 50% de la población total.

Se definieron los siguientes criterios de inclusión: personas adultas mayores de 70 a 80 años, residentes en el municipio de Chía y afiliadas a una EPS (Entidad Promotora de Salud). Estos criterios permitieron centrar la investigación en una población con características homogéneas en términos de edad, lugar de residencia

y acceso al sistema de salud, asegurando que los resultados fueran pertinentes para el grupo de interés.

Por su parte, los criterios de exclusión incluyeron a personas menores de 70 años o mayores de 80 años, personas con discapacidades graves que les impidieran participar en la encuesta y aquellas que manifestaran su decisión de no participar. La definición clara de estos criterios fue fundamental para delimitar la muestra y garantizar la participación de individuos aptos para responder el instrumento de recolección de datos, asegurando así la calidad y la validez de la información obtenida.

La recolección de información se desarrolló en dos fases complementarias. La primera fase consistió en una revisión bibliográfica orientada a recopilar información relevante sobre los costos de atención en salud y las barreras que afectan la calidad y el acceso a los servicios de salud en adultos mayores. Esta revisión permitió contextualizar el problema de investigación, identificar antecedentes y fundamentar el desarrollo de la investigación. La segunda fase correspondió a la aplicación de una encuesta de elaboración propia, diseñada por los investigadores con base en la literatura revisada y en los objetivos del estudio.

La encuesta estuvo conformada por 30 preguntas, organizadas en diferentes secciones temáticas. La primera sección, de carácter sociodemográfico, incluyó 4 preguntas destinadas a recabar información básica sobre los participantes, como edad, sexo, estado civil y nivel educativo. Las secciones posteriores abordaron temas relacionados con los costos de atención en salud, las barreras económicas y las barreras estructurales que afectan el acceso de los adultos mayores a los servicios de salud. Las preguntas fueron formuladas en un lenguaje sencillo y accesible, adaptado a las características cognitivas y educativas de los participantes, con el fin de garantizar la comprensión y la calidad de las respuestas.

*Nota: La encuesta completa está disponible bajo solicitud al autor.*

## **Resultados**

### **Caracterización Sociodemográfica**

Para iniciar la recopilación de los resultados obtenidos en esta investigación, a continuación, se presenta la caracterización demográfica de la muestra seleccionada:

Según la edad de los adultos Mayores que participaron en la encuesta realizada; la edad predominante es de 80 años; para un total de adultos mayores con este resultado; seguido de 3 personas con 76 años y 7 personas entre 70 a 75 años.

Con respecto al estrato socioeconómico de los adultos mayores, se encontró que 41% de la población está en estrato 3; 41% en estrato 2 y un 18% tiene estrato 1. Según el departamento nacional de planeación (2021) esta población tiene un “bajo nivel de calidad de vida, generalmente con recursos económicos insuficientes para satisfacer sus necesidades básicas, como alimentación, vivienda, medicamentos, vestuario y algunos no cuentan con redes de apoyo”.

Por otro lado, el 47% de la población adulta mayor está casado, 35% soltero; un 12% se encuentra en una relación sentimental y 6% son viudos. Parte de esta población no cuenta con una red familiar estable, ya que según el departamento Nacional de planeación (2021) indica la presencia del abandono por parte de los familiares, la Secretaría de Desarrollo Social dentro del cumplimiento de su objetivo velará por mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en los Hogares de Protección y garantizará la disponibilidad de recursos para mejorar los servicios que reciben por parte de estas.

Es necesario recalcar y dar a conocer el tipo de afiliación con la que cuentan los Adultos mayores, ya que el 59% de estos son cotizantes y están en una afiliación de tipo contributivo; el 41% asisten por atención subsidiada y aun así no todos cuentan con las mismas oportunidades de atención en salud.

## Recolección de información sobre los costos de la atención en salud

Finalmente, se realizó la revisión de diferentes documentos, donde se encontraron los costos obtenidos en la atención de los servicios de salud, para la población adulta mayor; entre estos encontramos:

**Tabla 1**

### *Clasificación de costos en salud*

Clasificación de costos				
Clasificación	Tipo de costo	Costo	Descripción	Valor(anual)
Costo indirecto	Inversiones	Inversiones de las reservas técnicas	La EPS maneja reservas técnicas para poder cumplir con la atención de sus usuarios.	\$2.459.879.000
Costo indirecto		Inversiones en CDT's	La EPS hace inversiones en CDT para tener resguardo y flujo de caja cuando se requiera. Y tener ingresos adicionales.	\$8.731.000
Costo indirecto	Administración	Gastos de personal	La EPS los utiliza principalmente para garantizar el adecuado funcionamiento de la organización y así cumplir con sus objetivos de coordinar y gestionar los servicios de salud para sus afiliados.	\$123.319.000.000
Costo indirecto		Servicios	La EPS los utilizan como parte del soporte necesario para la operación de sus instalaciones, garantizar el acceso de sus usuarios a los servicios de salud y llevar a cabo sus funciones administrativas.	\$41.161.000.000
Costo indirecto		Mantenimiento y reparaciones	La EPS realiza mantenimiento y reparaciones para garantizar el adecuado funcionamiento de sus instalaciones, equipos y sistemas.	\$14.384.000.000

Clasificación de costos				
Clasificación	Tipo de costo	Costo	Descripción	Valor(anual)
Costo directo		Arrendamiento	La EPS debe pagar arrendamiento para acceder a espacios físicos en los cuales puedan desarrollar sus actividades administrativas, operativas y de atención a sus afiliados.	\$10.010.000.000
Costo variable		Honorarios	La EPS realiza los pagos para compensar los servicios prestados por profesionales externos que no se manejan con un contrato directo.	\$6.164.000.000
Costo indirecto		Impuestos	La EPS está en la obligación de realizar el pago de impuestos para cumplir con las obligaciones tributarias establecidas por la ley.	\$3.820.000.000
Costo indirecto		Gastos de viaje	La EPS tiene gastos que pueden incluir viajes para sus directivos o personal administrativo, reuniones y convenios internacionales, contratación de prestadores de servicios. De esta forma pueden garantizar una cobertura administrativa para mejorar su calidad de atención.	\$813.000.000
Costo indirecto		Seguros	La EPS cumple con unos seguros corporativos o seguros de responsabilidad que las EPS adquieren para cubrir ciertos riesgos operativos, legales o financieros, tales como: responsabilidad civil, riesgo financiero, seguro de vida colectivo, seguro incapacidad laboral.	\$582.000.000
Costo indirecto	Ventas	Contratos de mandato	La EPS realiza un pago a terceros para que realicen determinadas tareas o funciones en nombre de la empresa.	\$39.957.000.000
Costo indirecto		Servicios externos	La EPS recurre a servicios externos, ya sea por subcontratación o tercerización, con el fin de optimizar los	\$15.007.000.000

Clasificación de costos				
Clasificación	Tipo de costo	Costo	Descripción	Valor(anual)
			recursos, la especialización en áreas concretas y la eficiencia operativa.	
Costo directo		Comisiones	La EPS realiza estos pagos a terceros como incentivo por realizar una venta u ofrecer uno de sus servicios.	\$3.539.000.000
Costo directo		Gastos de personal	La EPS tiene personal dedicado al área de ventas o comercialización con el objetivo de captar nuevos afiliados y mantener una base de usuarios estable. Aunque su misión principal es la gestión y provisión de servicios de salud a sus afiliados.	\$1.836.000.000
Costo directo		Arrendamientos	La EPS realiza estos pagos por utilización de espacios o infraestructuras que se utilizan para promover y gestionar actividades comerciales o de afiliación dentro de sus operaciones.	\$981.000.000
Costo directo		Honorarios	La EPS gasta en honorarios de personal en ventas porque captar nuevos afiliados y retener a los existentes es esencial para su sostenibilidad financiera. Es por eso, que, por medio de estos gastos, la EPS busca generar ingresos adicionales mediante el aumento del número de afiliados, lo cual es fundamental para que puedan cumplir con las metas de cobertura, prestación de servicios de salud y gestión del riesgo financiero.	\$658.000.000.000
Costo directo		Mantenimiento y reparaciones	El pago de arrendamientos en una EPS está relacionado con la utilización de espacios o infraestructuras en los cuales se Realizan actividades comerciales y/o afiliaciones.	\$32.000.000.000

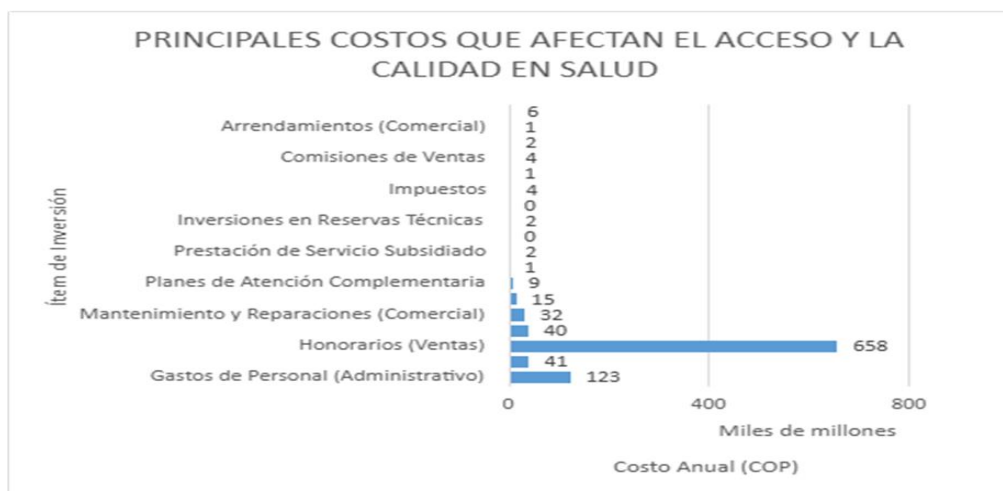
Clasificación de costos				
Clasificación	Tipo de costo	Costo	Descripción	Valor(anual)
Costo variable	Prestación de servicio	Planes de atención complementaria	La EPS, invierte dinero en planes de atención complementaria por la capacidad de cobertura sanitaria, la competitividad en el mercado, la sostenibilidad financiera y la mejora de la calidad de vida de los afiliados.	\$8.960.000.000
Costo variable		Prestación de servicio subsidiado	La EPS presta este servicio para garantizar el acceso a servicios de salud a las personas que no tienen capacidad económica para contribuir.	\$1.847.244.000
Costo directo		Propiedad planta y equipo	Estos son costos asumidos por la EPS ya que son elementos fundamentales para el desarrollo de sus operaciones.	\$94.361.000
Total costos anuales				\$964.943.215.000
Usuarios totales al año				4.890.506
Total costo unitario anual				\$197.309

Nota. Clasificación de costos en salud. Adaptada de (Salud total, estados financieros 2022 y 2023)

Fuente propia.

## Figura 1

### *Principales costos que afectan el acceso y la calidad en salud*



Nota. Formulario de elaboración propia. *Principales costos que afectan el acceso y la calidad en salud.*

Gastos de Personal Administrativo (\$123.319 millones): Este es un costo indirecto que influye en la coordinación efectiva de servicios. Un mal manejo administrativo puede afectar tiempos de atención, asignación de citas o trámites para la población mayor, reduciendo su acceso oportuno.

Servicios (\$41.161 millones) y Servicios Externos (\$15.007 millones): Afectan directamente la operación de las redes de atención (hospitales, clínicas, laboratorios). Si el soporte o los prestadores tercerizados no tienen calidad adecuada, el adulto mayor enfrenta barreras de acceso (demoras, servicios de baja calidad).

Gastos en Prestación de Servicio - Planes de Atención Complementaria (\$8.960 millones) y Servicio Subsidiado (\$1.847 millones): Estos gastos permiten ampliar la cobertura y los beneficios a los adultos mayores. Sin suficiente inversión aquí, los adultos mayores tendrían servicios básicos limitados y menor acceso a programas de promoción y prevención.

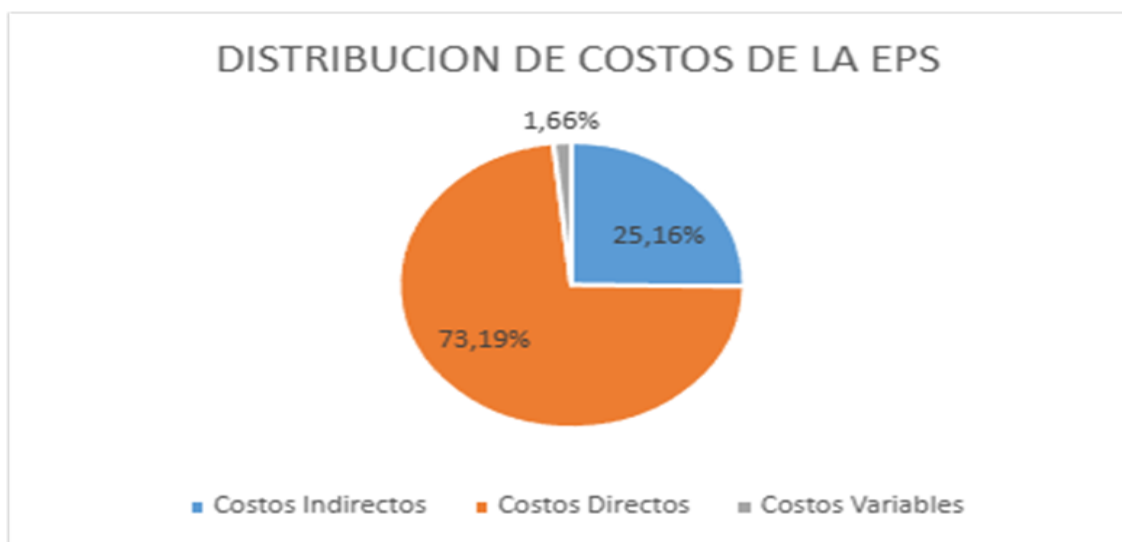
Honorarios (\$658.000 millones en área comercial y \$6.164 millones en operación general):

La alta inversión en captación de afiliados podría indicar que menos recursos se destinan a mejorar servicios clínicos directos, afectando la calidad real de atención para mayores.

Mantenimiento y Reparaciones (\$32.000 millones):  
Garantiza infraestructura segura y funcional, esencial para personas de la tercera edad que necesitan ambientes accesibles y adecuados.

## Figura 2

*Distribución de costos de la EPS*



Nota. Formulario de elaboración propia. *Distribución de costos de la EPS*

### **Relación entre costo unitario y acceso:**

El costo unitario anual es \$197.309 por usuario, bastante bajo considerando la alta carga de morbilidad de la población de 70-80 años (quienes requieren más consultas, medicamentos, hospitalizaciones).

Un costo tan ajustado puede llevar a que:

- La EPS limite la frecuencia de consultas médicas.
- Se prioricen tratamientos de menor costo.
- Se reduzca la calidad del servicio (menos especialistas, menor tiempo de consulta, limitación de medicamentos de alta gama).

**Tabla 2**

En la siguiente tabla se clasificará el beneficio de acuerdo con su impacto en pacientes adulto mayor. Donde “Alto beneficio” es un impacto directo en la salud del paciente. “Beneficio medio” impacta indirectamente la atención que recibe.

“Bajo beneficio” impacta en la gestión administrativa, pero no directamente la atención que se ofrece.

*Análisis costo beneficio*

<b>Análisis de Costo-Beneficio</b>				
<b>Ítem de Inversión</b>	<b>Costo Anual</b>	<b>Beneficio para el Paciente</b>	<b>Clasificación del Beneficio</b>	<b>Observaciones</b>
<b>Gastos de Personal (Administrativo)</b>	\$123.319.000.000	Indirecto	Medio	Permite funcionamiento de la EPS, pero no mejora atención médica directa.
<b>Servicios (Administrativos)</b>	\$41.161.000.000	Indirecto	Bajo	Facilita operación interna, no impacta acceso o calidad clínica.
<b>Honorarios (Ventas)</b>	\$658.000.000.000	Indirecto	Bajo	Dirigido a captar afiliados, no mejora atención existente.
<b>Contratos de Mandato</b>	\$39.957.000.000	Indirecto	Bajo	Delegan tareas administrativas, sin beneficio directo al paciente.
<b>Mantenimiento y Reparaciones (Comercial)</b>	\$32.000.000.000	Indirecto	Bajo	Mantiene infraestructuras

<b>Análisis de Costo-Beneficio</b>				
<b>Ítem de Inversión</b>	<b>Costo Anual</b>	<b>Beneficio para el Paciente</b>	<b>Clasificación del Beneficio</b>	<b>Observaciones</b>
				comerciales, no clínicas.
<b>Servicios Externos</b>	\$15.007.000.000	Indirecto	Bajo/Medio	Algunos servicios pueden apoyar áreas médicas si están bien gestionados.
<b>Planes de Atención Complementaria</b>	\$8.960.000.000	Directo	Alto	Mejoran cobertura de servicios para el paciente.
<b>Gastos de Viaje</b>	\$813.000.000	Indirecto	Bajo	Reuniones y logística, sin efecto en atención directa.
<b>Prestación de Servicio Subsidiado</b>	\$1.847.244.000	Directo	Alto	Asegura acceso a salud de poblaciones vulnerables.
<b>Propiedad Planta y Equipo</b>	\$94.361.000	Directo	Alto	Infraestructura fundamental para la atención médica.
<b>Inversiones (Reservas técnicas y CDT)</b>	\$2.459.879.000 + \$8.731.000	Indirecto	Bajo	Aseguran liquidez financiera pero no atención inmediata.
<b>Impuestos</b>	\$3.820.000.000	Ninguno	No aplica	Obligación legal, no es beneficio de salud.
<b>Seguros Corporativos</b>	\$582.000.000	Indirecto	Bajo	Protegen a la EPS, no al paciente directamente.
<b>Comisiones de Ventas</b>	\$3.539.000.000	Indirecto	Bajo	Incentivos comerciales, no clínicos.
<b>Gastos de Personal (Ventas)</b>	\$1.836.000.000	Indirecto	Bajo	Captación de usuarios, no atención.
<b>Arrendamientos (Comercial)</b>	\$981.000.000	Indirecto	Bajo	Espacios comerciales, no médicos.
<b>Honorarios (Otros)</b>	\$6.164.000.000	Indirecto	Bajo/Medio	Dependiendo si se contratan médicos externos.

Nota. Tabla de elaboración propia. *Análisis de costo beneficio.*

El gasto de la EPS prioriza actividades internas y comerciales más que la inversión directa en la atención de salud de los adultos mayores, lo cual hace que el beneficio real para el paciente provenga de una mínima parte del gasto total.

### **Costos de atención en salud y sus barreras**

Acerca de la pregunta realizada a los adultos mayores, sobre si los costos de los servicios de salud son una barrera para acceder a ellos, el 59% de los encuestados contestaron que sí, el 24% considera que a veces y el 18% indica que el costo de los servicios de salud no son una barrera, para acceder a los mismos. Por lo que, la bibliografía encontrada corrobora, según Tapia, Julieta de et al. (2023):

Se entiende por costos a los bienes y servicios imputados directamente a una enfermedad sea sanitarios (medicamentos, estudios complementarios, internaciones, prótesis, etc.) o no sanitarios (transporte, reformas edilicias, cuidadores, etc.). Estos costos se modifican según el tipo de cobertura de salud que posea el paciente, que depende de su condición en el mercado de trabajo y su capacidad de pago. (p.184).

Ahora bien, a la pregunta de qué tan difícil le resulta pagar por servicios de salud como consultas médicas, medicamentos o solicitudes; el 41% indica que es algo difícil, para el otro 41% no es difícil y el 18% refiere que es muy difícil. Es por este motivo, que los adultos mayores dependen de su tipo de estrato socio económico, para poder resolver sobre sus capacidades económicas en salud.

Posteriormente, se preguntó sobre si recibía algún tipo de apoyo financiero o seguro para acceder a los servicios de salud encontrando, que el 82% de la población no recibe ningún tipo de apoyo económico para suplir sus necesidades en salud, y el porcentaje restante que indica tenerlo; es porque se encuentran asociados a entidades gubernamentales que realizan estos pagos y a su pensión.

El costo de los medicamentos en salud es un elemento importante que limita el acceso a la atención médica para los adultos mayores que residen en el Municipio de Chía Cundinamarca, ya que muchas veces, según lo abordado con los encuestados; las farmacéuticas no brindan oportunamente los medicamentos y se debe acceder a ellos de forma particular; asumiendo costos supremamente elevados.

Tal como lo explica la Dr. Claudia Patricia Vaca (2024) la incertidumbre de la situación actual con las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y el debate a la reforma de salud, también pueden agravar la disponibilidad de ciertos medicamentos y explicar algunos de los problemas de escases de la cadena, como falta de entrega a ciertos pacientes y en ciertas condiciones y momentos.

Con respecto a el pago que debe realizar la población mensualmente para tener su afiliación al servicio de salud, el 88% de los adultos mayores indica que nunca ha tenido dificultades para pagar su EPS, el 12% responde que, si ha tenido dificultad en algún momento, pero ha podido suplir el pago de forma oportuna.

Teniendo en cuenta la pregunta anterior; los adultos mayores resolvieron que el mayor impacto de atención a nivel económico para acceder sería estar hospitalizado; un 24% refiere que los exámenes de diagnóstico y el 6% consultas médicas.

Con respecto a la programación de citas médicas, el 47% de los adultos mayores indicaron que es muy difícil programar una cita médica, según un estudio *The Economist*, citado en Coco (2024) refieren que las principales causas de dificultad para la atención médica oportuna se debe a la falta de personal médico especializado, demoras administrativas, sobrecarga del sistema de salud, lo que conlleva a retrasos en diagnósticos y tratamientos, elevación de costos, baja satisfacción del paciente.

Sin embargo, a respuesta de la encuesta realizada, esta vez demostró que los adultos mayores están satisfechos con la atención que reciben en un 53%, el 29% está poco satisfecho y un mínimo del 6% está muy satisfecho.

Para continuar, Los adultos mayores muchas veces no acuden al servicio médico y la principal razón es que no cuentan con un método establecido para poder desplazarse hasta el lugar de la atención, ya que muchas veces esta es lejana a su vivienda. También dicen que otra de las razones por las cuales no asisten es que no tienen tiempo diario para asistir, ya que el ir al médico, les consume mucho tiempo y el mayor método de desplazamiento que utilizan es el transporte público como son los buses; carro particular, taxi y uno de ellos refiere, asistir caminando.

Por otra parte, se preguntó a la población cuales consideraban que eran los principales obstáculos para acceder a servicios de salud con calidad a lo que respondieron:

- El tiempo tan prolongado que deben esperar para poder obtener una cita médica con un especialista.
- Atención medica ineficiente por parte del equipo del servicio al cliente.
- Falta de tiempo en las ordenes medicas ya que su tiempo de duración no concuerda con las citas médicas que ofrecen, infraestructura inadecuada para discapacitados.
- Distancias largas del centro médico que fue redirigido.

La pregunta anterior llevó a verificar, cuál sería el apoyo que necesitan los adultos mayores para facilitar su acceso al servicio de salud; entre las respuestas se encontró que la mayoría de los adultos mayores necesitarían horarios más flexibles en las citas médicas, acompañamiento a las citas, transporte gratuito; y les gustaría que en el Municipio de Chía se ofertaran más servicios de especialistas, atención domiciliaria gratuita y medicina alternativa o naturista.

En relación con el personal de salud el 82% de los Adultos mayores, consideran que este, está capacitado para atender a las necesidades específicas de su atención y el 18% temen por el tipo de atención que les brindan ya que han tenido

malas experiencias en cuanto al respeto a la hora de tener una comunicación, seguridad en atención por falta de conocimiento del personal, falta de prioridad al adulto mayor en los servicios, mala formulación de medicamentos y diagnóstico tardío e inoportuno.

La mayor parte de la población considera que el tiempo de espera que se presenta en los servicios de salud para los adultos mayores no es adecuado, ya que deben tener varias horas de espera para obtener el servicio; esto también se debe a la falta de personal, ya que el 53% considera que ha tenido dificultades al programar una cita médica por la falta de personal en las instituciones.

Es importante saber, que hay gran población que, por la edad y condición de salud, se le dificulta tener acceso a la información de los servicios de salud que brinda el municipio de Chía, y es por ese motivo que también dicha población crea una balanza hacia la atención de los servicios públicos, porque son los que conocen y son los que se les ha ofertado en su EPS.

## **Discusión**

Los resultados de este estudio evidencian que el acceso a los servicios de salud de los adultos mayores de 70 a 80 años en el municipio de Chía está condicionado por barreras económicas, administrativas y estructurales. La elevada proporción de recursos destinados a costos indirectos y administrativos dentro de las EPS, en detrimento de la atención clínica directa, limita significativamente la calidad y de los servicios ofrecidos a esta población. La insuficiencia de recursos destinados a servicios especializados, infraestructura adecuada y atención domiciliaria constituye un obstáculo crítico para el acceso efectivo a la atención médica. La distribución presupuestal prioriza los gastos administrativos, comerciales y contractuales, mientras que los recursos destinados a la atención médica directa resultan insuficientes. Esta situación refleja una ineficiencia en la asignación de recursos que, de corregirse mediante una mayor inversión en atención clínica y programas

preventivos, podría generar un impacto positivo en la salud de los adultos mayores y reducir los costos a largo plazo.

Los datos recogidos confirman que los costos de los servicios de salud, especialmente medicamentos y consultas especializadas, constituyen una barrera económica directa. Una proporción significativa de los encuestados reportó dificultades para costear la atención, lo cual afecta negativamente su acceso a servicios oportunos y de calidad, situación agravada en quienes carecen de apoyo financiero o cobertura subsidiada.

Asimismo, las barreras estructurales—como la distancia a los centros de salud, la falta de transporte adecuado y la demora en la asignación de citas—fueron identificadas como limitantes adicionales. La carencia de servicios especializados y la sobrecarga del sistema contribuyen a la dilación en los diagnósticos y tratamientos, afectando la calidad de la atención.

Aunque una mayoría de los participantes expresó satisfacción con los servicios recibidos, persisten áreas de mejora en cuanto a tiempos de espera, calidad de la atención y competencias del personal de salud. La percepción de diagnósticos tardíos o trato inadecuado evidencia la necesidad de fortalecer la capacitación del personal y mejorar la comunicación entre profesionales y pacientes.

Finalmente, se destaca la importancia de fortalecer la atención preventiva y el seguimiento de enfermedades crónicas como estrategias clave para mejorar la salud de los adultos mayores. La inversión en atención primaria, junto con el acceso oportuno a medicamentos y tratamientos preventivos, podría disminuir hospitalizaciones evitables y contribuir a una mejor calidad de vida para esta población.

## **Recomendaciones**

Reorientar la distribución presupuestal de las EPS, priorizando la inversión en atención clínica directa, servicios especializados y programas preventivos dirigidos a adultos mayores.

Mejorar la infraestructura y los sistemas de transporte, facilitando el acceso a los centros de salud, especialmente en zonas rurales o periféricas.

Fortalecer la formación y capacitación del personal de salud, garantizando un trato adecuado, humanizado y especializado para los adultos mayores.

Implementar servicios de atención domiciliaria y modalidades complementarias, como medicina alternativa, en respuesta a las necesidades expresadas por la población encuestada.

## **Conclusiones**

La investigación permitió identificar que los costos de atención en salud asociados a los servicios prestados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) impactan en el acceso y la calidad de los servicios.

Se pudo evidenciar que los altos costos en consultas especializadas, medicamentos y procedimientos limitan el acceso oportuno a los servicios de salud de esta población vulnerable. Además, los costos asociados a la atención en salud para los adultos mayores son significativos, siendo las hospitalizaciones evitables, por medio de la atención inicial de primer nivel por medicina general. Adicionalmente, se evidenció que los tratamientos crónicos son los rubros más elevados en la atención.

El acceso de los adultos mayores se ve afectado principalmente por el alto porcentaje de recursos destinados a costos indirectos, administrativos y de gestión comercial, en vez de destinarlos a servicios clínicos directos.

La calidad de los servicios también puede verse impactada negativamente si no se refuerzan inversiones directas en prestación de salud, infraestructura adecuada y programas complementarios especializados en adultos mayores.

Aunque la estructura de costos sostiene la operación general de la EPS, no todos los rubros contribuyen directamente a mejorar el acceso efectivo y la calidad clínica que necesita la población de 70 a 80 años.

Asimismo, se describieron diversas barreras económicas y estructurales que dificultan el acceso a servicios oportunos y equitativos. Tales como: costo de transporte, gasto de medicamentos, coberturas insuficientes, acceso geográfico, horario de atención, falta de personal capacitado, el tiempo de espera que se presenta en los servicios de salud y la complejidad del sistema. Estas condiciones afectan de manera negativa la oportunidad y continuidad del cuidado, especialmente en personas con enfermedades crónicas o con movilidad reducida.

Finalmente, en el análisis costo-efectividad de la atención en salud y la calidad de vida de los adultos mayores, se encontró que, para el uso adecuado y eficiente de los servicios de salud preventivos, de seguimiento y de atención especializada no solo mejora el estado de salud y el bienestar de los adultos mayores, sino que promueve la optimización de los recursos del sistema de salud al reducir hospitalizaciones, complicaciones y tratamientos de alto costo.

## Referencias

Alianza, C. (2019). *Fibrilación auricular*. <https://cardioalianza.org/las-enfermedades-cardiovasculares/fibrilacion-auricular/>

Camelo Vargas, C., Rodríguez, C., & Medina Giraldo, J. (2020). *Estado de la población adulta mayor en Sabana Centro*. Observatorio Sabana Centro Cómo Vamos. [www.sabanacentrocomovamos.org](http://www.sabanacentrocomovamos.org)

Álvarez Salazar, G. J. (2016). *Crisis de la salud en Colombia: Limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores*.

Botero, M. C. (2023, julio). *¿Crisis o cotidianidad? Así viven los adultos mayores en Colombia*.

Cristian Acosta Argote (2024) Los costos del sistema de salud crecieron 24% durante 2023 y llegaron a 77 billones. La República. Recuperado de: [https://www.larepublica.co/empresas/los-costos-del-sistema-de-salud-crecieron-24-durante-2023-y-llegaron-a-77-billones-3978970?utm\\_source=chatgpt.com](https://www.larepublica.co/empresas/los-costos-del-sistema-de-salud-crecieron-24-durante-2023-y-llegaron-a-77-billones-3978970?utm_source=chatgpt.com)

Claudia Patria Vaca González(2024) Precios de medicamentos en Colombia enferman los bolsillos de pacientes. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <https://unimedios.medellin.unal.edu.co/bitacora/conexion/1373-precios-medicamentos.html>

Coco (2024) ¿Por qué es tan difícil agendar citas médicas en Colombia? Transformando el acceso a la salud. Recuperado de: <https://cocotech.ai/nosotros/>

De, P., & Bogotá, A. (2022). *Espacios de encuentro para la población de adultos mayores de Chía*. Universidad Piloto de Colombia, Facultad de Arquitectura y Artes.

EPS salud total (2024) Revelación a los estados financieros de 2023. Recuperado en: <https://saludtotal.com.co/wp-content/uploads/2024/07/Revelacion-a-los-Estados-Financieros-2023.pdf>

Gobernación de Cundinamarca (2020) Compromiso y seguridad para los adultos mayores del municipio de Chía. Recuperado de: <https://www.chia-cundinamarca.gov.co/2022/Anticorrupcion/2020251750076.pdf>

González de la Cuesta, D. M. (2021). Errors and biases in clinical research. *Enfermería Intensiva*, 32(4), 220–223. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.003>

Granada Osorio G. (2006). *Barreras de acceso en el servicio de salud en el adulto mayor*. Autor: Grupo de trabajo ESE Hospital Pablo VI Bosa.

Juan Miguel Hernández Bonilla (2025) La salud se consolida como la principal preocupación de los colombianos y desborda al Gobierno, al Congreso y a la justicia. El país. Recuperado de: [https://elpais.com/america-colombia/2025-02-15/la-salud-se-consolida-como-la-principal-preocupacion-de-los-colombianos-y-desborda-al-gobierno-al-congreso-y-a-la-justicia.html?utm\\_source=chatgpt.com](https://elpais.com/america-colombia/2025-02-15/la-salud-se-consolida-como-la-principal-preocupacion-de-los-colombianos-y-desborda-al-gobierno-al-congreso-y-a-la-justicia.html?utm_source=chatgpt.com)

Manterola, C., & Otzen, T. (2015). Los sesgos en investigación clínica. *International Journal of Morphology*, 33(3).

Ministerio de Salud. (2024) Boletín técnico personas mayores. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-personas-mayores-dic-2024.pdf>

Ministerio de Salud. (2015). *Política colombiana de envejecimiento humano y vejez*.

Okumura, M., Stampini, M., Buenadicha, C., Castillo, A., Vivanco, F., Sánchez, M. A., Ibararán, P., Castillo, P., En, L., Latina, A., & Caribe, E. (2020). *El envejecimiento como oportunidad para la innovación, el emprendimiento y la inclusión*. Recuperado en: <http://creativecommons>

Ortega, C. (2024). *Sesgo de investigación: Qué es, tipos y ejemplos*.

Saldarriaga, F., Victoria, C., Arango, E., & Ruiz, I. C. (2000). *Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia*.

Thomas, L. (18 de diciembre de 2023). *Muestreo aleatorio simple | Definición, pasos y ejemplos*. Scribbr. Consultado el 21 de abril de 2025 en <https://www.scribbr.com/methodology/simple-random-sampling/>

Tapia, Julieta de, Encina, Romina, Piangatelli, María del Cielo, Pirola, Julieta, González, Gisela Paula, & Moscoso, Nebel Silvana. (2023). Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. *Gerokomos*, 34(3), 183-187. Epub 04 de marzo de 2024. Recuperado en 26 de abril de 2025, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2023000300006&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300006&lng=es&tlng=es).

Virgüez Moreno, L. J. (2016). *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*.