



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Barreras de acceso al servicio de consulta médica general en el centro
de salud Santa Elena. Primer semestre 2021

Autores:

Jhonattan Arias Parra

Mariana Patiño Zapata

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín, Colombia

2021



«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Barreras de acceso al servicio de consulta médica general en el centro
de salud Santa Elena. Primer semestre 2021

Autores:

Jhonattan Arias Parra

Mariana Patiño Zapata

Trabajo de grado para optar al título profesional en Administración en
Salud con énfasis en gestión de servicios de salud

Asesora:

Lizeth Yessenia Correa Rangel

Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
2021

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Agradecimientos

Durante un proceso complejo que requiere de la máxima colaboración por parte de las múltiples disciplinas del saber, de los docentes, usuarios y comunidad en general, un sincero agradecimiento por la presta atención para el éxito del proyecto. A todos los autores de las diferentes investigaciones que durante años han dejado su sabiduría para la posteridad mil gracias porque con ello se logra el objetivo de la nueva generación de conocimiento.

Mil gracias.

Contenido

GLOSARIO	6
RESUMEN.....	8
INTRODUCCIÓN	9
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
2. JUSTIFICACIÓN	14
3. OBJETIVOS	15
3.1 GENERAL.....	15
3.2 ESPECÍFICOS.....	15
4. MARCOS.....	16
4.1 MARCO LEGAL.....	16
4.1.1 Normatividad internacional.....	16
4.1.2 Normatividad Nacional.....	17
4.2 MARCO CONCEPTUAL.....	20
4.3 MARCO CONTEXTUAL.....	24
5. METODOLOGÍA.....	27
5.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	27
5.2 SELECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LOS PARTICIPANTES	29
5.2.1 Población	29
5.2.2 Participantes.....	29
5.3 CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN Y NO PARTICIPACIÓN.....	30
5.3.1 Criterios de participación.....	30
5.3.2 Criterios de no participación.....	30
5.4 SISTEMA DE CATEGORÍAS.....	30
5.5 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	31
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	35
7. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	37
7.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES.	39
7.3 LIMITANTES ADMINISTRATIVOS PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	40
7.4 PRINCIPALES IMPLICACIONES GEOGRÁFICAS, ECONÓMICAS Y CULTURALES QUE HAN TENIDO LOS USUARIOS AL ACCEDER A LOS SERVICIOS DE SALUD	41
7.5 HUMANIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD	43

8. DISCUSIÓN	44
9. CONCLUSIONES	47
10. RECOMENDACIONES	49
11. REFERENCIAS	50
12. ANEXOS	56

Lista de ilustraciones

Ilustración 1 Resultados por objetivos.....	38
--	-----------

Lista de anexos

Anexo 1 Cartas de presentación.....	56
Anexo 2 Aval comité de carrera	58
Anexo 3 Aval de la junta de acción comunal	59
Anexo 4 Instrumento de captación de participantes.....	60
Anexo 5 Consentimiento informado	62
Anexo 6 Formato de entrevista	63
Anexo 7 Codificación de resultados	65

Glosario

APS: Atención primaria en Salud

ADRES: Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud

CS: Centro de Salud

CSU: Cobertura Sanitaria Universal

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

JAC: Junta de Acción Comunal

MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PAIS: Política de Atención Integral en Salud

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PDSP: Plan Decenal de Salud Pública

POS: Plan Obligatorio en Salud

PYP: Promoción de Salud y Prevención de la Enfermedad

PQR: Petición Queja y Reclamo

RC: Régimen Contributivo

RS: Régimen Subsidiado

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SIAU: Servicio de Información y Atención al Usuario

SILOS: Sistema Local de Salud

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

SISBEN: Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales

SUPERSALUD: Superintendencia Nacional de Salud

UDCA: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

Resumen

En Colombia la deficiencia en la atención médica es un problema constante y progresivo, debido a múltiples factores que determinan el acceso oportuno y de calidad que la población necesita. Por ello esta investigación presenta las experiencias de la población del corregimiento Santa Elena, sobre las barreras administrativas, económicas, culturales y geográficas que se pueden presentar durante el proceso de atención médica, las cuales determinan que la culminación del proceso medico asistencial sea exitoso o no.

Es importante resaltar que durante la investigación emergió una categoría que inicialmente no se tenía prevista, como lo es la humanización en los servicios de salud; la cual ayudó a comprender las vivencias de los usuarios más allá de la teoría, integrando una visión holística de las diferentes barreras que se les presentan. Además, esta categoría permitió evidenciar que hay detalles simples como lo es el saludar, que inciden positiva o negativamente en los valores organizacionales de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud.

Es por ello que la falta de conocimiento de la situación socioeconómica de la comunidad no solo interfiere en la calidad y oportunidad de los programas de salud pública del Centro de Salud que allí se encuentra, sino también en el deterioro constante de la salud y bienestar de sus habitantes. En este sentido, se presentan los resultados acordes a la realidad y con las vivencias que las personas les ha tocado experimentar en su día a día.

Palabras Clave: Acceso- servicios-barreras-salud-comunidad-experiencias

Introducción

Los sistemas de salud presentan distintas dificultades según las características de las comunidades a las cuales atiende. Por ello en Colombia se pueden identificar algunas falencias durante el proceso de la atención médica, que va desde el acceso administrativo de afiliación a algún régimen hasta el procedimiento o tratamiento para mantener y/o restablecer el estado de salud de las personas.

Por lo tanto es importante resaltar las cualidades del sistema actual y estudiar sus beneficios, así como sus retos, que permitan identificar posibles mejoras que provean mayores atributos al sistema, donde prime la calidad en la atención.

En Colombia diferentes estudios han identificado barreras que se presentan antes, durante y después de la atención, que impiden el goce del derecho a la salud, como las barreras administrativas que burocratizan los procesos haciéndolos más lentos y complejos, donde la principal violación es a la oportunidad en la atención médica, agudizando los diagnósticos de los pacientes. Dentro de este abanico de barreras se puede visualizar también las dificultades geográficas, por las distancias entre las comunidades y los hospitales o centros de atención médica, haciéndose aún más complejo por las características montañosas del territorio. Igualmente podemos encontrar las barreras culturales, las cuales se ven agravadas por la situación actual de salud pública, donde la telemedicina no genera confianza en los pacientes ocasionando una mala percepción de atención en salud. Por último, podemos encontrar las barreras económicas, las cuales impiden en gran medida que la atención sea integral y oportuna, ya que muchas de las personas no cuentan con el recurso financiero suficiente para costear procedimientos, medicamentos, transporte y demás que se pueden presentar en la atención médica.

Es por los factores mencionados anteriormente que es importante ahondar en sus características, dinámicas y procesos, que permitan

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

identificar soluciones de raíz que no solo hagan el sistema más activo e integral, sino también que los pacientes puedan tener un goce efectivo del derecho fundamental a la salud, aumentando la confianza y satisfacción que lo deben de identificar.

1. Planteamiento del problema

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define el acceso como “la disponibilidad de servicios de salud completos, apropiados, oportunos y de calidad cuando se necesitan” (1). Además, en el informe de políticas públicas para la salud pública, realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), determina que todas las reformas para la cobertura y prestación de los servicios deben realizarse de forma universal e integral, donde prime la oportunidad en la prestación de salud (2). Para que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente es indispensable que dichas políticas públicas sean eficaces y ajustadas al propósito de la Atención Primaria en Salud (APS) como lo es la accesibilidad y la cobertura universal, en función de las necesidades de salud, y teniendo en cuenta también el propósito número tres de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades (3).

Es importante tener en cuenta que el proceso de atención contempla unas etapas que le dan continuidad efectiva a los servicios de salud, como lo son la demanda, la permanencia y la solución al problema; además, en la atención en salud se pueden identificar problemas relacionado con la accesibilidad, como lo son las barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales (4). Conviene destacar que las barreras de acceso se entienden como aquellas trabas, dilataciones o negaciones de los servicios de salud a sus afiliados (2).

Para el caso de las barreras administrativas la OMS indica que solo se diagnostica a la mitad de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles. Esto debido a que los procesos administrativos están altamente burocratizados y generan retrasos en la atención. Por ejemplo, solo la mitad de los pacientes reciben tratamiento, que es eficaz en solo 1 de cada 10 casos. Así la atención en salud se ve obstaculizada por las diferencias en la disponibilidad, composición y calidad de los recursos humanos para la salud. Además, en diez países de la Región de las Américas, existe un déficit absoluto de trabajadores de salud y graves

desigualdades en la disponibilidad de atención en salud entre las zonas urbanas y rurales, que se traducen en mayores problemas de acceso a los servicios de salud (5).

Las autorizaciones de las aseguradoras para utilizar determinados servicios, principalmente en la atención secundaria ambulatoria limita el acceso del usuario, por el incremento de tiempos de espera, generando así que los pacientes sufran de cronicidad, complicaciones de las patologías y abandono de los procedimientos, lo que aumenta la automedicación y tratamiento por personas no aptas (5).

En las barreras económicas se puede identificar que en la región latina el 30% de la población carece de acceso a la atención de salud, esta razón impide en gran medida, que la atención sea integral y oportuna, ya que muchas de las personas no cuentan con el recurso financiero suficiente para costear procedimientos, medicamentos, transporte y demás gastos que se pueden presentar en la atención médica (6).

Las barreras geográficas son las que se definen por las distancias entre las comunidades y los hospitales o centros de atención médica, haciéndose aún más complejas por las características montañosas de algunos territorios (6). Es así como el 21% de la población latinoamericana se abstiene de buscar atención médica debido a dicha barrera (2).

Por último, se identifican las barreras culturales que se derivan del conocimiento, las actitudes y las prácticas relacionadas con la salud en los diferentes grupos poblacionales, por ejemplo, de los pueblos indígenas. Encontrar personal sanitario que hable y comprenda los idiomas indígenas es difícil, haciendo deficiente la comunicación entre los prestadores y usuarios en todos los niveles de atención, comprometiendo el acceso a una atención de calidad (7).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, en el corregimiento de Santa Elena se han manifestado inconformidades por parte de la población frente a la oferta de servicios de salud que no dan respuesta a sus necesidades, debido a que solo cuenta con una institución pública llamada Centro de Salud Santa Elena, que carece de servicios de hospitalización y urgencias, tanto así; que en el Plan de desarrollo local del corregimiento se evidencia en el componente de salud, altos porcentajes de muerte por varias enfermedades prevenibles que deberían ser tratadas a tiempo, como las enfermedades isquémicas del corazón, principal causa de muerte

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

representada en el 15,8% sobre el total reportado, seguido por diabetes mellitus, morbilidades cerebrovasculares y patologías asociadas al sistema genitourinario, representadas cada una por el 10,5% (8).

Para el caso del corregimiento, con una atención integral en salud se puede enfrentar la problemática. Desde la Secretaría de Salud de Medellín viene realizando acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad según el Plan Decenal de Salud Pública, acciones que para sus habitantes no han sido suficientes, en el logro de cobertura y satisfacción de sus necesidades en salud. Situación que afecta a toda la población residente y flotante generando gastos de bolsillo, afectación en la oportunidad y calidad, que pone en grave riesgo la salud y vida de las personas (8).

Adicionalmente la inexistencia de investigaciones que den cuenta de las problemáticas de acceso a los servicios de salud en el corregimiento, hace necesario realizar una investigación que identifique las dificultades de acceso de la población en su componente administrativo, económico, cultural y geográfico que permita mejorar o crear programas de salud desde el centro de atención, que provean un real acceso a los servicios de salud y así disminuir los porcentajes de incidencia en enfermedades prevenibles, que a su vez mejora la calidad de vida de la comunidad.

De acuerdo con lo planteado anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación: **¿Cuál es la experiencia de los usuarios del Centro de Salud Santa Elena, sobre las barreras que pudiesen tener antes y durante el intento de acceso al servicio de consulta médica general, en el primer semestre del año 2021?**

2. Justificación

Esta investigación juega un papel fundamental en el logro de la calidad, accesibilidad y oportunidad en salud, ya que con sus resultados se determinaron las barreras que generan deterioro de la salud en la población del corregimiento de Santa Elena. Además, se identificaron las fallas actuales de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad del corregimiento por parte de la comunidad. Lo que permite proveerle al centro de salud nuevas herramientas para diseñar e implementar programas que incidan positivamente en la salud pública y así, evitar el grado máximo de morbilidad y mortalidad que pueden presentarse al momento de acudir a la prestación de los servicios de salud.

Es importante aclarar que, de no tomarse acciones preventivas y correctivas a las necesidades epidemiológicas de la comunidad, se aumentaría exponencialmente la pobreza multidimensional, decadencia social y sufrimiento familiar, por las pérdidas humanas que las distintas enfermedades generarían.

Por tanto, el apoyo de los actores directamente involucrados en salud y todos aquellos que indirectamente también actúan, es primordial para: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” (9).

3. Objetivos

3.1 General

Identificar las posibles barreras de acceso en el servicio de consulta médica general, a partir de las experiencias relatadas por los usuarios del centro de salud del corregimiento de Santa Elena, Antioquia. Primer semestre del año 2021.

3.2 Específicos

1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los participantes de la investigación.
2. Describir desde la perspectiva de los usuarios las posibles barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales.
3. Interpretar las experiencias que se les pueden presentar a los usuarios, en el intento o durante la atención de consulta médica externa.

4. Marcos

4.1 Marco legal

4.1.1 Normatividad internacional

Dentro de la normativa internacional se contemplan criterios específicos relacionados con el acceso a la salud. Existen obligaciones particulares para cada país de acuerdo con las necesidades que se les presenten, que les permitan crear políticas de mejoramiento y evaluación continua. El acceso integral a la salud es una directriz internacional en la cual se establece que “La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios” (10).

Así mismo, las Naciones Unidas (ONU) determinan que: “La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente” (11).

También la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) diseña políticas para una vida mejor e incluyente, como organismo de cooperación internacional cuyo objetivo es coordinar políticas económicas y sociales para el alcance de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en el mundo (12). Los cuales se adoptaron por todos los Estados Miembros en 2015 como un llamado universal para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad para 2030. Los 17 ODS están integrados, ya que reconocen que las intervenciones en un área afectarán los resultados de otras y que el desarrollo debe equilibrar la sostenibilidad medioambiental, económica y social. Siguiendo la promesa de no dejar a nadie atrás, los países se han comprometido a acelerar el progreso para aquellos más atrasados. Por esto los ODS han sido diseñados para traer al mundo varios “ceros” que cambien la vida, lo que incluye pobreza cero, hambre cero, SIDA cero y discriminación cero contra las mujeres y niñas (13).

Además, se reconocen internacionalmente unas libertades y derechos que los estados deben asegurar a sus ciudadanos: Entre las libertades se incluye el derecho de las personas de controlar su salud y su cuerpo (por ejemplo, derechos sexuales y reproductivos) sin injerencias (por ejemplo, torturas y tratamientos y experimentos médicos no consensuados). Los derechos incluyen el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar (14).

Finalmente, la OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la organización responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (15).

4.1.2 Normatividad Nacional

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) colombiano 2012-2021, es la carta de navegación que plantea la línea de trabajo para dar respuesta a los desafíos actuales en salud pública y para consolidar, en el marco del sistema de protección social, las capacidades técnicas en los ámbitos nacional y territorial para la planeación, ejecución, seguimiento y evaluación de las intervenciones, de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Objetivos estratégicos PDSP:

1. Alcanzar mayor equidad en salud
2. mejorar las condiciones de vida y salud de la población
3. cero tolerancias con la morbilidad, mortalidad y la discapacidad evitable (16).

Adicional a esto, dentro de la Constitución Política Colombiana, mediante el artículo 49 se fórmula que:

La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control (17).

Por otra parte, en la Ley 100 de 1993 se disponen los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): el primero de ellos es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones adecuadas en toda la población nacional. Como segundo objetivo se tiene el lograr la ampliación progresiva de la cobertura de la Seguridad Social en Salud, que permita el acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud (18).

Según la Ley Estatutaria de Salud 1751/2015 en su artículo 2 decreta que:

“El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. 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” (19).

También se encuentra el artículo 6 donde habla de los elementos y principios del derecho fundamental a la salud donde:

El Estado promoverá la correspondiente ampliación gradual y continua del acceso a los servicios y tecnologías de salud, la mejora en su prestación, la ampliación de capacidad instalada del sistema de salud y el mejoramiento del talento humano, así como la reducción gradual y continua de barreras culturales, económicas, geográficas, administrativas y tecnológicas que impidan el goce efectivo del derecho fundamental a la salud (19).

Además “las personas tienen derecho a recibir los servicios de salud de manera continua. Una vez la provisión de un servicio ha sido iniciada, este no podrá ser interrumpido por razones administrativas o económicas” (19).

Así mismo, en la Ley 1438 del 19 de enero del 2011, en la cual se busca el fortalecimiento del SGSSS por medio de una estrategia de atención primaria que provea mejoramiento en salud y genere ambientes sanos y saludables, para una mayor obtención de calidad integral e incluyente donde el eje central son los residentes, se unifica el Plan de Beneficios en Salud (PBS), se fomenta la universalidad del aseguramiento con la

premisa de prestación de los servicios en cualquier parte del país dentro de un marco de sostenibilidad financiera; además se resalta en su artículo 53 la prohibición de limitantes al acceso a los servicios por políticas internas o que fragmenten dicha atención a los usuarios (20).

Dentro del cumplimiento de derechos y deberes de las instituciones prestadoras de servicios como garantía a los usuarios se crea el Servicio de Información y Atención al Usuario (SIAU); como herramienta que toma la información de quejas, reclamos y sugerencias para orientar a los usuarios sobre dónde solicitar prestación de servicios, conocer el portafolio de servicios autorizados e implementar la política de humanización y sensibilización de derechos y deberes (21).

Gracias al Decreto 4747 de 2007 establece que el sistema de referencia y contrarreferencia tiene como finalidad facilitar la atención oportuna e integral del usuario, el acceso universal de la población al nivel de tecnología que se requiera y propender por una racional utilización de los recursos institucionales (22); así mismo el Decreto 3047 de 2008, presenta los formatos de atención inicial de urgencias, informe de inconsistencias para los pagos, solicitud de autorizaciones para los servicios de salud y demás instructivos para su adecuado diligenciamiento de manera que la prestación sea óptima y en el menor tiempo posible (23).

El Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022, tiene como objetivo mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios, y tiene como reto el mejorar el acceso a los servicios de salud con mayores recursos humanos y de infraestructura, en particular en zonas apartadas (24).

Con la implementación de la Resolución 0429 del 2016, por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud, está dirigida hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución (25).

Por último, tenemos el MAITE que está conformado por un conjunto de acciones y herramientas que, por medio de acuerdos, orienta de forma articulada la gestión de los actores del sistema de salud; para responder a las prioridades de la población y contribuir al mejoramiento de la salud, la satisfacción de las expectativas de los ciudadanos y la sostenibilidad del sistema, mejorando así su liderazgo. Una de sus acciones de alcance es orientada a garantizar el acceso de las personas a los servicios contemplados en el sistema de salud, mediante la acción coordinada de los diferentes agentes en el marco de sus competencias (26).

4.2 Marco Conceptual

El sistema de salud colombiano está financiado con recursos públicos y aportes del sector privado. Su eje central es el SGSSS. La afiliación al sistema es obligatoria y se hace a través de las EAPB, ya sean públicas o privadas que operan como aseguradoras y administradoras, y a través de las IPS que ofrecen el Plan Básico de Salud. La Ley 100 de 1993 creó el actual SGSSS compuesto por dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población través de la administradora de los recursos llamado ADRES. (régimen contributivo y el subsidiado). No obstante, aún existe una porción de la población que carece de cobertura, ya sea porque se encuentra transitoriamente desempleada o porque, tratándose de trabajadores independientes, no alcanzan la estabilidad laboral necesaria para pagar al SGSSS (27).

Colombia ha sido sometido a prueba por más de 20 años, donde ha afrontado distintos problemas, ajustes y reformas al sistema de salud, con la finalidad de hacerlo más integral, eficiente, oportuno y eficaz (28). Los efectos se sintieron de forma casi inmediata y traumática sobre todo de parte de las instituciones: Se liquidaron más de 1.000 cajas de previsión social que administraban la seguridad social, el último en desaparecer fue el Instituto del Seguro Social en 2007; muchas de las administradoras del régimen subsidiado quebraron o fueron liquidadas (29).

Varios estudios realizados no parecen indicar una mejora, sino que antes muestran la persistencia de barreras que dificultan el acceso. Los factores que se destacan son el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y fuentes importantes de desigualdades en el acceso (4)

Las barreras económicas siguen apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios ya que miden el impacto que genera el gasto para una familia por tener que adquirir medicamentos, o bien cubrir el costo del traslado para recibir una atención médica, por ello los obstáculos para adquirir los recursos se expresan como los costos totales o el "esfuerzo" invertido en la búsqueda y obtención de servicios (30)

Entre las principales dificultades de la percepción de la salud y la enfermedad se hallan las barreras culturales por la conciencia de derechos, conocimientos, ubicación social, experiencias negativas con los servicios de salud, lengua, prejuicios y normas sociales que interfieren en el acceso efectivo a la atención en salud, por falta de credibilidad hacia el sistema o por simpatía con la medicina alternativa. Estas barreras no permiten dar cabida a los procesos actitudinales, cognoscitivos y conductuales inherentes al deseo de la atención médica (31).

En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios existen dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica que generan obstáculos en la búsqueda y obtención de los servicios de salud, ya que están vinculadas directamente con la falta de capacidad para producir servicios, las condiciones de infraestructura vial y transporte con horarios adecuados, que posibiliten la llegada al lugar de atención en los tiempos requeridos; que, de no ser así, aumentan los gastos y los tiempos de espera (32).

En este mismo sentido existen las barreras administrativas las cuales de forma expresa "son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que se interponen para negar, dilatar o no prestar servicios a sus afiliados" (33). Generando reprocesos y retrasos en los procedimientos en donde el único afectado es el paciente.

Según un estudio realizado por García en las localidades de Soacha y Kennedy de Colombia, el 21.2% informó problemas relacionados con los tiempos de espera para ingresar al sistema de salud, lo que deduce interrupción y/o retrasos en los tratamientos, a diferencia con Caruaru y Recife en Brasil donde el 17.5% reportó falta de personal médico (4). Es aquí donde las disparidades requieren una estrategia distinta para cada comunidad puesto que no tienen las mismas necesidades particulares. Mientras que en Brasil las autorizaciones son prácticamente inexistentes

(en 0.9% para medicamentos y 1.5% para pruebas), en Colombia los usuarios necesitaban autorización de su EAPB en los siguientes casos: para citas, en 33.3% de consultas con un médico especialista; para medicamentos, en el 17.4%; y para exámenes médicos, en 36.4% (4).

En el estudio de Vargas y Molina, las principales quejas que presentaron los usuarios en las ciudades de Colombia como: Medellín, Barranquilla, Bucaramanga y Bogotá, también se encuentran barreras administrativas por esperas prolongadas para procedimientos no POS (plan obligatorio en salud), interpretación a conveniencia por las EAPB de los planes de beneficios, retrasos en las autorizaciones, largas filas para la asignación de citas e insuficiencia en la oferta de especialistas, entre otras (34).

Para el año 2013 el promedio de PQR en Colombia estaba en 802.690, de las cuales 276.928 correspondía a restricciones al acceso, siendo 145.387 restricciones por falta de oportunidad para la atención, 55.662 por demoras en las autorizaciones, 32.954 fallas en las afiliaciones, 17.723 a causa de dificultades económicas, 11.354 por negación de las autorizaciones, 8.861 debido a la negación en la prestación de los servicios, insumos o medicamentos y 4.984 por barreras de localización física o geográficas (35).

La Superintendencia Nacional de Salud del departamento de Antioquia arrojó que para el 2019 se presentaron 91.132 PQR, de las cuales 53.336 corresponden a la ciudad de Medellín, siendo la restricción en el acceso a los servicios de salud la principal causa con un total de 45.556, seguida por la insatisfacción de los usuarios en el proceso administrativo con 3.098. Entre otras razones se encuentran: (36).

- Barreras en la afiliación (Trámites no contemplados en la ley)
- Deficiencia de la información de derechos, deberes y trámites
- Demora en las autorizaciones para consulta médica general, especializada, atención domiciliaria, ayudas diagnósticas, cirugías, hospitalización, exámenes de laboratorio y medicamentos.
- Demora en la programación de citas de exámenes de laboratorio
- Dificultad para la comunicación con las líneas de atención
- Errores del Recurso Humano

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

- Exigencia de fotocopias y/o autenticación de documentos para la prestación del servicio
- Ausencia de profesional en el sitio de atención médica
- Tiempos de viaje
- Dificultad para llegar a los centros de atención
- Desigualdad en las afiliaciones
- Falta de capacidad de pago
- Gastos por desplazamiento

La Supersalud también encontró que del total de PQR recibidas en la ciudad de Medellín en el año 2019, el 38.8% fueron respondidas por la entidad, 32.9% fueron casos cerrados, 21.2% quedaron pendientes por respuesta y 7.2% fueron devueltas. Lo anterior demuestra una ineficiencia en los procesos administrativos de las EAPB e IPS (36).

Según la OMS la cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos (6). Que de no hacerse se vería afectado en sus funciones de prevención primaria, secundaria y terciaria ya que el propósito de la atención es contribuir a conservar la salud de las personas, evitar el deterioro de la salud de la población, recuperar la salud de quienes han enfermado, detectar prematuramente aquellas enfermedades para las cuales aún no se ha identificado una cura y aliviar el dolor o minimizar el sufrimiento de los enfermos graves que no pueden ser curados (37).

La APS es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del SGSSS. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud (38).

La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención (38).

La consulta médica es el conjunto de recursos físicos, humanos y tecnológicos dispuestos para satisfacer la demanda de salud del usuario, mediante la atención ambulatoria en consultorios médicos; con atención personalizada entre paciente y médico, con el fin de dar solución a los problemas que interfieran en la integridad física, psíquica y moral del individuo. Tiene como objetivo evaluar el estado de salud del paciente, diagnosticar y brindar tratamiento de la patología encontrada y en caso requerido remitir a consulta especializada (39).

Los Centros de Salud (CS) según la OMS son definidos como un elemento del Sistema Local de Salud, cuya especificidad en la estrategia de atención primaria, es ser el punto de interacción entre los servicios y una población definida a la que se proveen servicios de salud integrales. Por esta razón, el CS no se define por sus características técnicas, sino por su capacidad para establecer relaciones participativas con la población de la cual es responsable. En la visión de la OMS el CS es una modalidad óptima de organización del primer nivel de atención, en cualquier sistema racional de atención médica, pública o privada (40).

4.3 Marco contextual

El Municipio de Medellín está localizado en el Valle de Aburrá, en el centro del Departamento de Antioquia. Junto con otros nueve municipios conforma el Área Metropolitana. El territorio municipal asciende a 37.621 hectáreas. La ciudad se extiende longitudinalmente sobre el eje natural del río Medellín enmarcada en dos ramales de la cordillera central, con altitud variable entre 1.460 m.s.n.m. en la confluencia de las quebradas La Iguaná, Santa Elena y el río Medellín, y 3.200 m.s.n.m. en los Altos del Romeral, Padre Amaya y Las Baldías al occidente. Su temperatura media anual es de 24 grados Celsius y su precipitación promedio anual es de 1.571 mm. (41).

Los sectores urbanos de la ciudad se dividen en seis zonas, y estas a su vez se dividen en comunas, para un total de dieciséis. Las comunas se dividen en 249 barrios y en veinte áreas institucionales. También cuenta con cinco corregimientos que se constituyen el área rural de la ciudad: AltaVista, San Sebastián de Palmitas, San Antonio de Prado, San Cristóbal, Santa Elena (42). Para el 2017 Medellín contaba con 59 EAPB públicas, 960 privadas y 4 mixtas; para un total de 1.023 (43).

El corregimiento de Santa Elena se localiza al oriente de la ciudad y la cabecera de Santa Elena se sitúa a diecisiete kilómetros del centro de la ciudad. El corregimiento limita al norte con los municipios de Copacabana y Bello, por el oriente con los municipios de Rionegro y Guarne, por el occidente con las Comunas 1 Popular, 3 Manrique, 8 Villa Hermosa, 9 Buenos Aires y 14 el Poblado y por el sur con el municipio de Envigado (8).

Santa Elena cuenta con once Veredas, las cuales son: El Llano, El Plan, Media Luna, Piedra Gorda, El Placer, Barro Blanco, La Palma, Piedras Blancas-Matasano, Mazo, El Cerro, Santa Elena- Sector Central. Según el plan de desarrollo del corregimiento de Santa Elena del año 2015 cuenta con una población cercana de 16.616 habitantes, de los cuales 8.024 son hombres y 8.592 son mujeres; siendo así el corregimiento más grande de Medellín. De los 4.874 hogares que se registran, sólo en 1.396 el jefe del hogar recibe ingresos y 3.478 hogares no reciben ingresos; esta situación muestra que las condiciones económicas de los hogares del corregimiento son bajas. Esto se ve representado en que el 72 % de los habitantes del corregimiento pertenece a los estratos socioeconómicos bajo-bajo (1) y bajo (2). Este es un aspecto determinante en cuanto a las condiciones de vulnerabilidad de la población. Por su parte, la distribución poblacional tiene representación de todos los estratos socioeconómicos, es así como los estratos cuatro-medio, cinco-medio alto y seis-alto, logran una representación del 17% (8).

Otros aspectos de vulnerabilidad es el índice de analfabetismo que representa el 5,43% de la población. El último nivel de estudios aprobado permite observar que parte de la población no cuenta con ningún estudio (20,28%), seguido por el porcentaje de población que cuenta con estudios de primaria (23,59%) y media (16,95%). La población con estudios técnicos, tecnológicos y universitarios está representada en un 12,60%,

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

mientras que la población con estudios de posgrado aprobados (especialización y maestría) es del 2,05%. Ninguna persona cuenta con estudios de doctorado. Por ello en el plan de desarrollo local una de las ideas de proyectos es la ampliación de cobertura en subsidios educativos, para que más jóvenes de Santa Elena, puedan acceder a la educación superior (8).

El área de salud de Santa Elena cuenta con una institución pública llamada Centro de Salud Santa Elena (Metrosalud), el cual se encuentra ubicado en la vereda Parte Central. Esta institución presta sus servicios a las personas con SISBEN - clasificadas en los grupos A, B y C, con subgrupos que van desde el uno hasta el 21, a los que estén afiliados a una EAPB, y a todos aquellos que quieran acceder al servicio de forma particular (8).

El Centro de Salud actualmente cuenta con servicios de: consulta externa, odontología, higiene oral, toma de muestras, patología, citología, vacunación, promoción y prevención, crecimiento y desarrollo, control prenatal, hipertensión, diabetes, salud sexual y reproductiva (8).

5. Metodología

5.1 Diseño metodológico

En esta investigación las personas y los escenarios no son reducidos a variables, ya que se hace una interpretación de los motivos internos de la acción humana, de fenómenos reales que responden a una situación sociopolítica actual. Por ello, el enfoque de la investigación se centra en un acercamiento al estudio de caso, ya que se dio una aproximación holística y amplia en el análisis de las barreras para el acceso a la consulta general. Teniendo en cuenta dimensiones de los participantes como sociales, históricas, culturales y económicas para así identificar el significado de la experiencia, al explorar las necesidades de la naturaleza humana y su comprensión ya que estas son finitas por una realidad que se debe asumir reflexivamente (44).

Las experiencias surgen de los acontecimientos vividos por las personas, estas permiten tener una percepción respecto a los sucesos (45). Es así como la diferenciación con la percepción se da en tanto esta se refiere a: "el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que cada caso se debe parcialmente a la propia actividad del sujeto". Es importante resaltar que durante la percepción se encuentran dos procesos fundamentales que son: la selección de datos que llegan desde afuera y el segundo es con el fin de predecir acontecimientos futuros para reducir la sorpresa. Algunas personas utilizan un sistema de categorías simple y otras uno más complejo; dichos estímulos ingresan a la mente a través de un tamiz el cual interpreta y da significado a la percepción para entender el comportamiento de los demás y crean juicios hacia el exterior en forma de pensamientos que pueden ser verbales o no (46). Es aquí donde se dificulta la interpretación de dichos pensamientos, ya que en múltiples ocasiones no es posible identificar por escrito o verbalmente lo que la otra persona piensa, porque se encuentra en su ideal cognitivo.

Para todos los procesos de experiencia hay que tener en cuenta que hay una interacción social mediante una adaptación al medio que lo rodea como son las personas, medio físico y social, además se dan otros procesos como la atribución, la cognición social y la inferencia, dependiendo del reconocimiento de las emociones, reacciones y así se forman las impresiones, todo en búsqueda de alguna causa que explique la conducta y los hechos de las personas. Es importante tener en cuenta que hay factores que influyen en la persona que recibe el mensaje, como son sus expectativas, motivaciones, objetivos, metas, estado de ánimo, familiaridad, la experiencia, el valor del estímulo, el efecto esperado y el significado emotivo del estímulo (46). Existe algunas variables asociadas cuando el objeto de la percepción es otra persona, ya que, a diferencia de un objeto, el comportamiento del ser humano es poco predecible y está condicionado a múltiples estímulos de su alrededor.

Esta investigación buscó analizar una serie de casos en donde cada uno de los entrevistados representó una pequeña porción de la realidad que viven los residentes del corregimiento de Santa Elena, en el intento o durante el acceso a una consulta médica. Indagando aspectos relevantes de las principales categorías que son: barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales, interpretando sus relatos con el fin de confirmar o rectificar las barreras. El objetivo de un estudio de caso es comprender el significado de una experiencia e implica el examen de diversos aspectos de un mismo fenómeno. Además, se centra en varios atributos o características que se encuentran en una situación particular. Permite alcanzar mayor comprensión y claridad sobre un aspecto concreto, o indagar una población o fenómeno; por tanto, se centra en la particularidad, construyendo un saber en torno a ella y reconociendo su singularidad (44).

Epistemológicamente, apunta a superar antagonismos, proponiendo focalizar su indagación en torno a las prácticas y acciones, mirando sus relaciones internas y externas; se preocupa por la construcción de un conocimiento que reúna lo individual y lo cultural en un espacio único; es complejo, holístico, social y cultural, ya que se desarrolla dentro de una variedad de contextos (físico, económico, ético, cultural y político). Mirando desde diversas perspectivas y en todas sus dimensiones, teniendo en cuenta relaciones, estructuras, posiciones y roles, buscando

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

así categorías o formas simbólicas mediante las cuales los individuos representan el mundo social, lo producen, reproducen y transmiten (44).

Se realizó un estudio cualitativo de caso colectivo, que buscó investigar conjuntamente varios casos, que no responden a estudiar una población, pero sí una realidad en donde varios casos se ven identificados. Siendo de tipo interpretativo ya que se parte de varios estudios realizados a lo largo de los años en diferentes países y ciudades de Colombia, sobre las barreras y sucesos parecidos a los que se busca identificar en estos casos (44).

Además de conocer dichas experiencias para crear categorías conceptuales de las barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales que se presentaron durante el acceso a una consulta médica general, por medio de entrevistas vía telefónica o videollamada de algunos usuarios que han asistido al Centro de Salud Santa Elena de la ciudad de Medellín (44).

5.2 Selección y descripción de los participantes

5.2.1 Población

Usuarios que asistieron o intentaron asistir al Centro de Salud Santa Elena al servicio de consulta médica general en el año 2021

5.2.2 Participantes

Los participantes seleccionados fueron por conveniencia ya que cumplieron características y criterios considerados de inclusión por los investigadores. Esto fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (47).

Al momento de realizar la investigación se destaca una situación de salud pública global (SARS COVID 19) que impide realizar una entrevista presencial, por tanto, se opta por contactar telefónicamente y en videollamada a las personas interesadas en hacer parte del estudio.

Se utilizó la bola de nieve como estrategia de recolección de información ya que se buscó ampliar progresivamente el número de sujetos.

5.3 Criterios de participación y no participación

5.3.1 Criterios de participación

- Usuarios que hayan asistido a alguna cita de consulta general en el último año
- Usuarios que intentaron acceder al servicio de consulta médica general
- Usuarios de 17 años en adelante
- Los usuarios de 17 años con previa aceptación del consentimiento informado de los padres
- Usuarios afiliados al régimen contributivo o subsidiado
- Usuarios residentes del corregimiento Santa Elena

5.3.2 Criterios de no participación

- Usuarios que presenten dificultades cognitivas reveladas.
- Usuarios extranjeros.
- Usuarios afiliados a planes complementarios (Pólizas y Medicina prepagada)

5.4 Sistema de categorías

Mediante una revisión de la literatura se identificó las principales barreras a las que se enfrentan los usuarios para el acceso a los servicios de salud, las cuales fueron referentes al momento de hacer el acercamiento a los participantes de la investigación.

Barrera de acceso económica al servicio de salud.

- Restricción por incapacidad de pago
- Desempleado
- No reconocimiento de las prestaciones económicas (licencias, incapacidades y reembolsos)

Barrera de acceso administrativa al servicio de salud.

- Deficiencia en la efectividad de la atención en salud

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

- Insatisfacción del usuario con el proceso administrativo
- Falta de disponibilidad o inapropiado manejo de los recursos humanos y físicos para la atención
- Incumplimiento en las acciones de protección específica y protección temprana
- Restricción en el acceso por falta de oportunidad para la atención
- Restricción en el acceso por demoras en la autorización
- Limitaciones en la información
- Restricción en el acceso por fallas en la afiliación

Barrera de acceso geográfica al servicio de salud.

- Restricción en el acceso por localización física o geográfica
- Transporte
- Fallas geológicas
- Condiciones climáticas
- Tiempos de viaje

Barrera de acceso cultural al servicio de salud.

- Diferencias en el concepto salud-enfermedad
- Creencias religiosas
- Medicina tradicional
- Falta de credibilidad hacia el sistema de salud

5.5 Recolección de información

A continuación se describirán las características que determinaron la recolección y registro de la información.

Todo el proceso de recolección de datos se realizó mediante entrevistas semi estructuradas que se les aplicó a las personas que cumplieron con los criterios de participación. Además, se utilizó la fuente primaria como medio para la obtención de información de los usuarios que asistieron a una consulta médica general en un Centro de Salud de Santa Elena.

Las entrevistas permitieron conocer, caracterizar y categorizar las experiencias de los usuarios en el intento de acceder al servicio de consulta médica general, de la misma manera se pudo comprender y analizar las distintas situaciones, perspectivas significativas y relevantes de los entrevistados.

Antes de iniciar las entrevistas se enviaron las cartas de presentación de la investigación al Centro de Salud Santa Elena y al presidente de la JAC (Ver anexo 1). Además, se contó con el aval del comité de carrera de la Facultad Nacional de Salud Pública (Ver anexo 2) y con el consentimiento por parte de la JAC vereda el Placer en cabeza de Luis Fernando Sánchez (Ver anexo 3). El diseño y ejecución de trabajo de grado se realizó durante 31 semanas de las cuales nueve semanas se utilizaron para la preparación de un directorio para la aplicación de la entrevista y el diseño de un cuestionario piloto para luego desarrollar las entrevistas definitivas y 22 semanas utilizadas para el acercamiento, trabajo de campo, análisis y escritura.

Para la búsqueda de los participantes que cumplieron los criterios de participación (vivir en el corregimiento de Santa Elena, haber tenido una consulta médica en el Centro de salud en el último año). La participación fue voluntaria donde se les solicitó la aceptación del consentimiento informado y se les explicó en términos coloquiales el propósito de la investigación. En principio, el plan que se tenía para encontrar a los posibles participantes era solicitando a través de la EAPB Savia Salud la base de datos de los afiliados que son atendidos en el Metrosalud de Santa Elena, por razones de tiempo no se pudo continuar con el proceso de recibir esta información y como segunda estrategia se realizó un cuestionario corto en la plataforma de Google. Entre sus preguntas estaba si era residente del corregimiento, si había asistido al Centro de Salud de Santa Elena y el número de contacto (Ver anexo 4). Dicho cuestionario fue difundido por las principales redes sociales de la comunidad con el fin de captar los participantes de forma anónima y voluntaria.

Posteriormente se contactaron los posibles participantes, se establecieron lazos de confianza y se realizó una presentación de los investigadores (rapport), se les dio a conocer la investigación y el consentimiento informado (Ver anexo 5) para la aceptación de la participación en la investigación, luego de esto se acordó un encuentro indicando fecha, hora y aplicación a utilizar para efectuar las entrevistas. En caso de haber tenido dificultades en el contacto, se estableció comunicación para dar posibles soluciones a los inconvenientes técnicos o de ocupación con los que pudieron contar los participantes de la investigación.

En total se realizaron siete entrevistas con una duración promedio entre 20 y 50 minutos, tres de ellas por la plataforma Meet y las demás por vía telefónica. En todas las situaciones se tuvo en cuenta la guía de preguntas semi estructuradas posibilitadoras del relato, las cuales permitieron conversaciones amplias con los participantes (Ver anexo 6), donde se les pidió la autorización para la grabación y transcripción de la información. Todo el análisis de la información se logró con ayuda de una matriz de Excel alfanumérica, la cual permitió extraer los hallazgos más representativos de cada una de las entrevistas y anexarlos como códigos in vivo, dentro de las categorías predeterminadas y emergentes. Cada uno de estos códigos tenía un color diferente, con el fin de identificar los relatos de los entrevistados. Además, al lado de los códigos se agregaron las interpretaciones por parte de los investigadores y autores que respaldan los hallazgos. Luego se triangularon con los participantes para identificar si se sentían identificados con los hallazgos (validación de la información) (Anexo 7).

Para el análisis de las entrevistas se procedió a realizar la transcripción en texto de Word, las cuales fueron leídas tres veces por parte de los investigadores y la asesora para así ingresar los hallazgos en la codificación en la matriz de Excel nombrada anteriormente. Justo después de analizar la información se completaron las categorías preestablecidas y emergentes. En caso de haber faltado ahondar en algún tema o información se realizaba una segunda llamada con el fin de saturar la información.

Con la información obtenida se continuó de manera permanente a realizar el análisis del contenido obtenido en las entrevistas, orientado hacia la comprensión e interpretación de los escenarios, barreras y personas. Las categorías preexistentes fueron: Económicas, administrativas, culturales y geográficas. Como categoría emergente nació la humanización, la cual se tuvo en cuenta para los resultados de este.

Finalmente, para dar cumplimiento a los criterios de rigor de la investigación como la credibilidad y confirmabilidad se realizó una triangulación con algunos de los participantes para validar que las interpretaciones allí expuestas fueran acordes a la realidad de los entrevistados.

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Estas semanas fueron distribuidas entre los meses de junio a septiembre donde se tuvo permanente contacto telefónico con los participantes. Es de anotar que debido a la situación de salud pública que se vivencia durante este tiempo, no fue posible realizar trabajo de campo presencial, por tal razón se trabajó de manera virtual, para la preservación de la salud tanto de los participantes como de los investigadores

6. Consideraciones éticas

La investigación cuidó especialmente sus sujetos, sucesos y experiencias, así como todo el abanico de información que se obtuvo. Esta investigación se ejecutó observando el código de ética de la Universidad de Antioquia, así como la normatividad vigente de la Declaración Universal de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948 (48).

La participación fue voluntaria por parte de las personas, todo legalizado mediante el consentimiento informado que fue aceptado después de la explicación de la investigación y se les informara que tenían la oportunidad de retirarse si así lo deseaban. La información obtenida solo fue utilizada para efectos del estudio y/o académicos.

Se comprometieron los investigadores a dar a conocer el informe final, así como la rectificación de sus datos mediante la limpieza y retroalimentación que se hizo posterior a la entrevista y su análisis. Los acuerdos previos de los encuentros fueron pactados con los participantes y ajustados de acuerdo con la disponibilidad de tiempo. Se validó con ellos que la información fuera lo más fiel posible a sus aportes y con la intención que ellos le querían dar; manejando la confidencialidad de toda la información con todos los participantes de la investigación.

También se tuvo en cuenta que la investigación se rige por los principios éticos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. De acuerdo con el estudio en el artículo once este se encuentra dentro de la categoría de riesgo mínimo para los participantes, no porque tenga intervenciones biomédicas, sino por riesgos de carácter político (los resultados quedan sensibles a los tomadores de decisiones en respuesta a la presencia de las barreras presentes), psicológico (desencadenar sentimientos de tristeza, angustia, ira, impotencia entre otros al recordar las experiencias), técnico-científico (la calidad en las llamadas y conectividad) y/o económico (solicitud de dinero por parte de los participantes). Dichos riesgos fueron minimizados con ayuda del consentimiento informado, a los participantes se les corrobora que la investigación era completamente voluntaria, no recibirían ninguna compensación monetaria y podrían abstenerse de responder alguna pregunta que le incomodara o retirarse sin ningún problema. Para el caso

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

del riesgo técnico los investigadores realizaron sus entrevistas con buena conectividad de Internet, en espacios tranquilos y silenciosos que posibilitaron la comunicación (49). Además, se tuvieron en cuenta los principios de:

Respeto por las personas: la autonomía de los participantes, para que estén en condiciones de deliberar y tengan capacidad de autodeterminación, además de que las personas que sean dependientes o vulnerables se les proteja contra daño o abuso.

Beneficencia: teniendo la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo la posibilidad de daño.

No maleficencia: proteger contra daños evitables a los participantes del estudio

Justicia: trato igualitario, reconociendo la diferencia y particularidad de los casos.

Adicionalmente se realizó la devolución de los resultados con la población participante, la información fue codificada y salvaguardada sólo en equipos de acceso de los investigadores y el asesor.

Todas las anteriores reflexiones éticas son concordantes con el Código de Helsinki, el Informe de Belmont y la normatividad nacional.

7. Resultados de la investigación

La investigación como se mencionó en los apartados de metodología participaron siete personas que cumplían los criterios de inclusión, de cuales seis pertenecen a la EAPB Savia Salud del régimen subsidiado y una al régimen contributivo de dicha EAPB. Para cumplir con la confidencialidad de la información a los participantes les fue remplazado su nombre original por un seudónimo escogiendo nombres propios de la cultura antioqueña.

7.1 Descripción de los participantes

Francisco es un señor de 54, años, desempleado a causa de su enfermedad, vive en el corregimiento de Santa Elena hace seis años con su compañera sentimental, tiene tres hijos con los que no tiene mayor relación y refiere haber tenido tres infartos.

María es una señora de la tercera edad que nació en Cocorná, Antioquia y lleva seis años viviendo en Santa Elena con su pareja sentimental, su nivel de escolaridad es hasta quinto de primaria, se dedica a ser ama de casa y realiza algunas "cosas" para vender. Tuvo dos hijos, uno es mayor de edad y el otro falleció.

Socorro tiene alrededor de 35 años, su nivel de escolaridad es bachiller, se dedica a ser ama de casa y lleva viviendo en Santa Elena cinco años con su esposo y su hija.

Marina es una señora que lleva viviendo casi 33 años en el corregimiento de Santa Elena, su nivel de estudio fue hasta primaria, tiene cuatro hijos dos de ellos menores de edad. Vive con su esposo y tres hijos y ha dedicado su vida a ser ama de casa.

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Gabriela es una joven de 17 años, toda su vida ha vivido en Santa Elena con sus padres y tres hermanos, ya está graduada de bachiller y actualmente está haciendo sus estudios universitarios de ingeniería de sistemas en la Universidad Remington.

Débora es una mujer de 22 años, con 28 semanas de embarazo que vive en el corregimiento de Santa Elena desde su infancia, vive con su madre y tiene un esposo en unión libre, tiene una tecnología que no se encuentra ejerciendo, ya que por su embarazo no ha buscado empleo.

Teresa es una señora que tiene dos hijos, toda su vida ha vivido en Santa Elena. Tiene 30 años y solo estudió hasta bachillerato; es ama de casa y vive con su esposo en unión libre.



Ilustración 1 Resultados por objetivos

7.2 Características sociodemográficas de los participantes.

Los datos encontrados durante las entrevistas con las personas incluyen características sociales como la ocupación, la situación familiar y el nivel de los ingresos. De los participantes de la investigación, solo dos cursaron primaria, una persona estudió una técnica, otra está realizando sus estudios universitarios y los demás hicieron sus estudios hasta el bachillerato. La mayoría llevan residiendo en Santa Elena por un periodo mayor a cinco años y algunas personas han vivido siempre ahí

“Yo he vivido siempre aquí” (B8).

El estado civil de los participantes en su mayoría fue unión libre. No tienen ingresos estables lo que posiblemente le impide costear medicamentos o procedimientos para su salud.

“Yo soy desempleado o sea yo soy independiente” (B1).

Su nivel académico es básico, ya que la mayoría de los participantes solo alcanzaron estudios de primaria y bachillerato. Por ello, pueden tener más dificultad de encontrar empleo.

“Mi nivel de escolaridad es hasta quinto de primaria” (B12).

Un solo ingreso de dinero para la familia.

“Mi esposo es el que trabaja” (B7).

Una de las principales limitaciones que narraron en sus experiencias fueron las dificultades para acceder a subsidios que mejoraran sus ingresos. A diferencia de otras personas, una participante adulta mayor percibía positivo el recibir un subsidio económico, porque le ha permitido tener un ingreso, ya que su pareja está desempleada.

“Recibo cuota de la tercera edad y eso nos ha ayudado mucho” (B19).

Las demás familias a pesar de cumplir con condiciones de pobreza para acceder a la entrega de subsidios no lo han logrado, ellos expresan:

“Familias en acción no ha vuelto a llegar.” (B20).

“No he recibido el subsidio de discapacidad de mi hija” (B21)

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Afortunadamente una de las participantes logró acceder al apoyo del presupuesto participativo de Sapiensa el cual le da la oportunidad de estudiar.

“Estoy estudiando con el presupuesto participativo de Sapiensa” (B22).

7.3 Limitantes administrativos para la prestación de los servicios de salud

El Centro de Salud de Santa Elena ofrece servicios de consulta externa, tomas de muestra, promoción y prevención de la salud. Por tal razón los motivos de consulta de los participantes fueron para una atención básica. Estos fueron: control de la presión arterial, el azúcar, dolor de cabeza, dolor y manchas en el seno y control prenatal, ella refiere:

“Yo al centro de salud voy cada vez que tengo que reclamar droga, hacerme exámenes y consultas médicas” (Ea3).

Las principales barreras administrativas que se encontraron fueron en la solicitud de las citas, tiempos de asignación, tiempos de espera en la atención y disponibilidad farmacológica. Las personas para la solicitud de su cita la realizan de acuerdo con sus facilidades. Las solicitudes se realizan de manera presencial y telefónica pero las personas prefieren hacerlo de manera personal para evitar reprocesos y dificultades en la recepción de llamadas, señal, horarios, oportunidad y continuidad de la prestación del servicio, algunos dicen:

“Siempre lo hago personal” (Eb1).

“Pedir una cita, se tomó quince días, uno llama y no contestan se mete por internet y tampoco” (Eb3).

Perciben dificultades en la oportunidad de la asignación de las citas, ellos afirman:

“Le dan la cita para dentro de ocho o quince días, para la misma semana no” (Eb5).

Los participantes manifestaron durante la atención que los tiempos de espera son largos, lo que implica gastos de alimentación, pérdida de días laborales o actividades domésticas, ella considera que:

“A mí se me ha ido hasta el día completo allá” (Ec3).

Situación que se agudiza con la cancelación de la atención y la falta de disponibilidad de medicamentos para la continuidad del tratamiento con implicaciones económicas, ella asegura:

“Me dejan esperando horas para no atenderme” (Ec4).

“Hay unos medicamentos que no tienen prioridad en el Centro de Salud entonces lo mandan a uno es al Cohan en la ciudad de Medellín” (Ed1).

7.4 Principales implicaciones geográficas, económicas y culturales que han tenido los usuarios al acceder a los servicios de salud

Dentro de las principales dificultades geográficas que se evidencian es que el transporte público no pasa continuamente, teniendo en cuenta que ninguno de los participantes cuenta con transporte propio, lo que dificulta aún más el llegar a tiempo a las citas médicas. Además, en el Centro de Salud disponen del tiempo del usuario haciéndolo esperar mucho más, los participantes consideran que:

“A veces se va uno para las citas y ni la buseta ni el colectivo. Y llega uno tarde unos minutos, explica y ya lo dejan a uno de último y si llega antes de tocar esperar, no comprenden” (C5).

Además, las condiciones climáticas y el largo caminar que se pueden presentar entre el hogar y el Centro de Salud agudiza o impide la asistencia a la cita médica, refiriendo que:

“En la vereda piedra gorda en bus quince minutos, caminando 45 minutos o una hora” (C6).

Dentro de las principales implicaciones económicas o gastos de bolsillo se pueden evidenciar obstáculos al tratar de ingresar a una atención en salud, intentando hacerle un control a una patología que puede poner en riesgo la vida del paciente, él dice que:

“Fui para preguntar sobre un programa de anticoagulante y me dijeron que tenía que hacerlo particular” (D1).

Algunos participantes prefieren atención particular por la oportunidad, calidad y eficiencia en la atención brindada, generando gastos no previstos para la familia, ellos afirman que:

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

“La cita particular cuesta 35.000 y 40.000 fuera de los exámenes y medicamentos que le manden, pero si es mucho mejor” (D10).

Para la población en general y con discapacidad la situación económica también es grave ya que en el centro de salud no cuentan con la dispensación de algunos insumos y medicamentos, y la falta de personal asistencial especializado obliga a los usuarios a trasladarse aún más lejos de sus hogares para recibir dicha atención, ella sostiene:

“La niña con discapacidad, cuando es por los pañales y eso si la llevamos acá, pero si es algo como de fisioterapeuta, o cambio de una silla de ruedas, o cuando se enferma de urgencia toca correr para Medellín.” (D11).

“Imagínese que la droga que le mandan a Francisco vale como 30.000 pesos la caja y no se ha podido comprar porque no hay como” (D4).

Las diferencias culturales se presentan desde la perspectiva de los usuarios frente a la telemedicina que no la ven como la mejor opción, ellos refieren:

“Es que un doctor cómo se va a dar cuenta por medio de un celular qué es lo que tiene” (F4).

Otro hallazgo, es el concepto médico que tienen los participantes que buscan la aprobación para continuar con los cuidados naturales de la medicina tradicional.

“Uno siempre pregunta sobre alguna bebida o té, si me lo puedo tomar o no, uno busca el consentimiento de ellos” (F2).

Además, no hay una comunicación asertiva y de calidad que permita dar respuesta a los interrogantes en salud. Por tal motivo los usuarios no se sienten conforme en la manera como atienden los médicos y su falta de pertinencia en encontrar una solución a la enfermedad.

“El médico le dice a uno solamente qué tiene, que le duele y ya le manda exámenes” (F11).

La oportunidad en la atención sigue siendo una de las principales observaciones de los usuarios, ya que sienten que los profesionales en salud diagnostican tardíamente sus patologías y no le prestan la suficiente atención, manifestaron:

“En muchas partes de Colombia los médicos no profundizan en qué es lo que tiene el paciente, empiezan a mandar de todo muy tarde” (F8).

7.5 Humanización en los servicios de salud

Dentro de las categorías emergentes tenemos la humanización en los servicios de salud, ya que los usuarios manifiestan inconformidad y desánimo por el incumplimiento de las funciones del personal administrativo, generando mala imagen del centro de salud. La falta de amabilidad y tacto como lo son los principios y valores institucionales, en los relatos los participantes manifestaron:

“Esa niña que lo recibe a uno de admisiones si es como muy malgeniada y cuando se estresan sí es como que no me mire no me toquen porque es muy malgeniada” (G4).

“Esta semana que llame para pedir la cita de mi mamá me responde que “no la puedo atender en este momento, llame más tarde” y me colgó.” (G3).

La totalidad de los participantes han llegado a la conclusión de que es necesario y de vital importancia contar con el servicio de urgencias, ya que han evidenciado situaciones en las que personas allegadas han muerto en el traslado hasta la ciudad de Medellín para ser atendidos, enfatizando que:

“Aquí en Santa Elena no hay urgencias, entonces mientras uno va hasta Medellín o Rionegro hay personas que se han muerto en el camino” (H2).

La mayoría de los participantes admiten tener una atención regular basada en sus experiencias, la cual pueden llegar a mejorar si se tiene en cuenta la habilitación de nuevos servicios como el de urgencias, la humanización del personal y la aplicación de los valores institucionales.

“Por lo general siempre ha sido una atención muy regular” (H5).

Buscando la limpieza de los datos y la aprobación por parte de los participantes de la investigación, todos los hallazgos se triangularon con dos entrevistados para evidenciar si había, por parte de los investigadores, una mala interpretación de sus relatos y así corregir conforme a la realidad que los participantes buscaban evidenciar, sin omitir o admitir nuevos juicios de valor.

8. Discusión

Como se mencionó en el capítulo de los resultados, esta investigación fue dirigida a usuarios del Centro de Salud del corregimiento de Santa Elena, Medellín, Antioquia.

Se puede evidenciar que durante la búsqueda y la permanencia del servicio se presentaron factores limitantes que retrasan y determinan el acceso efectivo a la atención; entre ellos podemos encontrar dificultades en la comunicación telefónica y demoras en la asignación de citas. Así mismo, es como lo presenta la investigación de Rodríguez y Corrales, donde en diferentes zonas de Colombia los usuarios manifiestan presentar esta situación. También, es posible identificar que la falta de disponibilidad de personal asistencial es un factor generador de demoras en el servicio. Así como lo argumenta la OMS “el déficit crónico de personal sanitario es uno de los principales obstáculos para prestar servicios de atención sanitaria eficaces a quienes más los necesitan” (50).

Otros limitantes administrativos para la prestación de los servicios de salud, es la falta de disponibilidad farmacológica en el centro de salud, ya que como lo manifiestan los usuarios no hay prioridad para algunos medicamentos, que permita darle continuidad a los tratamientos. Por ello, Ospina y Benjumea ahonda que la ausencia de medicamentos en el servicio farmacéutico conduce a una dispensación incompleta o no entrega de los medicamentos en la cantidad, concentración y forma farmacéutica indicada por el médico, aumentando la automedicación (medicamentos no autorizados), no hay buena adherencia terapéutica, se incumplen parcial o totalmente las dosis o hasta se puede administrar por la vía y tiempos incorrectos (51). Dado lo anterior, es indispensable contar con servicios de calidad y eficiencia que propendan por la salud pública de la comunidad.

Dentro de las principales manifestaciones de los usuarios frente al transporte público, para asistir a las citas médicas en el Centro de Salud, se encuentran que en algunas ocasiones no hay disponibilidad de este, lo que indica que deben recorrer varios kilómetros a la intemperie y bajo

unas condiciones climáticas inclementes Además, la mayoría no cuenta con un vehículo propio; en la misma línea el Plan de Desarrollo del corregimiento de Santa Elena de 2015, realizado por la Alcaldía de Medellín, da a conocer que: “las vías en general no se encuentran señalizadas ni con buenas especificaciones técnicas, en donde al igual que en la carretera principal se requieren andenes, pues el desplazamiento de los peatones es realizado sobre la vía, poniendo en riesgo la seguridad de estos” (8).

Según información suministrada por la Secretaría de Transporte de Medellín, la infraestructura vial con relación a la calidad de la superficie de asfalto “se encuentra muy deteriorada, y a esto se le suma lo estrecho de la calzada que no permite que la movilidad se desarrolle en óptimas condiciones”. Otras de las preocupaciones por parte de la población, manifestadas en el Plan de Desarrollo del corregimiento, fueron las siguientes: “El mal estado y la falta de mantenimiento de las vías secundarias, la poca disponibilidad de transporte al interior de algunas veredas, sección de vía reducida y falta de senderos peatonales” (8).

Teniendo en cuenta lo anterior, también es necesario resaltar que los gastos de bolsillo se incrementan en relación con las dificultades mencionadas anteriormente. Es importante tener en cuenta que la Corte Constitucional de Colombia, mediante la sentencia T-212 del 2011 dictamina que:

“Si bien el transporte y el hospedaje del paciente y su acompañante no son servicios médicos, hay ciertos casos en los que el acceso efectivo al servicio de salud depende de que el paciente pueda desplazarse hacia los lugares donde le será prestada la atención médica que requiere, desplazamiento que, en ocasiones, debe ser financiado porque el paciente no cuenta con los recursos económicos para acceder a él” (52).

Sumado a esto, los pacientes manifiestan preferir consultar particularmente y comprar los medicamentos de su bolsillo ya que el centro de salud no cuenta con el inventario necesario para suplir sus necesidades. Como lo expresa Jiménez y López todo lo anterior, afecta la adherencia a los tratamientos médicos, agudiza las patologías en los pacientes, dificulta la recuperación de la salud y aumenta la pobreza multidimensional (53).

Las principales preocupaciones de los usuarios en el centro de salud frente a la situación cultural tienen que ver con la telemedicina, que se define como la provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de

promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, por profesionales de la salud. Donde utilizan tecnologías de la información y la comunicación, que les permiten intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población. Esta presenta limitaciones de oferta de acceso a los servicios o de ambos. Donde la falta de infraestructura tecnológica, las habilidades comunicativas de los profesionales en salud y la deficiente cobertura en determinadas zonas del territorio, complica la seguridad, confidencialidad y la protección de los datos ya que se pueden ver vulnerados. Así mismo, la OPS resalta que hay resistencia al cambio, donde los profesionales y pacientes se sienten inseguros y poco confortables por una nueva y desconocida forma de atención en salud, que implica cierto grado de incertidumbre inicial. Además, la falta de vínculo emocional genera opiniones negativas sobre la telemedicina (54).

Otro de los hallazgos encontrados es la gran fuerza que tiene la medicina occidental en nuestro territorio los usuarios buscan una aprobación por parte del personal médico de la implementación de otro tipo de medicina. Según el estudio del poder médico el cual señala que, la profesión médica está dotada de autonomía y vista socialmente como precisa, exacta y científica, otorgando así a los médicos una influencia de definir lo que es normal o no y monopolizar conocimientos y prácticas (55). Sin embargo, esto limita el cuidado de los usuarios para favorecer su salud y vida, por la espera de un visto bueno por parte de un profesional.

Desde una perspectiva global y teniendo en cuenta todos los hallazgos de esta investigación, además todas las sustentaciones de estudios previos en esta misma temática, se puede concluir que los usuarios del centro de Salud de Santa Elena identifican barreras para la atención médica oportuna y de calidad tal como se ha demostrado que sucede en varias partes de Colombia y América Latina. Las nuevas tecnologías han renunciado a la humanización en los servicios de salud, ya que la mayoría de los pacientes opinan no obtener la mejor atención, y a la vez se sienten distanciados de los profesionales, generando desconfianza en el sistema de salud y cronicidad de las enfermedades fácilmente detectables y recuperables, afectando la salud pública de los santaelenenses y aumentando los retos en salud para Antioquia.

9. Conclusiones

En el Centro de Salud del corregimiento de Santa Elena, Antioquia, se presentan dificultades para el acceso a la atención médica, lo cual representa una amenaza a la salud de sus ciudadanos. Ya que según el tipo de barrera que se presente, puede dilatar o no permitir el ingreso al sistema.

En este sentido y agravando la situación anterior, el Centro de Salud no cuenta con el servicio de hospitalización ni urgencias, condición que se aumenta exponencialmente debido a que el corregimiento tiene un alto flujo de turistas y muchas de las personas residentes de la ciudad, se están desplazando hacia esta zona por su atractivo territorio; intensificando la demanda de servicios, sin verse aumentada la oferta.

Todas las personas entrevistadas se encontraban en estrato socioeconómico bajo-bajo o medio-bajo, realidad que afecta directamente a los ciudadanos porque el nivel de complejidad del centro de salud no cumple con las necesidades de la población, generando gastos de bolsillo en transporte y alimentación, que se ven aumentados cuando deben acercarse a un hospital en la ciudad de Medellín, o cuando no hay disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para la rehabilitación de las morbilidades.

Además, las características geográficas de la zona perjudican aún más el acceso oportuno, ya que sus habitantes deben recorrer largas distancias para poder acceder a la atención, que en ocasiones no es brindada por la falta de infraestructura y personal profesional en salud.

Agregando a lo anterior, la falta de humanización del personal administrativo del centro de salud genera impresiones negativas por la desatención que perciben cuando realizan un trámite o necesitan de orientación en los procesos administrativos.

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Los participantes de la investigación sienten que la telemedicina los distancia de una atención cómoda y personalizada, la cual les deja interrogantes y vacíos de información.

Es por todo lo anterior que esta investigación evidencia las barreras de acceso a los servicios de salud, de las que da cuenta la comunidad santaelenense, las cuales son de índole administrativa, económica, geográfica y cultural, que si bien en algunas situaciones se ven agudizadas por factores propios de cada grupo familiar, se hace explícita la necesidad de rediseñar los programas de salud actuales, e implementar nuevas estrategias que le provean a la comunidad salud y bienestar integral, respondiendo de forma precisa a las necesidades que ellos manifiestan.

10. Recomendaciones

En el corregimiento de Santa Elena, debido a la alta demanda de servicios y aumento de población, se recomienda aumentar su nivel de complejidad para pasar a convertirse en hospital, y así pueda prestar servicios de hospitalización y urgencias, ampliando la capacidad instalada para una mayor oferta en salud.

Además, se encontró que algunos programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad no cumplen con los requerimientos en salud de la población, por ello es necesario rediseñar dichos programas, acordes al actual perfil epidemiológico de los santaelenenses.

Debido a la gran extensión territorial del corregimiento y sus características geográficas, es preciso implementar brigadas de salud extramurales con especial énfasis en enfermedades crónicas como la diabetes e hipertensión para disminuir el porcentaje de incidencia y promover hábitos saludables.

Dentro de las principales quejas que manifiestan los participantes de esta investigación, se encuentra la falta de humanización por parte del personal administrativo, deficiencia en la orientación de servicios y ausencia de conocimientos de derechos y deberes por parte de los usuarios, por esta razón cual se sugiere capacitar el personal administrativo en admisión al usuario con énfasis en gestión social. Así mismo, implementar acciones en donde los usuarios conozcan de primera mano sus derechos, deberes y medios de reclamación en salud.

Por último, realizar reinducción en sistemas de salud y telecomunicación al personal asistencial en especial médicos, que les provean las herramientas para gestionar adecuadamente la atención en salud.

11. Referencias

1. OPS. Salud Universal [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
2. OMS. Políticas públicas para la salud pública [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_chap4_es.pdf
3. Programa de las Naciones Unidas para el desarrollo. Objetivo 3: Salud y bienestar [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
4. García I, Vargas I, Mogollon PA, Paepe P, Ferreira MR, Unger JP et al. Barreras en el acceso a la salud en países con diferentes sistemas de salud. Estudio transversal en municipios del centro de Colombia y noreste de Brasil [Internet]. 2014; 106:204–213. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.01.054>
5. PAHO. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=esv
6. Cobertura sanitaria universal [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
7. Cevallos R, Amores A. Prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas. [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/servicios%20salud%20zonas%20indigenas.pdf>
8. Alcaldía de Medellín. Plan de desarrollo local corregimiento Santa Elena [Internet]. [Consultado 2020 Jun 10]. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_17/ProgramasyProyectos/Shared%20Content/Documentos/2015/Planes%20de%20desarrollo%20Local/COMUNA%2090%20SANTA%20ELENA.pdf
9. OMS. La salud es un derecho humano fundamental [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en:

- <https://apps.who.int/mediacentre/news/statements/fundamental-human-right/es/index.html>
10. OPS. Salud Universal [Internet]. [Consultado 2020 Jun 8]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
 11. Naciones Unidas. Estándares Internacionales sobre el Derecho a la Salud en el Sistema de las Naciones Unidas [Internet]. [Consultado 2020 Jun 8]. Disponible en: https://www.hchr.org.co/migracion/phocadownload/publicacion/es/Libros/estandares_internacionales_sobre_Derecho_a_la_Salud_en_la_UNU.pdf
 12. OCDE. Acerca de la OCDE [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <https://www.oecd.org/acerca/>
 13. PNUD. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
 14. OMS. Salud y derechos humanos [Internet]. [Consultado 2020 Jun 8]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
 15. OMS. Organización Mundial de la [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. p. 2. Disponible en: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/>
 16. Sossa Santos MP, Castañeda MM. ABC del plan decenal de Salud Pública [Internet]. [Consultado 2020 Jul 21]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RI/DE/VS/ED/PSP/IMP_4feb+ABCminsalud.pdf
 17. Colombia. Congreso de la República. Acto Legislativo 02 de 2009 por el cual se reforma el artículo 49 de la Constitución Política. Boletín Oficial 47570 (Dic 21 2009)
 18. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 100 De 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 41148 (DIC 23 1993)
 19. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 49427 (Feb 16 2015)
 20. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 del 2011 Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, 47957 (Ene 19 2011)
 21. Sanatorio de contratación ESE. Atención al Ciudadano [Internet].

- [Consultado 2020 Jul 21]. Disponible en: <http://www.sanatoriocontratacion.gov.co/index.php/es/ciudadano/que-es-el-siau>
22. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 4747 de 2007 Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El Ministerio; 2007.
 23. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3047 de 2008 Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud. Diario Oficial 47082 (Ago 15 2008).
 24. PND. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 [Internet]. [Consultado 2020 Jul 21]. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/Resumen-PND2018-2022-final.pdf>
 25. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Diario Oficial, 49794 (Feb 22 2016).
 26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019 por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud-PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE. Diario Oficial, 51092 (Sep 30 2019).
 27. Guerrero M, Gallego AI, Becerril Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Publ Mex. 2011;53(2):144-155.
 28. Agudelo Calderón CA, Cardona Botero J, Ortega Bolaños J, Robledo Martínez R. Sistema de salud en Colombia 20 años de logros y problemas. Ciencia Saude Coletiva. 2011;16(6):2817-28.
 29. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada un estudio de caso en Colombia [Internet]. [Consultado 2020 Jul 10]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>
 30. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex [Internet] 1985;27(5):438-453. [Consultado 2021 Sep 18] Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
 31. Almaguer JA. Modelos interculturales de servicios de la salud. Salud Publ Mex [Internet] 2007;49(12):84-93 [Consultado 2020

- May 13]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10649040.pdf>
32. Sánchez Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(1):82–9
33. Rodríguez Hernández JM, Rodríguez Rubiano DP, Corrales Barona JC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana. Ciencia Saude Coletiva. 2015;20(6):1947–1958.
34. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud [Internet] 2009;27(2): 121-130.4 [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/259/1863>
35. Supersalud. Cifras y estadísticas [Internet]. [Consultado 2020 Jun 2]. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>
36. Datos Abiertos Colombia. Base de datos 2019 enero-octubre [Internet]. [Consultado 2020 Jun 4]. Disponible en: <https://www.datos.gov.co/Salud-y-Proteccion-Social/Base-de-datos-2019-enero-octubre/s759-e7kt>
37. Tobar F. La atención de la salud [Internet]. [Consultado 2020 Nov 2]. Disponible en: <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/la-atencion-de-la-salud>
38. PAHO. La renovación de la atención primaria de la salud de las américas [Internet]. [Consultado 2020 Jun 4]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>
39. Hospital General de Comitán. Consulta Externa [Internet]. [Consultado 2020 Jul 13]. Disponible en: <http://hospitalcomitan.com.mx/servicios/consulta-externa/>
40. Mercenier P. El rol del centro de salud en un sistema local de salud basado en la estrategia de atención primaria [Internet]. [Consultado 2021 May 4]. Disponible en: https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/salud_publica/012.pdf
41. Alcaldía de Medellín. Medellín y su población [Internet]. [Consultado 2020 Jun 9]. Disponible en: [http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal_Ciudadano/Plan de Desarrallo/Secciones/Información General/Documentos/POT/medellinPoblacion.pdf](http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpccontent/Sites/Subportal_Ciudadano/Plan_de Desarrallo/Secciones/Información General/Documentos/POT/medellinPoblacion.pdf)

42. Alcaldía de Medellín. Plan de desarrollo 2012-2015 Medellín Un Hogar para la Vida [Internet]. [Consultado 2020 Jun 9]. Disponible en: [http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal del Ciudadano/Plan de Desarrallo/Secciones/Publicaciones/Documentos/PlaDesarrollo2012-2015/Plan de Desarrollo baja.pdf](http://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/wpcccontent/Sites/Subportal_del_Ciudadano/Plan_de Desarrallo/Secciones/Publicaciones/Documentos/PlaDesarrollo2012-2015/Plan de Desarrollo baja.pdf)
43. Alcaldía de Medellín. Indicadores Básicos 2016 [Internet]. [Consultado 2020 Jun 9]. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano 2/PlandeDesarrollo 0 19/IndicadoresyEstadisticas/Shared Content/Libros de indicadores/libro indi 2016 baja.pdf>
44. Galeano Marín ME. Estrategias de investigación social cualitativa: el giro de la mirada. La Carreta Editores 2004;2(7):63-82.
45. Fuster DE. Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. Propósitos y Representaciones [Internet] 2019;7(1): 201 – 229 [Consultado 2020 Nov 3]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>
46. Arias Castilla CA. Enfoques teóricos sobre la percepción que tienen las personas. Horiz Pedagóg [Internet]. 2006;8(1):9–22 [Consultado 2020 Jul 21]. Disponible en: <https://revistas.iberoamericana.edu.co/index.php/rhpedagogicos/article/view/590>
47. Otzen T, Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. Int J Morphol [Internet] 2017;35(1):227-232. [Consultado 2021 Jul 09] Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
48. Universidad de Chile. Principios generales de ética [Internet]. [Consultado 2020 Jul 21]. Disponible en: <https://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76256/principios-generales-de-etica>
49. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio, 1993
50. OMS. ¿Qué repercusiones tiene la escasez de personal sanitario? [internet]. [Consultado 2021 Ag 20]. Disponible en: <https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/01/es/>
51. Ospina A, Benjumea DM, Amariles P. Problemas de proceso y resultado relacionados con los medicamentos: evolución

- histórica de sus definiciones. Rev Fac Nac Salud Pública. [internet]. 2011;29(3) [Consultado 2021 Ag 20]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2011000300014
52. Corte Constitucional. Sentencia T-212/11 [internet]. [Consultado 2021 Ag 2]. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2011/T-212-11.htm>
 53. Jiménez Forero, López Flórez DM. Caracterización del gasto de bolsillo en medicamentos en Colombia a partir de la encuesta nacional de hogares 2010. [Trabajo de grado para optar al título de químico farmacéutico]. Bogotá: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales; 2015
 54. OPS. Marco de Implementación de un Servicio de Telemedicina [internet]. [Consultado 2021 Ago 9]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28413/9789275319031_spa.pdf?sequence=6
 55. Azeredo, Y, Schraiber L. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. Salud colect [internet] 2016;12(1): 9-12 [Consultado 2021 Ago 9]. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/864/915>

12. Anexos

Anexo 1 Cartas de presentación

	FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA "Héctor Abad Gómez"
Medellín, 05 de abril de 2021	
Doctor Ignacio Serna García Gerente Centro de Salud Santa Elena Santa Elena- Antioquia	
Cordial saludo,	
Los estudiantes, Jhonattan Arias Parra con documento, No. 1.017.241.476 y Mariana Patiño Zapata No. 1.017.274.452, se encuentran matriculados, en el programa Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en el curso Trabajo de Grado desarrollando el tema "Barreras de acceso al servicio de consulta externa medica general en el centro de salud Santa Elena". Respetuosamente le solicitamos su colaboración, permitiendo a los estudiantes recopilar la información necesaria para la realización de la propuesta de trabajo de grado.	
Se aclara que la información será utilizada únicamente con fines académicos y debe ser entregada directamente a los estudiantes, según los datos que ellos suministren.	
Agradezco la colaboración que pueda brindarles.	
	
Coordinador Administración en Salud énfasis en Gestión de Servicios de Salud Facultad Nacional de Salud Pública Universidad de Antioquia	

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»



FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
"Héctor Abad Gómez"

Medellín, 05 de abril de 2021

**Señor
Luis Fernando Sánchez
Presidente de la JAC el Placer
Santa Elena- Antioquia**

Cordial saludo,

Los estudiantes, Jonathan Arias Parra con documento, No. 1.017.241.476 y Mariana Patiño Zapata No. 1.017.274.452, se encuentran matriculados, en el programa Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, en el curso Trabajo de Grado desarrollando el tema "Barreras de acceso al servicio de consulta médica externa general en el centro de Salud santa Elena". Respetuosamente le solicitamos su colaboración, permitiendo a los estudiantes recopilar la información necesaria para la realización de la propuesta de trabajo de grado.

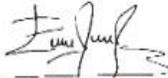
Se aclara que la información será utilizada únicamente con fines académicos y debe ser entregada directamente a los estudiantes, según los datos que ellos suministren.

Agradezco la colaboración que pueda brindarles.

Coordinador
Administración en Salud énfasis en Gestión de Servicios de Salud
Facultad Nacional de Salud Pública
Universidad de Antioquia

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Anexo 2 Aval comité de carrera

 <p>UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA</p>	<p>FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA "Héctor Abad Gómez"</p>
<p>Medellín, 28 de abril de 2021</p>	
<p>Señores EPS SAVIASALUD Presente</p>	
<p>Cordial saludo:</p>	
<p>El comité de carrera del programa Académico, Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud, revisó en el acta 04 de 26 de abril de 2021, el trabajo de grado "Barreras de acceso al servicio de consulta médica externa general en el centro de Salud Santa Elena", elaborado por los estudiantes, Mariana Patiño Zapata, identificada con documento 1017274452 y Jonathan Arias Parra, identificado con documento 1017241476 de la sede Medellín, y otorga el aval respectivo.</p>	
<p>Atentamente,</p>	
	
<p>Elkin Fernando Ramirez Rave Coordinador Comité de Carrera Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud</p>	

Anexo 3 Aval de la Junta de Acción Comunal

Medellín 17 de abril de 2021

Señor

Luis Fernando Sánchez

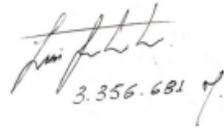
Presidente de la JAC el Placer,

Es para nosotros muy grato poder contar con su apoyo para la realización del trabajo de grado “Barreras de acceso al servicio de consulta externa médica general en el centro de salud Santa Elena. Primer semestre 2021” en cabeza de Jhonattan Arias Parra y Mariana Patiño Zapata.

Por medio de la presente usted como representante de la comunidad a la cual va dirigida la investigación acepta y nos permite la entrada a sus habitantes, para ser entrevistados conforme a los lineamientos de Ética y exclusivamente con fines académicos. Con esto nos da su aval y consentimiento para alcanzar los objetivos propuestos, además da fe que conoce la investigación y nos proporcionará los medios y recursos que están a su alcance para la culminación exitosa de la investigación.

No siendo otro motivo, se expide a razón del interesado

Cordialmente,



3.356.681

Luis Fernando Sánchez

CC. 3.356.681

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Anexo 4 Instrumento de captación de participantes

Tu respuesta _____

Correo electrónico

Tu respuesta _____

Número de teléfono *

Tu respuesta _____

Otro número de teléfono

Tu respuesta _____

¿Es usted residente en el corregimiento de Santa Elena? *

SI

NO

Siguiente Página 1 de 4 [Borrar formulario](#)



Experiencias en la atención en salud en el centro de salud Santa Elena

Somos dos estudiantes de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Estamos realizando una investigación para optar por el título de Administradores en Salud. Y su objetivo es el de comprender la experiencia de las personas que asisten a una consulta médica en el centro de salud de Santa Elena.

El tiempo requerido para el auto diligenciamiento de la encuesta es de aproximadamente 5 minutos. Recuerde que esta encuesta es totalmente anónima y la presentación de resultado será por medio de datos agrupados, en ningún momento se utilizarán nombres propios.

Si tiene alguna duda o inquietud sobre el proyecto se puede comunicar con:

1. Al correo del proyecto de investigación: experiencias.santaelena@gmail.com
2. A los correos personales de los investigadores: Jhonattan.arias@udea.edu.co y mariana.patinoz@udea.edu.co

 experiencias.santaelena@gmail.com (no compartidos) 

[Cambiar de cuenta](#)

*Obligatorio

Nombre *

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Experiencias en la atención en salud en el centro de salud Santa Elena

¿Usted asiste al Centro de Salud de Santa Elena? *

SI

NO

Atrás Siguiente  Página 3 de 4 Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Experiencias en la atención en salud en el centro de salud Santa Elena

¿Usted ha asistido a alguna consulta medica en los últimos 3 meses en el Centro de Salud de Santa Elena? *

Sí

No

¿Aceptaría ser contactado telefónicamente para que nos cuente su experiencia en los servicios de salud? *

Sí

No

¿En que franja horaria nos podemos comunicar contigo ? *

Horas de la mañana

Horas de la tarde

Atrás **Enviar**  Página 4 de 4 Borrar formulario

Experiencias en la atención en salud en el centro de salud Santa Elena

¿Es mayor de edad? (+18 Años) *

SI

NO

Atrás Siguiente  Página 2 de 4 Borrar formulario

Nunca envíes contraseñas a través de Formularios de Google.

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. [Notificar uso inadecuado](#) · [Términos del Servicio](#) · [Política de Privacidad](#)

Google Formularios

Anexo 5 Consentimiento Informado

 <p style="text-align: center;">CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p style="text-align: center;">Barreras de acceso al servicio de consulta médica general en un centro de salud de Santa Elena. Primer semestre 2021</p> <p>Investigadores principales: Jhonattan Arias Parra- Mariana Patiño Zapata</p> <p>Presidente del comité de ética de la investigación:</p> <p>Identificación del participante Nombre: _____ Apellidos: _____ Código: _____</p> <p>La presente investigación es conducida por dos estudiantes del Pregrado en Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. El objetivo general del estudio es Comprender las barreras de acceso en el servicio de consulta médica externa, a partir de las experiencias relatadas por los usuarios de un centro de salud en Santa Elena. Primer semestre del año 2021.</p> <p>Objetivos específicos: 1. Caracterizar los aspectos sociodemográficos de los usuarios del centro de salud 2. Describir las posibles barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales que pudiesen tener los usuarios. 3. Interpretar las experiencias que se le presentaron a los usuarios en el intento o durante la atención de consulta médica externa</p> <p>Las personas son elegidas teniendo en cuenta los criterios de participación. Si usted accede a participar de este estudio, deberá contar su historia de las experiencias vividas en el acceso al servicio de consulta médica externa en el centro de salud. Lo que usted exprese durante el relato, se grabará de modo que las ideas que allí enuncie se puedan transcribir después.</p> <p>La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados de la investigación sean publicados. Una vez transcritos los relatos, éstos se eliminarán.</p>	<p>La participación en esta investigación es absolutamente voluntaria y no influye en ningún aspecto de su cotidianidad. El estudio no brinda un beneficio directo a las personas, diferente al de comprender su historia. Además, no recibirá ninguna compensación económica por participar.</p> <p>La investigación tiene una categoría de riesgo mínimo para el participante no por intervenciones biomédicas, sino por los riesgos de carácter político, psicológico, técnico-científico y/o económico que se puedan presentar. Si tiene alguna duda sobre el estudio, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Igualmente, puede retirarse cuando usted lo desee sin que eso lo perjudique de ninguna forma. Si en algún momento, al contar su historia, llega a un momento incómodo para usted, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no continuar.</p> <p>La devolución de su historia se realizará entregando un relato de lo que narró en los diferentes encuentros de la entrevista, con el fin de que confirme si está de acuerdo con la información allí plasmada o que sean removidas del relato final.</p> <p>De antemano se agradece su participación.</p> <hr/> <p style="text-align: center;">Aceptación de la participación</p> <p>He leído o me han leído el procedimiento descrito arriba, los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas.</p> <p>Manifiesto que no he recibido presiones verbales, escritas y/o gestuales para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.</p> <p>Si usted tiene alguna duda o quiere validar la autenticidad de la investigación puede comunicarse a los siguientes números de contacto.</p> <p>Jhonattan Arias Parra Cel: 3103651575 – Correo: jhonattan.arias@udea.edu.co Mariana Patiño Zapata Cel: 3053246858 - Correo: mariana.patinoz@udea.edu.co Lizeth Yessenia Correa Rangel Cel: 3133498016- correo: lizeth.correa1@udea.edu.co</p>
---	---

Anexo 6 Formato de entrevista



Barreras de acceso al servicio de consulta médica externa en un centro de salud de Santa Elena. Primer semestre 2021

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

La presente investigación tiene como finalidad conocer, interpretar y reflexionar acerca de las barreras administrativas, económicas, geográficas y culturales a las cuales los usuarios del SGSSS se vieron enfrentados al momento de intentar acceder a un servicio de atención médica; considerando las características y dinámicas específicas de cada persona, conociendo factores que influyeron positiva o negativamente y generaron una experiencia personal amena o desagradable frente al servicio.

Indagación Sociodemográfica

- ✓ Género
- ✓ ¿Qué edad tiene?
- ✓ ¿Dónde nació?
- ✓ Último nivel académico alcanzado
- ✓ ¿Trabajas?
- ✓ ¿Cuál es tu actividad laboral?
- ✓ ¿Dónde vives?
- ✓ ¿Cuánto tiempo llevas viviendo aquí?
- ✓ Estado civil
- ✓ ¿Con quién vives?
- ✓ ¿Cuántos hijos tienes?
- ✓ ¿Qué edades tienen tus hijos?
- ✓ ¿Tienes personas a cargo?
- ✓ ¿Existe alguna persona con discapacidad?
- ✓ ¿Reciben alguna prestación social?

Guía temática de preguntas para dar respuesta a los objetivos

- ✓ Relatanos por favor la experiencia más reciente que hayas tenido en una consulta médica general en el Centro de Salud Santa Elena
- ✓ ¿Tuviste problemas en la atención médica? ¿Cómo los resolviste?

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Administrativa

- ✓ ¿En qué EPS se encuentra afiliado?
- ✓ ¿Cuál fue el motivo de su consulta?
- ✓ ¿Usted es usuario frecuente del centro de salud de Santa Elena?
- ✓ ¿Cuándo fue la última vez que consulto en dicho centro de salud?
- ✓ ¿Cómo fue el proceso de asignación de la consulta? (tiempos)
- ✓ ¿Realizaste algún trámite adicional para acceder a la cita? Detallanos ese proceso
- ✓ ¿Qué documentación le fue solicitada para asignar su consulta?
- ✓ ¿Tuvo que realizarse algún examen y/o reclamar medicamentos?
- ✓ ¿Cómo le fue en este proceso?
- ✓ ¿El médico tuvo algún error en la digitación de la HC?

Geográfica

- ✓ ¿Qué medio de transporte utilizó para dirigirse al centro de salud?
- ✓ ¿Qué distancia hay entre su vivienda y el centro de salud? (km)
- ✓ ¿Cuánto tiempo se demoró para llegar al lugar?
- ✓ ¿Cuáles son las condiciones de la carretera en la que transita?

Económica

- ✓ ¿Cuánto dinero gastó el día que recibió la consulta médica?
- ✓ ¿Recibió una consulta de medicina presencial o teleconsulta?
- ✓ ¿Imprimió por su cuenta algún documento para recibir la atención de su cita?
- ✓ ¿Cuánto pago de viáticos o gasolina para ir a su cita?
- ✓ ¿Consumió y pagó alimentos durante el trayecto a la consulta médica?
- ✓ ¿Pago alguna cuota moderadora?
- ✓ ¿Le pagó a alguna persona para que lo acompañara a su cita? (adulto mayor)
- ✓ ¿Pago por la entrega de algún medicamento?
- ✓ ¿Se trasladó a algún otro lugar para que le entregaran los medicamentos?
- ✓ ¿Perdió algún día laboral por asistir a la cita?
- ✓ ¿En pesos eso cuánto le representó?
- ✓ ¿Estos gastos que tuvo que asumir como le parecen? (económicos-altos)

Cultural

- ✓ ¿Entendió lo que el médico le formuló y le recomendó?
- ✓ ¿Cuál fue el lenguaje que empleó el médico? (técnico)
- ✓ ¿Cómo fue el trato que recibió por parte del personal médico y administrativo?
- ✓ ¿Sintió libertad para contarle al médico las costumbres que utiliza en el cuidado de su salud?
- ✓ ¿Confía usted en el sistema de salud?
- ✓ ¿Te sentiste afectado de alguna manera durante el proceso de acceso a la atención médica?
- ✓ ¿Tendrías alguna inconformidad para recibir de nuevo atención médica en el centro de salud?

Le agradecemos sinceramente por su diligencia al responder las preguntas y contarnos sobre su experiencia personal, ha sido para nosotros un placer poder contar con usted para el logro del desarrollo de esta investigación. Muchas gracias

«La salud no lo es todo, pero sin ella todo lo demás es nada»

Anexo 7 Codificación de resultados

	A	B	C	D	E	F	G
1					CODIGO INVIVO	INTERPRETACION	AUTOR QUE RESPALDA EL TESTIMONIO
19				11	Ama de casa vivo acá con mis hijos, nivel de educación primaria	su nivel escolar es bajo y el sustento del hogar esta en manos de su esposo	En el corregimiento son 12.243 personas mayores de 15 años, de las cuales no saben leer y escribir más de un párrafo 903 personas,
20				12	Mi nivel de escolaridad es hasta Sto de primaria	Su nivel de conocimiento es básico, por ello puede tener más dificultad de encontrar empleo.	siendo 303 hombres y 590 mujeres que representan el 5,43% de la población, superando así el índice de analfabetismo promedio establecido para la ciudad de Medellín. El último nivel de estudios aprobado permite observar que en el corregimiento la mayoría de población no cuenta con ningún estudio (20,28%), seguido por el porcentaje de población que cuenta con estudios de primaria (23,59%) y media (16,95%). La población con estudios técnicos,
21	B		Indagación Sociodemográfica	13	soy bachiller		
22				14	Vivo en union libre		
23				15	vivo en union libre	la mayoría de los entrevistados viven en union libre	
24				16	Yo estoy en unión libre		
25				17	Tengo pareja pero vivimos separados vivo con mi mamá	Puede presentar una relación compleja con su pareja, o no tienen los recursos para vivir juntos	
26				18	el gobierno no me ha dado ninguna ayuda	el señor raul esta desempleado y con una complicacion del corazon que no le permite trabajar como otras personas, no recibe subsidio u esta viviendo de la ayuda a diferencia de otras personas si esta recibiendo el subsidio, lo que le a permitido tener un ingreso ya que su pareja esta desempleado y ella solo hace frituras	Colombia Mayor otorga un subsidio mensual a las personas mayores más vulnerables. Entre los requerimientos están: ser colombiano y haber residido en los últimos 10 años en el territorio nacional; tener 54 años si es mujer y 59 si es hombre; pertenecer al Sisbén versión 4 entre las categorías A1 y C1 y tener un ingreso familiar inferior o igual a un salario mínimo mensual si vive con la familia o un ingreso igual o
27				19	Recibo cuota de la tercera edad y eso nos ha ayudado mucho		
					Familias en acción, pero desde el	es una mujer que no trabaja y posiblemente de los pocos	Familias en Acción esta dirigido a la población en condición de