



Acceso al servicio de consulta médica general de la población del Municipio de  
Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024

Víctor Manuel Díaz Saldarriaga

Gina Marcela Alarcón Martínez

Trabajo de Grado presentado para optar al título de profesional en  
Administración en Salud

Asesor

Fernando Giraldo Piedrahita

DSP

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública

“Héctor Abad Gómez”

Medellín

2024

1

<b>Cita</b>	Gina Alarcón y Víctor Díaz (1)	
<b>Referencia Estilo Vancouver/ICM JE (2018)</b>	(1)	Alarcón G. Díaz V. Acceso al servicio de consulta médica general de la población del municipio de Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024 [Trabajo de Grado profesional]. Medellín. Universidad de Antioquia; 2024



Biblioteca de Salud Pública

**Repositorio Institucional:** <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - [www.udea.edu.co](http://www.udea.edu.co)

**Rector:** John Jairo Arboleda Céspedes.

**Decano/ Director:** Edwin Rolando González Marulanda

**Jefe departamento:** Elkin Fernando Ramírez Rave.

**Asesor académico:** Fernando Giraldo Piedrahita

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

## **Agradecimientos**

Expresamos nuestra gratitud principalmente a Dios por permitirnos desarrollar este proyecto de investigación y por haber sido nuestro soporte y guía a lo largo de nuestra carrera.

También agradecemos a nuestras familias por su apoyo incondicional, por compartir sus consejos y enseñanzas en esta etapa de nuestras vidas, por acompañarnos en todo el proceso académico y por confiar en nuestras capacidades.

Agradecemos a todas las personas que nos brindaron su apoyo, acompañamiento y orientación, permitiendo el desarrollo exitoso de este trabajo. Asimismo, agradecemos a nuestros profesores por compartir sus conocimientos y sabiduría, por su paciencia y confianza en este proceso. En particular, agradecemos a nuestro asesor de trabajo de grado, el profesor Fernando Giraldo Piedrahita, por su acompañamiento, disposición y dirección en el desarrollo de esta idea de proyecto y por guiarnos de manera efectiva, por darnos ánimos y ayudarnos a buscar soluciones en las dificultades que se nos presentaron.

Expresamos nuestro agradecimiento al Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, por permitirnos realizar el trabajo de grado en esta institución y proporcionarnos un espacio idóneo para llevar a cabo nuestra investigación.

Finalmente, agradecemos a la Universidad de Antioquia por brindarnos la oportunidad de formarnos como profesionales íntegros y con conocimientos avanzados para fortalecer el crecimiento de la sociedad, y a la Facultad Nacional de Salud Pública por enseñarnos a ser verdaderos salubristas que procuran el bienestar de la sociedad.

## Tabla de contenido

1.	Planteamiento del problema .....	8
2.	Justificación .....	14
3.	Objetivos .....	15
3.1	General .....	15
3.2	Específicos.....	15
4.	Marcos .....	16
4.1	Marco Normativo .....	16
4.2	Marco Teórico .....	20
4.3	Marco Conceptual.....	28
4.4	Marco Contextual.....	33
5.	Diseño metodológico .....	39
5.1	Población .....	40
5.2	Muestra y muestreo .....	40
5.3	Criterios de inclusión y exclusión en el estudio .....	41
5.4	Planeación de recolección de la información.....	41
	5.5 Recolección de la información .....	43
	5.6 Técnicas y procedimientos para la sistematización y análisis de la información .....	43
6.	Consideraciones éticas.....	45
7.	Resultados del estudio .....	47
9.	Conclusiones del estudio .....	60
10.	Limitaciones del estudio .....	61
11.	Recomendaciones del estudio .....	62
	Referencias .....	64
	Anexos .....	76

## **Lista de tablas**

Tabla 1. Categorías y subcategorías de los resultados

## Lista de Anexos

Anexo 1. Autorización del hospital.....	76
Anexo 2. Carta de presentación.....	76
Anexo 3. Consentimiento informado .....	77
Anexo 4. Entrevista semi estructurada.....	81

## Glosario

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

**SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud

**EPS:** Entidad Promotora de Salud

**IPS:** Institución Prestadora de Servicios de Salud

**ESE:** Empresa Social del Estado

**PAIS:** Política de Atención Integral en Salud

**Minsalud:** Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia

**ODS:** Objetivos de Desarrollo Sostenible

**OIT:** Organización Internacional del Trabajo

**UBS:** Unidades básicas de salud

**UPC:** Unidad de pago por capitación

**UCI:** Unidad de cuidados intensivos

**ONU:** Organización de las Naciones Unidas

**IOM:** Organización Internacional para las Migraciones

**PBS:** Plan de Beneficios en Salud

## 1. Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial de la Salud-OMS, la accesibilidad es la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. La atención debe ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos (1).

El primer autor en hablar de accesibilidad es Donabedian que la define como el grado de ajuste entre las características de la población y de los recursos de atención a la salud, describiendo dos dimensiones: la geográfica relacionada con la distancia, el tiempo y el costo de desplazamiento y la socio-organizativa, en la que se incluyen las características de la oferta (2).

Otros autores como Penchansky y Thomas definen el acceso en cinco dimensiones: la disponibilidad en la cual esta comprende la relación o el tipo de servicios existentes, el volumen y el tipo de necesidades de los usuarios, la accesibilidad que es la relación entre la localización de la oferta y de los usuarios, considerando los recursos necesarios para el transporte, duración del viaje, la distancia y el costo, la adaptación que es la relación entre la forma en que los recursos están organizados para atender a los pacientes y su capacidad para adaptarse a estas formas organizativas, la asequibilidad que es la relación entre los precios de los servicios y los ingresos, y la aceptabilidad, definida como la apariencia de las instalaciones, el lugar y los pacientes que se encuentran en los servicios (3).

La Organización Panamericana de la Salud-OPS indica que el acceso y cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso oportuno, y efectivo a los servicios. Sin estas características, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar en las poblaciones (4). La OPS también indica que el acceso y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades puedan acceder sin discriminación alguna a servicios integrales de salud, adecuados y oportunos, determinados a nivel nacional, según sus necesidades, así como a medicamentos de calidad (5).

La OMS estima que cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso integral a los servicios de salud básicos, cerca de 100 millones de personas se ven abocadas a la pobreza extrema por tener que pagar los servicios de salud de su propio bolsillo, más de 930 millones de personas (alrededor del 12% de la población mundial) gastan al menos un 10% de su presupuesto familiar para pagar los servicios de salud. La atención primaria de salud puede atender entre el 80% y el 90% de las necesidades sanitarias de la población a lo largo de su vida, la cobertura mundial de vacunación con difteria, tétanos y tos ferina (DPT) se mantiene en el 85% (2017), lo que deja a 19,9 millones de niños vulnerables ante enfermedades prevenibles. Al menos 400 millones de personas no tienen acceso a servicios de

salud básicos y el 40% carece de protección social. Adicionalmente, más de 1,6 mil millones de personas viven en ambientes frágiles donde las crisis prolongadas, combinadas con servicios sanitarios precarios, presentan un desafío significativo para la salud global (6).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible-ODS de la Asamblea General de las Naciones Unidas en su objetivo número 3 denominado “Salud y Bienestar” establece que la salud es un elemento esencial y que busca “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. La cobertura universal de salud será integral para lograr el ODS 3, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades (7).

Una cobertura universal implica la conexión entre la demanda y la oferta de servicios (promoción, prevención y atención). La posibilidad que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere es la expresión de la cobertura universal, es entonces cuando se habla de acceso efectivo. Aunque todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas han acordado tratar de alcanzar la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030, la consecución de los ODS no ha sido efectiva (8).

Para las Américas, alrededor de una tercera parte de las personas (29,3%) reportó no buscar atención en salud cuando lo necesitaba debido a múltiples barreras de acceso, el 17,2% atribuyó su decisión a barreras organizativas (ej. largos tiempos de espera, horas de atención inadecuadas, requisitos administrativos engorrosos). Las barreras financieras fueron reportadas en el 15,1% de los casos, la disponibilidad inadecuada de recursos (ej. falta personal de salud, medicamentos e insumos) en el 8,4% de los casos y las barreras geográficas en el 5,4% de los casos. Es importante destacar que el 8,0% atribuyó su decisión a barreras de aceptabilidad tales como las barreras lingüísticas, falta de confianza en el personal de salud, maltrato por parte del personal, o preferencia por la medicina tradicional e indígena. Las personas en el quintil de riqueza más pobre fueron más propensas a experimentar barreras de aceptabilidad, financieras, geográficas y de falta de disponibilidad de recursos (9).

En América Latina y el Caribe, la Organización Internacional del Trabajo-OIT afirma que más de 140 millones de personas, es decir, un tercio de la población total no tiene acceso a los servicios de salud, casi uno de cada dos habitantes, alrededor de 218 millones de personas, están excluidos de los sistemas de seguridad social. Aun cuando algunos de ellos están parcialmente protegidos por otros sistemas públicos o privados, un gran número sigue excluido por motivos financieros o culturales (10).

Para ejemplificar la situación, las barreras geográficas y financieras, la necesidad de obtener permiso para visitar al médico o la importancia de ir con acompañantes al establecimiento redujo significativamente la probabilidad de completar los controles prenatales y de tener un parto asistido. Las mujeres que notificaron dificultades para obtener permiso para visitar al médico redujeron su probabilidad

de tener un examen de Papanicolau en los últimos dos o tres años, completar la vacunación de niños y niñas, y la probabilidad de buscar atención para sus hijos con cuadros de infección respiratoria aguda (11).

De igual forma, las condiciones geográficas influyen en el acceso en algunos municipios, destacando que la mayor parte de los viajes intra e intermunicipales se realizan a lo largo de ríos o por caminos difíciles. Las dificultades de los usuarios para acceder a las unidades básicas de salud (UBS) implican largas distancias y tiempos de viaje, insuficiencia y alto costo de transporte y acceso a comunidades ribereñas o rurales condicionado a las temporadas de lluvias/inundaciones o aumento del flujo del río o reflujos. Durante la época de reflujos, algunas comunidades ribereñas quedan completamente aisladas, con caminos por donde solo es posible transitar en pequeñas embarcaciones o a pie. En las crecidas del río, las condiciones para la navegación y amarre de las embarcaciones son mejores al tener una mayor proximidad a los pueblos. Los accesos por tierra, ya sea en carreteras o caminos angostos sin asfaltar llamados ramales, son peores en época de lluvias, con inundaciones, riesgos de derrumbes y 'turberas'. Durante la estación seca, estos riesgos se reducen y el tráfico mejora; sin embargo, el polvo intenso dificulta la visibilidad, especialmente para las motocicletas, aumentando el riesgo de accidentes de tránsito y problemas respiratorios (12).

En Colombia entre los años 1993 a 2019 aunque la tasa de cobertura de aseguramiento en salud pasó de 27% a 95% se evidencia que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites impiden el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 4 personas con problemas de salud, las EPS reciben un pago fijo por cada usuario afiliado (la UPC) que no incluye consideraciones de calidad o desempeño. Además, se han evidenciado limitaciones en materia de infraestructura. Existe una disparidad regional considerable, y algunas regiones del país enfrentan un déficit importante, la oferta de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) es extremadamente baja en algunos departamentos e incluso cinco departamentos del país no tienen ninguna UCI: Amazonas, Guainía, Guaviare, Vichada y Vaupés (13).

Así que no solo se está incumpliendo con la ley Estatutaria 1751 de 2015 de Colombia, la cual manifiesta que el sistema deberá garantizar el derecho fundamental a la salud (14), sino que además no se cumplen los principios del sistema general de seguridad social en salud establecidos en la ley 100 de 1993, ya que se evidencia la falta de universalidad porque no se está cubriendo a las personas en todas las etapas de la vida, el principio igualdad en el sistema de salud colombiano no se cumple, ya que la población ubicada en las zonas rurales no se les está garantizando el acceso al servicio o no están teniendo acceso a este, ni la obligatoriedad se está cumpliendo porque no todas las personas están afiliadas a un sistema de salud (15).

Se encontró además que, en un estudio realizado con las actas de peticiones, quejas, reclamos y sugerencias enviadas a la Secretaría Nacional de Salud de Colombia entre enero de 2012 y junio de 2013, se entrevistó en profundidad a usuarios de los servicios de salud, así como a funcionarios de la Dirección Promotora de Salud, empresas y puntos de venta por el Derecho a la Salud de la Secretaría de Salud de Bogotá. Donde los usuarios de este estudio encontraron limitaciones desde la admisión y la búsqueda de atención debido a las fallas de comunicación en el acceso a los servicios de salud. Para los servicios de atención continua, encontraron barreras derivadas de la necesidad de autorizaciones, falta de disponibilidad de citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos (16).

De igual manera, se halló que la afiliación a un régimen de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud-SGSSS y la edad fueron los determinantes más importantes para explicar el acceso. Las principales barreras de acceso a los servicios ofrecidos por el Sistema de Salud, fueron la percepción de que su problema no era grave (36,31%), el costo del servicio de salud (10,65%), el costo del transporte (7,26%) y la no afiliación a la seguridad social de la población (7,23%). En Colombia, la principal razón por la que la población no acudió al SGSSS pese a tener un problema sanitario, fue la percepción de que su problema de salud no era grave (40%), seguida de la percepción de que el servicio era de baja calidad (10,3%) (17).

En Antioquia, la percepción que tienen los adultos mayores en la atención de salud es un tema sinérgico en la identificación de servicios de calidad y que en ocasiones va ligado de la percepción de salud; el 57,8% de los adultos mayores del departamento de Antioquia expresan tener una buena atención en salud; la población del Bajo Cauca, Magdalena Medio, Oriente, Medellín y Valle de Aburrá fueron las regiones que en mayor medida respondieron percibir una atención entre mala y regular (22% de adultos de cada una de estas poblaciones) (18). Por otro lado, las barreras y los facilitadores se atribuyen a factores de oferta y de demanda, donde la mayoría de las barreras se dan en el acceso real, algunas características sociales de la población también son factores determinantes (19).

En otro estudio realizado en Antioquia en donde se analizó la equidad en el acceso a servicios de salud y sus principales determinantes, se evidenció que ante la necesidad de buscar atención no se observan diferencias entre los afiliados al régimen contributivo y el subsidiado, pero si entre estos y los que no se encuentran afiliados. Las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para no acceder a servicios de salud para afiliados al régimen subsidiado y los no afiliados. Además, se evidenciaron inequidades entre afiliados y no afiliados, en tanto a los de régimen contributivo tienen mayores facilidades para continuar con la atención. Existe un sesgo positivo en el acceso a servicios de salud preventivos que favorece los de mejor situación económica (20).

Por último, una investigación realizada en Medellín sobre la accesibilidad a servicios de salud de III y IV nivel evidencio que las principales barreras que dificultan el

acceso efectivo y oportuno a la atención en salud en Medellín se deben principalmente a la ineficiencia del SGSSS en cuanto a la contratación con los centros especialistas, lo que causa demora en la asignación de citas, la no entrega de medicamentos de bajo o alto costo, falta de personal con experiencia y de recursos para la atención oportuna en las unidades de atención. Adicionalmente, los resultados arrojaron que los trámites administrativos y la demora en las citas son las razones de las barreras de acceso a los servicios (21).

Respecto a la caracterización de la población por EPS para el Municipio de Guadalupe Antioquia a la fecha de junio del 2021, se pudo observar que el régimen contributivo tenía 1.254 usuarios afiliados, distribuidos así: EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN DEPARTAMENTO MÉDICO – 16 afiliados, E.P.S. SANITAS S.A –1 afiliado, E.P.S y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A –13 afiliados, la NUEVA E.P.S S.A. – 1.012 afiliados y SAVIA SALUD EPS CM con 212 afiliados. Para el caso del régimen subsidiado, este tenía 3.684 usuarios afiliados, distribuidos así: SAVIA SALUD EPS – 3.683 afiliados y la NUEVA E.P.S S.A. – 1 afiliado. Por último, el régimen de excepción tenía 82 usuarios afiliados pertenecientes al MAGISTERIO (20).

En el hospital Nuestra señora de Guadalupe se viene trabajando constantemente para mejorar el acceso oportuno de los usuarios a los servicios de salud prestados por la institución, ya sea por medio de la implementación y uso de la tecnología, de esta manera buscan ahorrarles trámites y desplazamientos a los usuarios hasta la planta física de la institución para resolver cualquier demanda en salud que estos tengan (57).

Las estrategias de implementación para el mejoramiento continuo en el hospital van encaminadas a que la atención a los usuarios incluya elementos que protejan la salud, integridad y la privacidad de los mismos; así mismo, que el trato que se les brinda por parte del personal tanto asistencial como administrativo sea humano y sensible, teniendo en cuenta la situación por la que muy probablemente estén atravesando quienes acuden a los servicios de salud (57).

Para realizar el agendamiento de citas de manera virtual el hospital ha implementado el uso de una plataforma llamada “COCO”, la cual le permite al usuario escoger el día, hora y el profesional tratante de acuerdo con la oferta institucional disponible. Sin embargo, para los usuarios ha sido complejo acostumbrarse al manejo de esta, ya que requiere de mucha práctica para lograr utilizarla de manera correcta y poder realizar el agendamiento de las citas. Por consiguiente, el hospital en busca de facilitarles aún más el acceso a los usuarios, ha implementado una línea telefónica vía WhatsApp para que los usuarios se comuniquen por este medio y puedan realizar el agendamiento de sus citas de manera ágil y más accesible. Además, cabe resaltar que no se les niega a los usuarios la posibilidad de desplazarse hasta el hospital y pedir un ficho con el que luego le podrán hacer el agendamiento de las citas de manera presencial (57).

Una vez asignada la cita, el usuario ingresa al servicio el día de la cita siendo recibido por el auxiliar administrativo de admisiones y registro, el cual tiene facultades para identificar situaciones en las que haya algún tipo de limitación que requiera un acompañamiento adicional al usuario por parte del personal de la institución. El servicio dispone de una rampa para facilitar la movilización de las personas en condición de movilidad reducida o con discapacidad. El auxiliar administrativo procede a iniciar con el procedimiento de facturación solicitando al usuario los documentos requeridos (Identificación, Órdenes Médicas y Autorizaciones si requiere) (57).

El auxiliar administrativo verifica los derechos en las plataformas virtuales de cada EPS y el contrato con la institución, luego procede a realizar la facturación de la consulta e indica el consultorio donde será atendido por el profesional, al momento de ingresar con este al usuario se le realiza nuevamente la verificación de identificación y la respectivas ordenes de consulta. El profesional procede a explicar los derechos y deberes del usuario asegurando la comprensión por parte del usuario y acompañante o familiar (57).

Una vez terminado el protocolo de ingreso, el profesional y su equipo definen el plan de cuidado de acuerdo con la condición clínica del paciente. El plan de cuidados es debidamente registrado en la historia clínica electrónica de cada paciente, cumpliendo con los parámetros establecidos por la Institución para este registro, lo cual incluye la identificación de alertas y alarmas en la atención en salud que deban ser consideradas para la continuidad de la atención, asegurando de esta manera la reducción de riesgos asociados a la atención y la integralidad de la atención a los usuarios (57).

Luego de que el profesional define el plan de cuidado, éste procede a explicarle al paciente la prescripción médica y se le brindan una serie de instrucciones para la seguridad del paciente, garantizando la comprensión de las indicaciones por parte de este y de su acompañante. Finalmente, el paciente hace su egreso del servicio (57).

La problemática se situó en el desconocimiento de la percepción de los usuarios sobre el acceso al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024, ya que en los registros de investigaciones y en las bases de datos consultadas no se hallaron estudios que abordaran el tema de investigación; por tal razón no fue posible tratar de una manera más amplia el problema situado. De ahí que, la pregunta que orientó este estudio fue: ¿Cómo han sido las experiencias de los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024?

## 2. Justificación

Por medio de este estudio, se buscó comprender las experiencias de los usuarios sobre el acceso al servicio de consulta médica general, teniendo en cuenta que estos son el eje central de toda institución. Siguiendo de esta manera, los lineamientos del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que dicta que todos los Estados deben velar porque en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud y se adopten medidas para cerciorarse de que los instrumentos utilizados para evaluar la situación en salud no afecten al sector de forma adversa.

El propósito de la investigación fue conocer las experiencias de los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general en la ESE Nuestra Señora de Guadalupe. Esto con el fin de suministrar elementos de conocimientos que puedan aportar a impactar positivamente el acceso a los servicios de salud; ya que, no se contaba con evidencia sobre el acceso al servicio de consulta medica general en la ESE. Por lo cual, se encontró pertinente realizar la investigación, ya que ésta nos permitió conocer las diferentes experiencias que tuvieron los usuarios de la ESE respecto a la prestación del servicio de consulta médica general; la investigación se llevó a cabo con el fin de identificar oportunidades de mejoras y contribuir a la implementación de estrategias para fortalecer la prestación de los servicios.

Se realizó la búsqueda de investigaciones y estudios sobre la accesibilidad a los servicios de salud en el municipio de Guadalupe en las bases de datos Pubmed, EBSCO, LILACS, SciELO, entre otras, sin hallar información pertinente de acuerdo con el tema, lo cual evidenció la falta de investigaciones acerca del acceso a los servicios de salud de esta población, así como los diferentes factores que influyen en el acceso al servicio de consulta médica general.

Con la realización de este proyecto se buscó beneficiar a los diferentes actores involucrados, en el caso de las EPS se contribuye con evidencia para que puedan garantizar el acceso de todos los usuarios a la prestación de los servicios de salud, analizando los diferentes factores que los usuarios identificaron a la hora de acceder a los servicios de consulta médica general; para la IPS aportó herramientas que permitan la implementación de programas que vayan encaminados a brindarles un servicio integral a todos los usuarios que asisten a la institución en busca de que se les satisfagan sus necesidades en salud y que tengan un acceso oportuno al servicio de consulta médica general, y por último, en el caso de los usuarios contribuyó con evidencia para el fortalecimiento en la prestación de los servicios y los programas de la institución, racionalización de trámites, atención integral y oportuna, con el fin de cubrir sus necesidades en salud y que de esta manera puedan egresar del servicio con un alto nivel de satisfacción.

### **3. Objetivos**

#### **3.1 General**

Comprender los significados de las experiencias de los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024.

#### **3.2 Específicos**

- Reconstruir las experiencias de los usuarios con relación a los diferentes factores que influyen en el acceso al servicio de consulta médica general.
- Interpretar los significados de las experiencias que tienen los usuarios sobre el acceso al servicio de consulta médica general
- Reflexionar sobre las experiencias que tienen los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general

## 4. Marcos

### 4.1 Marco Normativo

**El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas** estipula dentro de su esfera de los derechos económicos, sociales y culturales, el derecho a la salud, “la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a la salud estipula que los Estados que son parte deben velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho a la salud y adoptar medidas para cerciorarse de que esos instrumentos no afecten adversamente al derecho a la salud” (21).

Según la **Organización Panamericana de la Salud (OPS)** el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (22).

Los **Objetivos de Desarrollo Sostenible ODS (AG-ONU)**, en su objetivo n° 3 “Salud y Bienestar” establece que la salud es un elemento esencial y que busca “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. La cobertura universal de salud será integral para lograr el ODS 3, terminar con la pobreza y reducir las desigualdades (20).

**Naciones unidas-observación general 14: capítulo IV (aplicación en el plano nacional):** El pacto impone la obligación de que cada Estado debe adoptar las medidas que sean necesarias para que toda persona tenga acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud y pueda gozar cuanto antes del más alto nivel posible de salud física y mental (24).

### **Ley 100 de 1993**

Se encarga de “reclutar y organizar entidades relacionadas con la salud, asimismo establece normas y procedimientos para que las personas y la comunidad tengan acceso a los servicios de salud, con el objetivo de mejorar su calidad de vida” (25).

Por medio de esta ley se crea el Sistema de Seguridad Social Integral, esta norma crea y define roles para las entidades que permitirían el funcionamiento del sistema, una de ellas fue las EPS quienes se encargarían del aseguramiento de la población colombiana mediante un régimen contributivo y subsidiado según capacidad de

pago, por su parte contempla a las IPS como encargadas de la prestación efectiva de los servicios de salud (25).

### **Política de Atención Integral en Salud**

Tiene objetivo orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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”, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (26).

### **Ley 1122 de 2007**

Tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento y acceso en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud (27).

### **Ley 1438 de 2011**

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 (28).

### **Ley estatutaria 1751 de 2015**

“Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (29).

### **Decreto 780 de 2016**

"Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social". En el parágrafo 2.1.3.4 habla sobre el acceso de los afiliados a los servicios de salud, se establece que el afiliado podrá acceder a todos los servicios de salud del plan de beneficios desde la fecha de su afiliación o de la efectividad del traslado de EPS o de movilidad y que las novedades sobre la condición del afiliado en ningún caso podrán afectar la continuidad de la prestación de los servicios de salud (30).

## **Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031**

Es una política pública que incluye la hoja de ruta que, a partir del consenso social y ciudadano, establece los objetivos, las metas y las estrategias para afrontar los desafíos en salud pública para los próximos 10 años, orientados a la garantía del derecho fundamental a la salud, el bienestar integral y la calidad de vida de las personas en Colombia (31).

## **Plan Territorial de Salud del municipio de Guadalupe 2024 – 2027**

De acuerdo a los lineamientos establecidos a nivel nacional se elabora el Plan Territorial de Salud- PTS “Construyamos Juntos por Guadalupe 2024-2027” como un documento clave en la planificación y gestión de la salud del Municipio de Guadalupe (32).

### **Desafíos actuales en salud:**

- **Atención médica limitada:** La falta de equipos hospitalarios puede limitar la capacidad del hospital para proporcionar atención médica adecuada a los pacientes. Esto puede resultar en largas listas de espera, falta de acceso a pruebas diagnósticas, tratamientos necesarios y una menor calidad de atención en general.
- **La poca asignación de recursos y presupuesto para el sistema de salud:** afecta la calidad de los servicios de salud disponibles ya que se vuelven limitados, incluyendo prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, empiezan los desabastecimientos en medicamentos y el aumento en las tasas de mortalidad y morbilidad, especialmente en lo que respecta a condiciones tratables y prevenibles.
- **Los factores ambientales:** La contaminación de fuentes de agua, aire y suelo provenientes de las quemadas e incendios, más el manejo inadecuado de residuos, la tala de árboles (consecuencia de la minería) y la exposición al mercurio, generan una gran pérdida de la biodiversidad y pueden causar diferentes tipos de enfermedades especialmente las relacionadas con el sistema respiratorio.
- **Aumento en los problemas de salud mental:** el alto consumo de sustancias alcohólicas y psicoactivas está generando consecuencias negativas en la salud pública, y está afectando el orden social y económico, como la desintegración familiar, depresión, estigmatización, deserción escolar, bajo rendimiento académico, entre otras.
- **Envejecimiento de la Población y Desafíos Asociados:** la falta de estilos de vida saludables ha contribuido al envejecimiento de la población, generando una mayor prevalencia de enfermedades relacionadas con la edad y los pocos nacimientos en el municipio.

- Desafíos socioeconómicos: Municipio con numerosa población víctima del conflicto armado y población altamente dependiente de la agricultura y la ganadería enfrentando condiciones de pobreza y desempleo por la vulnerabilidad a las condiciones climáticas, además del riesgo con los plaguicidas, productos químicos y maquinaria.
- La falta de regulación de algunos oficios como el de movilidad genera afectaciones tanto la calidad de vida de los ciudadanos como el desarrollo sostenible del área. Entre ellos tenemos: accidentes de tráfico, contaminación ambiental, congestión vehicular, barreras a la movilidad sostenible, entre otros (32).

### **Estrategias Propuestas:**

- Implementar programas de educación continua y capacitación para profesionales del área de la salud con el fin de actualizar sus habilidades y conocimientos y con colaboración intersectorial entre diferentes áreas gubernamentales y asegurar una asignación adecuada de recursos que garantice un ambiente laboral seguro y adecuado.
- Fortalecimiento del Acceso a la Atención de Salud: mejorar la divulgación de las jornadas y rutas de atención en salud, asegurando que la población conozca y pueda acceder fácilmente a los servicios médicos, especialmente en las veredas más distantes.
- La implementación de estrategias enfocadas en la prevención, gestión y educación ambiental incluyendo temas de prácticas agrícolas sostenibles, uso seguro de agroquímicos, disposición adecuada de residuos, reforestación, conservación de fauna y flora, adaptación al cambio climático, entre otros; contribuyendo así a un desarrollo más sostenible y saludable para todos los habitantes.
- Acciones de promoción y prevención en salud mental: promover el bienestar psicológico de la población, con enfoque en la prevención y tratamiento.
- La prevención de enfermedades en la población adulta mediante un enfoque integral que abarque aspectos físicos, mentales y sociales de la salud, con promoción de estilos de vida saludable (mediante la actividad física y dieta equilibrada), mantenerse al día con las vacunas y revisiones, así como el autocuidado.
- Implementación de políticas de movilidad urbana que promuevan el transporte público eficiente, seguro y accesible, así como la movilidad activa (caminar y ciclismo), junto con la planificación urbana que considere la accesibilidad y la sostenibilidad a largo plazo.
- Aumentar las oportunidades de empleo acordes a las necesidades locales edades de la población (priorizar víctima del conflicto armado), promoviendo un desarrollo económico inclusivo y sostenible.
- Realizar estrategias enfocadas a estimular la economía, mejorar la educación, formación profesional, y fomentar la creación de empleos acordes

a las necesidades locales promoviendo un desarrollo económico inclusivo y sostenible que conlleve al mejoramiento de la calidad de vida de la población (32).

Las estrategias propuestas en el plan de salud territorial apuntan a una transformación integral, no solamente en la atención médica, sino también en aspectos culturales y sociales, para mejorar la salud y calidad de vida de la población, como son el acceso equitativo y de calidad a la atención médica, la reducción de las desigualdades en salud, el manejo de enfermedades crónicas y la atención de la salud mental, además de empoderar a las comunidades para que sean parte activa en el diseño, implementación y evaluación de programas y políticas de salud (32).

## **4.2 Marco Teórico**

Distintos modelos han sido utilizados para estudiar el acceso a la atención de salud. Primero, Donabedian plantea que el acceso es el resultado de variables que van más allá de la disponibilidad de recursos y se centra en aspectos socio-organizacionales y geográficos. Andersen y Aday por su parte sostienen que el acceso a la atención de salud está determinado por las políticas de salud, las características del sistema sanitario y de la población de riesgo, y la utilización de los servicios y la satisfacción del usuario; en este sentido, enfatizan en que las políticas de salud determinan las características del sistema y de la población de riesgo, las cuales a su vez influyen en la utilización de los servicios y la satisfacción de los usuarios. Por otra parte, Andersen y Davidson identifican cuatro dimensiones de las cuales depende el acceso: características contextuales (sistema de salud, familia y comunidad), características individuales, conductas de salud y resultados. Estos autores consideran que las características contextuales e individuales determinan las conductas de salud y los resultados del proceso de acceso, las cuales retroalimentan a las otras dimensiones (33).

Según lo descrito por los modelos anteriormente mencionados, el resultado entre la oferta del sistema de salud y las necesidades de salud de la población expresadas como demanda. Uno de los modelos que ha sido considerado para estudiar el acceso a la atención de salud y que integra de manera amplia el acceso a los servicios de salud, ha sido el modelo del doctor Tokusei Tanahashi, más conocido como el “Modelo de Cobertura Efectiva”, el cual es considerado como uno de los más importantes, ampliamente difundido y claro para analizar el acceso a los servicios de salud. Tanahashi plantea que este modelo es útil para analizar la equidad en el acceso a la atención en salud, porque facilita la identificación de grupos específicos con necesidades insatisfechas e identifica las barreras y

facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la cobertura efectiva en cada uno de tales grupos (34).

El modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener una cobertura efectiva:

1. Disponibilidad: entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información (34).
2. Accesibilidad: asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo (34).
3. Aceptabilidad de los servicios: que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros, (34).
4. Contacto con el servicio: entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención (34).

En una óptica amplia, se ha reconocido la importancia de la salud tanto por su valor esencial como por el rol que juega en el desarrollo humano y social. Las sociedades que son capaces de asegurar la salud de sus poblaciones tienen mejores niveles de desarrollo humano, tanto de forma individual como colectiva. La Organización Internacional para las Migraciones (IOM) ha definido el acceso en salud como “el grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica”. El IOM formó un Comité para el Estudio del Acceso a los Servicios, el cual consideró al acceso desde una perspectiva de la oferta como “el tiempo que emplea el personal de los servicios de salud para lograr el mejor resultado en salud. Esta definición considera la efectividad en el acceso a los servicios de salud donde todos los recursos empleados actúan en conjunción para generar un resultado que puede ser medible y observable en términos del estado de salud y que, asimismo, involucra la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio (36).

- **Otros enfoques de valoración del acceso**

La Royal Society of Medicine considera que el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan”. Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones (37):

1. Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera, (37).
2. Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa (37).

3. La existencia de barreras para la utilización de los servicios:

**Barreras personales:** El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio (37).

**Barreras económicas:** Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etcétera, (37).

**Barreras organizacionales:** Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos (37).

**Barreras sociales y culturales:** Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos (37).

4. Resultados en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud (que se otorgue el servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible). La evaluación del acceso en función de los resultados en salud en relación con la disponibilidad y la utilización de los servicios pueden afectarse entre sí (37).

Esta problemática, tiene unas consecuencias para cada uno de los actores involucrados. En el caso de las EPS los usuarios realizan denuncias por negligencia,

demoras y falta de oportunidad para acceder a la prestación de los servicios, evidenciando que no se están garantizando el acceso de los usuarios al servicio de consulta médica general. En el caso de las IPS, estas no cuentan con la disponibilidad del recurso humano para atender a los usuarios de forma oportuna, equitativa, integral y eficiente con el fin de satisfacer sus necesidades en salud, generando un alto grado de insatisfacción por parte de los usuarios, ya que no se le cubren las necesidades de prestación del servicio de consulta médica general; y por último, los usuarios no tendrán acceso a una atención adecuada, ya que no tienen la oportunidad de acceder a los servicios de salud por la escasez del personal médico, desfavoreciendo de esta manera la calidad de vida de los usuarios y las familias que acuden a este centro hospitalario, por ende, como consecuencias se tendrán usuarios enfermos, con complicaciones o deterioros de salud por no poder acceder oportunamente a la prestación de los servicios de consulta médica general.

### **Experiencias en salud**

El artículo Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico, sitúa el concepto de experiencia del paciente a partir de la definición de Beryl Institute, la cual señala que “es la suma de todas las interacciones, configuradas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente, a lo largo de la continuidad del cuidado”. Adicionalmente, se contempló el incluir cuatro elementos claves: Las interacciones personales, la cultura de la organización, la percepción subjetiva del paciente y de la familia, así como el cuidado continuo (38).

Sin embargo, Wolf et al, a partir de una búsqueda exhaustiva en bases de datos y revistas científicas, identificaron una serie de puntos clave como lo son: Ideal de la atención médica, continuidad en el cuidado, atención centrada en el paciente, enfoque de cuidado individualizado, más que satisfacción, más allá de los resultados de las encuestas de los sistemas de salud y centrada en las expectativas. Estos elementos ayudan a profundizar en la comprensión de la experiencia del paciente, de acuerdo con la naturaleza dinámica del concepto, además de recomendar una definición aplicable a los diferentes ámbitos de la atención clínica del paciente (38).

Por otro lado, desde la perspectiva del autor Van Manen las experiencias se centran en la descripción de las vivencias, y en estas pueden estar contenidos temas universales o existenciales que hacen parte del mundo de cada persona: La racionalidad, la corporalidad, la espacialidad o el espacio vivido, la temporalidad o el tiempo vivido y las cosas vividas; por tanto, todos estos se encuentran inmersos dentro de las experiencias humanas (39).

Diversos estudios que se han realizado en el campo de la salud acerca de las experiencias vividas por los usuarios con relación a la atención en los servicios de salud, reflejan en sus resultados que la percepción que tienen los pacientes o sus familiares influyen en la utilización de los servicios, el acceso y la satisfacción en la atención (40). Por otro lado, algunos estudios sobre acceso realizados por Múnera y Donabedian demuestran que existen factores determinantes de acuerdo con cada una de las interpretaciones personales que cada uno de los pacientes tienen, a partir de sus experiencias de la atención en los servicios de salud, precisando que "...el encuentro con el otro y la manera de comunicarse, son esencialmente importantes para crear estos significados..." (41). Es decir, los pacientes identifican tanto las fortalezas como las debilidades del servicio, las cuales son una serie de condiciones y características presentadas por la institución como: la humanización de los servicios, la solución a las necesidades del paciente, los costos y los tiempos de espera en la atención (42)

- **Servicios de Salud**

Los servicios de salud son uno de los sectores fundamentales de la sociedad y la economía. Según la OIT, proporcionar protección social e igualdad de acceso a una atención de salud de calidad tiene considerables efectos positivos en la salud individual y pública, además de potenciar el crecimiento económico y el desarrollo. El sector de la salud también tiene un importante impacto y un gran potencial para la generación de empleo (38).

Sin embargo, la escasez del personal sanitario calificado y su distribución desigual a nivel mundial constituye un importante obstáculo a la hora de proporcionar acceso universal a la atención de salud. La Comisión de Alto Nivel sobre el Empleo en el Ámbito de la Salud y el Crecimiento Económico hizo un llamado para invertir en el personal sanitario, poniendo en relieve la contribución del sector salud al crecimiento económico nacional (38).

Además, los servicios de la salud se pueden definir como una amplia gama de prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Ofrecen tanto intervenciones, como programas y recursos destinados a promover y mejorar la salud y el bienestar de las personas. Estos servicios se llevan a cabo en diversos entornos de atención médica, como hospitales, clínicas, consultorios médicos, a domicilio o en centros comunitarios de salud (39).

- **Consulta Externa**

Consulta externa es el servicio por el cual se imparte atención médica a los enfermos no internados y cuyo procedimiento les permite acudir al hospital. La atención médica atendida en consulta externa puede ser de diversa índole, pero

principalmente consiste en el interrogatorio, valoración de paraclínico y valoración física del usuario que conducen al diagnóstico y a la prescripción de un tratamiento (40).

Entre los servicios que se brinda al paciente está, la preparación para su consulta, brindarle apoyo médico, realizar funciones de enfermería en consulta externa y dar un diagnóstico del mal que aqueja (41).

Estas son algunas de las ramas en las cuales ofrecemos servicios médicos en el área de Consulta externa: Anestesiología, Cardiología, Cirugía General, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatria Ginecología, Hematología, Medicina Interna, entre otras (41).

- **Consulta Médica General**

De acuerdo con el artículo 97 de la resolución 5261 de 1994 y con base a lo establecido en la ley 100 de 1993, el médico general es la base y el motor de todo el engranaje de salud en el plan que se describe, conjuntamente con el personal paramédico y auxiliar, quienes serán la puerta de entrada al sistema. El contacto del paciente con la -8EPS será más estrecho, frecuente y regular a través de su médico general. Será él quien establezca las pautas para la promoción y la prevención. La consulta no debe ser menor de VEINTE (20) minutos. En este nivel de complejidad el paciente y su familia pueden acceder y colaborar más activamente en el mantenimiento, control y recuperación de su salud (41).

La Consulta General es un proceso centrado en la relación médico-paciente que busca brindar apoyo a las necesidades de salud-enfermedad, sufrimiento e incertidumbre que tiene el paciente cuando se ve afectada su integridad física, humana y emocional (42).

La Consulta General tiene un fin común, en el cual el médico explora la preocupación, malestar, dolor, sufrimiento, o daño del paciente, haciendo uso de sus conocimientos, experiencia, sensibilidad, intuición y conciencia para brindar un diagnóstico y dar un tratamiento al paciente (42).

Contrario a la Consulta a Domicilio, aquí se requiere que el paciente se presente a consultorio para ser diagnosticado y el especialista pueda brindar un tratamiento. La Consulta General es un procedimiento, acción o examen destinado a obtener un resultado diagnóstico o terapéutico del paciente, donde se busca que el especialista haga una revisión general para tener una respuesta para los síntomas o malestares de los pacientes (42).

- **Regímenes de afiliación del sistema de salud en Colombia**

El Sistema General de Seguridad Social en Salud posee tres regímenes en los cuales, permitirán a los colombianos, acceder a los diversos servicios de salud dependiendo la capacidad económica que posean, estos son (42):

Régimen contributivo: agrupa a las personas que tienen capacidad de pago, es decir aquellas vinculadas a través de un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados, los jubilados y los trabajadores independientes (42).

Régimen subsidiado: agrupa a las personas en condición de pobreza o vulnerabilidad, es decir aquellas clasificadas en los niveles I y II del SISBEN y poblaciones especiales prioritarias, como las personas en condición de desplazamiento, etc. (42).

Régimen Especial o de Excepción: Este Régimen ofrece cobertura a regímenes exceptuados, es decir, a aquellos sectores de la población que siguen rigiéndose por las normas de seguridad social concebidas con anterioridad a la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993, o por las que regulan de forma especial para ellos (43).

En el régimen especial están los trabajadores de Ecopetrol, las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, el Ondo de prestaciones sociales del magisterio y las universidades públicas que se acogieron a la Ley 647 de 2001 (43).

- **Contratación en Salud**

En el decreto 780 de 2016 encontramos las siguientes modalidades de contratación:

Pago por capitación: En esta modalidad de contratación y de pago anticipado mediante la cual se establece una suma fija por persona para la atención de la demanda potencial de un conjunto preestablecido de tecnologías en salud de baja complejidad, a un número predeterminado de personas, durante un período definido de tiempo y en cuyo pago se reconoce una suma fija y una suma variable. La unidad de pago está constituida por una tarifa pactada previamente, en función del número de personas que tendrían derecho a ser atendidas (43).

Pago por evento: En este mecanismo el pago se realiza por las actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos prestados o suministrados a un paciente durante un período determinado y ligado a un evento de atención en salud. Es la modalidad más simple de pago en la cual el desempeño está directamente relacionado con el esfuerzo. Este modelo de contratación por eventos o actividades funciona bien en contextos donde el comportamiento deseado es simple y fácil de monitorear (43).

Pago por caso, conjunto integral de atenciones, paquete o grupo relacionado por diagnóstico: Es el mecanismo mediante el cual se pagan conjuntos de actividades, procedimientos, intervenciones, insumos y medicamentos, prestados o suministrados a un paciente, ligados a un evento en salud, diagnóstico o grupo relacionado por diagnóstico. La unidad de pago la constituye cada caso, conjunto, paquete de servicios prestados, o grupo relacionado por diagnóstico, con unas tarifas pactadas previamente (43).

Pago global prospectivo: El modelo prospectivo se basa en tarifa de pago por caso, por atención de pacientes hospitalizados, tarifas por servicio a pacientes ambulatorios y volumen clínico predeterminado en segmentos de pacientes hospitalizados y ambulatorios. En este modelo se paga por paciente atendido en actividades finales y no por servicios intermedios, busca evitar el incremento de servicios que no mejoren la relación costo/efectividad (43).

En este tipo de contratación y de pago en la cual se establece por anticipado una suma global para cubrir durante un período determinado de tiempo, usualmente un año, la provisión de un número de episodios de atención y/o de tecnologías en salud, a una población con condiciones de riesgo específicos estimados y acordados previamente entre el pagador y el prestador (43).

Vargas J, Molina G, en su estudio acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias, tenían como objetivo comprender las características del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud (sgsss), desde la perspectiva de los médicos, enfermeras, administradores y usuarios. Dicho estudio, se llevó a cabo en seis ciudades de Colombia: Barranquilla, Bucaramanga, Bogotá, Leticia, Medellín y Pasto, de la investigación se obtuvo algunos hallazgos que señalan que el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al sgsss no garantiza el acceso efectivo a los servicios. El predominio del mercado, la rentabilidad financiera de las aseguradoras, impone mecanismos de contención de costos por encima del derecho a la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que, sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud (44).

Rodríguez J, Rodríguez D, Corrales J, en su estudio Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013, expresan que los usuarios de este estudio evidenciaron limitaciones desde la entrada y búsqueda de la atención por fallas en la comunicación para acceder a los Servicios de Salud; en la continuidad del servicio, se encuentran con barreras derivadas por

las autorizaciones, falta de oportunidad para citas médicas especializadas, procedimientos quirúrgicos y entrega de medicamentos. Con base a los hallazgos se puede concluir que las barreras que perciben los usuarios generan percepciones negativas y efectos perjudiciales tanto para éstos, como para sus familias (45).

### **4.3 Marco Conceptual**

- **Acceso**

El grado en el cual los individuos y los grupos de individuos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención médica (46).

- **Accesibilidad**

Posibilidad que tiene el Usuario para utilizar los servicios de salud (39).

- **Oportunidad**

Posibilidad que tiene el Usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (39).

- **Seguridad**

Conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodología que minimizan el riesgo de sufrir eventos adversos durante la atención (39).

- **Pertinencia**

Garantía que los usuarios reciban los servicios que requieren (39).

- **Satisfacción del usuario**

Nivel del estado de ánimo del Usuario-Paciente y su familia al comparar la atención en salud con sus expectativas (47).

- **Percepción**

puede definirse como el conjunto de procesos y actividades relacionados con la estimulación que alcanza a los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos (48).

Una de las principales disciplinas que se ha encargado del estudio de la percepción ha sido la psicología y, en términos generales, tradicionalmente este campo ha definido a la percepción como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización (49).

En el proceso de la percepción están involucrados mecanismos vivenciales que implican tanto al ámbito consciente como al inconsciente de la psique humana. Por otro lado, han sido formulados planteamientos psicológicos que consideran a la percepción como un proceso construido involuntariamente en el que interviene la selección de preferencias, prioridades, diferencias cualitativas y cuantitativas del individuo acerca de lo que percibe; al mismo tiempo, rechazan que la conciencia y la introspección sean elementos característicos de la percepción. (Abbagnano, 1986) (49).

La psicología ha generado también el concepto de percepción social para designar a aquella percepción en la que influyen los factores sociales y culturales y que tiene que ver tanto con el ambiente físico como social; en realidad, la percepción humana es social y se estructura con los factores sociales y culturales. De hecho, lo que finalmente hacen es abordar otros aspectos sociales como las creencias, las actitudes, las opiniones, los valores o los roles sociales. Hay quienes han empleado ese concepto para referirse al reconocimiento que el individuo hace de las otras personas (49).

- **Universalidad**

El Sistema General de Seguridad Social en salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida (41).

- **Igualdad**

El acceso a la Seguridad Social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños (41).

- **Obligatoriedad**

La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia (41).

- **Enfoque diferencial**

El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el Sistema General de Seguridad Social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos encaminados a la eliminación de las situaciones de discriminación y marginación (41).

- **Equidad**

El Sistema General de Seguridad Social en salud debe garantizar el acceso al Plan de Beneficios a los afiliados, independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población (41).

- **Calidad**

Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica, provistos de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada (49).

- **Salud universal**

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (50).

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar (50).

- **Calidad médica**

La calidad médica es el nivel en que los servicios de salud para las personas y las poblaciones aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados, esto con conocimientos profesionales en el ámbito de la medicina, y se basa en la evidencia y fundamentos para lograr una amplia cobertura del servicio de salud (51).

- **Sistema y servicio de salud**

La Organización Panamericana de la Salud OPS en conjunto con la OMS define “un sistema de salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”, por lo que, todos los sistemas de salud tienen como objetivo mantener y mejorar la salud de la población, y el eje de todas sus políticas, programas y acciones que deben efectuar para promover la integridad de la salud del ser humano (52).

Por otro lado, según El Ministerio de Salud, en Colombia existe un sistema general de seguridad social en salud, el cual está integrado por primeramente el **Estado**, siendo este el órgano rector encargado de la coordinación, dirección y control de la salud del país, siguen los **Aseguradores**, también llamados entidades promotoras de salud, estas son los responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan de Beneficios en Salud (PBS) a los usuarios, y por último se encuentran los **Prestadores** o instituciones prestadoras de Salud, básicamente son las clínicas, los hospitales, los consultorios, etc. (53).

- **Instituciones prestadoras de servicios de salud**

Según el ministerio de salud, se conocen como instituciones prestadoras de servicios de salud las instituciones públicas, mixtas o privadas que hacen parte de los integrantes del sistema general de seguridad social en salud, en otras terminologías, estas son las llamadas IPS, estas tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia, cuentan con autonomía administrativa, técnica y financiera, y deben propender por la libre concurrencia de sus acciones (54). Por otro lado, “son funciones de las instituciones prestadoras de servicios de salud prestar los servicios en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente ley (55).

- **Mecanismos de acceso a los cuidados de la salud**

Como se plasmó anteriormente, el sistema de salud en Colombia se conforma de 3 partes, el estado, los aseguradores y los prestadores, eh aquí donde estos dos últimos desempeñan la función de entes de prestadores de servicio de salud, por ende, con los mecanismos de acceso que les permiten a los ciudadanos, acceder al sistema de salud colombiano, se pudo establecer también los dos regímenes, subsidiados y contributivos, ahora se plasmarán las aportaciones de cada uno de ellos como partícipe y mecanismo de acceso a los ciudadanos (56):

Régimen subsidiado: los afiliados a este régimen tienen derecho a recibir los servicios de salud como la atención de urgencias, consultas médicas especializadas, suministro de medicamentos, etc. (56).

Régimen contributivo: los afiliados por este régimen, al ser una afiliación cotizante, tiene derecho los ciudadanos de recibir todos los servicios del Plan de Beneficios de salud en todos los niveles de complejidad según sea el caso (56).

Todos estos mecanismos son establecidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), órgano rector de los sistemas de salud en el territorio colombiano es el Ministerio de Salud (56).

#### 4.4 Marco Contextual

- **Municipio de Guadalupe – Antioquia**

El Municipio de Guadalupe fue fundado en el año 1757, se encuentra ubicado en la zona norte del departamento de Antioquia, a una distancia de referencia con la ciudad de Medellín de 117 kilómetros. Limita por el norte con el municipio de Campamento, por el oriente con el municipio de Amalfi, por el suroeste con el municipio de Gómez Plata, por el sur y suroccidente con el municipio de Carolina del Príncipe y por el occidente con el municipio de Angostura (57).

La división política administrativa del municipio de Guadalupe cuenta con una cabecera urbana, ubicada a 06° 49' 03" latitud norte y a 75° 14' 39" latitud oeste del meridiano de Greenwich, conformada por 24 veredas. La población total del municipio de Guadalupe según el DANE para el periodo 2019 es de 6324 habitantes. El 50,28% de la población son hombres y el 49,72% mujeres. Con respecto al año 2005 la población presenta un aumento del 1,38% y se espera que en el 2020 con respecto al 2019 el incremento sea del 0,19%; se precisa además que en el periodo comprendido entre 2005 a 2020 el incremento fue del 1,56%; este aumento es dado por diferentes factores como la mortalidad, la baja natalidad, la movilidad, entre otros. (57).

La población de la primera infancia para el año 2019 representa el 9,6% del total de la población del municipio, registrando una reducción de 12,75% en dicho año frente al año 2005 y se espera en el 2020 se mantenga dicha reducción. La población adolescente registra una reducción en el año 2019 frente al 2005 de un 15%, siendo el grupo poblacional que registra la mayor disminución poblacional en el año 2019 en el municipio, dicha reducción podría estar asociada a procesos de migración de esta población (49).

Los adultos mayores de 60 años revisten el mayor aumento para el año 2019 de aproximadamente un 25%, esto revela la importancia de acciones que permitan a esta población mantener una calidad de vida, generar procesos ocupacionales a través del fortalecimiento de los programas gerontológicos y el empoderamiento de la familia para procesos de acompañamiento y evitar así el abandono de este grupo poblacional (49).

Para el año 2019 la población total del municipio de Guadalupe era de 6324 habitantes, donde el 34,04% de la población era residente en la zona urbana y el 65,96% en la zona rural, concentrándose mayor población en las veredas Guadalupe IV y El Machete, que representaban aproximadamente un 18% del total de la población del municipio (49).

La población asegurada del Municipio tanto en régimen subsidiado como contributivo, según Base de Datos-BD publicada por el ADRES es de 5.303 usuarios; respecto a la población pobre no asegurada se cuenta con

aproximadamente 42 personas, a las cuales se les está realizando búsqueda activa institucional para lograr su afiliación, respecto a la BD del SISBEN el DNP (Departamento de Planeación Nacional) no ha vuelto a remitir BD certificada ya que el 10 de marzo inició la implementación del SISBEN IV en el país (49).

La división política administrativa del municipio de Guadalupe cuenta con una cabecera urbana, ubicada a: 06° 49' 03" latitud norte y a 75° 14' 39" latitud oeste del meridiano de Greenwich, la cual se conforma de 24 veredas que son las siguientes: 1. El Morro. 2. San Basilio Arriba. 3. San Basilio el Medio. 4. San Basilio bajo. 5. San Juan. 6. San Pablo. 7. San Vicente el Kiosco. 8. San Vicente la Susana. 9. San Vicente los Sauces. 10. Malabrigo. 11. Guanteros. 12. Guadual. 13. La Cruz. 14. Puente Acacias. 15. Guadalupe IV. 16. El Machete. 17. Patio Bonito. 18. San Julián. 19. El Mango. 20. Cascajeros. 21. La Candelaria. 22. Montañita. 23. Morrón. 24. Plan de Pérez - Bramadora (20).

Accesibilidad geográfica: En la actualidad el municipio cuenta con una malla vial en condiciones heterogéneas y para algunas veredas inexistente, la accesibilidad de los campesinos es difícil y los espacios de equipamiento municipal vs los habitantes son muy reducidos (20).

Vías de comunicación: El municipio de Guadalupe cuenta con tres vías de acceso, la principal corresponde a una vía de 114 km, que de Medellín llega a Guadalupe; cruzando por los municipios de Bello, Copacabana, Barbosa, Gómez Plata, Carolina del Príncipe, el corregimiento el salto y finalmente el municipio de Guadalupe, la vía es pavimentada y se encuentra en buen estado, al municipio de Guadalupe se puede acceder desde el municipio de Angostura por una vía terciaria con una longitud de 30 km y en regular estado de tránsito, también se comunica con el municipio de Anorí por una vía destapada la cual tiene una longitud de 60 Km el estado es de difícil tránsito ya que no se encuentra en buenas condiciones (20).

Vías terciarias: Las vías terciarias son las que conducen a las veredas del municipio, a las cuales se accede por vías internas sin pavimentar con capa de rodadura en buen estado, dependiendo del clima, para las veredas San Julián, Patio Bonito, Cascajeros, y Mango no se cuenta con carretera, por lo cual el acceso a la cabecera municipal debe hacerse a pie o en equino (20).

Distancia de veredas: Guadalupe IV a 60 minutos - 23 km, Patio Bonito a 40 minutos - 15,3 km, Puente Acacias a 40 minutos - 15,3 km, Malabrigo a 60 minutos - 23 km, Morro a 50 minutos - 19,2 km, Candelaria a 60 minutos - 23 km, Plan de Pérez a 90 minutos - 34,5 km, Cascajeros a 30 minutos - 11,5 km, Alto de San Juan a 50 minutos - 19,2 km, Machete a 60 minutos - 23km, Guanteros a 30 minutos - 11,5

km, Guadual a 50 minutos - 19,2 km, San Basilio Arriba a 160 minutos - 61,3 km, San Vicente Kiosko a 90 minutos - 34,5 km, San Pablo a 90 minutos - 34,5 km, San Julián a 60 minutos – 23 km, San Basilio Medio a 160 minutos - 61,3 km, San Basilio Abajo a 160 minutos - 61,3 km, San Vicente los Sauces a 160 minutos - 61,3 km, San Vicente La Susana a 160 minutos - 61,3 km, Montañita a 20 minutos - 7,7 km, Mango a 40 minutos - 15,3 km, Barrio Nuevo a 40 minutos - 15,3 km, Morrón a 90 minutos - 34,5 km y Cruz a 60 minutos – 23 km (20).

**Población:** La población total del municipio de Guadalupe según el DANE para el periodo 2023 es de 6926 habitantes, donde 51% de la población son hombres y el 49% corresponde a mujeres. El DANE indica que el 41,99% de la población pertenece al Grupo A del Sisbén, el 29,29% al grupo B, el 23,43% al grupo C y el 5,28% pertenece al grupo D (20).

**Ocupación de la población:** Al analizar ya de forma detallada el comportamiento de la tasa de desempleo en los municipios del Norte, Guadalupe es el octavo municipio en orden de las mayores tasas de desempleo de la subregión con una tasa del 9,44%, esto según un estudio de la Universidad de Antioquia Boletín Económico Municipal 2021. Analizando la evolución de la tasa de desempleo del municipio de Guadalupe, se observa que pasa de un nivel del 7,68% en 2019 al 10,53% en 2020 y el 9,44% en 2021, permitiendo observar una recuperación de empleo relativa en el año 2021, pero aún está cerca de dos puntos porcentuales por encima de los niveles observados antes de la pandemia. En cuanto a la tasa de informalidad (construida como la proporción de ocupados que no cotizan a salud y pensión como contribuyentes) se observa que esta pasó del 81,1% en 2019 al 80,6% en 2021, lo que indica una disminución en el municipio de los empleos informales (20).

**Condiciones de vida de la población:** Para el año 2022, el municipio de Guadalupe en cuanto a las condiciones de vida mostró una adecuada cobertura de servicios de electricidad; sin embargo, la cobertura de indicadores como acueducto y alcantarillado se encuentran con coberturas muy bajas y significativamente en peor situación que el departamento. Además, al comparar los indicadores entre la zona urbana y la zona rural, se observa que el acueducto y el alcantarillado se encuentran en una situación muy desfavorable en la zona rural con respecto a la cabecera municipal (20).

**Cobertura de educación de la población:** Se analizó la cobertura bruta de educación según la estimación de la razón de proporciones y el intervalo de confianza se ubica en el 95%. Los indicadores de educación en el municipio de Guadalupe al año 2021, representan diferencias significativas en el porcentaje de analfabetismo y la tasa de

cobertura de educación primaria y tasa de bruta de educación secundaria, para la tasa de educación media cuenta con indicadores más favorables que los del Departamento, aunque no es estadísticamente significativo (20).

Pobreza (NBI): Con respecto a la NBI el mayor porcentaje lo aporta la población del grupo A, que corresponde a pobreza extrema con un porcentaje de 42% aproximadamente representado en 2.575 habitantes que cuentan con esa condición (20).

- **E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe**

El 12 de junio de 1994 mediante el acuerdo 073 del honorable concejo del municipio de Guadalupe se crea la ESE Nuestra Señora de Guadalupe, institución prestadora de servicios de salud de primer nivel de complejidad, encargada de la prestación de servicios de consulta externa, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y urgencias (49).

La Empresa Social del Estado Hospital Nuestra señora de Guadalupe es un Hospital de Primer Nivel de Atención Tipo A que se encarga de la atención de baja complejidad en el municipio. Es una IPS con una sede única ubicada en la cabecera municipal. Oferta servicios de urgencias, laboratorio clínico, medicina general, odontología general, Rx odontológicos, servicio farmacéutico, servicios de promoción y prevención y transporte asistencial básico TAB, Atención de Partos, Servicios de mediana complejidad en modalidad de brigadas en áreas especializadas de la medicina en: Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Psiquiatría, Pediatría, Ecografías, Telemedicina y el proceso de esterilización, además de contar con administración independiente. Tiene capacidad instalada para los servicios de hospitalización general adultos, pediatría y obstetricia y sala de partos. Para la atención integral e integrada, remite pacientes que demanden servicios de mediana complejidad a las ESE de los municipios de Yarumal, Yolombó, Bello, Medellín, Itagüí y Envigado y los servicios de alta complejidad a las ESE del municipio de Medellín (49).

El servicio de urgencias brinda consulta en medicina general y odontología, procedimientos menores, sala de yesos y observación, 24 horas, lo que permite tener una atención integral a los usuarios según su perfil y grupo etario. El área de consulta externa oferta servicios de consulta con médico general, odontólogo y enfermera de lunes a sábado en las instalaciones de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe (49).

Las Rutas integrales de atención en salud - RIAS ofertadas son: Promoción y Mantenimiento de la salud, Materno perinatal, Cardio Vascular y Salud mental.

Adicionalmente, se ofrecen servicios de apoyo diagnóstico como: Laboratorio Clínico de baja complejidad y algunas pruebas de mediana complejidad (49).

Los servicios de especialidades básicas como son Medicina Interna, Gineco Obstetricia, Pediatría y Psiquiatría, así como de ecografía obstétrica y de otros sistemas, se prestan bajo modalidad de brigadas con frecuencias de 15 días en la mayoría de los casos según la demanda de cada uno de estos servicios. Por otro lado, el transporte asistencial básico está conformado por 1 ambulancia disponible las 24 horas del día (49).

El Hospital cuenta con dotación y recursos técnico-científicos suficientes para prestar un buen servicio a través de un equipo humano idóneo presto a satisfacer la demanda asistencial bajo el lema: “Por qué su salud es lo primero y más importante” encaminado a prestar integralmente los servicios de salud, promoción de salud y prevención de la enfermedad, tendientes a mejorar la calidad de vida de la comunidad, con base en su capacidad resolutoria, garantizando la calidad, eficiencia y efectividad. El Entorno Económico de la población del municipio tiene impacto en la operación de la ESE. No se nota crecimiento económico de la población que pueda conllevar a incremento del régimen contributivo y la venta de servicios a particulares (49).

La clasificación del municipio tiene impacto en la operación de la ESE. Al municipio le llegan pocos recursos y por lo tanto los recursos de salud para el Plan de intervenciones colectivas son escasos. 60 además, existen impuestos y tasas de orden nacional, departamental y municipal que afectan la operación de la ESE como las estampillas que son un sobrecosto en la contratación pública y el hospital no recibe proporcionalmente; de continuar así, se incrementan los costos hospitalarios. (49).

La ESE cuenta con una plataforma estratégica, diseñada en conjunto, que tiene como base el fortalecimiento y la calidad en la prestación de servicios de salud, el mejoramiento continuo y la búsqueda de la sostenibilidad en el tiempo, alcanzando rentabilidad social y financiera que permita el incremento de la productividad y los ingresos empresariales. Para ello, se pondrán en consideración, de ser necesario, cambios que permitan la implementación de mejoras en los procesos para asegurar que la E.S.E pueda llegar a los objetivos trazados, la gestión estratégica, la identificación de oportunidades y el desarrollo de un plan de acción acertado para el fortalecimiento de la misma (49).

Misión: La E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, es una institución que presta servicios de baja complejidad de forma intra y extramural, con talento humano idóneo y comprometido con el mejoramiento de la salud de los usuarios del norte de Antioquia (49).

Visión: Para el año 2024 la E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, será una institución reconocida por su calidad, con una tecnología adecuada a los servicios y a la necesidad de los usuarios para garantizar una atención oportuna, idónea y

humanizada en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los usuarios del norte de Antioquia (49).

## 5. Diseño metodológico

El trabajo de investigación tuvo un enfoque cualitativo, por este se entiende al "procedimiento metodológico que utiliza palabras, textos, discursos dibujos, gráficos e imágenes" (Mejía, como se citó en Katayama, 2014, p. 43). En ese sentido, la investigación cualitativa estudia diferentes objetos para comprender la vida social del sujeto a través de los significados desarrollados por éste". El enfoque cualitativo se sustenta en evidencias que se orientan más hacia la descripción profunda del fenómeno con la finalidad de comprenderlo y explicarlo a través de la aplicación de métodos y técnicas derivadas de sus concepciones y fundamentos epistémicos, como la hermenéutica, la fenomenología y el método inductivo (58).

El trabajo estuvo enmarcado con un abordaje epistemológico hermenéutico interpretativo con enfoque cualitativo, diseño que utiliza técnicas de orientación metodológica de la fenomenológica hermenéutica, se realizó una reconstrucción narrativa de las vivencias de los usuarios con el fin de obtener una descripción de las experiencias de los entrevistados. Este método implica recopilar y analizar datos no numéricos para comprender conceptos, opiniones o experiencias, así como datos sobre experiencias vividas, emociones o comportamientos, con los significados que las personas les atribuyen (59). Gracias a esta metodología, se pudo tener una aproximación más holística al fenómeno en estudio pudiendo conocer el punto de vista desde las experiencias de los usuarios (60)

La corriente fenomenológica creada por Edmund Husserl surge a comienzos del siglo xx como una idea para describir e interpretar la realidad humana denominada Fenomenología, que emerge como un nuevo método de investigación para una crítica abierta y profunda al paradigma positivista. Husserl define la fenomenología como el "estudio de los fenómenos tal como los experimenta el individuo, con el acento en la manera exacta que un fenómeno se revela en sí a la persona que lo está experimentando, en toda su especificidad y concreción". La fenomenología encuentra sus fundamentos en la interpretación y comprensión de los fenómenos, desde el estado subjetivo del ser mismo (61).

El término hermenéutica, del griego hermēneutikē que corresponde en latín a interpretāri, o sea el arte de interpretar los textos, la interpretación viene a identificarse con la comprensión de todo texto cuyo sentido no sea inmediatamente evidente y constituya un problema, acentuado, por alguna distancia que se interpone entre nosotros y el documento. El hermeneuta es, por lo tanto, quien se dedica a interpretar y develar el sentido de los mensajes haciendo que su comprensión sea posible, evitando todo malentendido, favoreciendo su adecuada función normativa y la hermenéutica una disciplina de la interpretación (62).

Con el enfoque de la metodología fenomenológica hermenéutica se pudo encaminar el desarrollo de la investigación; este abordaje nos permitió la comprensión de las experiencias vividas por los usuarios en el acceso o intento de acceder al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024. Con el abordaje epistemológico, se buscó comprender de manera descriptiva los factores que fueron más allá de lo que se podía cuantificar; en general, este trabajo de investigación se orientó a la reconstrucción, interpretación y reflexión de las entrevistas aplicadas a los usuarios del ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, ya que por medio de las experiencias de los usuarios se evidenciaron diversos factores involucrados, así, de esta manera se obtuvo la totalidad de las experiencias y se logró una comprensión coherente del fenómeno, que para este caso fue: los significados de las experiencias de los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe.

## **5.1 Población**

La población de referencia para la investigación estuvo conformada por los usuarios que asistieron al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del año 2024.

## **5.2 Muestra y muestreo**

En la investigación cualitativa, la decisión sobre el mejor modo de obtener los datos y de quién o quiénes obtenerlos se toman en el campo, ya que los participantes del estudio nos resultan desconocidos cuando lo iniciamos y es la propia información obtenida la que va guiando el muestreo.

La selección de participantes se realizó a través de un muestreo a conveniencia, este tipo de muestreo nos permitió seleccionar a los sujetos que se mostraron accesibles y que aceptaron ser incluidos en la investigación.

Durante la evolución de la investigación se definió un número de 22 participantes.

### **5.3 Criterios de inclusión y exclusión en el estudio**

- **criterios de inclusión para los usuarios**

- ✓ Usuarios del servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del 2024.
- ✓ Personas mayores de 18 años
- ✓ Participación voluntaria
- ✓ Participantes que no tuviesen diagnósticos de una enfermedad mental conocida
- ✓ Usuarios que residieran en el Municipio de Guadalupe

- **Criterios de exclusión para los usuarios**

- ✓ Usuarios que no desearan participar de la investigación
- ✓ Usuarios que no se expresaran por sí mismos
- ✓ Usuarios de otros servicios de la ESE Hospital Nuestra señora de Guadalupe

### **5.4 Planeación de recolección de la información**

Se presentó una propuesta de investigación a la institución a través de un documento (Anexo 1), en el cual se expuso de forma clara el propósito y la confidencialidad de la información en la investigación, además, también se incluyó una carta de presentación por parte de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia (Anexo 2).

Proceso en el que se proporciona a los pacientes información importante, como los riesgos y beneficios posibles de un procedimiento o tratamiento médico, una prueba genética o un ensayo clínico. Esto se hace para ayudar a los pacientes a decidir si se quieren someter a tratamientos o pruebas, o participar en un ensayo clínico. Los pacientes también reciben cualquier información nueva que pudiera afectar su decisión de continuar. También se llama proceso de consentimiento (63).

El consentimiento informado (Anexo 3) es un documento informativo por medio del cual se realizó la invitación a las personas para participar en la investigación. Por medio de este, se garantizó la participación de los entrevistados en dicha investigación; así mismo, se realizó un escrito claro y conciso donde se expresó el

objetivo, los riesgos, derechos, responsabilidades, confidencialidad y manejo de la información, retiro voluntario y todo lo relacionado con la investigación para posteriormente presentarlo y que las personas aceptaran o no su participación en la investigación. Adicionalmente, se les explicó a los usuarios que la entrevista sería grabada para efectos de transcripción de las ideas expresadas, para esto, se dio la autorización por parte de los usuarios en el consentimiento.

Luego, se procedió a realizar el acercamiento a los usuarios que se encontraban en la institución solicitando citas para el servicio de consulta médica general y a los usuarios que egresaban del servicio. Al entrar en contacto con ellos nos presentamos como estudiantes de la Universidad de Antioquia de la carrera de administración en salud, a continuación se les explicó a los usuarios todo lo relacionado con la investigación, con el fin de obtener una respuesta acerca de si aceptaban o no participar de dicha investigación por medio de una entrevista (anexo 4), posteriormente se les hizo lectura del consentimiento informado, en el cual cada uno expresó voluntariamente su deseo y disposición de participar en la investigación, luego de que los usuarios firmaron el consentimiento y aceptaron hacer parte de la investigación se dio inicio a la entrevista por parte de los investigadores.

Los investigadores hicieron una breve presentación del trabajo de investigación a los usuarios, se les informó el objetivo y el propósito de la investigación y lo que se esperaba de la participación de cada uno. Posteriormente, se les comunicó a los participantes que se iba a llevar a cabo la grabación de la entrevista y se procedió a pedir el respectivo consentimiento informado firmado, aceptando su participación para dar inicio a la entrevista.

Para las entrevistas se utilizó un lenguaje apropiado, se tuvo cuidado de no coaccionar a los participantes y de facilitarles un ambiente ameno para permitir que la comunicación fuese fluida. Al finalizar la entrevista se les indicó que los resultados de la investigación se publicarían en el repositorio de investigaciones de la universidad de Antioquia.

La información se recopiló a partir de las entrevistas que se les realizaron a los usuarios, luego se realizó la transcripción de cada una de las entrevistas a través del transcriptor por voz que posee Word. A cada una de las entrevistas se les asignó un código, el cual estuvo conformado por la letra G de Guadalupe, la primera letra del nombre del entrevistado y un número que corresponde al orden secuencial en el que se hicieron las entrevistas. Por último, y para su posterior análisis se importó el archivo de Word al software Atlas Ti.

## **5.5 Recolección de la información**

La recolección de la información se llevó a cabo por medio de una entrevista semiestructurada. Cabe resaltar que se tuvo en cuenta que en caso de que se hubiesen presentado imprevistos, se procedería a contactar a los participantes por medio de llamada telefónica para ser entrevistados nuevamente, con el fin de complementar la información requerida. Afortunadamente, no se presentó ningún inconveniente por lo que no fue necesario contactar nuevamente a los usuarios participantes

Las entrevistas permitieron conocer, caracterizar y categorizar las experiencias de los usuarios en el momento de acceder al servicio de consulta médica general, de la misma manera, se logró comprender e interpretar las distintas situaciones y perspectivas de los usuarios entrevistados.

## **5.6 Técnicas y procedimientos para la sistematización y análisis de la información**

El procesamiento y análisis de la información en la investigación cualitativa desde la perspectiva de Martín Heidegger, contempla tres etapas: la intencionalidad, la reducción y la constitución (63).

a) La intencionalidad: Es la descripción de las vivencias de los entrevistados, esta se explica a partir de la disposición afectiva, comprensión, interpretación y lenguaje. Es aquí donde se explora la intencionalidad del ser, del ser en el mundo a partir de la descripción de las vivencias y experiencias constitutivas (63):

Noesis, es el acto de pensar, tiene como fin reflejar la vivencia de los entrevistados en torno al tema objeto de interés. Es entendida como la descripción de las vivencias de los sujetos analizados. Comprender cómo viven el fenómeno en sí, a partir de lo que nos comunican se puede interpretar el fenómeno. Se presenta como un análisis descriptivo de las vivencias en torno al tema o el fenómeno en sí (63).

Noema, es el objeto pensado, es construir lo que es común en los sujetos participantes, los aspectos generalizables, lo pensado, es poder llegar a encontrar la unidad de significado de las vivencias en torno al fenómeno en sí. Lo que Heidegger comprende como intencionalidad, el dirigirse hacia el mundo. La unidad de significado se compone por las capas noemáticas y por el núcleo noemático elementos que componen la esencia. Se entienden como relaciones de fundamentación, como las notas constitutivas del fenómeno de estudio, la estructura del fenómeno (63).

b) Reducción: Una vez identificadas las estructuras constitutivas del fenómeno, se inicia el camino hacia la interpretación y comprensión de la estructura fenoménica. Se puede hacer la interpretación a partir de un único caso completo, de un caso resumen o de todos los casos, esto depende de la heterogeneidad del grupo estudiado. La ruta para describir la experiencia de las vivencias inicia de la interpretación de cada caso completo comparando y contrastándolo, a partir de cada uno de los temas o preguntas de investigación. Se deben contemplar los ejemplares, los cuales son partes de las entrevistas, se usan en forma literal para ilustrar las interpretaciones del investigador sobre los significados de las experiencias de los entrevistados. El análisis interpretativo es un proceso itinerante inductivo de descontextualización y re contextualización. La descontextualización se hace al separar los datos de su contexto original de los casos individuales y asigna los códigos a las unidades de significado en los textos. En la re contextualización se examinan los códigos para los patrones y luego reintegra, organiza y reduce los datos en torno a temas centrales y las relaciones que va a través de todos los casos y relatos. Para extraer datos de texto a un conjunto de categorías o conceptos finales (63).

c) Constitución: En esta fase, de manera reflexiva, se describe el proceso de construcción del conocimiento, es la descripción de las operaciones de síntesis, presentada a partir de la discusión de los hallazgos. Es decir, interpretar el texto y darse a la tarea como investigador de describir en qué forma el pre-entendimiento de los entrevistados y la propia manera de ser en el mundo como persona e investigador, influyen en la forma como se interpreta y presenta la experiencia vivida de los sujetos estudiados (63).

Para esta investigación se realizaron (22) entrevistas semia estructuradas a personas que asistieron al servicio de consulta médica general en el hospital Nuestra Señora de Guadalupe en el municipio de Guadalupe Antioquia durante el primer trimestre del año 2024. Las entrevistas se almacenaron en archivos de audio mp3, donde luego se transcribieron en un documento de Word para ser importadas al software Atlas Ti. El Proceso de las entrevistas se realizó en un intervalo de 7 horas en un consultorio del hospital, con una lectura previa del consentimiento informado a cada una de las personas participantes, donde se autorizaba la grabación de las entrevistas en los celulares.

En el mes de abril se realizó la transcripción de las entrevistas, donde se pudo agrupar las unidades de acuerdo a la información proporcionada y establecer la relación que tenían entre sí cada una de estas. De esta manera, se logró organizarlas por palabras e identificar las categorías temáticas que en total fueron 8; esto con la ayuda del software Atlas Ti que permitió identificar de manera adecuada los conceptos más significativos de cada una de las entrevistas realizadas, facilitando así la identificación de las subcategorías para su respectivo análisis.

## 6. Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló cuidando especialmente a los sujetos, sucesos y sus experiencias, así como todo el abanico de información que se obtuvo. Esta investigación se ejecutó teniendo en cuenta 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 (64).

La participación por parte de los usuarios fue voluntaria, todo legalizado mediante el consentimiento informado que fue aceptado después de la explicación de la investigación, además se les informó que tenían total libertad para retirarse en el momento que así lo desearan. La información que se obtuvo fue utilizada para efectos de estudios académicos. Los encuentros previos fueron pactados con los participantes y ajustados de acuerdo con la disponibilidad de tiempo de los mismos. Se validó con los participantes que la información que nos suministraron fuese acertada. Además, se manejó la confidencialidad de la información con todos los participantes de la investigación. Por otro lado, también se tuvieron en cuenta los principios éticos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (65).

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 hacer una reconstrucción de las experiencias), y/o económico (solicitud de dinero por parte de los participantes). Dichos riesgos serán minimizados con ayuda del consentimiento informado, a los participantes se les corrobora que la investigación será completamente voluntaria, no recibirán ninguna compensación monetaria y podrían abstenerse de responder alguna pregunta que le incomodara o retirarse sin ningún problema. Además, se tendrán en cuenta los principios de (65):

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 (65).

Beneficencia: teniendo la obligación ética de lograr los máximos beneficios posibles y reducir al mínimo la posibilidad de daño (65).

No maleficencia: proteger contra daños evitables a los participantes del estudio (65).

Justicia: trato igualitario, reconociendo la diferencia y particularidad de los casos. Adicionalmente se realizará la devolución de los resultados con la población participante, la información será codificada y salvaguardada sólo en equipos de acceso de los investigadores. Todas las anteriores reflexiones éticas son concordantes con el Código de Helsinki, el Informe de Belmont y la normatividad nacional (65).

## 7. Resultados del estudio

Los usuarios del hospital Nuestra señora de Guadalupe han tenido diferentes experiencias con relación al acceso del servicio de consulta médica general, después de realizar el trabajo de campo por medio de la aplicación de entrevistas semiestructuradas a los usuarios, la investigación arrojó como resultado 8 categorías de acuerdo con la metodología planteada en el trabajo.

La investigación se enfocó en 8 categorías relacionadas con el acceso al servicio de consulta médica general. La primera categoría es el acceso a los servicios de salud, lo cual implica que todas las personas y la comunidad en general tengan acceso a servicios integrales de salud de manera oportuna y de calidad de acuerdo con sus necesidades, así como a medicamentos de calidad, eficaces y seguros.

La segunda categoría es la oportunidad de atención en los servicios de salud, los usuarios deben tener la posibilidad de acceder a los servicios que requieran sin obstáculos que retrasen la atención y puedan poner en riesgo su salud o la vida.

La tercera categoría es la percepción de la calidad de los servicios de salud, dicha apreciación es muy subjetiva, ya que depende de la opinión y punto de vista de cada usuario, el cual desea recibir una atención integral que cubra sus necesidades.

La cuarta categoría es la satisfacción de los usuarios, esta denota la calidad de la atención prestada en los servicios de salud; además, este indicador ayuda a las instituciones a identificar falencias y mejorarlas, así como a reforzar las fortalezas encontradas en el proceso de atención, con el fin de desarrollar un sistema de salud que brinde la atención de calidad que los pacientes demandan.

La quinta categoría es la dificultad para asistir a los servicios de salud, comprende todas las barreras que impiden a los usuarios el acceso oportuno a los servicios, entendiendo que dichas barreras pueden ser de diversa índole: barreras tecnológicas, geográficas, administrativas, económicas, culturales, etc.

La sexta categoría es los medios de comunicación para brindar la información de acceso a los servicios de salud, esta categoría implica los medios y canales por los cuales el hospital realiza las difusiones de información para que los usuarios estén al tanto sobre cómo pueden acceder de manera ágil y oportuna a los servicios prestados por el hospital.

La séptima categoría es los tiempos de espera que presentan los usuarios para la asignación de citas, esta categoría se relaciona con el tiempo que tienen que esperar los usuarios para que les agenden una cita de medicina general, lo cual puede ser un lapso de tiempo corto o bastante largo, así como el tiempo que demoran en brindarles respuesta a las solicitudes hechas por los usuarios.

La última categoría es la información brindada por el personal de salud, esta categoría está relacionada con la información que el recurso humano del hospital (tanto asistencial como administrativo) les brinda a los usuarios en los diferentes momentos de la atención en salud.

**Tabla 1 Categorías y Subcategorías de los resultados**

Acceso a los servicios de salud	Oportunidad de atención a los servicios de salud	Percepción de la calidad de los servicios de salud	Satisfacción de los servicios de salud prestados	Dificultad para asistir a los servicios de salud	Medios de comunicación para brindar información sobre los servicios de salud	Largo tiempo de espera para asignar cita de medicina general	Información de la atención de los servicios de salud por parte del personal
Dificultad	Negación del servicio	El servicio prestado es muy agradable	Me siento agradecido con el hospital	Carretera mala	Whatsapp	No contestan	Poca información
Facil acceso a los servicios de salud	Derechos de petición	Buen talento humano	No estoy contento con los servicios del hospital	No tienen transporte	Teléfono	Poca agenda	Información errónea
No agenda	Campañas de atención para los servicios de salud	Descontento con la atención brindada por el personal	Me gusta la forma de pedir mis citas	No tiene con quien dejar los hijos	Carteles en el hospital	Espera hasta de una semana	No se da información
Poco personal				No pasan buses tan temprano	Periódicos en el pueblo		Información inadecuada
Pocas rutas de accesibilidad				Derrumbes en las vías	Por medio de la pagina del hospital		Asesoramiento de como pedir citas
					Internet		

Durante las entrevistas los usuarios expresaron su sentir, por medio de los relatos algunos nos compartieron que la atención en el hospital es buena; se evidencia que el hospital ha implementado nuevas estrategias, como parte de su política de mejoramiento continuo para que toda la población pueda acceder a los servicios de consulta médica, en consecuencia unos cuantos usuarios nos manifestaron que en general recibieron una atención oportuna y de calidad por parte del hospital, que siempre que requirieron una cita pudieron tener acceso y agendar vía WhatsApp o se las asignaron por diferentes medios sin mayores contratiempos, donde muchos de estos comprenden que la demanda del servicio es alta, aun así, expresaron que se sentían a gusto con el servicio y la atención prestada por parte de los profesionales.

Por otro lado, los usuarios manifiestan que también tienen diferentes dificultades con las nuevas estrategias que implementa el hospital, muchas veces por el mismo desconocimiento de la población, otras veces porque tienen barreras geográficas, económicas y sociales que evitan que se les pueda prestar la atención a los servicios de salud, en ocasiones no les fue posible acceder a una cita de consulta médica general fue porque en realidad no había agenda disponible en el momento de la solicitud, de esta forma la oportunidad de atención para los servicios de salud se está viendo afectada donde algunos usuarios no se le brinda el acceso y se está vulnerando el derecho a la salud de cada persona, de otra manera expresaron entender la situación por la alta demanda de servicios que tiene el hospital en comparación con el recurso humano o profesionales que tiene disponible; sin embargo, de igual forma expresaron que la atención que han recibido es muy buena, que siempre que han requerido atención médica para sus necesidades en salud han sido suplidas. A continuación, algunas de las percepciones positivas que manifestaron tener los usuarios al momento de acceder al servicio de consulta médica general:

“Conseguir cita es muy fácil, siempre por el WhatsApp me colaboran” (entrevistado # 20)<sup>1</sup>

“He tenido la oportunidad de siempre buscar citas y encontrar, entonces no tengo quejas del hospital” (entrevistado # 12)<sup>2</sup>

“A veces es difícil porque cuando uno no encuentra citas es porque realmente no hay agenda, es difícil porque a veces son pocos médicos y todo entonces si pasa en las ciudades ahora en un pueblo, uno tiene que entender que no hay cita, pero si uno viene a una urgencia lo entran, si no es urgencia le dan una consulta prioritaria o alguna cosa” (entrevistado # 7)<sup>3</sup>

“Yo creo que, pues en mi caso ha sido bien la atención, la forma en la que consigo las citas es muy fácil” (entrevistado # 2)<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> Entrevista participante #20, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>2</sup> Entrevista participante #12, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>3</sup> Entrevista participante #7, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>4</sup> Entrevista participante #2, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

Por otro lado, en una gran proporción los usuarios nos relataban la dificultad de las formas dispuestas por el hospital para realizar el agendamiento de citas cada vez que se desplazaban desde sus casa o intentaban llamar, ya que no tenían oportunidad de acceder a los servicios de consulta médica general y en algunos decían que ellos iban hasta el hospital y no importaba las PQRSD que ellos montaban y se les negaba el servicio; así mismo, manifestaron su inconformidad con la forma de proceder en algunos casos de los profesionales, algunos usuarios expresaron su molestia por la falta de ética y la violación a su privacidad e información médica, al ser esta divulgada a terceros sin su consentimiento, donde los profesionales compartían el diagnóstico médico de los usuarios y su información personal, respecto a esto, algunos relataron:

“Yo antes venía y la muchacha de la entrada me daba la cita, ya ahora siempre llamo y no me contestan” (entrevistado # 5)<sup>5</sup>

“Las citas que las den tal vez por el fijo, porque muchas veces no da por el WhatsApp y es un poquito más complicado” (entrevistado # 3)<sup>6</sup>

“He mandado dos derechos de petición y me siguen negando el servicio, me parece una falta respeto con la salud mía ya que presentó muchos problemas de salud” (entrevistado # 21)<sup>7</sup>

“Los muchachos jóvenes o las muchachas más que todo los que hacen citologías, hacen citología o hacen alguna cosa así que solamente debe saber el paciente y antes de saber el paciente ya es porque sabe todo el mundo en la calle” (entrevistado # 18)<sup>8</sup>

Los usuarios, en su mayoría los de la zona rural perciben como deficiente el servicio que se les brinda, porque no consideran que la institución le garantiza el acceso efectivo y oportuno al servicio de consulta médica general, manifiestan que se encuentran con muchos obstáculos al momento de buscar atención y que no están recibiendo una atención integral por parte del hospital que cubra sus necesidades. Con relación a la percepción que tienen los usuarios sobre la calidad de los servicios de salud, podemos decir que a pesar de que ésta es muy subjetiva, las opiniones en cuanto a cómo percibieron la calidad de los servicios prestados por parte del hospital están divididas; algunos usuarios consideran que se les ha brinda una buena atención, porque siempre que han tenido una demanda de servicios el hospital se las ha suplido de manera oportuna, destacan que desde la institución están muy comprometidos por el bienestar de ellos como usuarios y valoran la atención que les brindan cada vez que lo han requerido, de acuerdo con lo expresado, algunos usuarios consideraron que tienen una percepción muy buena,

---

<sup>5</sup> Entrevista participante #5, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>6</sup> Entrevista participante #3, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>7</sup> Entrevista participante #21, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>8</sup> Entrevista participante #18, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

aun así, no se puede desconocer que muchos usuarios todavía presentan dificultades en el acceso al servicio de consulta médica general, respecto a esto, algunos relataron:

“Siempre me ha parecido que el hospital hace lo mejor para atendernos, siempre busca el bien para nosotros” (entrevistado #12)<sup>9</sup>

“Me gusta cómo me atienden en el hospital, desde la entrada hasta que salgo se preocupan de cómo me fue” (entrevistado #2)<sup>10</sup>

“Siento que la calidad de los servicios que nos ofrece el hospital a nosotros que vivimos en las veredas es inapropiado, porque cuando llegamos dicen que no tienen citas, deberían mejorar eso y por teléfono no contestan” (entrevistado # 5)<sup>11</sup>

De la misma manera, algunos usuarios expresaron insatisfacción por la falta de recursos, siendo el caso de los medicamentos que muchas veces les prescriben, los usuarios salen de las consultas a reclamar su fórmula médica y la respuesta que obtienen es que no tienen stock disponible de los mismos, y de citas de medicina general, en algunos casos es evidente la falta de medicamentos, ya que al momento de solicitarlos la respuesta que recibieron por parte del personal es que no los tenían disponibles en ese momento y que tenían que esperar, sin tener certeza de cuánto tiempo, pudiendo ser por un lapso de tiempo corto y en otros casos más, por largos periodos de tiempo, afectando así la atención y el tratamiento que se le ha prescrito a los pacientes con el fin de mejorar su estado de salud, y cuando no había disponibilidad de citas les decían que volvieran al otro día o siguieran llamando, motivo por el cual muchos usuarios no estuvieron satisfechos con el servicio, tanto así, que manifiestan que han instaurado diferentes PQRSD referentes a la prestación de los servicios y a las dificultades que presenta la institución para satisfacer la demanda por servicios de salud de sus usuarios. respecto a esto, algunos relataron:

“Los medicamentos a veces uno va a buscarlos y no los hay o tardan mucho en llegar, cosa que en otros hospitales no pasa, y uno es necesitando tomarse los remedios que el médico le manda y nada” (entrevistado #4)<sup>12</sup>

Sin embargo, se debe tener en cuenta que la mayor parte de la población del municipio está situada en la zona rural. Es por esto, que los usuarios situados en esta zona manifestaron encontrarse con barreras geográficas, económicas, tecnológicas entre otras, al momento de necesitar atención médica, ya sea porque en su gran mayoría se les dificulta realizar el agendamiento de citas por vía

---

<sup>9</sup> Entrevista participante #12, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>10</sup> Entrevista participante #2, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>11</sup> Entrevista participante #5, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>12</sup> Entrevista participante #4, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

WhatsApp, obligándolos a desplazarse hasta el hospital a solicitarla de manera presencial de la misma forma, la población expresa que tiene grandes dificultades para poder asistir a las citas, ya que hay barreras geográficas, económicas y sociales que les imposibilita llegar a tiempo al hospital, en estas barreras podemos mencionar algunas como lo son vías en mal estado, poco transporte en las zonas rurales, derrumbes en las vías, no cuentan con dinero para los medicamentos, no tienen con quien dejar los hijos entre otras barreras, también expresan que al no tener transporte propio pueden tardar hasta dos horas para llegar al pueblo, lo que evidencia que la población rural es la que se está viendo más afectada en cuanto a la prestación de los servicios de salud, de manera que, no se está garantizando de forma oportuna y eficaz la prestación de los servicios a la población aledaña al pueblo de modo que ellos están corriendo el riesgo de que al momento de acudir no encuentren agenda disponible o porque en ocasiones se les hace difícil y en otros casos imposible el costear los gastos de desplazamiento hasta el municipio, teniendo que recurrir a terceros para poder gestionar en este caso el agendamiento de una cita de consulta médica general, respecto a esto, algunos relataron:

“Uno antes llamaba por teléfono para pedir las citas y nunca contestaban, tocaba venir hasta acá a pedir una cita y muchas veces decían que no había agenda” (entrevistado # 10)<sup>13</sup>

“Mi esposo y yo vivimos en una vereda y ninguno de los dos maneja WhatsApp, siempre nos toca bajar al pueblo y venir a pedir la cita uno mismo, si nosotros no podemos le toca venir a la suegra que ella vive más cerca” (entrevistado # 9)<sup>14</sup>

“Para los que saben manejar WhatsApp pues para ellos no hay dificultades, pero para uno que sí habemos como yo muchas personas, gente hasta mayor de edad que lo digo por mi vereda que no saben manejar esto, ahí tienen que quedarse en la casa o traerlas aquí al hospital cuando están muy enfermas ya” (entrevistado # 8)<sup>15</sup>

Adicionalmente, otros usuarios expresaron gran preocupación en cuanto a las barreras de comunicación y tecnológicas que para ellos implica tener información de cómo pedir citas ya sea por vía WhatsApp o teléfono, bien sea, porque algunos de ellos no tienen el conocimiento para hacer uso de esta aplicación o no cuentan con la facilidad para acceder a ella; también se debe tener en cuenta que una buena proporción de los usuarios del hospital son personas de edad avanzada, siendo para ellos casi que imposible acceder a un agendamiento de citas por vía WhatsApp sin ayuda de un tercero; de igual manera, Otros usuarios, declaran que a pesar de que el hospital dispuso de una línea telefónica para atender a las solicitudes de los

---

<sup>13</sup> Entrevista participante #10, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>14</sup> Entrevista participante #9, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>15</sup> Entrevista participante #8, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

usuarios, cuando estos llaman casi nunca les contestan el teléfono, siendo muy difícil la comunicación por este canal también. Así mismo, los usuarios de la zona rural manifiestan que en cuanto a los periódicos no tienen acceso a estos, porque solo circulan en la zona urbana del municipio.

Con respecto a los periódicos, manifestaron que estos no llegan a las veredas y que ellos no cuentan con tiempo para ir a ver los carteles de información del hospital para saber cómo acceder a los servicios de salud, respecto a esto, algunos relataron:

“Yo no soy capaz de pedir citas por WhatsApp o por esas cosas del celular, a veces me ayudan, pero mi hijo mantiene muy ocupado” (entrevistado # 16)<sup>16</sup>

“Mi vecina me ayuda a pedir citas por internet, pero muchas veces me da pena estar diciéndole que me ayude con las citas, y yo no soy capaz de manejar esos aparatos” (entrevistado # 11)<sup>17</sup>

“El problema mío es que yo no uso WhatsApp, yo todavía yo no sé manejar estos celulares, sino que mantengo de esos de teclitas y a veces uno es enfermo y no puede pedir las citas, el vecino si le dice a uno que se lo pone a la orden, pero entonces si uno molesta una vez, ya para dos o tres ya a uno le da pena estar pidiendo que para WhatsApp y eso, que, si cambian eso, es mejor pedir, así como antes por llamada” (entrevistado # 12)<sup>18</sup>

“A veces no tengo quien me lleve al pueblo y el transporte es difícil, a veces hay derrumbes y no hay como llegar al pueblo y pierdo mi cita” (entrevistado #8)<sup>19</sup>

“Muchas veces no tenemos información si hay citas disponibles, en mi casa no manejamos mucho la tecnología, a veces se va la luz y nunca llegan periódicos, entonces nos toca bajar al pueblo y perdemos la ida, y no tenemos tiempo para estar yendo ya que no hay quien cuide la casa” (entrevistado #10)<sup>20</sup>

Con relación a los tiempos de espera, algunos usuarios manifestaron que por causa de obstáculos que se les han presentado al momento de buscar atención, tienen que esperar largos tiempos para que les puedan agendar una cita, ya que en algunas ocasiones no tienen la posibilidad de asistir a las citas que ya tienen

---

<sup>16</sup> Entrevista participante #16, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>17</sup> Entrevista participante #11, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>18</sup> Entrevista participante #12, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>19</sup> Entrevista participante #8, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>20</sup> Entrevista participante #10, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

asignadas con anterioridad o cuando acuden de manera presencial al hospital a realizar el agendamiento ya no encuentran disponibilidad. Por consiguiente, otros usuarios expresaron que les ha tocado esperar de una hasta dos semanas para poder tener una cita, lo que da pie a que para algunos de ellos la condición de salud empeore, respecto a esto, algunos relataron:

“He tenido que esperar hasta dos semanas para una cita, y no me ayudan y yo me siento muy mal” (entrevistado # 10)<sup>21</sup>

Por último, los usuarios manifestaron que el personal del hospital en algunas ocasiones les brindó información errónea, por lo cual, se expresaron con gran preocupación, ya que cada vez que esto les ocurrió perdieron la ida hasta el hospital; otros usuarios agregaron, que hubieron situaciones en las cuales les dijeron que había agenda disponible y al momento de acudir a realizar el agendamiento al hospital se encontraron con la sorpresa de que esto no era cierto, respecto a esto, algunos relataron:

“He perdido la venida 2 veces, la señora de la entrada me dijo que si madrugaba a pedir fichó me iban atender y llegue y me dijeron que no había citas que viniera otro día, pero yo no tenía tiempo” (entrevistado #22)<sup>22</sup>

“Siempre me dan información diferente el doctor me dice una cosa y la muchacha de la entrada otra” (entrevistado #1)<sup>23</sup>

Es fundamental que el hospital siga fortaleciendo e implementando estrategias que permitan garantizar el acceso efectivo, integral, oportuno y de calidad a los servicios de salud para la población del municipio de Guadalupe Antioquia. De manera que, todas las personas, tanto los de la zona urbana como la rural puedan acceder al servicio de medicina general.

Es importante conocer las estrategias enfocadas en mejorar la oportunidad en salud, con el fin de garantizar a la población la accesibilidad al servicio de consulta médica general; de esta manera se genera el acceso oportuno para todos los usuarios. Además, esto generará que la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios que les está brindando el hospital sea más satisfactoria, de manera que estos tengan una experiencia grata y que estén satisfechos con la atención prestada.

De esta manera, en el caso de los usuarios que se ubican en la zona rural y que en ocasiones presentan dificultades para acceder a los servicios, ya sea por barreras geográficas, administrativas, económicas y sociales, etc., conozcan las alternativas que tiene el hospital en los servicios de salud, teniendo en cuenta que estos usuarios son los que manifiestan tener mayor dificultad de acceso al servicio de

---

<sup>21</sup> Entrevista participante #10, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>22</sup> Entrevista participante #22, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

<sup>23</sup> Entrevista participante #1, Guadalupe, Antioquia, 27 de marzo de 2024

medicina general. De forma que la población pueda tener de primera mano la información necesaria sobre las diferentes formas de acceso a los servicios de medicina general dispuestos por el hospital. lo que mejorará la calidad de vida de los usuarios, evitando así que estos tengan que pasar por largos tiempos de espera mientras se les hace el agendamiento de las citas.

## 8. Discusión

En la población del municipio de Guadalupe se evidencia que el hospital ha implementado nuevas estrategias para fortalecer el acceso a los servicios de salud como parte de su política de mejoramiento continuo para que toda la población pueda acceder a los servicios de consulta médica general de manera más eficiente y oportuna. Sin embargo, en los resultados de la investigación no se evidenció una gran labor por parte del hospital para mejorar las condiciones de acceso de la población rural.

En Santiago del estero (Argentina) se estudió las condiciones de acceso a los servicios de salud de la población ubicada en zonas rurales, el estudio permitió identificar aspectos que deben ser mejorados dado que condicionan el alcance de las acciones sanitarias, las formas de vinculación con la comunidad y la satisfacción de los usuarios. Aun así, se evidenció que es escaso el abordaje de lo que sucede en zonas rurales de Argentina donde las características geográficas, las desigualdades estructurales y la historia de la vinculación de la población rural con el estado adquieren otros matices, es por esto, que exigen considerar formas alternativas de abordaje y evaluación (66).

Por otro lado, se realizó una tesis sobre la oportunidad en el acceso a la salud en Colombia, esta se desarrolló en el 2021 en la universidad de Andes y concluyó que la oportunidad en el acceso a la salud en Colombia es una necesidad apremiante que demanda atención, esto se evidencia con las 487.014 tutelas de salud que aparecieron en los despachos judiciales del país en el año 2019 y las 752.987 PQRD de usuarios ante la Superintendencia de Salud por la demora en la asignación de citas de consulta médica especializada, la entrega de medicamentos y la prestación de servicios son dos indicadores que respaldan dicha afirmación. Según el Monitor del Servicio de Salud Global de Ipsos (2020), la encuesta realizada en 27 países para medir la percepción de la ciudadanía respecto a la calidad, oportunidad y equidad en el acceso a los servicios de salud, arrojó que el 64% de los colombianos encuestados manifiestan que no se brinda el mismo nivel de atención a todos los ciudadanos y el 78% manifiesta su dificultad en pagar buena atención médica. Por otra parte, tan solo el 25% considera que la calidad de esta es adecuada y el 65% niega que el médico realmente se preocupe por ellos. Aún más, el 74% sostiene que el tiempo de espera para obtener una cita es un problema (67).

Con base a los resultados de la investigación, los usuarios del hospital Nuestra señora de Guadalupe tienen percepciones diferentes en cuanto a la atención de los servicios de salud, estos arrojaron que la población urbana ven las nuevas estrategias implementadas como una optimización del proceso de acceso a los servicios de salud, además, sienten que la calidad de los servicios prestados va

mejorando a medida que la población se adapta a las nuevas estrategias tecnológicas, mientras que la población rural perciben las nuevas estrategias como un factor que limita o dificulta el acceso a los servicios de salud.

En concordancia Gallardo y Reynaldos indican que se ha visto la necesidad de entender cómo el usuario percibe y forma las expectativas; para ello, existen diversos factores que ayudan a determinar la percepción de la calidad del servicio, siendo uno de ellos el estado de salud del usuario. Así mismo, se establece cómo influye el cuidado en la calidad de la atención, para generar la satisfacción del usuario, teniendo en cuenta que la calidad llama a satisfacer las demandas de los pacientes, la familia y el personal de la salud. Por lo anterior, podemos afirmar que la percepción del paciente sobre la calidad de los servicios se ha convertido en un factor determinante para establecer planes de mejora dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud (68).

Otro punto que se concluyó a partir de los resultados es que se evidencia que a pesar de que algunos usuarios tienen dificultades para acceder a la atención de medicina general, una buena proporción de ellos están de acuerdo con el servicio prestado, aducen que se sienten satisfechos con la forma en que los atiende el personal de salud, desde el ingreso hasta el egreso del servicio. Al momento de la atención es importante que el personal de salud demuestre su buena disposición a los usuarios, debido a que esto les genera una percepción positiva sobre la atención recibida. Por otra parte, los resultados del estudio dieron a conocer que las personas insatisfechas se sitúan en la zona rural del municipio dado que manifiestan limitaciones para acceder a las citas de atención en salud.

En relación con la idea anterior, en Cuba se realizó una investigación de la evaluación de la satisfacción en salud, el cual analizaba los antecedentes sobre estudios de satisfacción en Cuba, en el estudio se evidenció las respuestas dadas a todas las quejas interpuestas por los pacientes, finalmente se constituyó un sistema de detección de problemas muy útil, que debe considerarse como un factor importante en la evaluación de la satisfacción con la atención. Los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Satisfacción, arrojaron que aproximadamente el 70 % de la población se encontraba medianamente satisfecha con los servicios de salud (70).

Ahora bien, en el estudio actual se presentan dificultades para las personas que residen en zona rural, ya que tienen más barreras geográficas, económicas y sociales como lo son: deslizamientos, vías en mal estado, falta de transporte, alejados geográficamente del hospital, etc...

En una investigación que se realizó en el año 2009 en facultad Nacional de Salud Pública acerca del acceso a los servicios de salud enfocado en las limitaciones y consecuencias, esta arrojó como resultado que el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los

servicios. El predominio del mercado y la rentabilidad financiera de las aseguradoras impone mecanismos de contención de costos por encima del derecho a la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Además, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que, sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud (71).

Si comparamos los resultados de esta investigación con los resultados de la realizada en el municipio de Guadalupe, encontramos que hay similitudes en las barreras de acceso a la atención de los servicios de salud, sin embargo, en la investigación del 2009 se evidencian otros factores diferentes que dificultan el acceso de la población a los servicios de salud.

Por otro lado, los medios de comunicación buscan fortalecer puntos de información para poder brindar información confiable a la población en general, algo que está beneficiando a la población que reside en la zona urbana, según los resultados de la investigación las nuevas alternativas de comunicación para acceder a los servicios de salud han ayudado a la prestación de los servicios de forma más sencilla, a diferencia de los usuarios que residen en la zona rural, que expresaron que no tienen acceso a estos medios de comunicación, como es el caso del WhatsApp.

Ahora bien, los largos tiempos de espera es otro punto importante que se encontró en los resultados de la investigación, la población presenta dificultades con los tiempos de espera ya que expresaban que no contestan y no era posible asignarles citas prontas para los servicios de salud. En comparación con un estudio del análisis de la demora en los tiempos de atención en los servicios de urgencias en la clínica medilaser sucursal Florencia que argumentaba que en los últimos dos años en Colombia el sector salud ha sido seriamente cuestionado y criticado por la baja calidad de sus servicios, especialmente en el área de urgencia donde independiente del aseguramiento o gravedad de la situación se presentan demoras en los tiempos de atención, que van desde una hora hasta cinco horas en sala de espera lo que genera hasta un 9 % de deserción del servicio como lo afirma el análisis de la revista Semana (2010) a diferentes hospitales y clínicas de las principales ciudades (72).

Para finalizar, la información clínica que se le proporciona al paciente o usuario de un servicio de salud puede contribuir al mejor desarrollo del proceso asistencial, mejorar la relación entre los sanitarios e influir en la calidad del servicio. La orientación de los servicios sanitarios hacia la satisfacción de las necesidades de los pacientes y usuarios implica que cuando se habla de calidad se tengan presentes dos dimensiones estrechamente ligadas: Lo que el paciente o usuario espera del servicio y lo que dice haber obtenido, esta última dependerá, entre otros factores, de cómo se produzca la interacción entre el usuario y los profesionales

que prestan los servicios, así como de las expectativas que previamente se hayan formado. El hecho de proporcionar información asistencial a los pacientes es necesario para el correcto desarrollo de la relación sanitario-paciente y se erige en un factor determinante para el cumplimiento de las expectativas de los usuarios al resultado final de la prestación del servicio (72).

## 9. Conclusiones del estudio

Se realizó un estudio con enfoque fenomenológico que diera a conocer las categorías acceso a los servicios de salud, oportunidad de atención a los servicios de salud, percepción de la calidad de los servicios de salud, satisfacción de los servicios de salud, dificultad para asistir a los servicios de salud, medios de comunicación para brindar información sobre los servicios de salud, largos tiempos de espera para asignar citas de médico general, información de los servicios de salud por parte del personal de salud.

Se pretende que los resultados de la investigación puedan aportar herramientas que contribuyan a la implementación de mejoras a los procesos institucionales relacionados con el acceso, la oportunidad, percepción y la satisfacción de los usuarios, etc. Así como a la prestación del servicio de medicina general para la población del municipio de Guadalupe Antioquia, donde la atención sea de manera más adecuada ya que en los resultados se evidencia que los usuarios a veces no tienen oportunidad para acceder a una cita de medicina general.

La investigación quiere dar a conocer los diferentes factores que influyen en el acceso al servicio de consulta médica general de la población, con referencia a los resultados, muchas de las barreras de acceso que manifestaron tener los usuarios están relacionadas con factores que no están bajo su control, como es el caso de: el ambiente, desconocimiento de los canales de atención, falta de recursos económicos, la ubicación geográfica del centro de atención, etc. Por este motivo es fundamental tener un amplio panorama de la situación actual que está viviendo la población, ya que de esta manera analizamos las alternativas que tiene el hospital para mejorar la atención en salud.

La actitud de los usuarios que asistieron al hospital, muchos se mostraban con desconfianza hacia los investigadores, también evidenciaban señales de miedo por la aplicación de las entrevistas, a simple vista tenían la percepción de que cualquier información que pudiesen brindar les iba a traer repercusiones negativas en la atención que les brindara el hospital. Esto implicó un tiempo adicional, pero con mucha paciencia y claridad se les explicó de qué trataba la investigación y que cualquier información que brindarían era anónima y que no los comprometería en lo absoluto, que, por el contrario, nuestro propósito era brindar herramientas para que el hospital pudiese aplicar mejoras y fortalecer los puntos débiles del acceso al servicio. Finalmente, se pudo llevar a cabo las entrevistas sin contratiempos.

## **10. Limitaciones del estudio**

Durante la realización del trabajo de investigación en las fechas establecidas en el calendario académico, no fue posible llevar a cabo todo el trabajo de investigación en el tiempo implementado, por lo que debió solicitarse un incompleto para poder seguir con la investigación.

También debimos movilizarnos desde la ciudad de Medellín hasta el Municipio de Guadalupe, lo que supuso varias horas de viaje y gastos de dinero; teniendo en cuenta que se fue hasta el hospital al menos en 3 ocasiones, primeramente para presentar el proyecto de investigación a la gerente y los administrativos, luego para socializar con el espacio en el que se iba a llevar a cabo la investigación y por último, el día en el que se llevó a cabo la investigación por medio de la aplicación de las entrevistas a los usuarios.

## **11. Recomendaciones del estudio**

Para el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe, con respecto a las dificultades que están teniendo los usuarios que residen en la zona rural para realizar el agendamiento de citas, quizás una alternativa que se le pueda brindar a esta población es ponerle a disposición una línea telefónica a la que ellos se puedan comunicar para obtener orientaciones y realizar el agendamiento de las citas desde su residencia, garantizando que el personal encargado de la línea conteste de manera oportuna.

Para el Hospital Nuestra Señora de Guadalupe se debe trabajar para mejorar la percepción negativa que tienen algunos usuarios de la calidad del servicio que se le está ofreciendo. Además, es importante brindar alternativas para los usuarios que presenten dificultad para asistir al centro de atención, así como realizar mayor difusión de la información por los diferentes canales de comunicación disponibles, de igual manera, se puede hacer optimización de trámites para evitarles largos tiempos de espera a los usuarios, y, por último, llevar a cabo capacitaciones periódicas para el personal del hospital, tanto asistencial como administrativo.

No obstante, es importante fomentar la comunicación asertiva entre el personal de modo que la información que le brinden a los usuarios sea concisa y coherente, evitando contratiempos y pérdidas de tiempo y de dinero a los usuarios.

Seguir motivando a la facultad y a los estudiantes para llevar a cabo trabajos de investigación sobre el acceso a los servicios de salud en los municipios de Antioquia, con el fin de identificar oportunidades de mejora que contribuyan al acceso oportuno y efectivo para la población.

## **12. Divulgación de los resultados**

Al finalizar cada una de las entrevistas se les indicó a los participantes que los resultados de la investigación se publicarían en el repositorio de investigaciones de la Universidad de Antioquia. De igual manera, se enviará vía correo los resultados de la investigación al hospital Nuestra Señora de Guadalupe, de forma que puedan analizar los diferentes factores que están influyendo en el acceso de la población al servicio de consulta médica general.

## Referencias

- 1 Garbus P. Accesibilidad a la atención en salud. la revisión teórica de una categoría tan clásica, como demoda. accessibility to health care. a theoretcial review of a classic as well as trendy category [Internet]. Bvsalud.org. [citado 2023 Jul17]. Disponible en: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905597/rcambvol22n1\\_2012\\_15-25.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905597/rcambvol22n1_2012_15-25.pdf)
- 2 Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Publica Mex [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 9];57(2):180. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014)
- 3 Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia [Internet]. Consejo Privado de Competitividad. 2021 [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: [https://compite.com.co/blog\\_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/](https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/)
- 4 Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal. [Internet]. 2024. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- 5 Organización Mundial de la Salud. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas [Internet]. Who.int. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://acortar.link/x9lpZc>
- 6 UNDP [Internet]. [citado 2023 Jul 17]. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals>
- 7 Cobertura sanitaria universal (CSU) [Internet]. Who.int. [citado 2023 Jul 17]. 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))

- 8 González Juárez T, Mendoza Nieto J. Funciones esenciales de la salud pública. Tepexi bol cient esc super tepeji río [Internet]. 2020 [citado 2023 Jul 17];7(14):89–90. Disponible: <https://www.paho.org/es/temas/funciones-esenciales-salud-publica>
- 9 Más de 140 millones de personas no tienen de acceso a la atención de salud en América Latina y el Caribe. La OIT y la OPS celebran una reunión conjunta con miras a reducir la exclusión social en el sector de la salud | International Labour Organization [Internet]. 1999 [citado 2023 Jul 17]; Disponible en: [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_071403/lang-es/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071403/lang-es/index.htm)
- 10 Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barriers to access to health services for women and children in Latin America Barreiras de acesso aos serviços de saúde para mulheres e crianças na América Latina. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022 [citado 2023 Jul 17];46:e94. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e94/>
- 11 Houghton N, Báscolo E, Jara L, Cuellar C, Coitiño A, Del Riego A, et al. Barriers to access to health services for women and children in Latin America Barreiras de acesso aos serviços de saúde para mulheres e crianças na América Latina. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2022 [citado 2023 Jul 17];46:e94. Disponible en: <https://scielosp.org/article/rpsp/2022.v46/e94/>
- 12 Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia [Internet]. Consejo Privado de Competitividad. 2021 [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: [https://compite.com.co/blog\\_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/](https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/)
- 13 Ley 2017 de 2020 - Gestor Normativo [Internet]. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

- 14 Ley 100 de 1993 [Internet]. SGSST | Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. 2020 [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://steel.net.co/ley-100-de-1993/>
- 15 Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 17];20(6):1947–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060973/>
- 16 Alvis-Zakzuk J, Herrera Rodriguez M, Gómez - De la Rosa F, Alvis-Guzman N. PHP14 - Determinantes y Barreras Socioeconómicas del Acceso A Los Servicios de Salud en Las Regiones de Colombia. Value in Health. 1 de noviembre de 2015;18(7): A849. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301515024997>
- 17 Peña-Montoya ME, Garzón-Duque M, Cardona-Arango D, Segura-Cardona A. Acceso a los servicios de salud de los adultos mayores. Antioquia - Colombia: Access to health services for older adults. Antioquia - Colombia. Univ Salud [Internet]. 2016 [citado 2023 Jul 17];18(2):219–31. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-71072016000200004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072016000200004)
- 18 Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2014;13(27). Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a15.pdf>
- 19 Ospina JFS. Secretaría de Salud y Desarrollo Social. [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://www.dssa.gov.co/images/asis/documentos/ASIS\\_quadalupe\\_2023.pdf](https://www.dssa.gov.co/images/asis/documentos/ASIS_quadalupe_2023.pdf)
- 20 Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: observación general No. 14. [Internet]. 2000. [Citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

- 21 OPS/OMS. Salud Universal - [Internet]. 2024 [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- 22 Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. UNDP. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://www.undp.org/es/sustainable-development-goals/salud-bienestar>
- 23 Ley 100 de 1993 [Internet]. SGSST | Sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. 2020 [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://steel.net.co/ley-100-de-1993/>
- 24 Ministerio de Salud y Protección Social. Política de atención integral en salud “un sistema de salud al servicio de la gente”. [Internet]. Gov.co. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mode-lo-pais-2016.pdf>
- 25 Congreso de Colombia. por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley número 1122 de 2007 [Internet]. Gov.co. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- 26 Congreso de Colombia. "Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones [Internet]. Gov.co. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf)
- 27 Congreso de Colombia. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/normatividad\\_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/normatividad_nuevo/ley%201751%20de%202015.pdf)
- 28 Ministerio de Salud y Protección Social. Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social. [Internet]. Gov.co. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en:

[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf)

- 29 Plan Decenal Salud Pública 2022-2031 [Internet]. Gov.co. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/PDSP-2022-2031.aspx>
- 30 Alcaldía Municipal de Guadalupe. Plan territorial de salud 2024 - 2027. 2024 [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://guadalupeantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/guadalupeantioquia/content/files/000366/18253\\_plan-territorial-salud-guadalupe-2024.pdf](https://guadalupeantioquia.micolombiadigital.gov.co/sites/guadalupeantioquia/content/files/000366/18253_plan-territorial-salud-guadalupe-2024.pdf)
- 31 Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. marzo de 2013;33(3):223-9. [citado 2023 Jul 17]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9196/a09v33n3.pdf>
- 32 Hirmas Aday M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2013;33(3) [Consultado 7 Jun 2024]. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9196>
- 33 Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Mex [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 9];57(2):180. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014)
- 34 Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Mex [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 9];57(2):180. Disponible en: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014)
- 35 Servicios de salud | International Labour Organization [Internet]. 2024 [citado el 12 de septiembre de 2023]; Disponible en: <https://www.ilo.org/global/industries-and-sectors/health-services/lang-es/index.htm>
- 36 Giné S. ¿Cuáles son los servicios de la salud que se proporcionan de manera universal? [Internet]. Escuela de Postgrado de Medicina y Sanidad. 2023 [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://postgradomedicina.lat/servicios-salud-universal/>

- 37 E.S.E. Hospital San Juan de Dios Pamplona. Procedimiento de atención médica general, especializada y nutrición [Internet]. Gov.co. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://hsdp.gov.co/portal/wp-content/uploads/2020/10/PROCEDIMIENTO-CONSULTA-EXTERNA.pdf>
- 38 Ministerio de Salud y Protección Social. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201911601029301%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201911601029301%20de%202019.pdf)
- 39 Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud [Internet]. Gov.co. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>
- 40 Gallego LAF. Modelos de contratación en el sistema general de seguridad social en salud. [citado el 12 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/5933/1/uz\\_adriana\\_franco\\_gallego\\_30\\_10\\_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://ridum.umanizales.edu.co/xmlui/bitstream/handle/20.500.12746/5933/1/uz_adriana_franco_gallego_30_10_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y)
- 41 Vargas J J, Molina M G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista Facultad Nacional de Salud Pública [Internet]. 2009;27(2):121-130. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12011791003>
- 42 Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Cien Saude Colet [Internet]. 2015 [citado el 12 de septiembre de 2023];20(6):1947–58. Disponible en:  
<https://www.scielo.org/article/csc/2015.v20n6/1947-1958/es/>
- 43 Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud Pública Mex [Internet]. 2015 [citado 2023 Jul 9];57(2):180. Disponible en:  
[https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342015000200014](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014)
- 44 Ministerio de Salud y Protección Social. Atributos de la Calidad en la Atención en Salud. [Internet]. [citado 2023 ago.30]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atributos-de-la-calidad-en-la-](https://www.minsalud.gov.co/salud/paginas/atributos-de-la-calidad-en-la)

atenci%C3%93n-en-salud.aspx

- 45 Universidad de Murcia. La percepción. [Internet]. 2023. [Citado 4 Jul 2024]  
Disponible en:  
<https://www.um.es/docencia/pguardio/documentos/percepcion.pdf>
- 46 Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. [Internet]. [Citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en:  
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=41355>
- 47 Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal. [Internet]. [[Citado el 30 de agosto de 2023] Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- 48 Organización Mundial de la Salud. Calidad de la atención. [Internet]. [Citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>
- 49 DiFabio JL, Pérez Perea L. Salud universal: para todos, en todas partes. Rev. Cub. Salud Pública. [Internet]. 2019; 45:(2). [Citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en:  
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2019.v45n2/e1962/>
- 50 Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud. [Internet]. [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx>
- 51 Ministerio de Salud y Protección Social. [Concepto jurídico] Radicado No.201711602255421. [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en:  
[https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201711602255421%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Concepto%20Jur%C3%ADdico%20201711602255421%20de%202017.pdf)
- 52 Chavarro Cadena, JE. De las instituciones prestadoras de servicios de salud. [citado el 30 de agosto de 2023] Disponible en:  
<https://app.vlex.com/vid/396817514>
- 53 Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud. [Internet]. [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsubidiado/Paginas/>

- 54 Casallas SV, García Arango LFG. Implementación del modelo de atención en salud basado en el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) para el hospital de primer nivel de atención de la Empresa Social del Estado Nuestra Señora de Guadalupe. [Tesis de pregrado]. Medellín (Colombia): Universidad de Antioquia. [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/31871/2/VelezSebastia>
- 55 Sánchez Flores, F. A. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 101–122. <https://doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- 56 Universidad Santander. Investigación cualitativa y cuantitativa: características y ventajas [Internet]. *Becas-santander.com*. [citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.becas-santander.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>
- 57 Galeano ME. Estrategias de investigación social cualitativa. Medellín: La Carreta, 2012. [Citado el 30 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://biblioteca.colson.edu.mx/edocs/RED/Estrategias\\_de\\_investigacion\\_social\\_cualitativa.pdf](https://biblioteca.colson.edu.mx/edocs/RED/Estrategias_de_investigacion_social_cualitativa.pdf)
- 58 Rojas-Gutiérrez, W. J. La fenomenología hermenéutica en la investigación cualitativa. *Studium Veritatis*, 2023. 21(27), [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.35626/sv.27.2023.368>
- 59 Ambert C. Edmund Husserl: la idea de la fenomenología. *Teología y vida* [Internet]. 2006. Dec 1;47(4). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0049-34492006000300008](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0049-34492006000300008)
- 60 Arráez M, Calles J, Moreno de Tovar L. La Hermenéutica: una actividad interpretativa. *SAPIENS*. [Internet]. 2006; 15;7(2): [citado 2023 Feb]. Disponible en: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1317-58152006000200012](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152006000200012)
- 61 Revista Scielo. Org.co. [citado el 24 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-71>

- 62 United Nations. La Declaración Universal de los Derechos Humanos | Naciones Unidas. [citado el 24 de julio de 2024]; Disponible en: <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- 63 Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Biomédica. 2012;32(4):471–3.
- 64 Cordero RA. Accesibilidad a los servicios de salud en zonas rurales. Una mirada a las estrategias comunitarias de autosuficiencia en Pozo del Castaño, Santiago del Estero. Trabajo y sociedad. [Internet 2021; 23 (37). [Citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3873/387368391031/html/>
- 65 Elizabeth S. La oportunidad en el acceso a la salud en Colombia. [Tesis de maestría]. Bogotá (Colombia): Universidad de los Andes; 2021 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/1992/55091>
- 66 Cobo-Mejía EA, Estepa-Rodríguez KJ, Herrera-Triana C, Linares-Reyes P. Percepción de los usuarios frente a la calidad del servicio de salud en consulta externa en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. Revista Investig. Salud Univ. Boyacá [Internet]. 2018; 5 (2) [citado 27 de julio del 2024] Disponible en: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/321>
- 67 Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2020 [citado el 12 de agosto de 2024];25(2):29–38. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-75772020000200029](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772020000200029)
- 68 Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu M del C, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. Rev Cub Salud Publica [Internet]. 2008; 34(4): [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419854013>

- 69 Vargas J J, Molina M G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Internet]. 2009; 27(2): [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2009000200003](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2009000200003)
- 70 Recopilación de mensajes y principales conclusiones sobre el taller realizado con motivo de la entrega del premio a la comunicación rural. el rol de los medios de comunicación rural en el desarrollo [Internet]. Mag.go.cr. [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.mag.go.cr/bibliotecavirtual/C10-10198.pdf>
- 71 Bautista IF, Gómez AK, Zapata DL. Análisis de la demora en los tiempos de atención del servicio de urgencia en la Clínica Medilaser sucursal Florencia. [Tesis de pregrado]. Florencia: Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, 2019. [Citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.fucsalud.edu.co/server/api/core/bitstreams/a9afda98-0a86-456a-85a8-c85d256144d8/content>
- 72 García Millán Á. La información al paciente como pieza clave de la calidad asistencial. Rev. Clín. Med. Fam. [Internet]. 2009; 2(6). [Citado el 14 de agosto de 2024]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2009000100005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000100005)

## Anexos

### Anexo 1. Autorización del Hospital



FACULTAD NACIONAL DE SALUD  
PÚBLICA  
"Héctor Abad Gómez"

Medellín, 17 de Octubre de 2023

Señores: E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe

Asunto: Autorización proyecto de investigación

Con la presente requerimos autorización para llevar a cabo el proyecto de investigación "Acceso al servicio de consulta médica general de la población del Municipio de Guadalupe durante el último trimestre del año 2023". En el cual se estudiará ¿Cuáles han sido las experiencias de los usuarios en el acceso al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el último trimestre del año 2023?

Este proyecto será realizado por Gina Marcela Alarcón identificada con CC 1.003.078.741 y Victor Manuel Saldarriaga identificado con CC 1.146.442.843, estudiantes de Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, será elaborado como trabajo de grado en el último semestre de la carrera, con fecha de realización programada para el año 2023, estarán acompañados por un Asesor de la Universidad de Antioquia y estará revisado y evaluado por el Comité de Carrera de la Facultad Nacional de Salud Pública.

La realización de este proyecto no tendrá ningún costo para la institución ni los usuarios participantes; este es un estudio con riesgo mínimo lo que significa que no se realizará ninguna intervención y modificación de las variables biológicas y fisiológicas de los participantes. La investigación traerá un beneficio indirecto para los participantes con lo que contribuirá a generar estrategias institucionales efectivas para impactar positivamente en cuanto al acceso efectivo a los servicios.

La información y los datos suministrados por ustedes serán tratados de manera anónima y confidencial para la protección de los usuarios y del mismo Hospital, el trabajo se encuentra en su fase inicial y está sujeto a cambios, los cuales serán informados a la institución, de antemano agradezco su atención brindada y apoyo.

  
GINA ALARCÓN M.

Estudiantes Administración en  
Salud  
Facultad Nacional de Salud Pública  
Universidad de Antioquia



Firma de Autorización.  
Gerente de la E.S.E Hospital  
Nuestra Señora de Guadalupe

## **Anexo 2. Carta de presentación**



FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
"Héctor Abad Gómez"

Medellín, 17 de octubre de 2023

**Doctora**  
**Luisa Fernanda García Arango**  
**Gerente**  
**E.S.E Hospital Nuestra Señora de Guadalupe**  
**Guadalupe- Antioquía**

Cordial saludo Doctora,  
Los estudiantes, **Gina Marcela Alarcón Martínez CC 1.003.078.741** y **Víctor Manuel Díaz Saldarriaga CC 1.146.442.843**, 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 "Acceso al servicio de consulta Médica general de la población del Municipio de Guadalupe durante el último trimestre del 2023". 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, que se identificarán con el carnet de la Universidad.

Agradezco la información que pueda brindarles.

**Elkin Fernando Ramírez Rave**  
**Coordinador**  
**Administración en Salud con Énfasis en Gestión de Servicios de Salud**  
**Facultad Nacional de Salud Pública**  
**Universidad de Antioquia**

### **Anexo 3. Consentimiento informado**

#### **Parte 1: Información acerca de la Investigación.**

Título de la investigación: Acceso al servicio de consulta médica general de la población del Municipio de Guadalupe durante el último trimestre del año 2023

Investigadores

Víctor Manuel Díaz

Gina Marcela Alarcón

#### Introducción

Se le ha invitado a participar en un estudio de investigación de Acceso al servicio de consulta médica general de la población del Municipio de Guadalupe durante el último trimestre del año 2023, en este estudio el objetivo es conocer las experiencias de las personas que acceden al servicio de consulta médica general para comprender como es el acceso a este servicio, Información que se recolecta por medio de una entrevista semiestructurada a personas que asisten al servicio de consulta médica general durante un día normal.

Ante cualquier duda los investigadores le explicarán en qué consiste el estudio, además se le recomienda leer toda la información de este documento y hacer todas las preguntas que considere al investigador encargado antes de tomar una decisión.

❖ ¿Por qué se va a realizar esta investigación?

Esta investigación se realiza con el fin de Comprender los significados de las experiencias que tienen los usuarios con relación al servicio de consulta médica general

❖ ¿En qué consiste esta investigación?

Se recolectará información sobre las experiencias de los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general

❖ ¿Qué tengo que hacer si participo en esta investigación?

Se le solicitará responder a una entrevista semiestructurada que será utilizada como instrumento de recolección de la información para la investigación.

❖ ¿Cuántas personas participarán en esta investigación?

Participan las personas que asistan durante un día normal al servicio de consulta

médica general, que cumplan con los criterios de inclusión y que acepten participar en la investigación

❖ ¿Cuánto tiempo estaré en esta investigación?

Aproximadamente 30 minutos, en lo que contesta las preguntas de la entrevista

❖ ¿Puedo retirarme de la investigación de manera voluntaria?

Si, su participación en el estudio es voluntaria. Usted puede optar por dejar de participar en cualquier momento sin necesidad de dar una razón.

❖ ¿Qué pasa si me retiro de la investigación?

Debe informar al personal de la investigación y toda la información que usted haya brindado antes de abandonar el estudio continuará siendo utilizada para el mismo.

❖ ¿Por qué razones puede el investigador principal retirarle de la investigación tempranamente?

Los investigadores lo retiraran de la investigación si usted no cumple con los criterios de inclusión.

❖ ¿Cuáles son los riesgos o incomodidades asociados a esta investigación?

El desarrollo de este proyecto tiene en cuenta las consideraciones éticas y legales que contempla la resolución 8430 de 1993, la cual establece que esta investigación es sin riesgo ya que no se realizará ninguna intervención en la población que participe en el estudio, pues su participación se limitará a responder un instrumento de recolección de datos, como es el caso de la entrevista.

❖ ¿Cómo se va a garantizar la privacidad y confidencialidad de mis datos personales?

Si decide aceptar responder las preguntas de la entrevista, la información que nos proporcione será de su entero conocimiento, de igual manera, se tratará de manera confidencial como lo exige la ley. Usted no será identificado, pues se usará un código para su respectiva identificación. En caso de que los resultados de este estudio sean publicados o presentados su identidad no será revelada.

❖ ¿Tiene algún costo mi participación en esta investigación?

Ninguno, Usted no incurrirá en ningún gasto por participar en este estudio

❖ ¿Recibiré algún tipo de compensación o pago?

Ninguno, no se le pagará por participar en este estudio

❖ ¿Cuáles son mis derechos como sujeto de investigación?

El participante tiene derecho a que se le trate con debido respeto, y a que la información brindada quedé plasmada tal como lo expresó. Además, tiene derecho a estar informado antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmarlo

❖ ¿Cómo y en qué momento conoceré los resultados de la investigación?

Usted tendrá acceso a los resultados al final de la investigación

❖ ¿Qué hago si tengo alguna pregunta o problema?

Usted puede comunicarse con los investigadores antes de la entrevista o si surge alguna inquietud después de la entrevista.

Información de contacto del grupo de investigación:

Victor.diazs@udea.edu.co

Gina.alarcon@udea.edu.co

## Parte 2: Formulario de Firmas

He sido invitado(a) a participar en el estudio sobre el “Acceso al servicio de consulta médica general de la población del Municipio de Guadalupe durante el último trimestre del año 2023”

Entiendo que mi participación consistirá en responder una serie de preguntas de manera anónima e individual.

He leído y entendido este documento de Consentimiento Informado o el mismo se me ha leído o explicado. Todas mis preguntas han sido contestadas claramente y he tenido el tiempo suficiente para pensar acerca de mi decisión. No tengo ninguna duda sobre mi participación, por lo que estoy de acuerdo en hacer parte de esta investigación. Cuando firme este documento de Consentimiento Informado recibiré una copia de este (partes 1 y 2).

Autorizo el uso y la divulgación de mi información a las entidades mencionadas en este Consentimiento Informado para los propósitos descritos anteriormente.

Acepto voluntariamente participar y sé que tengo el derecho de terminar mi participación en cualquier momento. Al firmar esta hoja de consentimiento Informado no he renunciado a ninguno de mis derechos legales.

Para constancia, firmo a los \_\_\_\_ (día) de \_\_\_\_\_ (mes)  
de \_\_\_\_\_ (año)

Firma del Participante

Firma del Investigador

#### **Anexo 4. Entrevista Semi estructurada**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUÍA**

**FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA**

**PROGRAMA:** ADMINISTRACIÓN EN SALUD: CON ÉNFASIS EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

<b>Proyecto de Investigación</b>	Acceso al servicio de Consulta Médica General de la población del Municipio de Guadalupe durante el primer trimestre del 2024
<b>Nombre del Instrumento</b>	Entrevista semiestructurada
<b>Autores</b> Gina Marcela Alarcón Martínez Víctor Manuel Díaz Saldarriaga	<b>Año 2024</b>
<b>Objetivo</b>	Comprender los significados de las experiencias de los usuarios con relación al acceso al servicio de consulta médica general de la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe durante el primer trimestre del 2024

<p><b>Instrucciones</b></p>	<p>Estimado entrevistado, este cuestionario hace parte de un proyecto de investigación del Programa de Administración en Salud, por lo cual se solicita brindar en forma voluntaria y con la certeza que la información suministrada es sólo para fines académicos y sus datos estarán protegidos, según la Ley 1581 de 2012- Decreto 1377 de 2013.</p> <p>Que expresa lo siguiente: A través de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013, se desarrolla el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, suprimir, actualizar y rectificar todo tipo de datos personales recolectados, almacenados o que hayan sido objeto de tratamiento en bases de datos en las entidades del públicas y privadas.</p> <p>La Corte Constitucional lo definió como el derecho que otorga la facultad al titular de datos personales de exigir de las administradoras de esos datos el acceso, inclusión, exclusión, corrección, adición, actualización y certificación de</p>
	<p>los datos, así como la limitación en las posibilidades de su divulgación, publicación o cesión, de conformidad con los principios que regulan el proceso de administración de datos personales. Asimismo, ha señalado que este derecho tiene una naturaleza autónoma que lo diferencia de otras garantías con las que está en permanente relación, como los derechos a la intimidad y a la información.</p>

<b>Aspectos sociodemográficos</b>	<p>Código (<i>ID asignado proyecto</i>):</p> <p>Sexo: F:    M:</p> <p>Edad:</p> <p>Entrevistador:</p> <p>Hora de inicio de entrevista:</p> <p>Hora de finalización de la entrevista:</p>
-----------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>los datos, así como la limitación en las posibilidades de su divulgación, publicación o cesión, de conformidad con los principios que regulan el proceso de administración de datos personales. Asimismo, ha señalado que este derecho tiene una naturaleza autónoma que lo diferencia de otras garantías con las que está en permanente relación, como los derechos a la intimidad y a la información.</p>
<b>Aspectos sociodemográficos</b>	<p>Código (<i>ID asignado proyecto</i>):</p> <p>Sexo: F:    M:</p> <p>Edad:</p> <p>Entrevistador:</p> <p>Hora de inicio de entrevista:</p> <p>Hora de finalización de la entrevista:</p>

## ENTREVISTA

1. ¿Hace cuánto asiste usted a citas de consulta médica general en la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe?
2. ¿Cuáles son los pasos que usted realiza para acceder a una cita de consulta médica general?
3. ¿Ha tenido dificultades para acceder a las citas de consulta médica general? ¿Cuáles dificultades?
4. ¿Necesita o utiliza usted algún medio de comunicación tecnológico para acceder a las citas de consulta médica general? ¿Cuáles? ¿Sabe cómo manejarlo?
5. ¿Necesita ayuda de familiares u otras personas para acceder a citas de consulta médica general? ¿Quiénes? ¿Por qué?
6. ¿Tiene usted conocimiento de los medios de comunicación que tiene el hospital para informar a los usuarios cómo acceder a las citas de consulta médica general? ¿Cuáles son? ¿Usted los utiliza?
7. ¿Cómo cree usted que el hospital puede mejorar el acceso al servicio de consulta médica general?
8. ¿Usted sabe qué ha hecho el hospital para mejorar el acceso al servicio de consulta médica general?

## PREGUNTAS SOBRE LA ENTREVISTA

1. ¿Tiene o desea agregar algo para agregar con relación al acceso a las citas de consulta médica general en la ESE Hospital Nuestra Señora de Guadalupe?
2. ¿Cómo se sintió durante la entrevista?, ¿Tiene alguna sugerencia?

Los investigadores agradecemos a usted por tomarse el tiempo y responder nuestras preguntas.