



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

**Experiencias de acceso a los servicios de salud en pacientes con
Covid-19 en la ciudad de Medellín**

Paula Andrea Madrid Gómez

**Trabajo de grado para optar al título de Administradora en Salud con
énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
Héctor Abad Gómez
Medellín
2022**



**Experiencias de acceso a los servicios de salud en pacientes
con Covid-19 en la ciudad de Medellín**

Paula Andrea Madrid Gómez

**Trabajo de grado para optar al título de Administradora en
Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud**

**Asesora:
Luz Adriana Muñoz Duque**

**Universidad de Antioquia
Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"
Medellín, Colombia
Año
2022**

Tabla de contenido

Glosario	9
Resumen	10
Introducción	11
1. Planteamiento del Problema y Justificación.....	13
2.Objetivos.....	18
2.1. Objetivos General:	18
2.2. Objetivos Específicos:.....	18
3. Marcos de referencia del estudio	19
3.1. Referente teórico.....	19
3.1.1. El acceso a los servicios de salud.....	19
3.1.1.1. El acceso como utilización de servicios.....	19
3.1.1.2. El acceso como accesibilidad.....	20
3.1.1.3. Determinantes de acceso en el sistema de salud colombiano.....	21
3.1.2. Significados y experiencias.....	22
3.1.2.1. Experiencias en salud vividas por los pacientes.....	24
3.1.3. Coronavirus 2019 (Covid-19).....	25
3.1.4. Marco contextual.....	30
3.9. Marco normativo.....	33
4. Metodología.....	38
4.1. Tipo de estudio.....	38
4.2. Participantes del estudio.....	39
4.2.1. Selección de los participantes.....	39
4.2.2. Criterios de inclusión y exclusión.....	40
4.6. Instrumento de recolección de información.....	40
4.7. Temas de indagación en la entrevista.....	42
4.8. Procedimiento y técnicas de análisis de datos información.....	42
5. Consideraciones éticas	43
7. Hallazgos del estudio	45

7.1. Trayectorias experienciales de la atención en salud por Covid-19	45
7.1.1. La consultante “paciente”	45
7.1.2. La consultante “extenuada”	46
7.1.3 La consultante “desconcertada”	47
7.1.4 El consultante “abandonado”	48
7.1.6. La consultante “agobiada”	50
7.2 Las experiencias posibles de la atención en salud por Covid-19	51
8. Discusión	56
9. Conclusiones del estudio	59
10. Limitaciones del estudio	60
11. Recomendaciones del estudio	61
Referencias	62
Anexos	70

Lista de tablas

Tabla 1. Severidad y conductas para atención de casos diagnosticados con infección por nuevo Coronavirus Covid-19 (31)	28
--	----

Lista de figuras

Figura 1. Flujograma de manejo de pacientes con infección por SARS COV-2/Covid-19.....	29
Figura 2. Medellín: Satisfacción con el servicio de salud, 2014-2020	32

Lista de anexos

Anexo 1.Guión entrevista a pacientes atendidos por Covid-19 en la ciudad de Medellín	70
Anexo 2.Consentimiento Informado.....	73

Agradecimientos

Este trabajo significó para mí un aprendizaje continuo en todo el proceso que conlleva una investigación, desde el desarrollo de la formulación hasta su ejecución, evaluación y seguimiento. Además, me permitió profundizar mi conocimiento sobre el acceso a los servicios de salud desde las experiencias de los usuarios. Finalmente, este proyecto aportó no solo a mi crecimiento profesional, sino también personal, ya que me permitió reconocer y mejorar muchos aspectos en mi vida y demostrarme una vez más que, a pesar de las adversidades, fue posible culminar con éxito esta investigación.

Este proyecto de grado al igual que mi experiencia universitaria está dedicada a mi abuelo, quien fue mi mayor inspiración y fortaleza durante este maravilloso proceso. A ti, donde quiera que estés, gracias por inculcar en mí la responsabilidad, el sentido de pertenencia, las ganas de soñar y de ir siempre más allá de lo que un día pude imaginar alcanzar.

De igual manera, quiero expresar mi agradecimiento a todas las personas que hicieron parte de este proceso, en especial a mi familia, por su acompañamiento y paciencia; a la Universidad de Antioquia y a la Facultad Nacional de Salud Pública, por abrirme sus puertas y permitirme ver que la UdeA, más que tener una riqueza de conocimiento, está llena de humanismo, solidaridad, compañerismo y multiculturalidad. Agradezco también a los docentes, por su dedicación y acompañamiento durante estos años; a mis compañeros, por hacer mi paso por la universidad mucho más especial; a mi asesora, Luz Adriana Muñoz, por su acompañamiento y apoyo durante la realización del trabajo de grado y, finalmente, a todos los participantes, que hicieron posible la ejecución de este proyecto.

Glosario

ADRES	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud.
Covid-19	CO" para corona, "VI" para virus, "D" para enfermedad y "19" para el año en que se identificó por primera vez el brote causado por este nuevo coronavirus.
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
EPS	Entidades Prestadoras de Servicios
GES	Grupo de Economía de la Salud de la Universidad de Antioquia.
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
Minsalud	Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia
OCHA	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
POS	Plan Obligatorio de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SRAG	Síndrome Respiratorio Agudo Grave
SROM	Síndrome Respiratorio del Oriente Medio
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos

Resumen

El propósito de esta investigación fue comprender las experiencias vividas por pacientes con Covid-19 con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín. Se llevó a cabo mediante una metodología cualitativa, fundamentada en el método fenomenológico-hermenéutico y con la realización de entrevistas narrativas. Para la selección de los participantes se utilizó la estrategia de bola de nieve. Se hicieron encuentros con 7 personas que tuvieron diagnóstico de la enfermedad, con el fin de conversar sobre sus vivencias del acceso a la atención en salud, previa firma del correspondiente consentimiento informado.

Las experiencias de los participantes permiten observar que el acceso a los servicios de salud es complejo, incluso en el marco de una emergencia sanitaria, debido a la presencia de barreras que impiden una adecuada atención, entre las cuales se destacan barreras de tipo administrativo, cultural, financiero y de oferta. En los relatos de los entrevistados se observaron diferencias importantes respecto a la atención por Covid-19 en los servicios de salud, oscilando entre atenciones oportunas e inadecuadas, lo cual permite interrogar la aplicación de protocolos estandarizados para la atención de pacientes con Covid-19. A su vez, también se pudo observar que la atención en salud no es un asunto solo institucional, sino que ocurre en las relaciones cotidianas de las personas, por lo que el apoyo familiar juega un papel importante en la recuperación de la enfermedad.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud, Covid-19, atención en salud, experiencias, accesibilidad a los servicios de salud.

Introducción

El acceso a los servicios de salud se ha convertido en una de las principales preocupaciones de las entidades estatales, las cuales lo consideran como un objetivo importante dentro de las diferentes agendas políticas; es el caso de Colombia, que reformó su sistema de salud con la Ley 100 de 1993, con el argumento de mejorar el acceso a los servicios de salud con la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS); pretendiendo brindar una cobertura universal a toda la población. Esta propuesta ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una iniciativa exitosa para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud (1).

No obstante, en este contexto se han realizado muchos estudios sobre cómo es percibido el acceso a los servicios de salud desde el punto de vista de los proveedores, el personal asistencial y administrativo de las entidades sanitarias, quienes han identificado puntos claves por mejorar en la prestación de los servicios de salud, para la generación de alternativas de solución en pro de alcanzar este objetivo; sin embargo, falta aún mayores estudios sobre la percepción y las experiencias vividas por los pacientes en el proceso de atención (2).

Ahora bien, con la aparición de la pandemia Covid-19, la capacidad de respuesta de los gobiernos nacionales y de los sistemas de salud en todo el mundo muestran insuficiencias, debido a que en varias ciudades los hospitales estuvieron colapsados, el recurso humano en salud no fue suficiente para atender a los pacientes e, incluso, escasearon los insumos y pruebas diagnósticas, y el número de ventiladores mecánicos se quedó corto para atender a todos los pacientes (9). En Colombia, el Ministerio de Salud implementó diferentes directrices y estrategias de acción para aumentar la capacidad instalada de las instituciones de salud, con el fin de garantizar la prestación de los servicios de salud a toda la población en el marco de esta crisis sanitaria (3), pese a lo cual esta capacidad de los servicios de salud fue deficiente.

En este marco, la investigación que se presenta buscó conocer las experiencias de los pacientes Covid-19 de la ciudad de Medellín frente al acceso a los servicios de salud para el tratamiento de la enfermedad.

El trabajo se encuentra organizado en diversos apartados. En el primero se presenta el problema de investigación, con base en los antecedentes revisados, en los que se analizan los elementos que caracterizan el acceso a los servicios de salud a partir de algunas definiciones dadas por diferentes autores; igualmente, se describe cómo el Covid-19 provocó cambios significativos en el acceso a los servicios, y se describe el propósito de este estudio. En el segundo apartado se realiza una revisión de la literatura en clave

de varios ejes, uno de ellos es el acceso a los servicios y los determinantes de este en el sistema de salud colombiano; otro, son los significados y las experiencias frente al padecimiento del Covid-19. Posteriormente, se describen la metodología utilizada y las consideraciones éticas contempladas en el desarrollo del trabajo. Finalmente, se plasman los hallazgos del estudio, en dos vías: *trayectorias experienciales de la atención en salud por Covid-19* y *las experiencias posibles de la atención en salud por Covid-19*. El documento cierra con la discusión realizada alrededor del tema de investigación, algunas conclusiones y recomendaciones.

1. Planteamiento del Problema y Justificación

El acceso a los servicios de salud se ha convertido en los últimos años en un reto importante dentro de los diferentes sistemas de salud, entendido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “*la capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesitan*” (4); así mismo, en la literatura se encuentran diversas definiciones del acceso a los servicios de salud, dentro de las cuales se destacan las de autores como Andersen, quien lo expresa como la “*capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario*” y, por otro lado, Cromely y McLafferty lo definen como el “*poder de disponer de los recursos del servicio de salud*” (5). Todas estas aproximaciones proponen una visión multidimensional del tema, pues incluyen aspectos como la disponibilidad, la accesibilidad y la aceptabilidad.

No obstante, es importante mencionar que existe una diferencia entre lo expresado por la literatura y la realidad vivida por las personas dentro del sistema de salud, dado que en sus procesos de atención en salud se encuentran con obstáculos que no permiten acceder a los servicios de manera adecuada, viéndose en la necesidad de exigir un acceso oportuno y efectivo a estos servicios, ante la presencia de barreras que impiden un acercamiento integral y de calidad en la atención. La perspectiva del acceso entre usuarios está determinada por la manera en la cual el servicio es prestado, reconociendo no sólo la importancia de la prestación del servicio, sino que también cumpla con las expectativas de calidad deseadas, de modo que esperan recibir atención por un tiempo adecuado y que exista una relación de confianza con el médico y con la entidad en la cual el usuario es atendido (2).

En cuanto a la evolución que pueda haber tenido el acceso en la revisión de literatura realizada, se resalta que los estudios no parecen profundizar en las experiencias vividas por los pacientes en el proceso del acceso, ya que se han realizado muchos estudios sobre cómo es percibido el acceso a los servicios de salud desde el punto de vista de los proveedores, el personal asistencial y administrativo de las entidades sanitarias, quienes han identificado algunos puntos claves por mejorar en la prestación de los servicios de salud, para generar alternativas de solución en pro de alcanzar este objetivo; no obstante, faltan aún mayores estudios sobre la perspectiva del paciente (6).

A nivel mundial, la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han resaltado en sus informes una problemática evidente en los sistemas de salud respecto al acceso efectivo de toda la población, ubicándolo simultáneamente en el marco de la agenda de los Objetivos de Desarrollo

Sostenible del 2030 como un compromiso que debe asumir cada país para lograr una cobertura sanitaria universal (6). No obstante, los países en la actualidad han visto este reto cada vez más importante y necesario con la aparición de una nueva patología nombrada por la OMS como Coronavirus 2019 (Covid-19).

Esta es una enfermedad respiratoria causada por el virus SARS-CoV la cual se ha expandido desde el continente asiático en China hacia gran parte de países alrededor del mundo, provocando un mayor impacto en el nivel de mortalidad y morbilidad, debido a esto fue declarada emergencia en salud pública de importancia internacional por su alto índice de contagio y por la necesidad de una acción inmediata de los gobiernos en sus sistemas de salud (7).

En este sentido, el Covid-19 ha provocado un cambio significativo en la prestación de los servicios de salud. Ante la gran cantidad de pacientes que requieren una atención, la Confederación Médica Latinoamericana y del Caribe advirtió que en el mundo “... *los contagios aumentan exponencialmente y estadísticamente, se sabe que un 5% va a terapia intensiva, lo que requiere de una estructura del sistema de salud amplia para evitar morir sin ser asistido, que es lo que está pasando, la gente muere sin tener una asistencia digna...* ” (5); por consiguiente, los países se vieron en la necesidad de implementar varias acciones para fortalecer la red prestadora de servicios, como por ejemplo, abastecer las entidades de salud con ventiladores mecánicos, insumos y ampliar la capacidad de atención en las áreas de urgencias, hospitalización y cuidados intermedios e intensivos. A pesar de los esfuerzos, la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de la Organización de las Naciones Unidas (OCHA) expresa que los recursos de muchos países son insuficientes para mejorar la capacidad instalada de los sistemas de salud (8).

Ahora bien, en la región de América Latina y el Caribe muchas personas no tienen la posibilidad de acceder a los servicios de salud, perjudicando su bienestar y el disfrute de una vida digna. Según la OPS, para 2014, cerca del 30% de la población no podía acceder a una atención médica por razones financieras y un 21% debido a barreras geográficas; además argumenta que “...*esto no solo implica mayores gastos sino también pérdida de ingresos a las entidades de salud, lo que genera un círculo vicioso de enfermedad y pobreza en las familias...* ” (9), por tal motivo el acceso se ha convertido en un objetivo principal para los países de mediano y bajo ingreso, quienes buscan formular iniciativas estratégicas de fortalecimiento para sus sistemas de salud.

Así mismo, con la coyuntura actual del Covid-19, la región de América Latina y el Caribe ha sido la más afectada. Parte del problema es que, si bien hay numerosos sistemas de salud con el objetivo de alcanzar la cobertura

universal, en la práctica persisten aún muchas barreras, puesto que su inversión en salud pública es mucho más baja en comparación con otros países, lo cual contribuye al aumento de la desigualdad social y la inequidad en el acceso a los servicios, generando una mayor transmisión de la enfermedad y un mayor impacto negativo en la atención de la misma (10).

Al comienzo del 2021 la directora de la OPS, Carissa Etienne afirmó que *“en toda nuestra región, especialmente en América del Norte y del Sur, muchos hospitales están funcionando a límite de su capacidad o muy cerca de éste”*. Refirió las altas tasas de ocupación en las unidades de cuidados intensivos (UCI), la escasez de oxígeno en algunas zonas y la falta de capacidad para hacer frente a la velocidad con la que estaban ocurriendo las nuevas infecciones debido al *“auge sostenido de los casos de Covid-19 (11)*.

Por otra parte, Augusto Galán, director del Centro de Pensamiento “Así Vamos en Salud”, indicó que el inicio de la pandemia de Covid-19 vislumbró las deficiencias de muchos de los sistemas de salud de los países latinoamericanos, los cuales, durante el primer año de emergencia sanitaria, se vieron superados por las circunstancias en varias ocasiones. Detrás de la alta tasa de contagio y mortalidad en el continente, hay un sistema económico que impide guardar las medidas adecuadas a una parte de la población y una falta de inversión en salud de muchos gobiernos. *“El reto principal en la pandemia ha estado en la debilidad de los sistemas de protección social, que en América Latina se ha hecho muy evidente” (8)*.

A causa de las graves limitaciones para responder con eficacia a las complejas necesidades de salud de individuos y poblaciones por medio de las prácticas médicas, ha tomado cada vez más fuerza la experiencia del paciente como punto de análisis vital para llegar a una atención más humanizada y con calidad, desde la posición de quien lo vive, sobre todo en la región latinoamericana (12). En esta dirección, Naomar Almeida-Filho plantea la necesidad de establecer conexiones epistemológicas, teóricas y metodológicas que articulen el estudio de las experiencias subjetivas de enfermar y la reificación de las narrativas de la enfermedad, con un enfoque social e histórico que supere la mirada del proceso salud-enfermedad, propia del modelo biomédico (13), ahí es donde la salud pública asume que los sujetos sean partícipes y responsables en la identificación, selección y evaluación de las prioridades en la salud y el bienestar (14).

En el caso colombiano, aunque el gobierno reconozca como principales problemáticas del sistema de salud la existencia de barreras de acceso y las dificultades en la oportunidad y en la calidad de los servicios, son los mismos usuarios quienes expresan que el acceso se centra en la manera como se presta el servicio, abordando aspectos como la calidad, el tiempo de espera, la relación médico-paciente y la distancia del centro de atención a la ubicación

residencial, según los resultados del estudio “*Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín*”, liderado por el grupo de Economía de la Salud (GES) de la Universidad de Antioquia (6).

A pesar de que en algunos estudios se resalta esta problemática, en la Ley 100 de 1993 el gobierno trazó la meta de cubrir a toda la población con un paquete básico de servicios de salud, llamado ahora Plan de Beneficios en Salud (PBS), el cual ha generado diferentes controversias por quienes están a favor o en contra de la reforma, pues algunos lo consideran como un logro para el mejoramiento del acceso en salud y otros expresan que después de casi tres décadas se continúa con una atención diferencial entre los dos regímenes de afiliación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), contributivo y subsidiado, donde el primero está constituido por personas con capacidad de pago, las cuales pueden estar vinculadas mediante un contrato de trabajo, ser servidores públicos, pensionados o trabajadores independientes. Por otro lado, están las personas pertenecientes al régimen subsidiado quienes tienen escasos recursos y están clasificadas en los niveles 1 o 2 del SISBEN (Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales) (15).

Bajo esta estructura de salud, los hospitales de Colombia se vieron en la necesidad de aumentar su capacidad de atención a raíz del colapso generado en el sistema de salud por la aparición del Covid-19. Pues a pesar de que desde el inicio de la pandemia el Ministerio de Salud implementó medidas para reducir la velocidad de transmisión de la enfermedad, con el propósito de darle tiempo a las entidades de salud para prepararse y responder efectivamente a la demanda de atención, no fue suficiente, ya que el personal de salud no dio abasto para atender el número de pacientes hospitalizados, y escasearon los insumos y pruebas diagnósticas, lo que dificultó la prestación de una atención oportuna; sin embargo las entidades sanitarias continúan trabajando para lograr mejorar la capacidad instalada de las instituciones (3).

Tal es el caso de la ciudad de Medellín, la cual ha sido una de las ciudades con mayores casos de Covid-19, como también una de las protagonistas en la mejora de la capacidad de respuesta ante la alta demanda de los pacientes contagiados, por lo que aumentó la atención de los hospitales con insumos médicos, ventiladores y nuevas camas que ayudaron a reforzar la capacidad de las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de la ciudad, área clave para el manejo de pacientes graves infectados (16).

Esto permitió que la ciudad haya triplicado su capacidad instalada de Unidades de Cuidados Intensivos desde el comienzo de la pandemia, contando con alrededor de 1036 camas lo cual ha permitido lograr una tasa de mortalidad baja ante la gran cantidad de contagios (16). Por lo mencionado, se decidió

realizar el trabajo investigativo en la ciudad de Medellín, al ser una de las ciudades con mayor número de contagios, por lo que surgió el interés por conocer las diferentes experiencias de los usuarios en relación con el acceso a los servicios de salud durante su padecimiento de Covid-19; se pretende, además, que este estudio pueda ser un insumo para la construcción de nuevos proyectos de investigación e intervención sobre la estructuración de planes de mejora, estrategias y programas de impacto social que contribuyan al mejoramiento del acceso a los servicios de salud.

Finalmente, el tema de investigación surgió a raíz de un rastreo bibliográfico en diferentes bases de datos, recursos digitales y electrónicos como Ebsco, Pubmed, Sciencedirect y Scielo, acerca del acceso en las diferentes etapas de la atención a pacientes con Covid-19. Al realizar la búsqueda en los diferentes sistemas, con palabras claves como accesibilidad, acceso, servicios de salud, Covid-19 tratamiento, atención, entre otras, no se encontraron investigaciones, artículos o publicaciones sobre el abordaje del acceso en pacientes infectados por Covid-19 en Medellín.

Por tanto, la pregunta que orientó este estudio fue *¿cómo son las experiencias vividas por pacientes con Covid-19, con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín en el 2021?*

2.Objetivos

2.1. Objetivos General:

Comprender las experiencias vividas por pacientes con Covid-19 con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín durante el año 2021.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar, en las experiencias de los participantes, las condiciones de atención en salud por Covid-19.
- Reconocer las formas de relacionamiento de las instituciones de salud con los pacientes Covid participantes del estudio.
- Identificar los sentires de los participantes respecto a su padecimiento y a las formas de atención recibidas.
- Describir los sentidos dados por los participantes a su experiencia de acceso a la atención ante el diagnóstico de Covid-19.

3. Marcos de referencia del estudio

3.1. Referente teórico

3.1.1. El acceso a los servicios de salud

El acceso a los servicios de salud, a pesar de estar inmerso dentro de las políticas sanitarias y de ser identificado como una problemática manifiesta de los sistemas de salud, cuenta con escasas revisiones sistemáticas. El término acceso, ha variado según el contexto histórico de cada época; sin embargo, en cuanto las investigaciones que se han realizado acerca del tema casi todas se basan en las definiciones de Andersen, Donabedian y Frenk (1,17).

En la literatura se evidencian dos acercamientos sobre el acceso: la primera cobija a autores como Cromely y McLafferty, quienes definen el acceso como “... el *poder de disponer de los recursos del servicio de salud...*” (2), teniendo en consideración las características de los servicios de salud y el dominio de la población. Mientras que en el segundo están aquellos autores que la definen bajo el enfoque de la utilización de los servicios. La OMS al igual que Andersen, Frenk y Donabedian, se centran en la segunda tendencia, definiendo el acceso como la “...*capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad cuando y donde sean necesarios...*” (2,17) enfatizando en la característica de la accesibilidad.

De este modo se han desarrollado varios marcos conceptuales sobre el acceso, basado en los enfoques mencionados anteriormente; se exponen a continuación.

3.1.1.1. El acceso como utilización de servicios

Aday y Andersen en su “*Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud*” entienden el acceso como utilización de servicios. En esta definición incorporan factores poblacionales implicados en la búsqueda de atención, como las necesidades de salud, el deseo del paciente en la decisión frente una dolencia, y elementos que relacionan a los proveedores de servicios de salud y las aseguradoras. En este se estudian las causas y estándares de uso de los servicios de salud con el fin de acomodar la oferta a la demanda y así mejorar el acceso a los servicios de salud. Incorporan tanto características del sistema de salud como de la población y proponen dos dimensiones del acceso: el *acceso potencia*, que hace referencia a aquellos factores que tienen relación con la disponibilidad de los recursos financieros, humanos y con la forma en que estos se organizan para dar una atención adecuada; y el *acceso*

real, el cual se apoya en la utilización efectiva de los servicios y la satisfacción de los pacientes (18). Frente a los factores poblacionales, cabe destacar:

- **Las características de la población:** están directamente relacionadas con las variables que predisponen la utilización de los servicios como lo son la cultura, las creencias, las actitudes frente al uso, el ingreso económico, el tipo de afiliación, el lugar de residencia, el conocimiento acerca de la estructura del sistema de salud y los servicios de salud. En la bibliografía estudiada, se encuentra que las variables sociodemográficas como el ingreso económico, el lugar de residencia y el tipo de afiliación son las que tienen más peso. La barrera económica está fuertemente implicada, puesto que se relaciona de forma significativa con las diferencias y desiguales existentes en el acceso a los servicios de salud según los ingresos y el tipo de afiliación al que pertenezca el usuario (2).
- **Las características de los servicios o proveedores:** se refieren a factores de la disponibilidad de los recursos, el volumen o la cantidad de servicios, la distribución de los mismos, los trámites administrativos, el tiempo de espera para solicitar citas o ser atendidos, el acceso geográfico y la calidad de los servicios. Los que han sido resaltados en los estudios son la calidad de los servicios, los tiempos de espera y la accesibilidad geográfica. A partir de la exploración de experiencias de los usuarios del sistema, con respecto al papel de las aseguradoras, se identifica la negación de autorizaciones de servicios, el retraso en la atención, y las deficiencias en la contratación de proveedores (2).

Hay limitaciones en el análisis del acceso a los servicios de salud en Colombia. Los argumentos de la comunidad científica se soportan en que para una mejor comprensión, descripción y abordaje profundo del fenómeno se destacaría, en primer lugar, el estudio de los determinantes del acceso bajo la perspectiva y las experiencias vividas de los sujetos involucrados. Son escasos los estudios que se han realizado con el enfoque cualitativo, no obstante, se encontró uno que se desarrolló en Antioquia “mediante grupos focales con empleados y funcionarios de los prestadores de los servicios de salud y aseguradoras”, apuntado hacia la perspectiva de la oferta, pero falta navegar por el otro lado de los involucrados que son, en este caso, los usuarios atendidos, la población (19).

3.1.1.2. El acceso como accesibilidad

En este, autores como Frenk o Donabedian prefieren referirse al acceso con el término de accesibilidad, entendida como el grado de “ajuste” entre las características de la población y los recursos de atención en salud; para

Donabedian, *“la accesibilidad constituye un factor mediador entre la capacidad de producir servicios y su consumo real”* (17), explicando la accesibilidad desde dos enfoques estrechamente relacionados, uno de ellos es la geografía y el otro son todas las características de la oferta de los servicios. A partir de lo sustentado por este autor, la OMS ha definido también la accesibilidad como la organización de una oferta de servicios geográfica, en relación con la distancia y el tiempo para llegar al centro de salud; financiera, basada en todas las formas de pago; cultural, con los patrones de la comunidad que deben ser respetados, y funcional, es decir que sean adecuados y alcanzables para toda la comunidad. Frenk también propone una definición del acceso desde el enfoque del ajuste, señalando las barreras que imposibilitan una atención adecuada de salud, las cuales están relacionadas con las características de la oferta y, por otro lado, los factores que facilitan una atención adecuada y que estén relacionados con las características propias de la población (17).

Así pues, bajo este punto, el acceso entendido desde Aday y Andersen, Frenk, Donabedian y la OMS, se asemeja indudablemente con los determinantes de la utilización de los servicios (19).

3.1.1.3. Determinantes de acceso en el sistema de salud colombiano

Un estudio realizado por el Grupo de Economía en Salud (GES), llamado *“Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín”*, expresa que el acceso también es definido desde los diferentes actores involucrados en el sistema de salud, como el personal administrativo y asistencial de las Entidades Prestadoras de Servicios (EPS), las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y por los usuarios. Por ejemplo, el personal administrativo de las EPS refleja homogeneidad en el concepto y reconoce el acceso como *“...las garantías de servicios que ofrecen las instituciones a los usuarios mediante la contratación o la instalación de entidades que brinden una oferta adecuada...”*. Por otro lado, el personal administrativo de las IPS tiene una concepción similar, *“...para ellos, el acceso se refiere al hecho de que el usuario asista a la institución y allí se le preste el servicio sin restricciones y con una calidad adecuada...”*. En forma contraria, el personal asistencial de salud de las EPS e IPS lo ven *“...como la satisfacción de una necesidad del usuario, la cual se debe brindar de manera oportuna, equitativa, fácil y rápida...”*(6).

También es importante resaltar, dentro del enfoque de la citada investigación, que la definición del acceso por parte de los usuarios tiene puntos convergentes con la definición dada por el personal administrativo y asistencial; no obstante, la diferencia radica en que los usuarios hacen mayor énfasis en la manera como se presta el servicio desde aspectos como la calidad, el tiempo de espera y la relación médico-paciente. Además,

mencionan desde sus vivencias la distancia geográfica como uno de los principales determinantes del acceso. Este estudio expresa que:

“La manera en la que la barrera geográfica actúa depende del régimen del usuario, ya que varían los servicios a los que se puede acceder localmente o aquellos por los cuales se deben desplazar los usuarios a lugares como el centro de Medellín. De igual manera, el impacto que tiene el determinante geográfico sobre los usuarios también depende de su capacidad económica, ya que en el caso de poblaciones con fuertes limitaciones sociales y económicas el desplazamiento implica un esfuerzo muy alto.

Se resalta también que los usuarios reconocen una falta de conocimiento de los derechos y deberes, así como del funcionamiento del sistema...” (6).

En definitiva, estas concepciones mencionadas destacan cinco aspectos fundamentales: posibilidad, facilidad, oportunidad, calidad y satisfacción, los cuales permiten, sin duda alguna, observar los servicios de salud de manera integral y sin barreras en la prestación, garantizando el derecho fundamental a la salud (6).

3.1.2. Significados y experiencias

El artículo *Experiencia del paciente: una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico*, publicado en la revista *Psicooncología*, contextualiza la experiencia del paciente a partir de la definición de Beryl Institute, la cual comprende este fenómeno como *“...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...”*. Se identifica que no existe una definición única de la experiencia de los pacientes, ya que está sujeta a las percepciones de cada sujeto, tocando aspectos claves como: las interacciones personales, la cultura de la organización, la percepción subjetiva del paciente y/o de la familia, así como el continuo cuidado (20).

Por otro lado, *Beyond Philosophy* definió la experiencia como el *“...resultado de la interacción entre una organización y un paciente como se percibe a través de la mente consciente y subconsciente de los pacientes...”* considerando así la vivencia del paciente como una mezcla entre el desempeño de la organización y los sentidos o estimulaciones que se crean en el paciente (12).

Algunas definiciones se centran, en gran medida, en las expectativas. Es por esto que Bowling y colegas realizaron una revisión teórica de las experiencias de los pacientes desde 2000 hasta 2009, evaluando dos conceptos: el primero, antes de la visita del paciente a la institución de salud, y, el segundo, la

experiencia posterior a la visita. Estos autores llegaron a definir este fenómeno de la experiencia como: "...*las observaciones personales del paciente sobre su atención médica...*" las cuales estaban asociadas a la limpieza, información sobre dónde ir, puntualidad en las citas y el trato del personal de recepción y asistencial (12).

Las consideraciones anteriores sirven de base para reflexionar que, aunque estas definiciones textualmente pueden cambiar, realmente comparten un conjunto de aspectos que le dan un sentido más profundo a la experiencia de la atención en salud: expectativas sobre la atención médica, continuidad en el cuidado, atención centrada al paciente y la satisfacción de las necesidades (20).

La experiencia, desde la perspectiva de Van Manen, se centra en la descripción de la vivencia, en la cual hay temas universales o existenciales que hacen parte del mundo de las personas: la relacionalidad o el yo-otro vividos, la corporalidad o el cuerpo vivido, la espacialidad o el espacio vivido, la temporalidad o el tiempo vivido, la materialidad o la cosas vividas; por tanto, estos se encuentran inmersos dentro de las experiencias humanas (21).

En el campo de la salud, ha tomado cada vez más fuerza la experiencia del paciente como punto de análisis vital para llegar a una atención más humanizada y con calidad desde la posición de quien lo vive, sobre todo en América Latina, a causa de las graves limitaciones para responder con eficacia a las complejas necesidades de salud de individuos y poblaciones por medio de las prácticas médicas contemporáneas (19). En esta dirección, Naomar Almeida-Filho plantea la necesidad de establecer conexiones epistemológicas, teóricas y metodológicas que articulen el estudio de las experiencias subjetivas de enfermar y la reificación de las narrativas de la enfermedad, con un enfoque social e histórico que supere la mirada del proceso salud-enfermedad, propia del modelo biomédico (13).

Así mismo, Roxana Onocko Campos y Pereira Furtado Juarez resaltan la potencialidad de utilizar narrativas para el estudio de situaciones en las cuales interesan las mediaciones entre experiencia y lenguaje, estructura y eventos, sujetos y colectivo, memoria y acción política, cuestiones que tradicionalmente interesan en el área de políticas, planificación y gestión de la salud (22).

Incluso, visto desde el campo profesional en el que nos desenvolvemos, la salud pública escucha el sufrimiento; hereda los principios universales de la comprensión y la solidaridad por el sufrimiento del otro, donde asume a las personas como sujetos capaces de aportar a la construcción de la salud y el bienestar. Se pretende que los sujetos sean participantes y responsables en la identificación, selección y evaluación de las prioridades de las acciones y de los resultados. Así, las poblaciones son sujeto de una salud y de unos cuidados

de salud que no existen como objetivo separado, o hasta diferente, de una sociedad que garantiza los derechos humanos (23).

Ahora bien, un concepto importante y utilizado con frecuencia dentro de las investigaciones cualitativas es el “significado”. En revisiones bibliográficas destacadas de la comunidad científica se construye el término desde autores enfocados en la psicología como Vygotski, Gergen y Bruner, los tres convergen en que los significados son una característica netamente humana y van conectados con el lenguaje, ya que es “el medio para entrar en contacto con el mundo subjetivo de los otros, influir en ellos y luego en sí mismo” (24).

Específicamente, el primer autor describe los significados como las representaciones dadas primero en la relación auténtica con el otro, creando conexiones desde lo vivenciado por la persona y luego en el componente de sus pensamientos. Incluso Gergen reconoce necesario “el lenguaje, el sentido, las acciones y los complementos, ya que son los elementos para que en las relaciones humanas se construyan o transformen los significados”, es decir que en sí mismo el lenguaje no toma mayor valor, tan sólo adquiere peso en la relación; mientras que el autor estadounidense Bruner expone el significado en dos direcciones: una es el lenguaje tomado como un aspecto interno, mientras que la otra vía externa es la cultural, en la que se encuentra inmerso; y en la negociación de estos dos elementos surge el significado, puesto que el lenguaje es el que permite participar con mayor facilidad en el medio (24).

Otros autores como Lederach, resaltan que el significado se entiende como el proceso mediante el cual se da sentido a algo y se logra enlazar ese algo con otras cosas diferentes ya conocidas; y DeGrandpre lo entiende como naturaleza social e histórica en el sentido en que *“el significado no está ni en el objeto o evento ni en el individuo, sino más bien en la interacción en un momento y lugar particular”*. Sobre los dos argumentos vale la pena resaltar dentro del contexto del estudio que todo surge a partir de lo que es vivenciado por la persona que se encuentra enferma, en este caso el paciente; se trata, entonces, de identificar los sentidos de la experiencia de acceso a la atención en salud frente al diagnóstico de Covid-19 (25).

3.1.2.1. Experiencias en salud vividas por los pacientes

Estudios que se han desarrollado en el campo de la salud acerca de las experiencias vividas en la atención en diferentes servicios de salud, reflejan en sus resultados que la percepción de los pacientes influye en la utilización de los servicios, en el acceso, en la satisfacción y en la calidad de la atención (26,27).

Ahora bien, en términos de acceso, se demuestra en los algunos estudios realizados por Múnera, Yepes y Donadebian que existen factores determinantes de acuerdo con la interpretación personal que 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...*” (27). En este sentido, los sujetos 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 en la atención (28).

Así mismo, un estudio liderado por la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia acerca de los “*determinantes de la satisfacción de la atención odontológica*” plantea y reconoce que en el acceso existen unas características claves que valoran los pacientes atendidos durante la experiencia en el servicio: tiempo de acceso al servicio, duración del servicio, costos (según el nivel socioeconómico), continuidad de tratamientos, relación tiempo/costo y relación tiempo/tratamientos realizados (28). Incluso otra investigación que analiza las opiniones de los usuarios de atención primaria en salud, sobre la accesibilidad, muestra las mismas brechas que los estudios anteriores arrojaron en sus resultados: tiempos de espera, disponibilidad de profesionales, disponibilidad de citas con especialistas, horarios de atención y distancia entre el centro de salud y lugar de residencia (29).

Ahora, dando soporte a los estudios anteriores, una investigación realizada en Colombia con el propósito de conocer la percepción de los usuarios del régimen subsidiado respecto al acceso reflejó que de 600 usuarios afiliados al SGSSS, el 53% consideraban difícil acceder a los servicios de salud, mientras que el 16 % afirmaba que es muy fácil acceder a estos servicios y el 1 % dijo que es imposible acceder a ellos. De modo que reconocieron como barreras los trámites realizados por las EPS, los costos del copago y, uno de cada tres encuestados, afirmaba que la distancia de la vivienda era el principal obstáculo (30).

3.1.3. Coronavirus 2019 (Covid-19)

Con relación al Covid-19 este es un tipo de virus, descubierto recientemente, de la familia *Coronaviridae*, que provoca una enfermedad respiratoria, “...*diferente a otras patologías como el síndrome respiratorio agudo grave (SRAG) y el síndrome respiratorio del Oriente Medio (SROM)...*”. La aparición del Covid-19 fue reportada por primera vez por la Comisión Municipal de Salud y Sanidad de Wuhan, provincia Hubei, China, el 31 de Diciembre de 2019, donde se registraron los primeros 27 casos con antecedentes de una posible transmisión alimentaria por exposición común a un mercado de mariscos,

pescados y animales vivos ubicados en Wuhan, y ya para el 11 de marzo del 2020, la OMS lo declaró pandemia emitiendo una serie de recomendaciones para que los países activaran y ampliaran sus mecanismos de respuesta ante la emergencia (31).

A pesar de que China fue el primer lugar de procedencia del Covid-19, no tardó en expandirse a otras áreas geográficas debido a las características del virus de propagación acelerada y de crecimiento exponencial. Esta enfermedad primero se dio en países del continente asiático como Tailandia, Japón, Singapur, Hong Kong y Corea del Sur, luego en países europeos como España, Francia, Alemania y, a su vez, en el continente americano, con Estados Unidos, Brasil, Colombia, entre otros. Globalmente, los registros de la OMS el 11 de marzo del 2022 muestran que alrededor de 450 millones de personas han estado o están infectados (32).

Existen diferentes maneras en que una persona puede contraer el Covid-19. La principal es por las gotas respiratorias de más de 5 micras que una persona contagiada expulsa de la nariz o la boca por el acto de toser, estornudar o hablar, dejando las secreciones en las superficies, objetos, o en contacto directo cuando una persona se encuentra a menos de un metro de distancia; por lo tanto, se puede transmitir el Covid-19 inhalando las gotículas procedentes de una persona infectada, o tener contacto con los objetos o superficies contaminados, y luego tocar ojos, nariz o boca (33).

Investigaciones recientes han mostrado que la presentación clínica del Covid-19 es fluctuante, debido a que los casos presentados van desde personas infectadas con pocos síntomas a personas asintomáticas (80 %). Los síntomas más frecuentes son fiebre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$), tos seca, fatiga y dificultad para respirar, los otros menos frecuentes son congestión nasal, dolor de cabeza, dolor de garganta, pérdida del gusto o del olfato, y conjuntivitis (31), todavía más, *“... es importante recordar que hasta en un 17% de los casos de infección por Covid-19 puede cursar con síntomas gastrointestinales relevantes, como diarrea, dolor abdominal y vómito...”* (4).

En este orden de ideas, los pacientes con Covid-19 pasan por estados de afectación a su salud leves, severos o críticos, causando enfermedades que van desde el resfriado común hasta las más complicadas como neumonía grave. Generalmente, el 81% las personas infectadas presentan estados no complicados, el 14% pueden llegar a tener una enfermedad grave que requiere oxigenoterapia, y aproximadamente el 5% requerirá un tratamiento de unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica. Incluso, en los primeros países afectados por la pandemia, cerca del 40% de los casos presentaron una enfermedad leve, el 40% experimentaron una enfermedad moderada, el 15% de los casos experimentaron una enfermedad grave y el 5% de los casos padeció una enfermedad crítica (4).

Ciertamente, las evaluaciones de los casos existentes prueban que hay una serie de pacientes con mayor probabilidad de morir o presentar estados clínicos graves, por ejemplo, las personas mayores de 60 años que padecen enfermedades no transmisibles o enfermedades crónicas previas como diabetes, hipertensión arterial, cáncer, problemas pulmonares o cardíacos; sin embargo, estos factores no son determinantes, puesto que el virus no conoce de estrato social, raza, sexo, edad o género (33).

Actualmente, para diagnosticar de manera temprana los pacientes sospechosos y los pacientes confirmados se cuenta con diferentes tipos de pruebas de laboratorio, las virales y las de anticuerpo; las virales indican si actualmente se tiene una infección, y las pruebas de anticuerpo indican si antes se tuvo una infección. La más utilizada es la RT-PCR, “...*que es la prueba estándar para la confirmación diagnóstica de Covid-19 de muestras de aspirado traqueal, aspirado nasofaríngeo orofaríngeo, o hisopado*, la cual ha demostrado alta sensibilidad y especificidad” (8,34). Las pruebas según el Ministerio de salud y Seguridad social no son recomendadas para que todas las personas se las realicen, existen unas consideraciones a tener en cuenta antes de hacerse a prueba (35):

- Personas que tienen dos o más síntomas del Covid-19.
- Personas que han tenido contacto cercano con alguien infectado por Covid-19 a excepción de los jóvenes a quienes ya no es necesario la realización de la prueba.
- Personas a quienes se les ha solicitado o indicado por una empresa o institución estatal que se realicen la prueba de detección.

Una vez se evidencia por medio de la prueba que el paciente se encuentra infectado, el sistema de salud debe garantizar “...*el inicio oportuno de las medidas apropiadas de prevención y control de infecciones, o tener el tratamiento de atención de apoyo optimizado, admisión segura y rápida a una sala designada del hospital o unidad de cuidados intensivos de acuerdo con los protocolos institucionales...*” (35). Así mismo, es preciso aclarar que la atención de un paciente con Covid-19 puede darse por tres vías de acceso, la primera es para los viajeros, los cuales son remitidos desde los puntos de entrada al país (marítimo, terrestre o aéreo) a las instituciones, la segunda es por medio del servicio de urgencias y la tercera por consulta externa (35).

El manejo inicial en las instituciones de salud dependerá de la clasificación de la gravedad clínica del paciente (leve, severo, crítico), donde se evalúa si el paciente cumple algunos criterios como presencia de disnea, neumonía, sintomatología gastrointestinal, o signos y síntomas neurológicos. En la tabla 1 se describe la clasificación para cada tipo de gravedad y las conductas generales de actuación frente a la atención de personas diagnosticadas con infección por nuevo coronavirus (35,36).

Tabla 1. Severidad y conductas para atención de casos diagnosticados con infección por nuevo Coronavirus Covid-19 (31)

Severidad	Descripción	Conducta
Leve	1. Sin neumonía 2. Neumonía leve	1. Manejo domiciliario para casos con signos y síntomas leves <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento domiciliario supervisado mínimo por 7 días a partir del inicio de síntomas. • Usar modalidades de atención: domiciliaria, telemedicina • Oxígeno domiciliario para casos con neumonía leve. 2. Manejo en hospitalización por neumonía. <ul style="list-style-type: none"> • Manejo interdisciplinario
Moderado	Disnea, frecuencia respiratoria ≥ 30 / min, saturación de oxígeno en sangre $\leq 93\%$, Pacientes mayores de 60 años o con Comorbilidades con síntomas.	Manejo en hospitalización
Crítico	Insuficiencia respiratoria, choque séptico y disfunción de múltiples órganos.	Manejo en UCI Manejo interdisciplinario

El proceso inicia desde el diagnóstico, luego la conducta o asistencia médica, y finalmente la salida del paciente, “...el médico que atiende el caso realizará la valoración del paciente y adopta la conducta necesaria según severidad, y evaluará el riesgo del paciente para definir su internación o su manejo domiciliario...” (35). Dentro del proceso se encuentran una serie de intervenciones y actividades claves para la atención. En el siguiente flujograma (Figura 1) se describe, paso a paso, el manejo de un paciente con Covid-19 en una institución de salud.

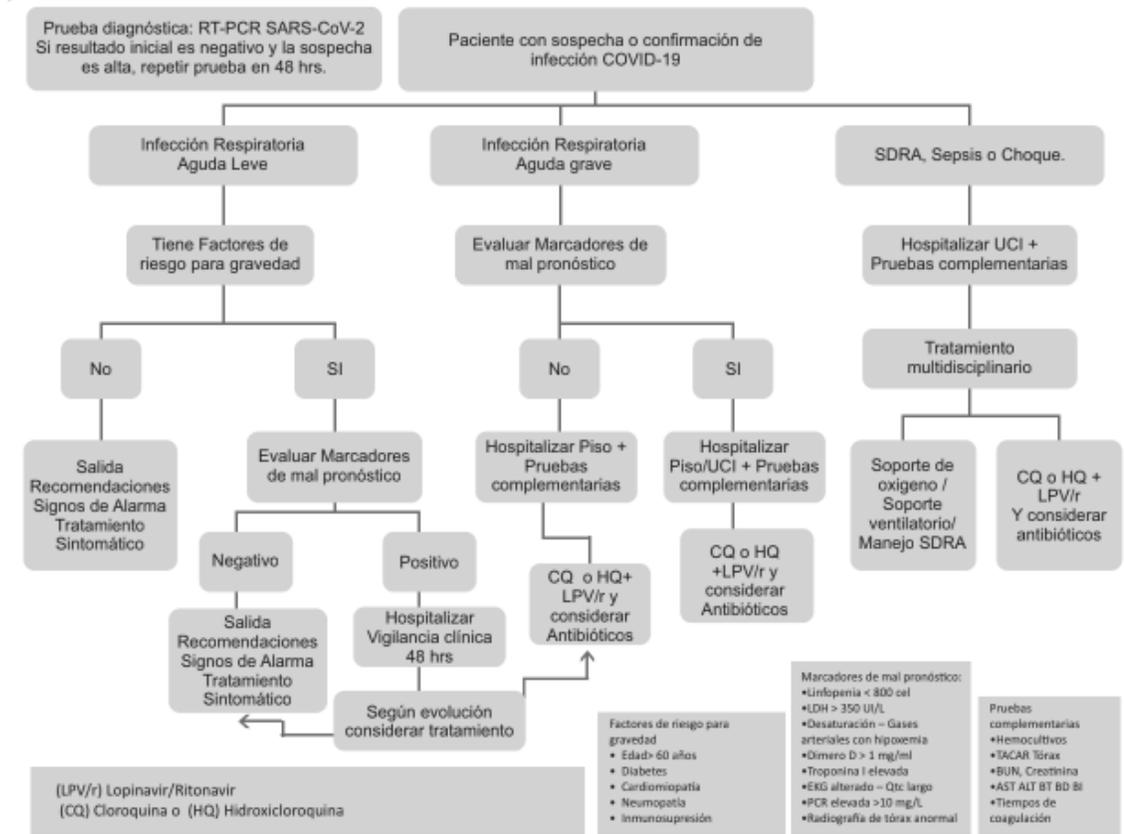


Figura 1. Flujograma de manejo de pacientes con infección por SARS COV-2/Covid-19 (35)

Es importante también mencionar que la gran mayoría de los pacientes con confirmación de Covid-19 se recuperan de la enfermedad sin un tratamiento hospitalario; la OMS menciona que aproximadamente el 80% de pacientes lo hacen (35). Sin embargo, hay algunos que si presentan complicaciones y requieren procesos de atención en salud para la recuperación, en efecto, “...alrededor de 1 de cada 5 personas que contraen la Covid-19 acaba presentando un cuadro grave y experimenta dificultades para respirar...” (33).

Aunque muy pocos pacientes llegan a un cuadro grave respiratorio por el Covid-19, la OMS en compañía de varios socios comenzaron, desde inicios del año 2020, la creación de ensayos de vacunas con el fin de reducir el alto índice de contagio y erradicar o disminuir considerablemente esta enfermedad (37).

Debido a lo anterior, para finales del año 2020 el laboratorio Pfizer fue el primero en desarrollar una vacuna contra el Covid-19. Tras 10 meses de estudios y ensayos clínicos, los resultados fueron positivos, lo que permitió

que países como Reino Unido comenzarán a vacunar a su población (38). Así mismo, Colombia inicio su proceso de vacunación en el mes de febrero del año 2021 a través de dos fases y cinco etapas inicialmente, donde se dio prioridad a las personas con enfermedades asociadas a cuadros graves o muertes por Covid-19 y al personal de salud (39).

De igual manera más adelante se contó con vacunas de otras compañías como BioNTech de Alemania y Fosun de China, quienes se encuentran en las etapas finales de sus ensayos contando con la participación de más de 30.000 voluntarios (37). Finalmente, de las evidencias anteriores, como iniciativa global llamada COVAX, 172 países se unieron al mecanismo de la OMS para lograr el desarrollo, la distribución equitativa y la disponibilidad de la vacuna contra el Covid-19 tanto para países de ingresos altos como de ingresos bajos (39).

3.1.4. Marco contextual

El presente estudio se realizó en la ciudad de Medellín, capital del departamento de Antioquia, reconocida como una de las principales ciudades del territorio colombiano por su desarrollo económico, educativo, social y político. Por ser capital alberga las sedes de la Alcaldía de Medellín, Gobernación de Antioquia, la Asamblea Departamental, el Tribunal Departamental, el Área Metropolitana del Valle de Aburrá y la Dirección Seccional de Fiscalías (40).

En cuanto a su temperatura, esta tiene un promedio de 24° y está ubicada a 1.479 metros sobre el nivel del mar; cuenta con una extensión en área urbana de 105 Km, mientras que en el área rural cuenta con 270 Km de suelo y 5,2 km de suelo para expansión. Así mismo, los registros de 2018 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), muestran que Medellín es la segunda ciudad más poblada de Colombia, con un mayor porcentaje de habitantes mujeres (41).

Sobre la economía, Medellín se destaca en términos de generación de ingresos por medio de los establecimientos financieros, el comercio, la manufactura, la construcción y los servicios del sector de confección, eléctrico, telecomunicaciones y salud, es por ello que para la realización del proyecto se seleccionó la ciudad por su gran importancia (41).

En lo que respecta a salud, Medellín es referente en el sector por presentar avances y esfuerzos importantes para elevar el estado de salud de su población, además mantiene programas y proyectos que contribuyen a la calidad de vida y bienestar. De igual manera, en la Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín 2020 los habitantes señalaron que los temas que

mayor impacto tienen en la calidad de vida son la pobreza, desigualdad, educación, salud y servicios públicos (42).

En la ciudad, los datos muestran que el 76% de los habitantes de la zona Suroriental (Poblado) reportan mayor satisfacción con el servicio de salud recibido, seguido de la zona Centroccidental (Laureles-Estadio, La América y San Javier) con un 72%, y, de lado contrario, el 28% de habitantes la zona centroriental (Comunas Villa Hermosa, Buenos Aires y La Candelaria) son los más insatisfechos con el servicio de salud recibido en el año 2021, en relación con las demás zonas de la ciudad (42).

Continuando con la temática, en el año 2018 se registró un 97% de cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud en la ciudad, en el que se tuvo presente los regímenes contributivos, subsidiado y los participantes vinculados. Igualmente, en términos de satisfacción con los servicios de salud durante el 2019, la encuesta muestra que *“el 64% afirmó sentirse satisfecho o muy satisfecho, ocho puntos porcentuales más en relación con el año 2018, mientras que el 19% se sintieron algo o muy insatisfechos”* (42); para reflejar el comportamiento de satisfacción en salud desde el año 2014 al 2020 se presenta la siguiente gráfica (Figura 2).

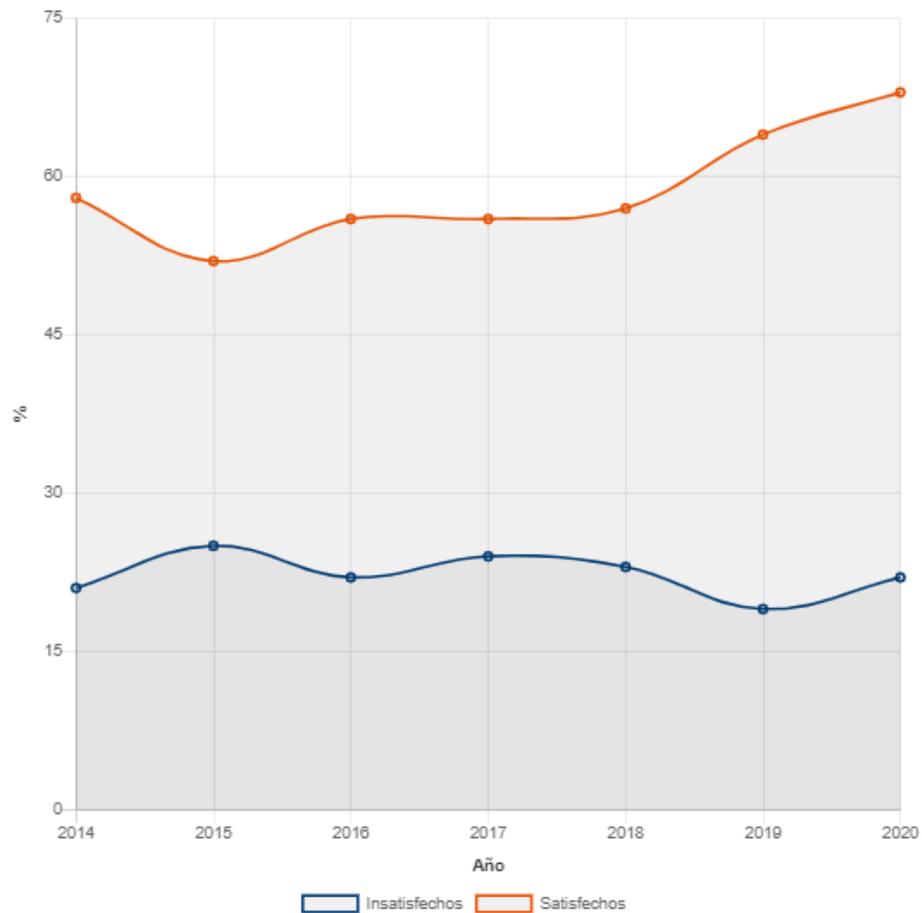


Figura 2. Medellín: Satisfacción con el servicio de salud, 2014-2020 (43)

Como se identifica, los años más relevantes han sido el 2019 y 2020, por el aumento en la satisfacción con el servicio de salud, pasando de 64% a 68 %, respectivamente (43).

Finalmente, en la red de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), a nivel nacional Medellín se destaca por medio del reconocimiento del Hospital Pablo Tobón Uribe, Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez ESE, Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl y Clínica Universitaria Bolivariana (44).

3.9. Marco normativo

Para la formulación del proyecto se tuvieron como soporte reglamentos y declaraciones tanto internacionales como nacionales que incorporan políticas para el adecuado acceso a los servicios de salud, y las estrategias que hasta ahora se han diseñado para la prestación de los servicios de salud a los pacientes con Covid-19. Los referentes normativos más relevantes se mencionan a continuación.

En el orden internacional, el acceso a los servicios de salud se encuentra contemplado por la OMS dentro de la agenda para el desarrollo 2015 donde se plantea el compromiso de asegurar un acceso equitativo a los servicios de salud y la cobertura de los mismos sin limitarse en los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud (45). También se encuentra en la Declaración política de Río sobre los determinantes sociales de la salud del 2011; la cual se centró en mejorar los sistemas de salud con la ampliación de la cobertura equitativa de la población, además de fomentar el acceso a los servicios con calidad principalmente en la atención primaria integral (46).

En Colombia, la Constitución Política de 1991 hace referencia en su artículo 49 a que el acceso a los servicios de salud es un derecho obligatorio (47). Además, la Ley 100 de 1993 acogió como objetivo esencial “...*crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención...*” y en el artículo 178 menciona que el acceso debe darse en todo el territorio nacional aceptando a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos legales. Así mismo, acogió introducir un nuevo modelo de aseguramiento denominado: “...*Sistema General de Seguridad Social en Salud...*” el cual se encuentra comprendido por dos regímenes de aseguramiento (régimen subsidiado y régimen contributivo) lo cual generó una segmentación del sistema de salud en relación a la capacidad de pago de la población y sus condiciones laborales (48).

En la Ley 100 de 1993, se reconocen también aspectos relacionados con la calidad del servicio de salud; en su artículo 9 “...*el sistema establecerá mecanismos de control a los servicios para garantizar a los usuarios la calidad en la atención oportuna, personalizada, humanizada, integral, continua y de acuerdo con estándares aceptados en procedimientos y prácticas profesionales...*” (48). De igual manera, con la Ley 1438 del 2011 se pretende que el Estado y las instituciones del Sistema General de Seguridad Social en Salud fortalezcan la prestación de los servicios de salud, estableciendo mecanismos legales, administrativos y presupuestales para dar efectivo y

oportuno cumplimiento a la parte especial y diferenciada del Plan de Beneficios en Salud y de ofrecer oportuno cumplimiento con el paciente (49).

Partiendo de lo anterior, el artículo 199 de la Ley 100 establece que “...*El Ministerio de Salud definirá normas de calidad y satisfacción del usuario, pudiendo establecer medidas como tiempos máximos de espera por servicios y métodos de registro en listas de espera, de acuerdo con las patologías y necesidades de atención del paciente...*” (48), lo que generó el Decreto 1011 del 2006, por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (50).

Esta misma ley ha tenido, a lo largo del tiempo, diferentes procesos de construcción para la mejora de su modelo; por ejemplo, la Ley 1122 de 2007, en su artículo 39, establece unas guías de calidad que deben ser soportadas por un nivel de conocimiento aceptado. Además, introdujo otras mejoras en aspectos relacionados con los temas de cobertura y acceso (51).

De igual manera se resalta el Proyecto de Ley Ordinaria 210 de 2013, el cual reconoce que la cobertura del sistema aún no es universal ya que existen barreras que dificultan el acceso de los usuarios además de incrementar los costos en la atención y el tratamiento (52).

Por otro lado, en el “Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022. Pacto por Colombia, Pacto por la equidad”, el gobierno nacional se compromete a garantizar “Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos”. Para esto propone “Mejorar el estado de salud de la población, garantizando altos estándares de calidad y satisfacción por parte de los usuarios”, teniendo en cuenta su punto de vista en la valoración del funcionamiento de IPS y EPS, implementando modelos integrales de atención, y fortaleciendo los sistemas de información para la transparencia, con mecanismos accesibles para los ciudadanos, las veedurías y los organismos de control como lo establece la Constitución Política (53). Así mismo, acorde con la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se compromete a garantizar el acceso a los servicios de salud de forma oportuna, eficaz y con calidad, de manera que se preserve el mejoramiento y la promoción de salud de manera integral, con la concurrencia de servicios y tecnologías de salud esenciales para las necesidades específicas de salud de la población colombiana (54).

En el caso de Medellín, de manera similar a como se ha dado en el país, se contempla el acceso a los servicios de salud dentro del “Plan de Desarrollo 2020-2023. Medellín Futuro”, reconociendo las dificultades en el acceso, tanto para la población afiliada como para la no afiliada al Sistema de Seguridad Social en Salud, además bajo la problemática de salud actual reconoce el reto de enfrentar el Covid-19 (55).

En absoluto, ningún país estaba preparado para la llegada de esta nueva enfermedad, Covid-19. Expertos en el tema han llegado a una conclusión en común y es que ninguna estructura política, ningún sistema social o de salud, contaba con las capacidades necesarias para enfrentar un reto tan grande y desconocido; no obstante, desde un plano global y nacional se han desarrollado planes de acción estratégicos para controlar la situación, con el objetivo de superar la problemática lo más pronto posible, alcanzando un impacto negativo en la salud de la población (8).

En este sentido, los planes sobre la pandemia se han desarrollado en diferentes partes del mundo según el contexto de cada país; sin embargo, la OMS en sus informes dicta medidas y recomendaciones que deben llevar los gobiernos, centradas en unas estrategias de salud pública: el aislamiento, la cuarentena, el distanciamiento social y las contenciones, específicamente el distanciamiento físico a nivel de la población y restricciones de movimiento tanto internos como externos de las comunidades, generando así el cierre de aeropuertos, terminales de buses y puertos, el cierre de sectores económicos e industriales, y fortalecimiento del autocuidado por parte de la sociedad (31).

Ahora bien, en Colombia siguiendo las acciones de preparación y respuesta para el Covid-19 emitidas por la OMS, el Ministerio de Salud y Protección Social (Minsalud) como órgano rector del sector salud impartió una serie de orientaciones, lineamiento, protocolos de bioseguridad y medidas establecidas para reducir la velocidad de contagio y mitigar el impacto del Covid-19.

Ante la declaratoria de pandemia de la OMS, del 11 de marzo de 2020, con la Resolución 385 del 12 de marzo de 2020 Minsalud dictó al Covid-19 como Emergencia sanitaria (7), debido a lo cual se adoptó, con la Resolución 536 del 31 de marzo de 2020, el Plan de Acción para la Prestación de Servicios de Salud durante la pandemia (56). Así mismo, desde el Ministerio del Interior, con el Decreto 531 del 8 de abril de 2020, se adoptaron instrucciones en virtud de la emergencia y el mantenimiento del orden público para evitar aglomeraciones, y se impartieron las medidas preventivas de aislamiento y cuarentena (57).

Paralelamente, conforme al avance del virus, en el Decreto 457 del 22 de marzo 2020 se dieron los parámetros para garantizar el aislamiento preventivo obligatorio (58); igualmente, con el Decreto 499 del 31 de marzo de 2020, se adoptaron medidas en materia de contratación estatal para la adquisición de dispositivos médicos y elementos de protección personal en el mercado internacional con el propósito de equipar a los hospitales que requirieran aumentar la capacidad instalada según la demanda de salud en las diferentes ciudades del país (59).

El decreto 538 del 12 de abril de 2020 transformó radicalmente el enfoque y manejo de la pandemia en temas como: reconocimiento adicional al talento humano, creación de una canasta de servicio para el Covid pagada por Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), contratación del PIC, contratación de los servicios promoción y prevención, reconocimiento del Covid-19 como enfermedad laboral directa, compensación económica para afiliados al régimen subsidiado infectados; además permitió prestar rápidamente servicios de telesalud, y reconvertir, ampliar o adecuar servicios sin todo el rigor de la habilitación, además hizo un llamado a todo el talento humano para estar preparado y disponible para prestar servicios de salud (60).

El Decreto 1076 del 28 de julio de 2020 se estableció las medidas e instrucciones de orden público tomadas por el gobierno nacional para prevenir el contagio masivo del Covid-19, entre las que se destacan el aislamiento preventivo como primera barrera para disminuir el contagio; el aislamiento selectivo con distanciamiento individual responsable, y se establecieron, a su vez, las actividades que estarían exentas de esa medida; dentro de las excepciones se destaca la libre circulación del personal en formación de diferentes áreas de la salud, las actividades de la industria hotelera, el desplazamiento de funcionarios y personas interesadas en la protección de derechos fundamentales (61).

Todavía más, el Gobierno Colombiano, a medida de las exigencias de la enfermedad a través de la expedición el Decreto 1109 del 10 de agosto de 2020, creó, de forma complementaria a la vigilancia de salud pública en el SGSSS, el Programa Virtual de Pruebas, Rastreo y Aislamiento Selectivo Sostenible (PRASS) para el seguimiento de casos y contactos del nuevo Coronavirus, con el propósito de desacelerar el contagio de la enfermedad (62). Ciertamente, estas acciones han aportado a que las incidencias de contagio sean menores, reduciendo las tasas de mortalidad por Covid-19 y la saturación de los sistemas de salud a causa de pacientes gravemente enfermos, asegurando que los hospitales tengan el espacio, los suministros y el personal necesario (31).

A su vez, la ciudad de Medellín, conforme a las facultades del alcalde, aplicó cada una de las medidas normativas dadas a nivel nacional, y se observó un avance hacia la mejora en salud de la población, tanto que el 13 de julio de 2020, mediante el decreto 0715, la ciudad se declaró en alerta naranja hospitalaria, es decir que la ocupación de las UCI estaba en un 71%, lo que equivalía a 284 camas; provocó así la desactivación de la oferta de servicios de salud como cirugías y procedimientos que pudieran llevar al paciente a camas UCI (63).

Finalmente, el Covid-19 ha sido una tragedia para los sistemas de salud, pero también ha permitido tener una oportunidad de repensar y reconstruir sistemas de salud más inclusivos, integrales, y efectivos, encarar las barreras de acceso que, en las últimas décadas, han sido una piedra en el zapato dentro del sector salud.

4. Metodología

4.1. Tipo de estudio

Se trata de un estudio cualitativo que pretende comprender, desde la experiencia de los pacientes con Covid-19 de la ciudad de Medellín, cómo sucede y se comporta el fenómeno de estudio “acceso a servicios de salud”. Gonzáles y Jiménez Domínguez definen el estudio cualitativo como la perspectiva subjetiva apoyada desde la comprensión e interpretación del sentir de las personas, a través de sus experiencias, vivencias y sentimientos (64).

El método del estudio fue fenomenológico-hermenéutico. La fenomenología es una perspectiva de pensamiento fundada por Edmund Husserl a finales del siglo XIX; surgió de una reflexión sobre la crisis de las ciencias en Europa en medio de la Primera y la Segunda Guerra Mundial. Para este autor, la fenomenología se fundamenta en la experiencia vivida, posibilitando la mirada de las cosas tal como ellas se manifiestan; describiendo el fenómeno sin explicarlo, sin analizarlo y no importando la búsqueda de relaciones causales. La experiencia se convierte en la descripción de sus vivencias. El punto de partida es “volver a las cosas mismas”, interesa mostrarlas conforme la primacía de la experiencia, del territorio de las decisiones y del actuar sobre el pensamiento y la reflexión (65).

Como enfoque cualitativo de investigación, la fenomenología es el método más apropiado para comprender las experiencias vividas por los pacientes con Covid-19 con relación al acceso a los servicios de salud. A diferencia de los otros métodos aquí “...*el investigador identifica la esencia de las experiencias vividas humanas en torno a un fenómeno, basándose en la descripción dada por los participantes del estudio...* (64).”

Los autores Hernández, Fernández y Baptista, mencionan que el alcance y el propósito de la fenomenología “... *es explorar los significados que las personas asignan a sus vivencias, sea mediante la descripción fiel de sus narraciones o bien, mediante las interpretaciones que el propio investigador deriva de ellas...*”(66), es por eso que se habla de dos corrientes dentro de este método: la corriente descriptiva y la interpretativa o hermenéutica. La primera se basa en recabar las narrativas y descripciones de los actores respetando sus propias experiencias sobre el fenómeno y separando la subjetividad del investigador; la segunda corriente desarrolla la interpretación desde la perspectiva de los participantes e incluye el punto de vista del investigador.

Para fines del estudio se trabajó desde la corriente interpretativa para obtener una relación entre el punto de vista del investigador y las personas que estuvieron contagiadas de Covid-19, puesto que permite saber cuáles son las experiencias

vividas de estas personas sin dejar el mundo intersubjetivo de las partes y así llegar a una aproximación real de la comprensión (64).

La fenomenología fue incorporada en la sociología por Alfred Schütz, para este fin describió la realidad de un mundo sin importar si este es real o imaginario, en el cual cada sujeto vive su propia realidad y asume que los demás también la viven, esto es conocido en la fenomenología como el mundo social. Es importante resaltar que para fines del estudio se reconoce que dentro del mundo social es donde la experiencia del paciente se da a partir de su cotidianidad, de sus deseos, educación entre otros muchos aspectos que hacen que cada vivencia sea única y que ocupe un lugar en el mundo; sin embargo, esta situación no limita la relación del sujeto con los demás, ya que puede ponerse en el lugar del otro y percibir sus experiencias, esto conocido como la intersubjetividad (67).

En el campo de la salud, Paulo Cesar Alves en *“A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica”* afirma que: *“Para la fenomenología, la operación primordial de significación es que no existe separadamente de la expresión y, como tal, es un fenómeno sensible al cuerpo (y no una mera cuestión de la “subjetividad”). En este sentido, el método fenomenológico está dirigido a fijarse en los significados que se dan, y que son tal como son propuestos por nuestras experiencias”*(68).

4.2. Participantes del estudio

Al momento de seleccionar los participantes del estudio se destacó una situación de salud pública global con el Covid-19 que impedía realizar una entrevista presencial, por lo cual se optó por contactar de manera virtual a personas conocidas por la investigadora, que hubieran padecido la enfermedad y que estuvieran interesados en hacer parte del estudio. Se utilizó la bola de nieve como estrategia de recolección de información a través de la participación directa de personas voluntarias, puesto que se buscó ampliar progresivamente el número de sujetos partiendo de la identificación de los casos de interés a partir de alguien que conocía a alguien que pudiera ser un buen candidato para participar y que pudiera suministrar su número de contacto para tener un primer acercamiento (69).

4.2.1. Selección de los participantes

Se seleccionó una muestra de pacientes que padecieron de Covid-19 y que fueron atendidos en la ciudad de Medellín en el 2021, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Se esperaba una participación de ocho o más personas, sin embargo, al ser un estudio cualitativo, fueron seleccionados seis participantes, de acuerdo con la saturación de la información en el proceso de análisis.

4.2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Como criterios de inclusión en la investigación, se establecieron los siguientes:

- Pacientes mayores de edad con antecedente de Covid-19, atendidos de manera ambulatoria u hospitalaria en la ciudad de Medellín.
- Pacientes que se encuentran con un estado de salud en recuperación, sin complicaciones respiratorias o de otro orden que les dificultaran su comunicación.
- Pacientes que tuvieran capacidades tanto verbales como comunicativas para responder a las preguntas.
- Pacientes que aceptaran voluntariamente ser parte del estudio y firmaran el consentimiento informado.

Igualmente, se definió que no podrían ser parte del estudio los individuos que presentaran las siguientes características:

- Pacientes que no estuvieran en la capacidad mental o física de responder al interrogante planteado en la investigación.
- Pacientes que no pudieran ser contactados por teléfono o correo electrónico.
- Pacientes que no tuvieran la posibilidad y capacidad de utilizar herramientas tecnológicas como Google Meet y WhatsApp.
- Pacientes que no tuvieran acceso a internet.

4.6. Instrumento de recolección de información

En concordancia con el método y los fines de la investigación, el instrumento de recolección de información que se empleó fue la entrevista semiestructurada con preguntas narrativas (Anexo 1), la cual orientó, antes del encuentro con el entrevistado, qué tipo de información se requería, por medio de un guión de preguntas, sin regirse estrictamente a este. Incluso, en la medida en que se desarrolló la entrevista se pudo incorporar u omitir alguna nueva cuestión para facilitar la fluidez del diálogo, sin dejar de lado la expresión abierta, espontánea y natural del participante (69).

4.7. Procedimiento para la realización de las entrevistas

Antes de la realización de la entrevista se necesitó una estrategia para que los pacientes aceptaran participar en el estudio y firmaran el consentimiento informado, para eso se tuvo un protocolo de captación: primero se requirió previamente contactar telefónicamente a las personas conocidas por la investigadora que tuvieron una atención ambulatoria/hospitalaria de Covid-19 en la ciudad de Medellín y que cumplieran con los criterios de inclusión, procurando que hubiera diversidad en las características tanto sociodemográficas como indicaciones clínicas y se dejó la

posibilidad de que un entrevistado propusiera otras personas para participar en el estudio.

Al grupo de personas que cumplieron con los criterios de inclusión, se les preguntó si querían ser parte del estudio de manera voluntaria. Una vez se organizó la cita para la entrevista virtual se les dio una bienvenida y se les preguntó si autorizaban grabar la sesión, se leyó el consentimiento (anexo 2), posteriormente se presentó de forma detallada el alcance de la investigación y, finalmente, se comenzó con la entrevista. Todos los participantes consintieron la grabación de la conversación.

En el consentimiento informado que se presentó en el segundo encuentro virtual quedo expresado el permiso para grabar y transcribir la entrevista, igualmente se mencionó que el manejo de los datos era sólo para fines académicos respetando los criterios de privacidad, seguridad, protección de datos y aspectos relacionados en el tratamiento de la información. La investigadora fue la encargada de contactar a los posibles participantes y procuró en todo momento desplegar capacidades para (70):

- Establecer y mantener una sintonía empática con el entrevistado para inspirar confianza.
- Mostrar interés sobre lo que el entrevistado presentaba.
- Escuchar de manera activa.
- Ser sucinta y descriptiva, para que pudiera despejar cualquier duda.
- Evitar imponer sus respuestas a la persona entrevistada y permitir la fluidez.
- Tener conocimiento sobre aspectos básicos del tema de interés: el acceso, servicios de salud.
- Usar un lenguaje común, de acuerdo con el vocabulario de los participantes.

Ahora bien, el contacto inicial con los participantes que cumplieron con los criterios fue vía llamada telefónica o encuentro virtual por Google Meet o WhatsApp, dadas las condiciones de la situación de pandemia, lo que no hacía posible una entrevista presencial. Así mismo, para lograr la participación en el estudio se fomentó el uso de video llamadas en las plataformas mencionadas, con el objetivo de tener un acercamiento más humano y percibir las expresiones verbales de los participantes, lo cual facilitó la comprensión de sus vivencias.

No se delimitó la duración total de la entrevista con el fin de brindar un diálogo abierto. Sin embargo, se tuvo previsto que, en cada encuentro, se tuviera una conversación de media hora o un poco más. En algunos casos se contempló la posibilidad de tener otro encuentro virtual, de acuerdo con las fechas que se acordaran con el participante.

4.7. Temas de indagación en la entrevista

El estudio se apoyó en los siguientes temas que fueron indagados en las entrevistas con los participantes:

- Acceso en el proceso de atención del Covid-19.
- Efectividad en el acceso en el proceso de atención del Covid-19.
- Utilización de los servicios de salud durante el proceso de atención del Covid-19.
- Satisfacción del paciente con el proceso de atención.
- Humanización en la prestación de los servicios.
- Calidad vivenciada en el proceso de atención.
- Disponibilidad de servicios en el proceso de atención.
- Tiempo de espera durante el proceso de atención.
- Información durante el proceso.

4.8. Procedimiento y técnicas de análisis de datos información

Para facilitar la sistematización y procesamiento de la información, la entrevista se grabó en formato digital y fue transcrita en Word, línea a línea de acuerdo con el relato del participante. Cada participante entrevistado tuvo un código asignado con las iniciales de su nombre y seguido del orden secuencial de la entrevista, sin embargo, durante el análisis se les asignó un nombre de acuerdo con las experiencias narradas.

A partir de las narrativas de las experiencias vividas y al realizar varias lecturas de los documentos transcritos, se fueron identificando los asuntos que llamaron la atención, es decir las citas, para posteriormente agruparlas en unidades de significados preliminares y emergentes con el fin de unificarlas y construir las unidades temáticas.

En este sentido, se interpretaron y analizaron los temas que se tenían preestablecidos en el guión de preguntas y los posibles temas emergentes, a través de una lectura detallada de cada una de las líneas de las entrevistas; inicialmente se realizó un análisis intratextual de la información ofrecida por cada participante y, luego, un análisis intertextual. En estos procesos se realizó una tematización fenomenológica que posibilitó construir las descripciones interpretativas que se presentan en los hallazgos de este estudio (21). Es preciso aclarar que se hizo de manera simultánea la recolección, el procesamiento y el análisis de la información para conocer en qué momento se obtenida una saturación de la información (68).

5. Consideraciones éticas

La investigación se desarrolló considerando los preceptos del código de ética establecido por la Universidad de Antioquia, junto con los parámetros enmarcados por la Declaración Universal de los Derechos Humanos y las normatividades nacionales, con el propósito de proteger la dignidad e integridad de los participantes del estudio y la información suministrada.

En este sentido, la investigación se regió por los principios éticos expuestos en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, según esta se trabajó bajo los siguientes principios:

- Respeto por las personas: se respetó la autonomía de las personas durante toda su participación, así como la posibilidad de retirarse en cualquier momento; igualmente se fomentó un trato adecuado y respetuoso.
- Beneficencia: se procuró generar los máximos beneficios directos e indirectos; a su vez, se veló por no ocasionar ningún riesgo.
- Justicia: se tuvo en cuenta la particularidad de cada uno de los pacientes con el fin de que los beneficios fueran lo más equitativos posibles (71).

De acuerdo con la resolución, en su artículo 11, el estudio se encuentra dentro de la categoría de riesgo mínimo para los participantes, ya que no tuvo ningún tipo de intervención o modificación en aspectos biomédicos, fisiológicos, psicológicos o sociales. Sin embargo, se previó para los participantes afectaciones emocionales en el transcurso de la entrevista, para lo cual se tuvo presente estabilizar a la persona y preguntarle si deseaba continuar en la investigación o no, evitando ocasionar impactos negativos a futuro en la vida de los participantes.

Para no asumir ningún riesgo biológico se implementó, de manera virtual, la entrevista semiestructurada, puesto que se requería evitar que la población participante pudiera volverse a contagiar con Covid-19.

Parejamente, para la realización de las entrevistas se estableció, con el participante, el horario en el cual se sentía más cómodo y tranquilo para responder las preguntas, teniendo en cuenta que la entrevista no tuvo un tiempo delimitado y el medio de realización fue telefónico o por video llamada, además era necesario contar con un espacio tranquilo y silencioso, para no tener ningún inconveniente con el audio y, de este modo, poder tener una conversación natural entre el participante y la investigadora.

La participación de las personas fue voluntaria y, se gestionó el consentimiento informado, que fue firmado después de la explicación de los detalles de la investigación. Por lo tanto, para el uso y manejo de la información se tuvo en cuenta

la Ley 1581 de 2012 con los parámetros y limitaciones dentro del marco legal colombiano, según los siguientes principios:

- Veracidad o calidad: se validó con los participantes la información que otorgaron, con el fin de que sus aportes fueran lo más fieles posible.
- Libertad: la entrevista solo fue realizada tras la firma del consentimiento informado del participante, en cual autorizó el manejo de los datos para fines académicos.
- Seguridad y confidencialidad: todos los datos recogidos se codificaron y, posteriormente, se guardaron en equipos de acceso únicamente por la investigadora y su asesora; además, se tuvo un *Backup* de toda la información recolectada, como audios, notas, bases de datos, entre otras, para evitar cualquier percance tecnológico. La copia de la información también fue custodiada por los responsables.
- Transparencia: se consideró realizar la devolución de los resultados, con la entrega del informe final de la investigación, a todos los involucrados (72).

Finalmente, la investigadora procuró evitar cualquier dilema ético que se pudiera presentar con la realización de las entrevistas en las plataformas virtuales, utilizando herramientas que permitieran la ciberseguridad y detección de la infiltración de terceros.

7. Hallazgos del estudio

En el siguiente apartado se presentan los hallazgos del estudio en dos etapas, una primera con la descripción particular de la experiencia de la atención en salud de los participantes y, una segunda etapa, con las experiencias de atención en común, trayendo similitudes y diferencias en las vivencias narradas.

7.1. Trayectorias experienciales de la atención en salud por Covid-19

7.1.1. La consultante “paciente”

La *consultante “paciente”*, de 37 años, es madre de un hijo de 11 años, con quien vive en Medellín. Actualmente es asesora comercial. Al momento de la primera atención su vinculación al sistema de salud era como beneficiaria; para sus atenciones siguientes, era cotizante. Ella manifestó tener una red de apoyo adecuada.

La vivencia de enfermar y ser atendida: del padecimiento a la recuperación

En enero de 2021 la participante presentó síntomas gastrointestinales de rápida agudización, que la llevaron a una primera consulta por urgencias. Para ella, las molestias fueron en incremento y significaron preocupación al ver cómo iba deteriorándose su estado de salud. También se sumaron síntomas respiratorios, al igual que la pérdida de gusto y olfato. *La experiencia de la atención en salud* de esta participante se caracteriza por una *recurrente necesidad de consultar* en un corto periodo de tiempo. El Covid-19 no fue el motivo inicial de su consulta, sino que se articuló a una cadena de eventos de salud que hacen pensar en una *trayectoria tanto de la enfermedad como de la atención recibida*.

La participante tuvo una atención inicial de urgencias en el centro de salud más cercano a su vivienda y fue diagnosticada con una apendicitis e intervenida quirúrgicamente de manera inmediata, tras lo cual fue dejada en observación por varias horas y hospitalizada; desde su mirada, hubo *oportunidad en la atención*. Con el alta, se le indicó consultar nuevamente ante cualquier signo de alarma. Bajo esta orden médica la participante consultó otra vez, sin embargo, durante esta atención experimentó *inoportunidad en la prestación de servicios de salud*, por lo cual decidió irse a su casa. Posteriormente, la participante se negó a regresar, en una *evitación de consultar nuevamente* para eludir incomodidades asociadas a la inoportunidad; no obstante, ante la *persistencia de los síntomas* decidió acudir al mismo centro de salud. En esta ocasión, de acuerdo con su relato, fue *atendida oportunamente y tratada de manera adecuada*. Fue dejada hospitalizada tras un diagnóstico de neumonía, e iniciaron estudios para descartar un dengue. Nuevamente fue intervenida quirúrgicamente debido a la presencia de una infección en la herida de

la cirugía anterior, la cual fue hallada por un médico conocido de la participante a quien ella le solicitó su colaboración, no por el personal de salud que la atendía. Así también, la participante notó nuevos síntomas de alarma (pérdida de gusto y olfato), por lo cual solicitó que le realizaran una prueba para descartar el Covid-19. Tras enterarse, por su propia cuenta, del resultado positivo de la prueba, informó a su médico tratante, quien la dejó en observación durante unos días más. Con el alta, se le indicó consultar nuevamente ante cualquier signo de alarma. Luego, la EPS dejó de tener algún contacto con la participante.

En esta trayectoria de la enfermedad y la atención resulta relevante el no observar un patrón estable en la calidad de los servicios de salud, oscilando entre oportunidad-inoportunidad de la atención, trato amable y cuidadoso y falta de atención a la sintomatología. También llama la atención que ante signos de alerta para Covid-19 fuera ella quien insistiera en la realización del test requerido. En este sentido, la enfermedad, tanto como la atención, le implicaron asumir pacientemente las situaciones cambiantes.

La participante manifestó que, durante su aislamiento en casa, siguió teniendo la *necesidad recurrente de consultar* a su EPS y a un médico particular, ante la persistencia de los síntomas gastrointestinales. Más tarde, su *experiencia tras la recuperación de la enfermedad y la atención* posCovid-19 se caracterizó por algunas secuelas en su condición física, como debilitamiento y asfixia.

Como signos del *padecimiento asociado a la enfermedad y a la atención*, la participante manifestó haber vivenciado mucha intranquilidad e incertidumbre por no tener un diagnóstico médico claro y oportuno, así como por el futuro de su hijo. También mencionó que, durante la etapa de la enfermedad, tuvo zozobra por el desconocimiento y la desinformación acerca del Covid-19. Señaló sentir incapacidad psicológica para superar la enfermedad, aunque físicamente se sentía bien.

7.1.2. La consultante “extenuada”

La *consultante “extenuada”* tiene 23 años, es residente de la ciudad de Medellín y actualmente es administradora, asesora comercial y comunicadora social de una empresa que se dedica a la venta de bicicletas. En enero del 2021 enfermó de Covid-19. Durante las conversaciones, manifestó tener una red de apoyo adecuada por parte de su familia y de sus compañeros de la empresa.

La vivencia de enfermar y ser “adecuadamente” atendida

En enero de 2021 la participante presentó dolores de cabeza fuera de lo normal, lo que la llevó a consultar. Manifestó haber experimentado *oportunidad y eficacia en la atención*, en la que fue diagnosticada como positiva para Covid-19, dado el

resultado de la prueba que le prescribieron, tras lo cual debió aislarse en casa. Sin embargo, refirió que durante este tiempo de confinamiento llegó a sentirse estresada ante las constantes llamadas por parte de su EPS para conocer el avance de su sintomatología. Pese a esta situación, su experiencia de la enfermedad y la atención se caracteriza por lo que denominó un apoyo adecuado de las entidades de salud, las cuales le brindaron acompañamiento e información oportuna sobre la enfermedad y durante su tratamiento.

No obstante, no tener queja respecto a la atención, señaló que al acercarse al personal de salud para solicitar la prueba, tuvo mucha incertidumbre y preocupación al pensar en el bienestar de su familia y compañeros de trabajo.

De acuerdo con el relato, luego de superar la enfermedad le quedaron algunas secuelas como debilidad y falta de gusto, de lo cual se ha ido recuperando.

En esta trayectoria enfermedad-atención resulta relevante destacar la continuidad en una atención percibida como adecuada, aunque también cabe resaltar la sensación de incomodidad y agobio asociada a las llamadas permanentes de la EPS para el monitoreo de su evolución, lo cual fue vivenciado como una suerte de acoso, en momentos en los cuales la participante se encontraba angustiada por su diagnóstico. Esta vivencia le significó sentir fatiga, tanto por la enfermedad como por la atención.

7.1.3 La consultante “desconcertada”

La consultante “desconcertada”, de 30 años, es nutricionista en la ciudad de Medellín. En julio del 2021 enfermó de Covid-19. Durante la conversación, manifestó tener una red de apoyo adecuada por parte de su esposo.

La vivencia de enfermar y ser atendida como “un paciente común”

En julio de 2021 la participante presentó síntomas característicos del Covid-19, como desaliento y anosmia, que la llevaron a consultar en su lugar de trabajo, una clínica de la ciudad de Medellín. Expresó haber percibido *inoportunidad y poca eficacia en la toma de la prueba*, sin embargo, el panorama cambió al ser diagnosticada como positiva para Covid-19 en un corto periodo de tiempo, tras lo cual debió aislarse en casa. Su experiencia de la enfermedad y la atención se caracterizó por lo que denominó un acompañamiento generalmente oportuno de las entidades de salud y aseguradoras de riesgos profesionales, quienes le brindaron un adecuado seguimiento durante el padecimiento de la enfermedad, pese a los inconvenientes que pudo tener durante la prueba.

A partir de su relato es importante mencionar la percepción de la participante de las demoras en la toma de la prueba, ya que, al vivir la experiencia de la atención, desde

su punto de vista como paciente, mencionó haber tenido sensaciones de desconcierto y estrés, lo cual fue vivenciado como un abandono de su bienestar por parte de la entidad, dada su expectativa de tener un trato diferencial por ser esta su lugar de trabajo y al ser ella identificada como personal de salud.

De acuerdo con el relato, luego de superar la enfermedad, le quedaron algunas secuelas como alteración en el olfato, lo cual no le permitía llevar su vida de manera normal. Resaltó, también tener afectaciones psicológicas a causa de las implicaciones que ha traído el Covid-19 en su rutina de trabajo. Estos asuntos también le generan un gran desconcierto.

7.1.4 El consultante “abandonado”

El consultante “abandonado”, de 28 años, es ingeniero de datos y actualmente es residente de la ciudad de Medellín.

La vivencia de enfermar y no ser atendido: del padecimiento a la frustración

El participante fue diagnosticado con Covid-19 por el hecho de que un familiar cercano resultó ser positivo, aunque en ningún momento se le realizó una prueba para confirmar su diagnóstico, pese a presentar algunos síntomas como fiebre y pérdida del gusto. *La experiencia de la atención en salud* de este participante se caracterizó por una recurrente sensación de frustración y abandono, dada la ausencia de su EPS, tanto en lo que respecta al diagnóstico como al tratamiento de la enfermedad, por lo que él señaló haber tenido una *inadecuada atención en salud*. De acuerdo con su relato, solo le brindaron atención médica a través de una llamada telefónica, luego de haber insistido en varias ocasiones demandando la prestación de los servicios.

Por otro lado, en esta trayectoria de la enfermedad y la (des) atención, resulta relevante destacar que el participante llegó a pensar que fue *utilizado* para completar e inflar las cifras de casos positivos de Covid-19, ya que fue diagnosticado sin la información de una prueba. Según él, lo único importante para su EPS fue mostrar en informes las cifras de personas positivas y no el verdadero estado de salud de los pacientes.

Por tanto, en esta trayectoria resulta relevante observar un patrón estable en la calidad de los servicios de salud, con falta de atención a la sintomatología presentada. También cabe señalar que ante signos de alerta para Covid-19 fuera él quien insistiera en la realización del test requerido. En este sentido, la enfermedad, tanto como la (des)atención, le implicaron asumir con decepción las situaciones de abandono e incertidumbre por lo que pudiera sucederle durante su padecimiento,

incluso aún al haber superado el Covid-19, pues comentó haber quedado con una baja condición física, que tampoco ha sido atendida por su EPS.

7.1.5. El consultante “desatendido y automedicado”

El consultante “desatendido y automedicado” tiene 25 años. Actualmente es ingeniero de datos en la ciudad de Medellín. Manifestó tener una red de apoyo adecuada.

La vivencia de enfermar y no ser atendido

El participante presentó síntomas característicos de Covid-19 como cansancio general y congestión nasal, que lo llevaron a tener una primera atención en el centro de salud más cercano a su vivienda. Expresó haber percibido inoportunidad en la atención, dado que fue diagnosticado con un resfriado común y, aunque solicitó la prueba para descartar un contagio por Covid-19 esta le fue negada. Posteriormente, experimentó un agravamiento de sus síntomas, sumados a pérdida del gusto y del olfato, por lo que decidió realizarse el test de manera particular. El resultado de esta prueba fue positivo, por lo que tomó la decisión de aislarse en su casa. Ante la evitación de consultar nuevamente a su EPS decidió automedicarse.

Por otro lado, en esta trayectoria de la enfermedad es importante mencionar que el participante llegó a sentir ataques de ansiedad por su condición de salud, al temer a la enfermedad y no contar con la atención pertinente; además de otros factores personales que lo afligían en ese momento, los cuales relató haber superado para el momento de la entrevista.

A partir de su relato se observa un patrón de desatención en los servicios de salud, caracterizado por la inoportunidad de la respuesta ante la sintomatología presentada por el participante, pero también por la negativa de la EPS para la realización de la prueba correspondiente; asunto que lo llevó a buscarla de manera particular. En este sentido, la enfermedad le implicó asumir personalmente su diagnóstico, los gastos para su tratamiento e, incluso, la propia medicación.

Para el momento de la conversación en el marco de este estudio, se encontraba recuperado, aunque con afectaciones emocionales por el padecimiento de su padre, quien también fue diagnosticado con Covid-19 y se encontraba en UCI, frente a lo cual señaló tener incertidumbre y preocupación. Relató que sus padres se contagiaron algunos meses después que él, y su padre tuvo complicaciones asociadas, por cuanto tuvo que ser intervenido en la UCI de un importante hospital de la ciudad. De acuerdo con su narración, ha tenido una vivencia dolorosa de la enfermedad del padre, especialmente en el momento previo a la atención, ya que no contaron con atención domiciliaria ni con una ambulancia para su transporte, y en el evento de una llamada del personal de salud para que la familia acudiera a despedirse del padre; sin embargo, este se mantuvo estable. Pese a esto, el

participante señaló que la atención en salud que le han brindado al padre ha sido diferente a la que él recibió, tanto en los procesos administrativos como en los servicios asistenciales, que han sido oportunos y ágiles (en el apoyo a la familia, la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento). Frente a este asunto, manifestó sentirse contento y satisfecho.

De este relato cabe destacar, además, la *aparente inestabilidad en la atención*, en el sentido de las diferencias experimentadas en la propia atención y la de otros. Esto permite pensar que no se aplicaron protocolos estandarizados en distintos servicios de salud de la ciudad, así como preguntarse qué aspectos influyen en que exista una brecha diferencial entre una atención y otra, en casos en los que ambas personas hacen parte del régimen contributivo en salud.

7.1.6. La consultante “agobiada”

La consultante “agobiada”, de 42 años, es operaria en una empresa de confección de vestidos de baños en la ciudad de Medellín.

La vivencia de enfermar y ser satisfactoriamente atendida

En mayo de 2021 la participante presentó síntomas relacionados con el Covid-19 como rinitis y dificultad para respirar, lo que la llevó a una primera consulta en el lugar de salud más cercano a su vivienda. Expresó haber experimentado satisfacción por la *eficacia en la atención*, en la que fue diagnosticada como positiva para Covid-19 dado el resultado de la prueba, tras lo cual debió aislarse en casa con su familia, quienes también fueron diagnosticados como positivos para la enfermedad. La participante manifestó que, al finalizar su confinamiento en casa, tuvo la *necesidad de consultar nuevamente* a su EPS al no sentir fuerzas para reintegrarse a sus labores, por lo que fue incapacitada unos días más.

Su experiencia de la enfermedad y la atención se caracterizó por lo que denominó un *acompañamiento oportuno* de su EPS, que le brindó un adecuado seguimiento durante el padecimiento de la enfermedad. Pese a esta situación, vivenció un padecimiento mayor, dado que, durante este tiempo de aislamiento, llegó a sentir incertidumbre por su salud y la de su familia, especialmente la de su hermano, quien no tuvo un acompañamiento oportuno y pertinente de su EPS y debió consultar de manera particular tras el agravamiento de sus síntomas y la aparición de signos de diabetes (que antes no habían sido diagnosticados); así como por la salud de su madre, quien padecía cáncer y tenía una mayor posibilidad de complicaciones.

Durante el relato de su experiencia llama la atención no observar un patrón estable en la calidad de los servicios de salud brindados a ella y su familia, oscilando entre oportunidad para ella y falta de atención a la sintomatología de su hermano. Esta

experiencia le significó al participante sentir agobio por el estado de salud de su familia, pese a que la atención para su padecimiento fuera adecuada.

De acuerdo con el relato, luego de superar la enfermedad le quedaron algunas secuelas como debilitamiento y asfixia.

7.2 Las experiencias posibles de la atención en salud por Covid-19

En cuanto a las características de la enfermedad, los participantes coincidieron en la sintomatología presentada (fiebre, cansancio, congestión nasal, pérdida de olfato o gusto); además, se evidenció que, aunque ninguno de ellos tuvo un agravamiento de los síntomas, todos refirieron afectaciones emocionales a raíz del temor generado por el padecimiento del Covid-19. La *participante Paciente* señaló:

“yo ya me veía entubada y era esa zozobra y por el mismo desconocimiento de uno, porque, como tantas personas dicen tanta cosa, tu prendes el noticiero y Covid, Covid, Covid. Incluso hasta dejé de ver las noticias allá en el hospital porque era cada noticia que salía de tantos contagios al día. Yo pensaba que yo no me iba a librar, yo estaba sino esperando el resultado del examen y que tomaran la decisión de que me tenían que entubar, sin ni siquiera sentirme así tan alcanzada entre la respiración, o como que me faltara el aire o no pudiera respirar; pero como les digo, como por el mismo desconocimiento de uno, yo pensaba que me decían, - sí, positivo (para Covid) y me entubaban, entonces, sí fue muchísima incertidumbre”

Lo anterior permite analizar que el Covid-19 es una enfermedad temida por los participantes, debido a varios factores que están relacionados con los efectos físicos de la enfermedad y con la desinformación acerca de ella. De este modo, es posible señalar que la sintomatología no solo se ve reflejada en el cuerpo vivido, sino que también se expresa en preocupación, angustia e incertidumbre. Este hallazgo es relevante y pone en evidencia la importancia de contar con canales de información de calidad, especialmente en los servicios de salud a los que las personas acuden.

En el proceso que comprende la búsqueda de atención en salud por parte de los participantes de este estudio, el contacto inicial con los servicios y el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Covid-19), emergen similitudes y diferencias en las distintas experiencias narradas, evidenciándose así, en primera instancia, que el apoyo familiar es significativamente valorado por las personas, como el primer recurso de soporte tanto instrumental (acompañamiento en las consultas médicas, cuidados durante la enfermedad, cuidado de los hijos, consecución de información, asistencia en la alimentación y la medicación) como emocional, puesto que la enfermedad, como se ha señalado, no sólo implicó afectaciones físicas, sino también emocionales. Una participante señaló al respecto:

*“ellos (la familia) estuvieron sumamente pendientes de todo el proceso, ellos eran los que se encargaban de que yo me alimentara bien, de que me tomara los medicamentos, de cómo me sentía emocionalmente, si estaba bien, si estaba estresada, si me sentía triste, pues ellos no podían tener contacto físico conmigo, pero trataban en lo posible de darme como su apoyo, darme su moral”
(Extenuada).*

Es importante señalar este hallazgo porque, desde la experiencia de los participantes, es claro que la atención en salud no solo pasa por la asistencia institucional en los servicios sanitarios, sino que ocurre, inicialmente y durante todo el proceso salud-enfermedad-rehabilitación, en las relaciones cotidianas de estas personas. Así, es posible señalar que la atención es tanto individual como colectiva, tanto a partir de costumbres, creencias e interacciones sociales, como institucional. Sobre esto, un participante agregó:

“Sí, me quedé en la casa, pues me di cuenta que ya lo tenía. Era positivo para Covid, así que opté por tomar como las medidas preventivas: aislamiento, mantener como distanciado de las personas que viven en la casa, no salir, y ya empecé a tomar esas medidas y medicamentos. Pues además de los que me ha mandado el médico y bebidas también que me hacía mi mamá, que moringa y todo lo que recomiendan por ahí” (Desatendido y Automedicado).

Cabe plantear que este es un asunto que merece una consideración relevante, ya que es una realidad que la atención en salud comienza en la cotidianidad de la vida, pero esto, sumado a las barreras institucionales en la atención por parte de los servicios de salud, puede dar lugar a prácticas de automedicación y a demandas de formulación medicamentos por personas no necesariamente cualificadas, lo que puede llegar a representar problemas de salud pública.

Así mismo, vale mencionar que todos los participantes acudieron al centro de salud más cercano a su vivienda ante la aparición de síntomas relacionados con el Covid-19. No obstante, en la mayoría de los casos, tener acceso geográfico a los servicios no garantiza un adecuado acceso en términos de equidad, oportunidad y calidad; en consecuencia, se observan diferencias en las atenciones en salud recibidas por los participantes, oscilando entre oportunidad-inoportunidad de la atención, trato amable y cuidadoso-falta de atención a la sintomatología, lo que permite pensar que el trato del personal de salud juega un papel importante en satisfacción de los usuarios frente la atención recibida. A propósito, y frente a la atención recibida algunos participantes narraron:

“Prácticamente no tuve asistencia, digamos pues que en mi casa, bueno, con los familiares que vivía. En ese momento solo habíamos dos personas con esa entidad de salud, el resto estaba con Sura, entonces, como una de ellas si dio positivo en la prueba, la Nueva EPS decidió no hacernos la prueba a mi mamá y a

mí, entonces nos colocaron pues en la cuarentena y ya no tuvimos ninguna asistencia” (Abandonado).

“Me sentí acompañada por las instituciones de salud tanto por la ARL como por la EPS, durante y después del proceso” (Desconcertada).

“Todo el acompañamiento que me hicieron, el estar pendientes: -qué sientes, cómo estás, qué necesitas, te hace falta algo-. Los médicos también, pues las citas que teníamos telefónicamente muy pendientes, o sea, si me pasaba algo más o si seguía con los mismos síntomas, ya todo fue excelente, no tengo nada de qué quejarme, lo único que es lo que te decía, que a veces eran muy intensos (los médicos) de que me llamaban muy frecuentemente a preguntarme lo mismo, pero pues igual son protocolos que ellos deben seguir, por la situación que estamos presentando ahora de manera mundial. Pero sí, no tengo quejas, antes tengo que resaltar la excelente atención que tuve por parte de ellos” (Extenuada).

Lo anterior permite cuestionar qué aspectos influyen en que exista una brecha diferencial entre una atención y otra, en estos casos en los que todos los participantes hacen parte del régimen contributivo en salud y todos estaban sintomáticos al momento de consultar; además, visibiliza que en algunos casos no se cuenta con un acceso real y efectivo a los servicios sanitarios, evidenciándose esto en la insatisfacción de algunos frente a la atención recibida al consultar por el Covid-19.

Por otro lado, en cuanto a los diagnósticos clínicos presentados se observa que en el caso de uno de los participantes su diagnóstico no estuvo soportado por ningún tipo de test para descartar o corroborar la enfermedad, incluso teniendo en cuenta que, para entonces, no se contaba con ningún tipo de restricción (desde el Ministerio de Salud) para la realización de las pruebas Covid. Frente a lo anterior un participante agregó:

“No tuvimos ninguna asistencia. A mí realmente me mandaron como un mensaje de texto celular a las tres semanas: -cómo vas, cómo se sintió- y ya. Nosotros sí hicimos llamadas pues como para que nos hicieran la prueba, pero ellos decían que como ya uno en el hogar había dado positivo, que ya no iban a mandar nada, que nos catalogan como un positivo” (Abandonado).

Este es un hallazgo relevante, en la medida en que permite cuestionar la veracidad de las cifras de contagio que se comunicaban constantemente por las entidades de salud dado que, según lo anterior, algunas personas fueron diagnosticadas con Covid-19 sin la realización del test requerido para la confirmación del diagnóstico, incluso en momentos donde la pandemia se encontraba en una de las etapas de propagación más fuertes.

Así mismo, llama la atención que ante signos de alerta para Covid-19, incluso de personas ya ingresadas en los servicios de salud, fueran ellas quienes solicitaron la realización de la prueba para descartar la enfermedad y, aún más, que algunos se hayan visto en la necesidad de adquirir servicios de salud privados ante la negativa del personal asistencial de brindarles una debida atención. Todo esto les implicó un padecimiento mayor de la enfermedad al encontrarse no solo con el temor de las consecuencias que pudiera traerles el Covid-19, sino también sentimientos de frustración y agobio por la negativa de las EPS para realizarles el test, ya que aunque el diagnóstico de la enfermedad no estaba supeditado a la toma de la prueba, para los participantes del estudio su realización era significativa, pues posibilitaba la confirmación de su diagnóstico. Un participante expresó:

“Fui y entré a la cita y le dije al doctor que me estaba atendiendo en ese entonces, que sentía mucho desaliento, tenía como congestión nasal, me cansaba muy muy rápido, subiendo unas escaleras, caminando media cuadra y él -ah no, tienes un resfriado normal, es un virus-. Y yo -venga, pero quiero hacer la prueba de Covid para saber si lo tengo o no y ya empezar a tomar medidas al respecto-. Él me dijo -no, los síntomas de Covid son o que se te va el olfato o que se te va el gusto, vos tenés una gripe normal- ... fui el domingo a hacerme la prueba de forma particular y salió positiva” (Desatendido y automedicado).

Por lo anterior, se destaca que, ante la percepción de una inadecuada atención en salud, algunos participantes se vieron en la necesidad de adquirir los servicios de manera privada; lo cual les generó un mayor gasto de bolsillo; esto es importante porque podría representar para muchas personas la no utilización del servicio debido a barreras económicas, al no tener capacidad para poder financiarlos. Esta es una barrera a destacar en el acceso a los servicios y una posible causa de inequidad en salud, generando un efecto negativo sobre la eficiencia del sistema de salud al aumentarse los costos asociados a la atención.

Por otro lado, se evidencia una barrera relacionada al desconocimiento de los derechos y los servicios en salud a los cuales los participantes podían acceder, lo cual permitió a los prestadores de salud crear barreras de acceso para la atención de Covid-19 como restricciones y negación de los médicos para ordenar el test requerido, este desinterés de los participantes por conocer sobre el sistema de salud y sus planes de beneficios en salud abre las puertas a la utilización de servicios privados ante la negativa de la atención por parte de los prestadores.

Las limitaciones en el acceso a la atención referidas por los participantes en su experiencia de ser pacientes Covid-19, crearon una escena en la cual se vieron enfrentados a un empeoramiento de los síntomas, asociados a las *postergaciones de la atención* generadas por las barreras administrativas existentes.

Finalmente, frente a la recuperación de los participantes hubo similitudes en cuanto a las secuelas que dejó el Covid-19 en su estado de salud, dado que todos

mencionaron quedar con efectos en su cuerpo, tales como un bajo rendimiento físico, la falta de olfato o gusto, la pérdida de cabello y peso, entre otras, de los cuales se han ido recuperando; inclusive algunos con asistencia médica brindada a través de programas pos-Covid creados por la EPS, una participante comentó al respecto:

*“En el mes de julio me llamaron de Sura a decirme que yo había entrado a un programa pos-Covid que ellos estaban manejando, y que me van a programar cuatro citas, una con psicólogo, otra con trabajo social, internista y nutricionista”
(Paciente).*

Según lo narrado por los participantes, la recuperación del Covid-19 va más allá del aislamiento y las prescripciones descritas por el personal asistencial, ya que este es solo el inicio de todo el proceso de atención que deben tener para alcanzar nuevamente su estado de salud. Por tanto, y aunque no todos mencionaron contar con este apoyo pos-Covid, es importante resaltar que este acompañamiento de profesionales es sumamente valorado por la participante que lo había tenido para el momento de las entrevistas; sin embargo, cabe señalar que quienes no contaron con este seguimiento, no mencionan haber buscado acompañamiento asistencial para la rehabilitación tras la enfermedad.

8. Discusión

El estudio, cuyo objetivo fue comprender las experiencias vividas por pacientes con Covid-19 con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín, pone en evidencia que, siguiendo los relatos, la atención sanitaria no es un asunto solamente institucionalizado, pues las primeras respuestas en salud parten desde el apoyo y los cuidados dados en el hogar y por personas cercanas, lo cual resulta de relevancia durante todo el proceso de la enfermedad. Sin embargo, este apoyo no es estandarizado, está determinado por aspectos culturales, geográficos y económicos propios de cada núcleo familiar (73). De este modo, se refleja cómo el apoyo familiar suele ser esencial para la rehabilitación del Covid-19 y de sus secuelas, tanto a nivel físico como emocional. Con respecto a las experiencias narradas, es notorio que la coyuntura actual por la pandemia pone de relieve este apoyo; especialmente en aquellos casos en los que no hubo atención adicional por parte de las instituciones de salud o para quienes, teniendo seguimiento de la EPS, se sentían desatendidos, o fueron atendidos por la institución, pero en la casa (atención domiciliaria).

Por otro lado, un factor clave que llamó la atención en la investigación es el acceso geográfico, ya que para todos los participantes hubo facilidad para llegar a una entidad de salud cercana a la vivienda. No obstante, y pese a la ampliación de cobertura en salud propuesta con la Ley 100 de 1993 (48), se observa que el acceso geográfico y la cobertura en aseguramiento (todos los participantes eran cotizantes) no necesariamente garantizan un adecuado acceso a los servicios de salud, dado que aparecen otras barreras que obstaculizan la atención, tal como ha sido señalado en otras investigaciones (2,19).

Cabe recordar que las barreras de acceso a los servicios de salud hacen referencia a los obstáculos que impiden a las personas iniciar una atención en una institución, y aparecen en dos momentos específicos: primero, entre la necesidad y el deseo (necesidad de la atención, predisposición, recursos económicos, aspectos culturales, etc) y en segundo lugar, al iniciar la atención (durante la búsqueda, inicio y continuidad del servicio de salud (6).

Para el caso, como se mencionó anteriormente, los servicios de salud recibidos por los participantes durante la atención del Covid-19 no fueron homogéneos, ya que se aprecian diferencias en la aparición de las barreras vivenciadas por cada uno de ellos. De acuerdo con las narraciones, hubo mayores obstáculos en unas atenciones que en otras; para algunos emergieron barreras de la oferta, propias del sistema de salud y de los actores que hacen parte de este sistema, tales como barreras administrativas y económicas; y, a su vez, en algunas experiencias, aparecieron otras barreras de demanda, atribuidas a los usuarios, como el desconocimiento sobre el sistema de salud y los recursos propios de cada hogar. Cabe mencionar que todas estas limitantes ya han sido plasmadas en varias

investigaciones, realizadas en Colombia, sobre el acceso a los servicios de salud (2,6,18,19).

En este sentido, llama la atención cómo el sistema de salud colombiano no pudo dar una respuesta eficiente a las diferentes necesidades de la población ante la crisis generada por el Covid-19, evidenciándose esto en las experiencias de los participantes del estudio, pues en sus narrativas se halló que, aún declarada una emergencia sanitaria frente a una pandemia, no se hace efectivo el derecho a la salud. Así, algunos participantes se vieron desatendidos, obligados a buscar servicios particulares, o a demandar en múltiples ocasiones la asistencia médica, ante el surgimiento de barreras que dificultaron el proceso de atención en salud. Lo anterior muestra algunas discrepancias con lo establecido en Ley Estatutaria de Salud (74), en tanto que para algunos participantes fueron vulnerados principios claves como la accesibilidad, la oportunidad, la disponibilidad y la equidad en los servicios, expresado esto en el acceso complejo e inadecuado referido por los participantes, quienes, en sus atenciones, encontraron limitantes administrativos relacionados con el acceso a los servicios y diferencias el trato brindado por el personal de salud. Esto marca, a su vez, una correspondencia con investigaciones que han mostrado la sistemática dificultad de los colombianos para el acceso a los servicios de salud en el país (18). Dado que estas inconformidades de los usuarios se han visto reflejadas en ambos regímenes de salud, lo que ha permitido demostrar que, aunque el sistema presenta mayores desigualdades en las atenciones para los usuarios del régimen subsidiado, las personas pertenecientes al régimen contributivo también han manifestado dificultades para acceder a los servicios sanitarios. Así mismo, entre las barreras que más se presentan en ambos regímenes están las de tipo administrativo, cultural, financiero, de oferta, y la falta de conocimiento sobre el sistema (2,19,30,75).

Como se ha señalado, entre estas barreras que limitaron el acceso, los participantes expresaron, con mayor intensidad, aspectos relacionados con la falta de pertinencia y la inoportunidad durante las atenciones, ante la negativa del personal de salud para la implementación de tecnologías que ayudaran a diagnosticar o tratar el Covid-19. A propósito, algunos autores han señalado que en el marco de la atención a la pandemia en Latinoamérica, muchas personas murieron o su situación de salud se complicó por dificultades para acceder oportunamente a los servicios de salud, dado el desbordamiento de sistemas sanitarios frágiles (5).

Otro factor relevante fue el desinterés de los participantes por exigir una adecuada atención, ante la negativa de las aseguradoras para prestar los servicios de salud. Este hallazgo se une a lo expresado por Torres y Marie, quienes señalan que la falta de un sistema de salud universal contribuye a un mayor gasto de bolsillo en las familias (76); sin embargo, también es importante destacar que el desinterés de los usuarios no solo debe ser atribuido a las dificultades para el acceso a los servicios, sino también a la falta de conocimiento e información sobre sus derechos en el sistema de salud, lo cual podría estar asociado a la falta de difusión de las

aseguradas sobre sus redes y planes de servicios, deberes y responsabilidades para con los usuarios, competencias, mecanismos de participación.

Por otro lado, vale señalar que, como se logró evidenciar en este estudio, el Covid-19 es una enfermedad temida, ya que su sintomatología no solo se vio reflejada en el cuerpo sino también en las emociones de las personas; sobre esto autores como Vanetza (77) señalan cómo esta afección genera miedo en la población ante sus consecuencias: el temor del propio contagio y el de las personas más cercanas, a las pérdidas y la imposibilidad del ritual tradicional ante la muerte; los cambios ocasionados en su cotidianidad y la poca disponibilidad de recursos para combatir la pandemia. En este estudio emerge, a su vez, otra preocupación asociada a la desinformación sobre la enfermedad, que se expresó en angustia y temor aun cuando el estado de salud de los participantes no se hubiera agravado.

Al respecto, fueron narradas diversas secuelas psicológicas causadas por el Covid-19, vistas como características propias de la enfermedad, las cuales han sido foco de atención en la literatura. Para autores como Ceberio (77), la afección está asociada a miedo, ansiedad y angustia; potenciadas por la incertidumbre, la cuarentena, la exposición a mucha información, las actividades cotidianas en la casa, entre otras. También destacan las estrategias que algunas redes prestadoras de servicios de salud en el mundo han generado para contrarrestar los diferentes efectos en salud mental tanto para quienes han padecido la enfermedad, como para quienes no. Sin embargo, en la experiencia de los participantes de este estudio no hubo lugar para la atención en esta materia.

9. Conclusiones del estudio

El acceso a los servicios de salud en Colombia presenta diversas barreras que impiden un acercamiento integral y oportuno a los servicios sanitarios, a pesar de que existan diferentes normas como la Ley Estatutaria de 2015 que busquen mejorar el acceso de la población a los servicios de salud. De acuerdo con las experiencias narradas por los participantes sobre la atención recibida durante su padecimiento con el Covid-19, se observa que el derecho a la salud no es universal en la práctica asistencial, pues fue vulnerando para algunos de los participantes a lo largo del proceso de atención, dado que se encontraron con barreras institucionales y administrativas las cuales generaron un mayor gasto de bolsillo y un mayor desgaste físico y emocional. Estos abusos por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud están a su vez asociados al desconocimiento de la población sobre el sistema de salud.

Entre los obstáculos destacados con mayor intensidad en las narraciones de los participantes están los de tipo cultural, financiero y de oferta, los cuales generaron como consecuencia un desinterés por parte de los usuarios para acceder a los servicios de salud.

Asimismo, se resalta que los participantes entrevistados pertenecían al régimen contributivo en salud lo cual demostró ciertas discrepancias en relación con otros estudios que señalaban estas limitaciones con mayor fuerza para el régimen subsidiado.

Por otro lado, dado el desbordamiento del sistema sanitario generado por la aparición del Covid-19, la atención en salud en el hogar cobró mayor fuerza no solo para las personas con tratamiento domiciliario sino también para aquellos que no tuvieron oportunidad de una atención por parte de las entidades prestadoras, dadas las limitaciones ya expresadas. Esto implica una atención diferencial para cada persona ya su cuidado está determinado por aspectos culturales, geográficos y económicos propios de cada núcleo familiar.

También se logró evidenciar cómo el trato humano juega un papel importante en la percepción de la atención de los pacientes con Covid-19, ya que algunos expresaron haber tenido una adecuada atención, y otros, por su parte, refirieron incluso sentirse abandonados por su aseguradora, ante respuestas dadas por el personal de salud.

10. Limitaciones del estudio

Una limitación por destacar en el estudio fueron los diferentes obstáculos a la hora de la realización de los trámites necesarios para obtener el aval de la propuesta de investigación, como los tiempos en las respuestas de la FNSP y los diferentes protocolos para la asignación de los asesores, ya que debido a la pandemia el contacto y la disponibilidad para los encuentros fueron complejos.

Otra limitante importante fue la renuncia de la asesora otorgada inicialmente para el proyecto y, a su vez, la renuncia de una de las investigadoras, lo cual generó retrasos y ajustes a la propuesta inicial, dado que se hizo necesario comenzar de nuevo con la solicitud de una nueva asesora para continuar con el estudio.

También se presentó un cambio en la población del estudio, dado que, a causa de la emergencia sanitaria, no fue posible realizarlo en la IPS Universitaria como se tenía planeado en la propuesta inicial, por lo tanto, se tuvo que hacer ajustes a la investigación habilitando las entrevistas a través de un muestreo por bola de nieve, a partir de conocidos que hubiesen padecido de Covid-19. Esto implicó una limitación en la investigación, ya que la población participante fue reducida a causa de la poca facilidad de acceso a pacientes que hubiesen experimentado un estado crítico de salud o que hubiesen requerido ser hospitalizados, lo cual no permitió profundizar en este tipo de atención. Por otro lado, al no tener la posibilidad de realizar las entrevistas de manera presencial, solo pudimos realizar el análisis a través de las narrativas de los participantes sin la posibilidad de observar su realidad y tener una conversación más fluida.

Lo expresado anteriormente limitó el trabajo investigativo, ya que los constantes ajustes y trámites administrativos generaron un retraso en el cronograma y, a su vez, insatisfacciones en la realización del proyecto, dado que se hizo necesario más de un año para finalizar la investigación.

11. Recomendaciones del estudio

Con base en los hallazgos de este estudio, surgen algunas recomendaciones que son planteadas a continuación:

Se debe tener presente que el acceso a los servicios de salud es una obligación de la autoridad sanitaria; consecuentemente, es importante para los administradores en salud el reconocer, desde el punto de vista del personal de salud y de la población, los aspectos donde se debe realizar un mayor esfuerzo para erradicar los obstáculos que puedan estar imposibilitando un adecuado acceso a los servicios.

Así mismo, las entidades prestadoras de servicios de salud deben reconocer como aspecto clave en la atención el trato que se les brinda a los pacientes, ya que este es un factor que influye en la percepción del servicio. Por otro lado, es importante profundizar en la formación de la población en aspectos referentes a los servicios de salud, para que puedan tener un punto de vista crítico al momento de evaluar los servicios recibidos.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la salud. Estrategias para el acceso universal a la salud y la cobertura de salud [Internet]. Washington, D.C.,; 2014 Oct [cited 2020 Oct 9]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf>
2. 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. Rev Gerenc y Polit Salud. 2014;13(27):236–59.
3. Velez M, Patiño Lugo DF, Cataño D, Franco Perez JS. Planeación organizacional de servicios de salud para la atención de pacientes con COVID-19. Univ Antioquia Fac Med. 2020;(April):1–20.
4. Infectología A colombiana de. Consenso colombiano de atención, diagnóstico y manejo de la infección por SARS-COV-2/COVID-19 en establecimientos de atención de la salud. Rev la asociación Colomb infectología [Internet]. 2020;24. Disponible en: <https://www.bing.com/search?q=Consenso+colombiano+de+atención%2C+diagnóstico+y+manejo+de+la+infección+por+SARS-COV-2%2FCOVID-19+en+establecimientos+de+atención+de+la+salud&cvid=1fc81b0d9e1345b889feb2c3c32870f2&aqs=edge..69i57.429j0j4&FORM=ANAB01&PC=U531>
5. República. Pandemia desborda a Latinoamérica y colapsa sus sistemas de salud [Internet]. 2020. Disponible en: <https://republica.gt/2020/07/14/pandemia-desborda-a-latinoamerica-y-colapsa-salud/>
6. Grupo de Economía de la Salud GES. Acceso a servicios de salud: Panorama colombiano, medición y perspectiva de actores en Medellín. Obs la Segur Soc [Internet]. 2014;28. Disponible en: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/3430/1/Observatorio-seguridad-social-28.pdf>
7. Salud MDE, Resoluci S, De DEM, Salud ELMDE, Ley D, Social E, et al. Resolución 385 de 2020 [Internet]. Vol. 2020. 2020. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=119957>
8. Gallo C. ¿Qué ha mostrado la pandemia de los sistemas de salud en América Latina? France 24 [Internet]. 2021;2. Disponible en: <https://www.france24.com/es/américa-latina/20210329-salud-america-latina-pandemia-crisis-coronavirus>

9. Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
10. LSM. ¿Cómo se convirtió América Latina en la región más afectada por el Covid-19? [Internet]. El universal. 2020. Disponible en: <https://www.eluniversal.com.mx/mundo/america-latina-la-region-mas-afectada-por-el-covid-19>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). Con el fracaso de la región en el control del coronavirus, muchos hospitales alcanzaron o están cerca del límite de su capacidad, dice la Directora de la OPS. 2021; Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/19-1-2021-con-fracaso-region-control-coronavirus-muchos-hospitales-alcanzaron-estan-cerca>
12. Wolf J a, Niederhauser V, Marshburn D, Lavela SL. Defining patient experience. Patient Exp J [Internet]. 2014;1(1):7–19. Disponible en: <https://pxjournal.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1004&context=journal>
13. de Almeida Filho N. For a general theory of health: preliminary epistemological and anthropological notes. Vol. 17, Cadernos de saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. 2001. 753–799 p.
14. Negri IM, Córdoba UN de, Universitaria S de extensión. Manual de epidemiología comunitaria. El camino de las comunidades. 2011;
15. Hilarión-Gaitán L, Díaz-Jiménez D, Cotes-Cantillo K, Castañeda-Orjuela C. Desigualdades en salud según régimen de afiliación y eventos notificados al Sistema de Vigilancia (Sivigila) en Colombia, 2015. Biomedica. 2019;39(4):737–47.
16. Radio R. IPS Universitaria de Medellín recibió insumos médicos donados por Emiratos Árabes [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/colombia/antioquia/ips-universitaria-de-medellin-recibio-insumos-medicos-donados-por-emiratos>
17. Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Publica Mex [Internet]. 1985;27(5):438–53. Disponible en: <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
18. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. Bellaterra [Internet]. 2009;278. Disponible en:

http://www.consorci.org/media/upload/arxiu/estudis/l_Vargas_2009_Barrera_s_de_acceso_a_la_atencion_en_salud_un_estudio_de_caso_en_Colombia.pdf

19. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Access to Heal Serv six Colomb cities limitations consequences*. 2009;27(2):121–30.
20. Yélamos C, Sanz A, Marín R, Martínez-Ríos C. Experiencia del paciente: Una nueva forma de entender la atención al paciente oncológico. *Psicooncología [Internet]*. 2018;15(1):153–64. Disponible en: <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/59184>
21. Manen V. capítulo diez: Condiciones de posibilidad para hacer el análisis fenomenológico. In: *Fenomenología de la práctica*. 2016. p. 476.
22. Onocko Campos RT, Furtado JP. Narratives: Use in qualitative health-related research. *Rev Saude Publica*. 2008;42(6):1090–6.
23. Ochoa LEV. VAproximacionSaludPublica. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 1993;12–2:15.
24. Andrea P, Mendoza A, Jaramillo JM, Tomás US. Comprensión del significado desde Comprehension of the meaning from El significado como problema de. *Rev Divers - Perspect En Psicol*. 2010;6:37–49.
25. Ballesteros de VBP. El Concepto de Significado desde el análisis del comportamiento. *Rev Psicol Univ Javeriana [Internet]*. 2005;4(2):231–44. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v4n2/v4n2a10.pdf>
26. De Ramirez-Sánchez TJ, Nájera-Aguilar P, Nigenda-López G. Percepcion de la calidad de la atencion de los servicios de salud en mexico: Perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1998;40(1):3–12.
27. Cano SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2015;34(1).
28. López-Portilla JE, Pilataxi-Sánchez S, Rodríguez-Escobar LD, Velásquez-Rivera AC, López-Blandón MA, Martínez-Delgado CM, et al. Determinantes de la satisfacción de la atención odontológica en un grupo de pacientes atendidos en la Clínica del Adulto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2013;12(24):209–25.
29. Redondo Martin S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gomez A MFJ. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de

identificar mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria [Internet]. 2005;7(36):258–363. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-percepciones-expectativas-sobre-atencion-primaria-13080291>

30. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Otros. Percepción sobre el Derecho a la Salud y Acceso a Servicios en Usuarios del Régimen Subsidiado en un Municipio Colombiano, 2005 Subsidised Regimen users' perceptions concerning their right to health and access to health services in a Colombian town, 2005. Enviado para Modif [Internet]. 2008;10(3):386–94. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v10n3/v10n3a03.pdf>
31. Instituto Nacional de Salud M de S. Orientaciones para la vigilancia en salud pública de la covid- 19. Inst Nac Salud [Internet]. 2020;2:1–39. Disponible en: http://www.ins.gov.co/Noticias/Coronavirus/Estrategia_VSP_COVID-19_23072020.pdf
32. Sociedad. La pandemia de COVID suma 450 millones de casos a los 2 años de ser declarada [Internet]. La Vanguardia. 2022. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20220311/8118295/pandemia-covid-suma-450-millones-casos-2-anos-declarada.html>
33. Organización Mundial de la Salud. Preguntas y respuestas sobre la enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses?gclid=EAlaIqobChMIhfqYslOm7AIVDU2GCh0WEQfMEAAAYASAAEgKe4PD_BwE
34. Wallace A. Coronavirus: qué capacidad tienen realmente los países de América Latina para hacer frente a la epidemia de covid-19 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-51916767>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos para el manejo clínico de pacientes con infección por nuevo coronavirus COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 26]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Procesos_y_procedimientos/PSSS03.pdf
36. Fernando Ruiz Gómez. Minsalud anuncia cambios en lineamientos de aislamiento y toma de pruebas [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social. 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-anuncia-cambios-en-lineamientos-de-aislamiento-y-toma-de-pruebas-.aspx>
37. Barifouse R. Vacuna contra la covid-19: cómo la pandemia del coronavirus puede llevar a una revolución en la inmunización - BBC News Mundo

- [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 26]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54288662>
38. BBC News Mundo. Vacuna contra el covid-19: Reino Unido se convierte en el primer país del mundo en aprobar la vacuna de Pfizer/BioNTech [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-55159654>
 39. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19. Dep Nac Planeación Minist Hacienda y Crédito Público Inst Evaluación Tecnológica en Salud. 2020;5.
 40. IPS Universitaria. IPS Universitaria [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 26]. Disponible en: <https://ipsuniversitaria.com.co/>
 41. Corona F, Bogota C de C, El tiempo. Medellin como vamos [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/medellin>
 42. Medellín Cómo Vamos. Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín, 2020. Medellín Cómo Vamos [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/system/files/2021-03/docuprivados/Presentación Encuesta de Percepción Ciudadana de Medellín 2020.pdf>
 43. Antioquia P, Eafit U, Corona F, Comfama, Comfenalco, Comercio C de M para A, et al. Medellín como vamos-Salud [Internet]. p. 2021. Disponible en: <https://www.medellincomovamos.org/sectores/salud>
 44. Instituto C-, Bosa PVI, Centro CPOSA. Instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas. 2021;2017:24–7.
 45. Organización Mundial de la Salud (OMS). El lugar de la salud en la agenda para el desarrollo después de 2015, Documento de debate de la OMS. 2012;3.
 46. Estado J De. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spani%0Ash.pdf
 47. Congreso de la Republica de Colombia. Constitución política de Colombia 1991. 1991;180.
 48. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. 1993 [cited 2020 Oct 26]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html
 49. Jaimes CA, Espinoza DAE. Ley 1438 de 2011. 2011;(4). Disponible en:

<http://revistas.utadeo.edu.co/index.php/EXP/article/view/773>

50. Colombia Ministerio de Protección Social. Decreto 1011 de 2006: por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. D Of. 2006;CXLI(46230):35–40.
51. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1122 de 2007. El Abedul, D Of [Internet]. 2007;2007(Enero 9):1–18. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley 1122 de 2007.pdf>
52. Congreso de la Republica de Colombia. Proyecto de Ley Ordinaria 210 de 2013. 2013;(210):1–82.
53. Planeacion DN de. Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 [Internet]. 1993. p. 19. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/DNPN/Paginas/Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>
54. Congreso de la República. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2015;13. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf
55. Alcaldía de Medellín. Plan de Desarrollo Medellín Futuro. Arch Cent Alcaldía Medellín [Internet]. 2020;Gaceta ofi(Acuerdo 2 de 2020):540. Disponible en: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/PlanDesarrollo/Publicaciones/SharedContent/Documentos/2020/DocumentoFinal_PlanDesarrolloMedellin2020-2023_MedellinFuturo.pdf
56. Ministerio de salud y protección social. Decreto 536 de 2020 [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 536 de 2020.pdf
57. Min Salud. Decreto 531 del 2020. 2020;1–13. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 531 DEL 8 DE ABRIL DE 2020.pdf>
58. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 457 de marzo de 2020. Pres la República Colomb. 2020;1–11.
59. Ministerio de Salud y Protección Social. Decret 499 de 2020. 2020;1–8. Disponible en: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO 499 DEL 31 DE MARZO 2020.pdf>
60. Colombia. Ministerio de la protección social. Decreto 538 de 2020. 2020;1–

- 24.
61. Presidente de la República de Colombia. Decreto 1076 de 2020. 2020.
 62. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1109 Del 10 De Agosto De 2020. Minsalud [Internet]. 2020;1–12. Disponible en: https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO_1109_DEL_10_DE_AGOSTO_DE_2020.pdf
 63. Medellín A de M. Decreto 0715 del 2020. [Internet]. Disponible en <https://vlex.com.co/vid/decreto-n-0715-gaceta-879103355>
 64. Ramírez-Hernández SG, Baptista P, Fernández C. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interam [Internet]. 2004;533. Disponible en: <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38911499/Sampieri.pdf?1443413542=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DSampieri.pdf&Expires=1592708228&Signature=ZdclgLZTpYIH4G1stS5H3kKoa3WxNM0XOMLNI2xJRxb5Wh9miJ aH6NTCoRZpfx93hXCqVGqSGdKR1ROE5EEzbTU8XI>
 65. GABÁS R, Riu AM. La Fenomenología. Hist la Filos III. 2019;31–226.
 66. ARR. Fenomenología [Internet]. Universidad de Colima. 2020. p. 1. Disponible en: <https://recursos.ucol.mx/tesis/fenomenologia.php#:~:text=A diferencia del diseño narrativo,15>
 67. Schütz A. No La construcción significativa del mundo social introducción a la sociología comprensiva. Barcelona: Paidós; 1993.
 68. Mieles M, Tonon G, Alvarado S. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social María Dilia Mieles Barrera. Vol. 74, Universitas humanística. 2012. 195–225 p.
 69. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. Pensando Psicol. 2019;15(25):1–24.
 70. Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas para la recogida de datos en investigación cualitativa: La entrevista (II). Nure Investig [Internet]. 2008;(34):1–6. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Técnicas+cualitativas+para+la+recogida+de+datos+en+investigación+cualitativa:+La+entrevista.#0>
 71. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Resolucion 8430 de 1993. Biomedica. 2012;32(4):471–3.

72. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1581 de 2012 Colombia. 2012;1–8.
73. Casado DLP. La atencion a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). 2016.
74. Congreso de la República de Colombia. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2015;13. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley 1751 de 2015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf)
75. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción la Salud*. 2020;25(2):29–38.
76. Array. Análisis de determinantes del gasto de bolsillo en salud en México: 1992-2000. *Gac Econ* [Internet]. 2003;9(17):41–76. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/es/revista/gaceta-de-economia/articulo/analisis-de-determinantes-del-gasto-de-bolsillo-en-salud-en-mexico-1992-2000>
77. Vanetza E. Quezada-Scholz. Miedo y psicopatología: la amenaza que oculta el Covid-19. 2020;9.

Anexos

Anexo 1. Guión entrevista a pacientes atendidos por Covid-19 en la ciudad de Medellín

Nombre del proyecto: Experiencias de acceso a los servicios de salud en pacientes con Covid-19 en la ciudad de Medellín

Preámbulo

Saludo Inicial. Mi nombre es Paula Andrea Madrid estudiante del pregrado de Administración en Salud con énfasis en Gestión Servicios de Salud de la Universidad de Antioquia, como trabajo de grado estoy interesada en comprender los sentimientos y las experiencias vividas de los pacientes que fueron atendidos por COVID-19 en la ciudad de Medellín. Su participación es muy importante para mí.

- a.** Si usted autoriza me agradecería grabar la entrevista, ya que todo lo que usted menciona es muy importante y no quisiera que en el intento de tomar notas, no pudiera escuchar y escribir todo lo valioso que usted dice.
- b.** La información que se tratará en esta entrevista es con fines académicos por lo tanto es confidencial, quedará registrada con un código para poder almacenarla y diferenciarla de otras, es totalmente anónima y no se utilizará su nombre en ningún momento del estudio.
- c.** Vale la pena aclarar, que en cualquier momento de la entrevista puede parar y que no está obligado a responder todas las preguntas, ya que todo es voluntario.
- d.** ¿Está de acuerdo con la manera como se realizará la entrevista?, si es así, comencemos aprobando el consentimiento informado.

Objetivo del proyecto: Comprender las experiencias vividas por pacientes con Covid-19 con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín durante el año 2021.

Ficha frontal

Código de la entrevista
Fecha
Hora

Edad (años cumplidos)
Sexo
Ocupación
Lugar de residencia
Nivel educativo
Estrato socioeconómico
Tipo de afiliación al SGSSS
EPS
Lugar donde fue atendido
Medio de transporte para llegar al servicio de salud

Guía de preguntas

Hay que tener en cuenta, que, en todo momento de la entrevista, me estoy refiriendo a hechos relacionados a la atención que usted recibió en el diagnóstico, tratamiento y recuperación del COVID-19 en la ciudad de Medellín ¿Es claro para usted? Bueno, comencemos:

Me gustaría saber cómo fue su vivencia en la atención que recibió, por eso le haré la siguiente pregunta:

Cuénteme la historia de su proceso de atención con el Covid-19, trate de contarme su historia en el antes, durante y después de esa atención. Trate de ser lo más detallado posible.

Al escuchar al participante, puede haber la necesidad de introducir otras preguntas para profundizar en aspectos de su relato:

- Puedes recordar ¿cómo fue el proceso de solicitud de atención al momento de presentar los primeros síntomas?
- ¿Cómo fueron las condiciones para el acceso en relación a la geografía?
- ¿Cómo ocurrió su primera atención? ¿Qué sentio? ¿Qué dijiste? ¿Qué pensaste? ¿Qué hiciste?
- ¿Cómo fue esa vivencia de los procesos posteriores a la atención?
- ¿Podría describir los acontecimientos que tuvieron más relevancia para usted en cada etapa de la enfermedad?
- ¿Cómo fueron las condiciones para el acceso en relación a los servicios utilizados durante el tratamiento de la enfermedad?

- ¿Cuál fue el momento más memorable que recuerda durante la atención?
Trata de recordar con un ejemplo o acontecimiento
- ¿Quién estuvo pendiente de usted durante la enfermedad?
- ¿Cuál fue el lugar donde fue atendido?
- ¿Cómo fue el trato del personal de salud?
- ¿Cómo fueron los trámites administrativos?
- ¿Cómo fue el proceso para darle de alta?
- ¿Cuénteme acerca de los costos asociados a la atención?
- ¿Cómo se sintió con el trato recibido luego de la atención?
- ¿Cómo fue el trato del personal de salud?
- ¿Cómo fueron los trámites administrativos?
- ¿Cómo fue el proceso para darle de alta?
- ¿Cuénteme acerca de los costos asociados a la atención?
- ¿Cómo se sintió con el trato recibido luego de la atención?
- Es necesario que hablemos del momento actual:
¿cómo te hace sentir esta vivencia ahora que estás recuperado? Por ejemplo, ¿cómo se siente su cuerpo? ¿cómo se siente tu familia? Por favor da ejemplos.

COMENTARIOS FINALES

Antes de finalizar, me gustaría saber si desea añadir algo, si hizo falta alguna pregunta, si hay algo que hubiera querido decir y no se lo pregunte.

Le agradezco enormemente su participación y su disposición para contestar las preguntas. Si fuera necesario, ¿podría contactarlo para aclarar o complementar algunas de sus respuestas?

Anexo 2. Consentimiento Informado

Identificación de la investigadora
Paula Andrea Madrid Gómez. Estudiante del programa Pregrado en Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud, Universidad de Antioquia. Dirección: carrera Calle 62 N. 52-59 Celular: 3012702789 Correo electrónico: paula.madrid@udea.edu.co

Sitio donde se lleva a cabo el estudio	Ciudad de Medellín
Entidad que respalda la investigación	Facultad Nacional de Salud Pública

Fecha de la entrevista	
Plataforma virtual para hacer la entrevista	
Duración	

Identificación del participante
Nombres y apellidos:
Código del participante:
Información para el participante
<p>Respetado señor(a), la presente investigación es realizada por una estudiante de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. El objetivo de la investigación es comprender las experiencias de pacientes con Covid-19 con relación al acceso a los servicios de salud en la ciudad de Medellín durante el 2021. Para su conocimiento el estudio tiene una duración de un semestre, es decir 6 meses.</p> <p>Si usted decide hacer parte de este estudio, deberá participar de una o varias conversaciones llevadas a cabo a través de video llamadas. Estas conversaciones girarán en torno a su experiencia en la atención recibida cuando fue diagnosticado(a) con Covid-19. Cabe resaltar que sus comentarios, sentimientos y percepciones frente al tema serán sumamente importantes, por lo tanto, durante el relato si usted lo permite se grabará la entrevista para que las ideas que usted menciona se puedan transcribir después, para facilitar su proceso de análisis.</p> <p>La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los académicos de esta investigación. Su nombre no será utilizado en ningún informe cuando los resultados sean publicados. Se utilizará</p>

códigos o seudónimos para garantizar que los participantes no sean identificables.

Usted podrá retirarse libremente en cualquier momento, sin que esto implique un perjuicio para usted. Su participación no tendrá ningún costo y no recibirá ningún beneficio económico por esta. El estudio puede generar riesgos mínimos que pueden afectar su salud mental al recordar algún suceso o acontecimiento que lo haya marcado.

Para que su intención de participar voluntariamente en este estudio sea posible, es necesario que usted comprenda este consentimiento informado y lo avale con su firma al final del documento, para lo cual se enviará el consentimiento informado con el fin de que pueda leerlo y, por medio de una grabación, ya sea por Google Meet o nota de voz, me comente sus dudas o la aprobación del consentimiento; por lo tanto, en caso de alguna inquietud está en el derecho de solicitar las aclaraciones que considere necesarias. Puede comunicarse al correo electrónico paula.madrid@udea.edu.co

De antemano agradecemos su participación.

Procedimientos del estudio

- El presente estudio obtendrá la información por medio de entrevistas.
- La información quedará bajo responsabilidad de la investigadora y se garantiza que ninguna persona diferente a ella podrá utilizar y manejar los datos.
- La información que usted brinde en esta entrevista solo tiene como finalidad cumplir los objetivos de la investigación.
- Su participación en esta entrevista es libre y voluntaria, puede interrumpir o responder las preguntas planteadas que usted desee. En caso de que se requiera otro encuentro para ampliar o finalizar la entrevista, usted está en la libertad de aceptar o no.
- Usted no tendrá que pagar nada para participar en el estudio

Molestias y riesgos esperados

En la investigación se identificó como posible riesgo, para los participantes, posibles afectaciones emocionales en el transcurso de la entrevista; usted puede sentirse cansado e incómodo; si esto ocurre, puedes decidir no responder a las preguntas o terminar la conversación.

Beneficios para el participante.

La presente investigación tiene planteados beneficios indirectos para las personas diagnosticadas con Covid-19 que fueron atendidas en la ciudad de Medellín, debido a que tendrán un espacio donde poder expresar libremente su experiencia vivida en el proceso de atención.

Compromisos del participante

A partir de la firma del consentimiento informado, el participante se compromete a disponer del tiempo previsto para participar de la entrevista (30 minutos aproximadamente). Si se llega a presentar inconvenientes o se requiere de más tiempo, la investigadora acordará un nuevo encuentro con el participante.

Compromisos del investigador

- La investigadora declara que la presente investigación tiene propósitos exclusivamente académicos, por lo tanto, se compromete a custodiar toda la información, especialmente los datos sensibles.
- La investigadora se compromete a informar al participante cualquier resultado que considere pueda significar problemas o beneficios, en caso de que estos sean identificados durante el desarrollo del presente estudio.

Resultados esperados

- Los resultados de la presente investigación se publicarán mediante el trabajo de grado presentado para obtener el título del pregrado de Administración en Salud con énfasis en Gestión de Servicios de Salud. Además, se generará un espacio de socialización con los participantes para hacer devolución de los hallazgos del estudio.

Aceptación de la participación

Manifiesto que no he recibido presiones verbales o escritas para participar en el estudio; que dicha decisión la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin encontrarme bajo efectos de medicamentos, drogas o bebidas alcohólicas, de forma consciente, autónoma y libre.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre: _____

Nombre de la investigadora encargada del registro: _____

Firma: _____