

DETERMINANTES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS
USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE NEIVA. 2009.

CARLOS MAURO VANEGAS CAVIEDES
ARCESIO VARGAS TOVAR

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2009

DETERMINANTES PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS
USUARIOS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE NEIVA. NEIVA, 2009.

CARLOS MAURO VANEGAS CAVIEDES
ARCESIO VARGAS TOVAR

Trabajo de investigación presentado como requisito para optar al título de
Profesional en Enfermería

Asesora
DOLLY ARIAS TORRES
Doctora en Salud Pública

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
NEIVA – HUILA
2009

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del Jurado

Neiva, Diciembre de 2009

DEDICATORIA

A nuestros padres por su amor y paciencia infinita,
Amigos, docentes y compañeros que creyeron en esta empresa,
Con especial cariño a nuestra amiga Dolly Arias.

ARCESIO
CARLOS MAURO

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a :

A nuestra docente asesora Dolly Arias, Doctora en Salud Publica, por su acompañamiento, guía y liderazgo durante todo el proceso de formación.

A los docentes del Programa de Enfermería por sus aportes y críticas constructivas.

A los amigos por su incondicional colaboración en este proceso.

Al Personal Administrativo del Hospital Universitarios de Neiva por el espacio otorgado para la ejecución de este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	15
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.1. JUSTIFICACIÓN	24
2. OBJETIVOS	26
2.1 OBJETIVO GENERAL	26
2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	26
3. MARCO CONCEPTUAL	27
3.1 DEFINICION Y DIMENSIONES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	27
3.2 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	28
3.3 CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HUN	34
3.4 CARACTERISTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HUN	35
3.4.1 Personal del servicio de consulta externa	36
3.4.2 Normas para la prestación de servicios de salud en el HUN	37
3.4.2.1 Hospitalización	37
4 DISEÑO METODOLOGICO	40
4.1 ENFOQUE Y TIPO DE ESTUDIO	40

	Pág.
4.2 POBLACION OBJETO DE ESTUDIO	40
4.3 MUESTRA	40
4.4 CRITERIOS DE INCLUSION	40
4.5 CRITERIOS DE EXCLUSION	41
4.6 METODO, TECNICA E INSTRUMENTO	41
4.6.1. Confiabilidad y validez	41
4.6.1.1 Confiabilidad	41
4.6.1.2 Validez	41
4.7 CONSIDERACIONES ETICAS	42
5. TABULACION, ANALISIS Y RESULTADOS	43
5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS	43
5.1.1 Relación de sexo, edad y régimen de salud de los participantes del estudio	43
5.1.2 Condición socioeconómica y Tiempo, en horas, de desplazamiento hasta el HUN de los usuarios.	44
5.1.3 Ejercicio del derecho a elegibilidad de EPS-S	45
5.1.4 Formación escolar de los participantes del estudio	46
5.2 CATEGORIAS QUE SURGIERON DEL ESTUDIO	46
5.2.1 Categorías inherentes a la persona	48
5.2.2 Categoría Atención de salud I nivel	51
5.2.3 Categoría Solicitud atención especializada	53
5.2.4 Categoría Atención especializada	56

	Pág.
5.2.5 Categoría Sentimientos de los usuarios frente a la atención recibida	59
5.3 PROCESO PARA ACCEDER A LA ATENCION EN SALUD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HUN	61
6. CONCLUSIONES	63
7. RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFIA	66
ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Relación de sexo, edad y régimen de salud de los participantes del estudio	43
Tabla 2. Condición socioeconómica y Tiempo en desplazamiento hasta el HUN (Horas) de los usuarios	44

LISTA DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Relación de sexo, edad y régimen de salud de los participantes del estudio	43
Grafica 2. Condición socioeconómica y Tiempo de desplazamiento, en horas, hasta el HUN de los usuarios.	44
Grafica 3. Ejercicio del derecho a elegibilidad de EPS-S	45
Grafica 4. Formación escolar de los participantes del estudio	46
Grafica 5. Categorías determinantes del acceso a los servicios de salud	47
Grafica 6. Determinantes inherentes a la persona	49
Grafica 7. Atención de salud I nivel	51
Grafica 8. Solicitud de atención especializada	53
Grafica 9. Atención especializada	56
Grafica 10. Sentimientos de los usuarios frente a la atención recibida	59
Grafica 11. Conjunto fases sucesivas para la atención en salud.	62

RESUMEN

El siguiente proyecto de investigación surgió a partir de las experiencias vividas durante el pregrado en las prácticas clínicas en el Hospital Universitario de Neiva “Hernando Moncaleano Perdomo” en las cuales se observaron vulnerabilidades a los derechos consagrados en la Ley Colombiana que pugnan por el derecho a la salud y garantía a su acceso; asimismo motivados por el indiferencia del profesional de Enfermería en abogar por salvaguardar dicho derecho.

Por lo cual se planteo el siguiente objetivo general, Establecer las barreras de acceso a los servicios de salud que presentan los usuarios que solicitan atención en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva. Para cumplir plenamente lo anterior se planteo un estudio descriptivo cualitativo, de tipo fenomenológica, manejándose una muestra por conveniencia conformada por 31 usuarios, seleccionados entre las personas que solicitaban atención en el servicio de consulta externa del hospital universitario de Neiva.

Para la recolección de la información, se utiliza el método directo de encuesta, técnica entrevista semi-estructurada, instrumento una guía de ítems orientadores de la conversación. La recolección de la información se hace bajo consideraciones éticas, tomando como base el código deontológico Enfermería dispuesto en la Ley 911 del 2004, y respetando los principios de Beneficencia, No-Maleficencia, Autonomía, Fidelidad, por lo cual se clasifica como una investigación sin riesgo.

Obtenida la información se concluye las mayores dificultades se presentan durante cuatro momentos del proceso para acceder a los servicios de salud en el HUN: En la toma de decisiones para la búsqueda de atención (determinantes intrínsecas), en la atención de salud de I nivel, la solicitud de atención especializada y la misma atención. Autorizaciones de servicios y procedimientos son los principales obstáculos de las EPS. En el HUN, extensas filas, excedidos requisitos, amplios periodos de tiempo para la cita son las mayores dificultades para el acceso.

El acceso a los servicios de salud genera en los usuarios sentimientos de rabia, tristeza, estrés, malestar, aburrimiento, conformismo, resignación, confianza y satisfacción. Las dos últimas en menor medida.

Por último, a partir de las anteriores conclusiones, el grupo investigador recomienda socializar los resultados con las directivas del HUN, asociaciones de usuarios, eliminar la carga administrativa a los usuarios, mejorar la orientación y la atención de los usuarios, capacitar al personal administrativo y asistencial en atención al usuario.

PALABRAS CLAVES: Enfermería, acceso, salud, derechos, determinantes, dificultades, obstáculos.

ABSTRACT

The following research project emerged from experiences during the undergraduate in clinical practices at the Hospital Universitario de Neiva "Hernando Moncaleano Perdomo" in which were observed some vulnerabilities to the rights enshrined in the Colombian Law to protect the health right and guarantee its access; also motivated by professional Nursing indifference to advocate for safeguard this right.

Therefore, the following general objective was proposed to establish the barriers of access to the health services present the users who ask for attention in the External advisory service of the University Hospital of Neiva. In order to fulfill totally the previous established was used a qualitative descriptive study, of phenomenological type, handling a sample by convenience conformed by 31 users, selected between the people who asked for attention in the external advisory service of the university hospital of Neiva.

To collect the information, the direct method of survey is used, the technical semi-structured interview, instrument a guide of items advisers of the conversation. The collect of information done under ethical considerations, based on the nursing code of conduct established on Law 911 the 2004, and and respecting the principles of Charity, Non-maleficence, autonomy, fidelity, so it is classified as a safe research.

Obtained the information was concluded the main difficulties that were develop in four stages of the process to access to the services of health in the HUN: In the decision making for the attention search (determining intrinsic), in the health attention of level I, the request of specialized attention and the same attention. Authorizations of services and procedures are the main obstacles of the EPS. In the HUN, extensive line, exceeded requisite, ample periods of time for the appointment are the main difficulties for the access.

Access to health services generated by users feelings of anger, sadness, stress, discomfort, boredom, conformity, resignation, trust and satisfaction. The last two lesser extent.

Finally, from the previous conclusions, the investigator group recommends to socialize the results with the directives of the HUN, associations of users, to eliminate the administrative charge for the users, to improve the direction and the

attention of the users, to enable to the administrative and welfare personnel in the user's attention.

KEYWORDS: Nursing, access, health, rights, determinants, difficulties, obstacles.

INTRODUCCION

La universalización de la salud en Colombia tiene la misión de garantizar el acceso a los servicios de salud de toda la población. Al momento de hacer uso de los servicios de salud, los usuarios deben sortear situaciones que dificultan el acceso, relacionadas principalmente con las de tipo económico, que muchas veces condicionan las decisiones para procurar atención. También lo son los trámites excesivos para la cita, el tipo de afiliación, dificultades de acceso geográfico y centros de salud distantes; lo mismo que las impuestas por las entidades encargadas de la administración o la prestación de los servicios de salud. Todas ellas, sin excepción, generan malestar en los usuarios, quienes ven dilatada su atención, y que en definitiva el resultado de estos impedimentos se ve reflejado en el bienestar del usuario.

Las barreras para acceder a los servicios de salud son un fenómeno latente en los países Latinoamericanos cuyos sistemas de salud, basados en criterios de racionalidad financiera y procesos de “modernización” del Estado, presentan hoy limitaciones en las condiciones de oportunidad, equidad y costo-efectividad en el acceso a los servicios de salud.

En Colombia, existen dificultades para el acceso a la atención en salud como lo demuestran estudios al respecto, en donde el factor económico rige la calidad y oportunidad de la atención bajo el manto de un Plan Obligatorio de Salud POS para población humilde y pudiente. La realidad no es ajena a las autoridades de salud y estamentos judiciales quienes coinciden en la complejidad del POS y sus contenidos que suponen en la mayoría de los casos un atropello al derecho fundamental de la vida.

La responsabilidad de las administradoras de la salud – EPS, en el problema es importante, cuando se trata temas de solicitud de información sobre servicios, derechos, autorizaciones, programas de promoción y prevención, costo de cuotas moderadoras, copagos y entrega de medicamentos, situación que se vuelve más compleja cuando se trata de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entrega oportuna y completa de los medicamentos, información sobre redes prestadoras o sobre servicios a que tiene derecho el usuario, dejando

entre dicho la calidad de la atención con la que cuenta un colombiano, que no solo presenta dificultades para acceder a la misma, sino que además debe sobrellevar la prestación de un servicio de mala calidad.

Motivados por esta realidad, surgió la presente investigación con el objetivo de establecer las barreras de acceso a los servicios de salud que presentan los usuarios que solicitan atención en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El acceso a los servicios de salud se define como “el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”¹.

Por lo general, al momento de hacer uso de los servicios de salud, los usuarios deben sortear situaciones que dificultan el acceso, relacionadas principalmente con las de tipo económico, que muchas veces condicionan las decisiones para procurar atención. También lo son los trámites excesivos para la cita, el tipo de afiliación, dificultades de acceso geográfico y centros de salud distantes; lo mismo que las impuestas por las entidades encargadas de la administración o la prestación de los servicios de salud. Todas ellas, sin excepción, generan malestar en los usuarios, quienes ven dilatada su atención, y que en definitiva el resultado de estos impedimentos se ve reflejado en el bienestar del usuario².

Las barreras para acceder a los servicios de salud son un fenómeno latente en los países Latinoamericanos cuyos sistemas de salud, basados en criterios de racionalidad financiera y procesos de “modernización” del Estado, que surgieron tras las reformas guiadas por las instituciones financieras internacionales en los años 80 y 90, presentan hoy limitaciones en las condiciones de oportunidad, equidad y costo-efectividad en el acceso a los servicios de salud³.

La mayoría de las naciones del mundo desarrollado poseen esquemas sanitarios con fuerte presencia estatal en la organización, provisión y financiamiento de los servicios que se ven reflejados en la satisfacción de los usuarios y mejores indicadores de salud a nivel mundial. En América Latina, por el contrario, las limitaciones financieras del sector público, sumadas en muchos casos a la falta de eficiencia en la implementación de políticas sociales, impulsan a amplios sectores de la población de bajos recursos a buscar atención en un sector privado atomizado, con poca participación de seguros de salud, o a prescindir

¹ MEJIA-MEJIA, Aurelio, SANCHEZ-GANDUR, Andrés F and TAMAYO-RAMIREZ, Juan C. Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública*, Jan./Mar. 2007, vol.9, no.1, p.26-38. ISSN 0124-0064.

² OPS-OMS/ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada – 2004) Washington D. C Pág. 10.

³ *Ibíd.*, p.1.

directamente de la atención en salud, lo que impulsa el desarrollo del sector privado a la sombra de la falta de efectividad del sector público, y a su vez, esta falta de calidad y efectividad pública, repercute en el bolsillo de la población⁴ y dificulta su acceso a la atención de salud, resultando en una disminución de los indicadores de salud de dichos países.

Estas descargas de las funciones y reducción del peso de las instituciones públicas, sumadas a la falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud, y los problemas referentes a la cantidad y asignación de los recursos disponibles del sector salud, son la principal causa de desigualdades injustas en los resultados de salud, que acentúan los impedimentos para el completo acceso a los servicios sanitarios en Latinoamérica, y suponen una manifestación de exclusión social; la exclusión en salud, entendida ésta como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan⁵. El grado de exclusión es casi total y las fuentes de las mismas son múltiples, y entre las frecuentes se destacan: déficit de infraestructura adecuada, fallas en la asignación y/o gestión de los recursos que se manifiesta en fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes/servicios de salud, barreras que impiden el acceso a las atenciones de salud y los problemas relacionados con la calidad de los servicios, los cuales se relacionan de alguna forma con la insatisfacción de las necesidades de atención de la población, determinando la accesibilidad a los servicios de salud de éstas, como lo demuestra el estudio realizado por la OMS y OPS “Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe”.

Ante los evidentes problemas que presenta la atención sanitaria en la región latinoamericana, las autoridades resaltaron el limitado acceso a los servicios de salud, la baja calidad y la ineficiencia de los servicios, como las principales dificultades para la atención de salud en la región, que representan para Colombia problemas de primera y segunda importancia respectivamente con relación a otros. Las ineficiencias, sin embargo, deterioran significativamente la atención hacia los usuarios de salud, abarcando la dimensión excesiva de la capacidad instalada en regiones; los altos costos de operación; la insuficiente capacidad de gestión, tanto de las entidades territoriales responsables como de las redes de

⁴ Maceira D., Barbieri E., Lignelli B, Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas, CEDES, OSDE, Enero 2005.

⁵ OPS-OMS/ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada – 2004) Washington D. C Pág. 2

prestación de servicios de salud; las deficiencias en los procesos de vigilancia y control; y los retrasos sistemáticos en el flujo de recursos, lo que genera condiciones de insostenibilidad en algunas instituciones prestadoras⁶ y para los usuarios constituye un énfasis en la realidad desalentadora del acceso a la atención en salud.

En Colombia el panorama no es el mejor; el sistema sanitario que rige actualmente no es universal, ni equitativo, ni justo con la población, y la asistencia sanitaria se basa en una ley no adaptada a las dificultades de acceso geográfico de una población, con la única posibilidad, muchas veces, de la autocuración (por estar los caminos tomados por las partes en guerra) o sin medios de transporte ni vías de acceso, y alejada de los centros de salud, sobre todo en la zona rural⁷.

Investigaciones realizadas corroboran la triste realidad en el acceso a la atención en salud, como lo demuestra un estudio llevado a cabo en el departamento de Antioquia, donde tras evaluar la equidad en el acceso a la salud en dicho departamento, se halló una relación en las posibilidades de acceder a los servicios de salud que van de acuerdo a las capacidades socioeconómicas, hecho reiterado por los participantes del estudio al manifestar que la falta de dinero es la causal principal para no acudir en momentos de enfermedad a los servicios de salud. Al diferenciar esta falta de dinero por estrato económico, se encuentra que a medida que éste aumenta dicha razón empieza a disminuir. Además de las anteriores, otras razones, que impidieron acceder a los servicios de salud en momentos de enfermedad fueron centros de atención lejanos, trámites excesivos para la cita, había consultado antes y no encontró solución del problema, no confía en el personal de salud, entre otros. Respecto a la continuidad en el servicio, la remisión a especialistas y las posibilidades de recibir medicamentos de parte de la institución prestadora, hay que decir que éstas disminuyen cuando es menor el nivel socioeconómico de la persona. En el panorama por regímenes se favorece la continuidad de las personas del contributivo, las cuales llegan con mayor facilidad con el especialista, registran menor tiempo de espera en la atención y la

⁶ Arriagada I, Aranda V, Miranda F, *Política y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*, CEPAL, División de desarrollo social, Santiago de Chile, Pág. 18, Diciembre de 2005.

⁷ QUINTANA, Stella, Médicos Sin Fronteras (MSF), *Acceso a los Servicios de Salud en Colombia*, 2002 Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm> Consultado el 28 de abril de 2009.

posibilidad de recibir la medicación prescrita es mayor, facilitando de esta manera la continuidad del servicio⁸.

Existen falencias en la función de las entidades encargadas de la dirección de los servicios de salud “Entidades Promotoras de Salud” EPS, como lo demuestra el informe de la Defensoría que data del 2005, donde tras evaluar los servicios de salud que brindan las EPS, incluyendo redes de prestadoras, los resultados obtenidos fueron bajos en cuanto a la facilidad que tiene el usuario de acudir a la entidad aseguradora para solicitar información sobre servicios, derechos, autorizaciones, programas de promoción y prevención, costo de cuotas moderadoras, copagos y entrega de medicamentos⁹, situación que se vuelve más compleja cuando se trata de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entrega oportuna y completa de los medicamentos, información sobre redes prestadoras o sobre servicios a que tiene derecho el usuario, dejando entre dicho la calidad de la atención con la que cuenta un colombiano, que no solo presenta dificultades para acceder a la misma, sino que además debe sobrellevar la prestación de un servicio de mala calidad.

Estos obstáculos pueden poner en riesgo la vida de un usuario, quien en el padecimiento de una enfermedad, requiere atención por parte de los servicios de salud. Esta circunstancia se hace evidente en la avalancha de tutelas que a partir del 2000 han sido interpuestas ante la Corte Constitucional, por la inminente vulneración de los derechos fundamentales a que tiene derecho a gozar cualquier ciudadano, hijo de Colombia y del mundo, y como está dispuesto en los tratados internacionales de derechos humanos que establecen la salud como requisito imprescindible para una vida digna¹⁰. El derecho a la salud es considerado como un derecho de segunda generación, es decir, un derecho cuya materialización requiere de recursos del presupuesto nacional y de la puesta en marcha de políticas públicas por parte del Estado. La Corte ha considerado procedente su protección mediante la acción en determinados casos y bajo ciertas condiciones,

⁸ MEJIA-MEJIA, Aurelio, SANCHEZ-GANDUR, Andrés F and TAMAYO-RAMIREZ, Juan C. Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. Rev. salud pública, Jan./Mar. 2007, vol.9, no.1, p.26-38. ISSN 0124-0064.

⁹ DEFENSORIA DEL PUEBLO, EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDAN LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD – 2005, informes defensoriales, año 2005. ISBN: 958-9353-44-4. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/?_item=0203&secc=02&ts=1 Consultado el 4 de mayo de 2009

¹⁰ OMS, *El derecho a la salud*, Nota descriptiva N° 323, Agosto de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>. Consultado el 24 de Febrero de 2009

especialmente aquellas que pongan en riesgo la vida de la persona. En el país se presentan unas 280.000 tutelas al año, de éstas 90.000 tienen que ver con el tema de salud¹¹; ello indica la recurrencia de este recurso como único mecanismo para remover las barreras de acceso con que cuentan los usuarios, a tal punto que los propios prestadores lo recomiendan. También juegan papel importante las fallas de las entidades responsables en la regulación del sistema como la superintendencia de salud.

El sistema de salud cuenta con un Plan Obligatorio de Salud (POS), que presenta perplejidad sobre sus contenidos que alcanzan la disertación de las mismas autoridades de salud que no tienen claridad en materia de salud, específicamente en lo relacionado con el derecho de la gente a un POS que cobija a todos los usuarios, con resultados que demuestran inequidad, y en donde su amplitud va de acuerdo a la capacidad financiera del usuario¹².

Para la Corte Constitucional es claro que el sistema de salud en el país no está funcionando como debería hacerlo, según lo expresado en la Constitución del 1991 y la ley 100 del 93, como lo declaró en la sentencia T-760 de julio de 2008, en la que reitera que “el derecho a la salud es fundamental”, por lo que conserva un eje esencial que debe garantizarse a todas las personas y comprende entre otros muchos, “el derecho a acceder a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad. Las disposiciones principales de la sentencia se enfocan en lo referente a la accesibilidad misma a los servicios de salud, y se pueden resumir de la manera siguiente: Unificar el POS y POS-S; mantener actualizado el POS; facilitar el acceso a prestaciones fuera del POS y del POS-S a través de la gestión de los comités técnico científicos, CTC; identificar los actores (EPS, IPS) que están propiciando las acciones de tutelas y las causas; que las EPS den información a los usuarios previa y posterior a su afiliación¹³; entre muchas otras.

Al igual que en el territorio nacional, los alcances del fenómeno de las limitantes a los servicios de salud, no deja por fuera al territorio Huilense. Un estudio adelantado por el grupo de investigaciones jurídicas de la Universidad

¹¹ EL TIEMPO, Alcances del revolcón al sistema de salud explica magistrado Manuel José Cepeda, Sección Nación, Bogotá D.C., publicación 23 de agosto de 2008

¹² -----, Corte ordena “Revolcón” en el Sistema de Salud. Plan Obligatorio de Salud debe ser igual para todos: Corte Constitucional, Bogotá D.C., Sección Nación, 23 de agosto de 2008

¹³ CARVALLO SUÁREZ, Beatriz, “Acompañamos el fallo de la corte constitucional que declara: la salud como un derecho fundamental, universal y gratuito”, Editorial, Publicación Oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) N° 69, Febrero de 2009

Surcolombiana “Nuevas Visiones de Derecho” en los juzgados de los jueces de tutela de Neiva en el cual se analizan 1528 procesos relacionados con la vulneración del derecho a la salud y conexidad con la vida en los años 2003 y 2004, demuestra el impacto de este fenómeno en la región y permite cuestionar la facilidad para el acceso a los servicios de salud con que cuentan los ciudadanos Neivanos. La investigación revela la naturalidad de este recurso para solucionar la problemática, entendiéndose ésta como el mandato de practicar cirugías, atender integralmente las patologías, e incluso suministrar los medicamentos específicamente requeridos, que comprenden el 60.1% de los procesos fallados, lo que lleva a pensar en la tutela como un requisito más que exige el sistema de salud para acceder a los servicios de salud. Las sentencias proferidas en el tema reconocieron ampliamente la amenaza a la vida en un 68.8% frente a la vulneración del derecho a la misma, que en el plano fundamental de la dignidad del ser humano, se resumen en el potencial riesgo en el que se expone la vida. En conclusión del estudio, la restricción del Plan Obligatorio de Salud, en especial los medicamentos excluidos, constituyó la principal causa de las acciones de tutela por el derecho a la salud, problemática que es cada vez creciente ante los avances tecnológicos y científicos; sus mecanismos de revisión y actualización no son eficaces para responder a las necesidades de los ciudadanos. La mayoría de las prestatarias del servicio de salud no aplican en debida forma los imperativos constitucionales que ordenan la protección directa, inmediata y privilegiada al grupo de los menores de edad, porque esta población es la segunda más afectada, y por último, las funciones constitucionales y legales de vigilar y controlar las actuaciones de las prestadoras del servicio que es responsabilidad de la Superintendencia Nacional de Salud, no ha llegado a convertirse en punto de referencia del ciudadano común que ve vulnerado su derecho a la salud¹⁴.

En el Huila, las autoridades sanitarias¹⁵ resaltan como principales dificultades con que cuentan los usuarios para acceder a los servicios de salud y hacer libre derecho del mismo, aquellas relacionadas con los tratamientos NO POS, es decir, aquellos que no cobija el Plan Obligatorio de Salud, la mayoría concerniente con el suministro de exámenes y medicamentos que se encuentran por fuera de la cobertura del plan, generalmente prescritos por manejo de segundo y tercer nivel, que señalan la complejidad de la necesidad de la atención, y la gravedad del fenómeno, conduciendo a los usuarios a infinidad de trámites y papelería, que siembra la duda del cumplimiento de los deberes de los funcionarios públicos en la

¹⁴ LÓPEZ DAZA, Germán Alfonso, CEBALLOS POSADA, Bertha Lucy, Identificación y Análisis de las Causas, Manifestaciones y Efectos de la Vulneración del Derecho a la Salud en las Sentencias de Tutela de los Jueces de Neiva (2003-2004), Nuevas Visiones del Derecho – Grupo de Investigación, 2005.

¹⁵ SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Entrevista Barreras en el acceso a la salud al funcionario Serafín García – Contratista de apoyo en el flujo de recursos en el régimen subsidiado, dependencia de aseguramiento, Febrero 25 de 2009.

materia. Señalan también el mal uso de los mecanismos de referencia y contrarreferencia en el manejo de los usuarios entre los profesionales de los diferentes niveles de complejidad que limita la continuidad de la atención, ejemplificado en tratamientos para el manejo en primer nivel que recomiendan especialistas que son desatendidos o remisiones a estos últimos sin los paraclínicos básicos, que prolongan y retrasan la atención, generando en los usuarios pérdida de tiempo, dinero y exacerbando el desarrollo de la enfermedad, terminando en el abandono del tratamiento por parte de los usuarios.

El departamento del Huila cuenta con una población estimada de 1.054.430 habitantes de acuerdo al DANE, de los cuales 952.654 son gente pobre legitimadas debidamente por el SISBEN¹⁶ que en un 77.28% se encuentran afiliados al régimen subsidiado de salud y el 10.1% está cobijado bajo la forma de vinculado, indicando el importante papel que juega el régimen subsidiado en la salud de la población huilense. La terapéutica especializada de la mayoría de los beneficiarios subsidiados huilenses, se concentra en la E.S.E Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, institución de salud más importante de la región Surcolombiana en el manejo de necesidades de atención en salud de segundo, tercero y cuarto nivel, lo cual implica un importante esfuerzo de sus usuarios en alcanzar atención de salud dado las limitantes económicas presentes reconocidas por el Estado (SISBEN) y las distancias geográficas de muchos que presume un obstáculo, ante lo cual la institución prestadora Universitaria, debe responder de forma integral y lo más eficientemente posible para hablar de atención de calidad.

Con base en lo anteriormente expuesto, esta investigación pretendió dar respuesta al problema ¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud que presentan los usuarios que solicitan atención en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva, 2009?

¹⁶ SECRETARIA DE SALUD DEPTAL, Numero de Afiliados al Regimen Subsidiado Huila – 2008 Primer Semestre, Area de Aseguramiento, Marzo 3 de 2009. Disponible en: http://www.gobhuila.gov.co/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=140 Consultado 26 de Febrero de 2009

1.1 JUSTIFICACIÓN

La población colombiana suma los 43.405.387 millones de personas de los cuales los afiliados al régimen subsidiado representan 46.36% del total, cifra bastante importante frente al 37.6% de los afiliados al régimen contributivo, que refleja la magnitud de las personas que carecen de los recursos económicos necesarios para costear los servicios de salud, y que exigen la eficiencia del acceso y funcionamiento del sistema de salud, que asegure el bienestar del pueblo colombiano. En el Huila la población en este régimen representa el 87.3% del total, cifra bastante importante y dado la magnitud global y nacional de la problemática, resulta pertinente llevar a cabo este estudio que permita develar la realidad regional frente al acceso a los servicios de salud¹⁷.

Las investigaciones al respecto son muy pocas, pero éstas contienen el suficiente valor por sembrar el ánimo de ahondar en el tema. Internacionalmente se reconoce el fenómeno y su importancia referente al impacto en la salud de las personas, y Latinoamérica acentúa dicha condición, desencadenando que organizaciones como la OMS, OPS y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se hayan permitido valorar el tema. En Colombia, departamentos como Antioquia sobresalen en el estudio de la problemática a nivel nacional, pero no dan respuesta con claridad de los puntos críticos que pueden llegar a presentar los usuarios en el proceso del acceso a la atención de salud y satisfacción del mismo. El problema de la salud está latente, tal como lo aseguran instituciones no gubernamentales como la Defensoría del Pueblo y estatales como la Corte Constitucional, que muy recientemente se pronunció radicalmente en la cuestión, a través de la sentencia c- 760 del año 2008, y cuyas decisiones comienzan apenas a sentirse en el campo de la salud y en pro del bienestar de la gente. En el Huila, apenas si se han reconocido las restricciones existentes para el completo gozo de la salud de las personas, como lo revela la investigación llevada a cabo en el 2005 por el Grupo de Investigación “Nuevas Visiones del Derecho” de la Universidad Surcolombiana, y conocido actualmente por las autoridades departamentales. El fenómeno de las barreras para acceder a los servicios de salud es un hecho, pero aun existen aspectos difusos en la identificación de las trabas durante todo el proceso llevado a cabo por el usuario en la consecución del acceso a los servicios.

¹⁷ MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL , Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos 2007, , Salud publica, 20 de marzo de 2007, Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> Consultado 5 de mayo de 2007

Este es un estudio que por su baja complejidad se desarrolló en su totalidad por sus autores, no ameritó desplazamientos ni utilización de recursos financieramente castrantes que pudiesen cancelar el cumplimiento de los objetivos. También se contó con disponibilidad de tiempo para la ejecución del proyecto.

La realización del estudio contó con el apoyo y consentimiento de la Universidad Surcolombiana, la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y la Secretaria de Salud Departamental quienes vieron con utilidad y beneficios el adelanto del mismo.

En el ejercicio de la profesión, las responsabilidades adquiridas con los sujetos de cuidado, la comunidad, exigen un compromiso integral, que incluye el abogar por el respeto de los derechos humanos, en especial de quienes pertenecen a grupos vulnerables y estén limitados en el ejercicio de su autonomía¹⁸.

En el fenómeno de las barreras de acceso el ejercicio de este principio ético resalta y consolida la razón de ser de enfermería. El abordaje de estas nuevas temáticas, representa espacios idóneos para la formación, estimulando el pensamiento crítico, la creatividad, el interés por la investigación científica y la educación permanente para fundamentar la toma de decisiones a la luz de la ciencia, de la ética y de la ley en todas las actividades de responsabilidad profesional¹⁹, incluyendo la participación en las políticas de salud²⁰, campo poco explorado por la profesión y en el cual presenta significativa responsabilidad y compromiso, además del aliento de instituciones como la ANEC, que incitan a investigar el tema del acceso a los servicios de salud²¹.

¹⁸ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 911 de 2004, Código Deontológico para el Ejercicio de la Profesión de Enfermería, Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004

¹⁹Ibíd., p. 28

²⁰ CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA, CIE, Definición de Enfermería, 2009. Disponible en: <http://www.icn.ch/definitions.htm> Consultado 26 de Marzo de 2009

²¹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 266 de 1996, definición y Propósito de la Profesión de Enfermería, Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer las barreras de acceso a los servicios de salud que presentan los usuarios que solicitan atención en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva, 2009.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar las limitantes inherentes a la persona, que presentan los usuarios para acceder a los servicios de salud de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el 2009.

Identificar los requisitos y trámites exigidos por las EPS–S y determinar cuáles de ellos pueden limitar el acceso a los servicios de salud de los usuarios de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo en el 2009.

Reconocer requisitos y trámites exigidos a los usuarios de Consulta Externa por la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo y estipular cuáles de ellos pueden dificultar el acceso a los servicios de salud.

Describir los sentimientos generados en los usuarios por los procesos que tienen que seguir para acceder a los servicios de consulta externa en la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1 DEFINICION Y DIMENSIONES DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Aday y Andersen, definen el acceso a los servicios de salud como “el proceso mediante el cual pueda lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente”²².

El proceso mediante el cual puede lograrse la atención en salud comprende tres dimensiones fundamentales, que explican la relación de los usuarios con el sistema de salud:

La primera hace referencia a la dimensión política, la cual aborda todas las acciones planeadas y dirigidas por el Estado, encaminadas a mejorar el acceso a los servicios de salud, que incluye la organización del sistema de prestación, la asignación de recursos y la definición de criterios de elegibilidad. La segunda, se refiere al acceso potencial que abarca la interacción entre el sistema de salud que contiene la disponibilidad de recursos y su organización, y las características de la población, en las que intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes para propiciar el uso de los servicios de salud²³.

La última dimensión, la dimensión del acceso real, involucra la utilización efectiva de los servicios, asociada a la percepción de calidad y la satisfacción del usuario, de esta manera involucrando aspectos objetivos como tipo, sitio y propósito de la utilización de los servicios, y aspectos subjetivos de la utilización de servicios, como satisfacción y percepción que tiene el usuario sobre el desempeño del sistema.

²² MEJIA-MEJIA, Aurelio, SANCHEZ-GANDUR, Andrés F and TAMAYO-RAMIREZ, Juan C. Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública*, Jan./Mar. 2007, vol.9, no.1, p.26-38. ISSN 0124-0064.

²³ *Ibid.*, p. 26-38

3.2 ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Siguiendo este postulado, las políticas en salud que actualmente rigen en Colombia, se encuentran soportadas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, el cual plantea que todas las personas tienen derecho a la atención de la salud, al acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la misma, como lo promulga la Constitución Política de Colombia²⁴. Para garantizar este valioso tesoro, es deber del Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. De tal forma la Ley 100 de 1993 creó el sistema de salud que actualmente rige en la República de Colombia, el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El sistema contempla dos regímenes mediante los cuales todo colombiano puede participar en el servicio esencial de salud: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres.

El régimen contributivo lo conforman todas las personas afiliadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, y en sí, toda persona que cuente con recursos económicos suficientes para hacer los aportes de ley que en el país representan las minorías del pueblo colombiano. La administración está a cargo de instituciones privadas denominadas Empresas Promotoras de Salud - EPS, las cuales a su vez poseen instituciones que se encargan de prestar los servicios de salud. La financiación de este régimen está a cargo de sus afiliados quienes mensualmente realizan aportes económicos para su participación, y cada vez que les es prestada la atención de salud.

El régimen subsidiado lo conforman las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización por los servicios de salud, la población más pobre y vulnerable del país, que constituyen la mayoría de los colombianos, que habitan las áreas rural y urbana del país, gente del común, trabajadores y profesionales independientes, artistas y deportistas, periodistas independientes, maestros de obra de construcción, albañiles, taxistas, electricistas, desempleados, las madres durante el embarazo, parto y posparto y período de lactancia, las madres comunitarias, las mujeres cabeza de familia, los niños menores de un año, los menores en situación irregular, las personas mayores de 65 años, los discapacitados, los campesinos, las comunidades indígenas, y demás personas sin capacidad de pago.

²⁴ Constitución Política de Colombia, Art. 49...Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud..., 1991

La identificación de la población pobre, se realiza a través del Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales SISBEN, consistente en una encuesta que identifica y organiza a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado incluyendo la salud subsidiada. El SISBEN clasifica la población en 6 estratos o niveles (el 1 sería el más bajo y el 6 el más alto), y en función de ellos se sitúa la subsidiaridad de los programas sociales, que para la salud además requiere de las características para no pertenecer al contributivo.

En el departamento del Huila, el 71,2% de los usuarios de consulta externa confirma que le han aplicado la encuesta del SISBEN, mientras que el 5,6% no sabe si lo han clasificado y el 23,1% de los usuarios, dice que no le han realizado la encuesta. Del total de los usuarios encuestados del SISBEN, la proporción de mujeres supera a la de los hombres en un 40,1%, revelando una concentración del género femenino en consulta externa; el comportamiento es similar en cuanto a la utilización de los servicios de salud, siendo en las mujeres en un 70,1%, mientras que los hombres utilizan el servicio en un 29,9%.

La mayor proporción de la población usuaria, se concentra en la cabecera municipal con un 91,7% del total de la misma, le sigue el área centro poblado con un 7,9% y por último el área rural dispersa (corresponde zonas rurales cuya población no está asentada en un solo sitio)²⁵.

Las Entidades Promotoras de Salud Subsidiado EPS-S, son las responsables de cumplir con las funciones indelegables del aseguramiento de salud, consistente en la administración del riesgo financiero, la gestión del riesgo en salud, la articulación de los servicios que garantiza el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores sin perjuicio de la autonomía del usuario. Lo anterior exige que el asegurador asuma el riesgo transferido por el usuario y cumpla con las obligaciones establecidas en los Planes Obligatorios de Salud²⁶.

²⁵ ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007. Departamento Huila, Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y., Bogotá, Enero de 2009.

²⁶ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 1122 de 2007, Art. 14. Organización del Aseguramiento. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

Se beneficiarán con subsidio total o pleno en el Régimen Subsidiado, las personas pobres y vulnerables clasificadas en los niveles I y II del SISBEN o del instrumento que lo remplace, siempre y cuando no estén en el régimen contributivo o deban estar en él o en otros regímenes especiales y de excepción²⁷. La elección de la EPS-S por parte de la persona es de libre escogencia²⁸ y en razón de que las atenciones en salud y de promoción y prevención se efectúen cerca a la residencia del afiliado, con agilidad y celeridad e igualmente, los afiliados tienen la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia²⁹. El usuario que vea menoscabado su derecho a la libre escogencia de IPS o que se haya afiliado con la promesa de obtener servicios en una determinada red de prestadores y ésta no sea cierta, podrá cambiar de aseguradora sin importar el tiempo de permanencia en ésta³⁰. Las personas que cuenten con incapacidad de pago y aún no logren ser beneficiarios del régimen subsidiado, tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado³¹. En el sistema de salud, las personas identificadas y clasificadas por el SISBEN, se denominan VINCULADOS, y aquellos que se encuentran afiliados a una EPS-S se consideran SUBSIDIADOS.

En el sistema colombiano de seguridad social, la función rectora recae principalmente en el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, el cual fue creado como organismo de dirección de carácter permanente para el manejo de variables esenciales como el monto de la cotización, el plan de beneficios y la unidad de pago per cápita para financiar dicho plan. Dentro de sus funciones está definir el Plan Obligatorio de Salud tanto para el régimen contributivo como subsidiado, monto de cotización, valor UPC, Valor por beneficiario del régimen de subsidios en salud, medicamentos esenciales y genéricos del POS, criterios de selección de beneficiarios del régimen subsidiado, entre muchas otras, que resultan trascendentales en el acceso potencial y real a la atención en salud³².

²⁷ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 1122 de 2007, Art. 14, Literal a., Organización del Aseguramiento. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

²⁸ COLOMBIA, MINISTERIOS DE LA PROTECCION SOCIAL, CNSSS, Acuerdo numero 244 de 2003, Capitulo III, Art. 11, DIARIO OFICIAL NO. 45.145 DE ABRIL 1 DE 2003

²⁹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 1122 de 2007, Art. 14, Literal f., Organización del Aseguramiento. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

³⁰ *Ibíd.*, p. 33

³¹ COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 100, Art. 157, De los Afiliados al Sistema, Capitulo II, 1993.

³² GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD, GES, Condiciones de acceso a los servicios de salud, Observatorio de la seguridad social, , Medellín, Diciembre de 2001, Año 1 N° 3, ISSN 1657 – 5415 Disponible

La dimensión política establece un marco jurídico destinado a regular el sistema general de seguridad social en salud, y de esta forma garantizar el pleno acceso a los servicios de salud a todos los ciudadanos del territorio nacional.

A continuación se hace una síntesis de la normatividad que regula el proceso de atención en salud:

Acuerdos 260/04 y 365/07 sobre COPAGOS Y CUOTAS MODERADORAS, por los cuales se define el régimen de pagos compartidos y cuotas moderadoras dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se establecen disposiciones para el no cobro de copagos a poblaciones especiales en el régimen subsidiado.

Acuerdo 306 de 2005, POS-S, establece primordialmente los casos, eventos y servicios para definir cobertura del POS-S incluyendo esquema de subsidios parciales.

Resolución 5261/94, MAPIPOS, “Manual de actividades, procedimientos e intervenciones del Plan Obligatorio de Salud” se aplica supeditado a lo definido en el Acuerdo 306 de 2005.

Ley 734/02, Código Único Disciplinario, por el cual se expide el Código Disciplinario Único; legislación de alcance a los servidores públicos.

Ley 100/93 SGSSS, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

Ley 1122/07 Modificaciones al SGSSS, por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Sentencia de Tutela T-760 de 2008, Corte Constitucional, por medio de la cual el alto tribunal declara la salud como derecho fundamental y unifica los Planes

en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/Observatorio3.pdf> Consultado 24 de mayo de 2009

Obligatorios de Salud (POS); asimismo fija plazo hasta el 2010 para que todos los colombianos se encuentren afiliados al régimen de salud.

Ley 911 de 2004, Código Deontológico de Enfermería, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones.

Decreto 4747/07 y Resolución 3047/08 , Relaciones entre IPS y EPS-S, por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, entre otras disposiciones; y se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de 2007.

Resolución 1043 de 2006, Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones.

La política de salud es un componente esencial que se fundamenta en el acceso potencial, y a partir de éste, es posible la interacción de las diferentes dimensiones que conforman el acceso a la salud. La interacción entre el sistema de salud, que contiene la disponibilidad de recursos y su organización, y las características de la población, en las que intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes para propiciar el uso de los servicios de salud determinan las posibilidades para que los usuarios hagan uso integral de los servicios de salud. Las características de la oferta de las instituciones Promotoras y prestadoras de los servicios y las características de los usuarios son los pilares del acceso potencial.

La población usuaria de los servicios de salud posee características singulares que pesan al momento de decidir acudir a las instituciones de salud para satisfacer las necesidades de atención. Las creencias y actitudes frente al proceso salud-enfermedad y tratamiento, la información respecto a la instituciones de salud y beneficios a que tienen derecho, y variables como la edad y el sexo son determinantes claves en la predisposición para procurar atención que influyen de

forma importante en la decisión. Dentro de las características de la población se encuentran algunas dotaciones que facilitan el acceso a los servicios de salud, dentro de las cuales el ingreso es un elemento fundamental que marca diferencias importantes, tanto en cuanto a su monto como a la modalidad de generación del mismo. En particular, la vinculación al trabajo constituye una condición esencial para el acceso real, de modo que a mayor grado de formalidad en el empleo más alta es la probabilidad de recibir atención en un sistema de salud que se financie con cotizaciones sobre la nómina³³.

Procurar atención significa la existencia de una necesidad de salud; el estado de salud percibido determina en gran medida la conveniencia de buscar atención especializada para satisfacer dicha necesidad. La inconformidad con los servicios de salud, la forma rutinaria como el sistema de salud, específicamente el personal sanitario, manejan las patologías, siembra el escepticismo en los usuarios de salud.

La atención real denota la utilización efectiva de los servicios de salud y la percepción y satisfacción de los usuarios frente a la atención en salud, la cual depende de las características de la oferta de las instituciones de salud y las características de los usuarios. En este sentido, la utilización efectiva de los servicios la conforma el tipo de prestadora y nivel de atención, sitio de atención (Urgencias, Consulta Externa, laboratorio, etc), propósito de la atención (preventivo, curativo, revisión) y la frecuencia de utilización de la misma. Pero el resultado final lo define el usuario, en base a la satisfacción respecto a las experiencias personales o familiares vividas, actitudes específicas del personal de salud y experiencias de visita a las instituciones, confianza y seguimiento del tratamiento, entre otros³⁴.

La satisfacción con la atención en salud es definida como la interpretación de los usuarios acerca de la calidad de su interacción con los proveedores de la atención a la salud, y es considerado un indicador del funcionamiento de las instituciones.

³³ GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD, GES, Condiciones de acceso a los servicios de salud, Observatorio de la seguridad social, Medellín, Diciembre de 2001, Año 1 N° 3, ISSN 1657 – 5415 Disponible en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/Observatorio3.pdf> Consultado 24 de mayo de 2009

³⁴ Ibid., p. 6

La satisfacción está relacionada tanto con algunas características de la interacción del personal de salud con el usuario como de las instituciones de salud. Así mismo, es importante señalar que la satisfacción influye en los resultados de algunos aspectos de la práctica clínica: mejor cumplimiento con las citas médicas, el tratamiento y las recomendaciones de los profesionales de la salud.

Entre los aspectos relevantes de la evaluación de la satisfacción se encuentran la interacción del personal de salud con el paciente, tiempos de consulta y de espera, privacidad, resultados de la atención, accesibilidad y calidad de las instalaciones de los servicios de salud, así como habilidades del médico. No obstante, la satisfacción ha sido valorada sólo desde la perspectiva del prestador de servicios y no se ha incorporado al usuario³⁵.

3.3 CARACTERISTICAS GEOGRAFICAS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DEL HUN

El acceso geográfico vehicular al Departamento del Huila se realiza por el Norte con el interior del País, a través de una vía Nacional que conecta a la Zona Surcolombiana con todo el territorio Colombiano, articulando al Departamento con los Departamentos del Tolima, Cundinamarca y Bogotá, esta vía atraviesa el Departamento partiéndolo en dos a la margen del Rió de la Magdalena y pasando por Neiva, ciudad capital que cuenta con una ESE Hospital Universitario “Hernando Moncaleano Perdomo” de Mediano y Alto Grado de Complejidad, siguiendo hacia el sur pasa por la ciudad de Garzón en la cual se localiza una ESE Hospital Departamental “San Vicente de Paúl” de Mediano Grado de Complejidad y más hacia el sur se conecta con la ciudad de Pitalito encontrando la ESE Hospital Departamental “San Antonio de Mediano Grado de Complejidad, estas dos ciudades son las más importantes del Departamento, siguiendo con la vía nacional saliendo a la Zona Surcolombiana a los Departamentos de Caquetá, Cauca y Putumayo.

En el centro del Departamento se bifurca la vía Nacional hacia la parte sur-occidente del Departamento, vía que pasa por la cuarta ciudad de La Plata, donde se encuentra la ESE Hospital Departamental San Antonio de Padua de Mediano Grado de Complejidad, saliendo al Departamento del Cauca.

³⁵ LAVIELLE-SOTOMAYOR, María del Pilar, Satisfacción con la atención a la salud, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 129-134. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A120.pdf
Consultado 15 de mayo de 2009

Como se había expresado anteriormente el recorrido por el Departamento la Vía Nacional se encuentra paralela al Río de la Magdalena, su camino por el Departamento es de aproximadamente cuatro (4) horas³⁶.

3.4 CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HUN

El servicio de consulta externa del Hospital Universitario Hernando Moncaleano cuenta con un total de 34 consultorios distribuidos entre las diferentes especialidades que se encuentran ubicados de la siguiente forma³⁷:

Los primeros 18, enumerados de manera consecutiva del 101 al 118, se encuentran ubicados al interior del servicio de consulta externa; es de aclarar que sólo algunos de estos consultorios son asignados permanentemente a determinadas especialidades y programas tales como 101 – 102 Oftalmología, 115 Urología, 116 Otorrinolaringología, 117 Maxilofacial, 118 Ortopedia, el resto de consultorios se distribuyen de manera rotativa entre las diferentes especialidades; los consultorios 121 – 122 ubicados en el área de medicina física y de rehabilitación están asignados para fisioterapia; el consultorio 123 está asignado para eventos obstétricos de alto riesgo; el consultorio 124 se encuentra ubicado en el área de endoscopias; los consultorios 125, 126, 127, 128 y 129 se hallan en el área adyacente a la unidad mental; el consultorio 130 está en la unidad renal, que se halla en el segundo piso del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; el consultorio 131 está en el instituto cardiovascular ubicado en el segundo piso del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; los consultorios 132 y 133 se encuentran ubicados en la unidad de Neurofisiología del Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo; el consultorio 134 se encuentra ubicado en el cuarto piso para el programa canguro.

Adicional a esto cuenta con una oficina para el Profesional de Enfermería del Servicio, una oficina para el Coordinador de Servicios Ambulatorios, dos baños, uno para dama y el otro para caballeros, una oficina para los funcionarios del área de facturación subdividido en cuatro módulos para asignación de citas y cuatro módulos para facturación y un laboratorio para toma de muestras.

³⁶ GOBERNACIÓN DEL HUILA, NEIVA, Conformación General de las Redes de Salud del Departamento del Huila, Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud del Departamento de Huila, , Enero de 2008 pág. 7, 8

³⁷ ARIAS, Luz Marina, Guías de Inducción y reinducción para el personal de enfermería del servicio de consulta externa “HUHMP”, División de Servicios Ambulatorios, Neiva 2009

El servicio de consulta externa cuenta con una oferta completa de especialidades y programas como: Anestesia, Cardiología adultos, Cardiología pediátrica, Cirugía general, Cirugía plástica, Cirugía pediátrica, Cirugía de tórax, Cirugía de cabeza y cuello, Cirugía gastrointestinal, Cirugía maxilofacial, Cirugía de seno, Dermatología, Endocrinología, Gastroenterología, Genética humana, Ginecología y obstetricia, Ginecología oncológica, Inmunología, Hematología, Medicina física y de rehabilitación, Medicina interna, Nefrología, Neonatología, Neumología, Neumología pediátrica, Neurocirugía, Neurología, Nutrición y dietética, Oftalmología, Oncohematología, Ortopedia, Otorrinolaringología, Patología infecciosa, Pediatría, Pediatría perinatal y neonatal, Psicología y programas como Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia (IAMI) y Plan Canguro.

En promedio en el servicio de consulta externa se atienden más de 200 usuarios diariamente distribuidos en las diferentes especialidades.

De acuerdo a información del departamento de estadística de la institución, para el año 2008, se atendieron 94657 usuarios que en promedio diariamente representan aproximadamente 259 personas al día.

Consulta externa cuenta con tres salas de estar: la primera ubicada en la parte externa del servicio (frente a los módulos para acceder a citas), la segunda se encuentra ubicada en la parte interna del servicio frente a los módulos de facturación y cuenta con un televisor, la tercera igual que la anterior se encuentra al interior del servicio ubicada frente a los consultorios e igualmente cuenta con un televisor.

Existe un modulo de información en la parte externa del servicio, un cubículo destinado a la toma de muestras para laboratorio y entrega de resultados de estos, dos oficinas una destinada al Coordinador de área y otra de la enfermera profesional.

3.4.1 Personal del servicio de consulta externa del HUN. En la actualidad el servicio de consulta externa cuenta con personal de planta y de contrato. El personal de planta lo conforman un (1) coordinador medico de los servicios ambulatorios y tres (3) auxiliares de enfermería. Por sistema de contratación cuenta con quince (15) auxiliares de enfermería y una (1) enfermera profesional.

Todos los días la apertura del servicio se realiza a las 5:45 am por la enfermera profesional y 2 auxiliares de enfermería previamente asignados en el cuadro de turno.

La enfermera profesional cumple un horario de 5:45 am a 1:00 y de 2:30 pm a 7:00 pm, mientras que las auxiliares de enfermería asignadas para los consultorios llegan de 6:00 y otras a las 7:00 y 9:00 am dependiendo del cuadro de turno.

Una auxiliar de enfermería en cada turno realiza funciones varias que consisten en: solicitar las historias clínicas al archivo y entregarlas en el consultorio que se requieran, asistir y participar en la consulta medica, llamar al usuario para que ingrese a la consulta, orientar al usuario sobre los diferentes procesos a seguir, verificar y registrar en el RIPS el numero de la factura y si es el caso el nuevo numero de la historia clínica y que se encuentre consignada la firma del medico que realizo la consulta.

El personal de enfermería de planta labora 9 horas diarias de lunes a jueves y los viernes 8 horas para cumplir un total de horas al mes de 176; el personal de enfermería de contrato labora de lunes a viernes para un total de 160 horas laboradas al mes.

3.4.2 Normas para la prestación de servicios de salud en el HUN

3.4.2.1 Hospitalización. De acuerdo al plan de manejo que el médico especialista defina, él realizará la orden de hospitalización con documentos necesarios para el proceso a realizar como son la orden de laboratorios, la fórmula médica, la evolución y en caso de cirugía debe ir la orden de cirugía con los otros materiales que se requieren.

El orientador (Auxiliar enfermería) se encarga de ubicar al usuario y su familia de acuerdo a las órdenes entregadas por el médico especialista y le solicita 3 fotocopias del documento de identidad del usuario, del carné de seguridad social (SOAT en caso de ser por accidente de tránsito) u hoja de vinculado y organiza tres paquetes con estos documentos.

La enfermera jefe de servicio de consulta externa hace la solicitud a la enfermera jefe del servicio a donde irá el usuario. Se hace la asignación de la cama según la patología y/o especialidad y disponibilidad. La auxiliar se encarga de ordenar la historia clínica y realizar la apertura de la cuenta de la historia con el usuario o un familiar del usuario.

La enfermera jefe del servicio de consulta externa revisa que todos los documentos del usuario estén en regla y que las órdenes estén firmadas; gestiona procesos pendientes tales como laboratorios, medios diagnósticos, suministros de materiales para cirugía, entrega de documentos para la programación de de cirugía, entre otros.

La enfermera jefe de servicio de consulta externa o en su defecto la auxiliar de enfermería verifica la apertura de la cuenta y realiza la nota SOAP en la historia del usuario. Asimismo acompañan al usuario y un familiar hasta el servicio donde le fue asignada cama según patología y/o especialidad.

La enfermera jefe del servicio o la auxiliar hacen entrega de los documentos de historia clínica nueva: orden de hospitalización, evolución médica, laboratorios (los realizados y los pendientes), la evolución de enfermería y la historia antigua además del documento de identidad, del carné de salud, (SOAT en caso de ser por accidente de tránsito) u hoja de vinculado; además explica a la enfermera del servicio del estado de salud del usuario y los pendientes a realizar.

Las citas cuando el usuario es remitido de otra institución las debe tramitar cada ARS a través de los gestores sociales. Las citas de los vinculados y desplazados de Neiva las solicitan directamente en el hospital en los horarios de atención de citas 6:00 am a 9:00 pm. Las citas de control de los usuarios de Neiva se solicitan directamente en el hospital. Las citas de control de los usuarios de los municipios las solicitan por medio de las ARS. Las citas por primera vez o de control para los vinculados y desplazados de los municipios las deben tramitar por medio de la Secretaria de Salud o el Hospital del Municipio. Las citas para los municipios las tramitan los Gestores Sociales de las ARS de cada municipio por medio del fax.

Las EPS atienden para la asignación de citas en la ventanilla No. 4 o telefónicamente, los horarios de atención en la ventanilla es de lunes a jueves de 6:30 am a 12:00pm y de 2:30 pm a 5:30 pm., y los viernes de 6:30 am a 12:00pm y de 2:30 pm a 4:30 pm.

En el hospital debido al incumplimiento en la asistencia de los pacientes a las consultas médicas especializadas, se está manejando la modalidad de las citas de reemplazo la cual se está gestionando de la siguiente forma:

Estas citas se asignan a los pacientes que la requieran verdaderamente con prioridad y acepten las condiciones de la cita. Se manejan dos libros para la recepción de los datos de los usuarios; uno para los usuarios vinculados y otro para los contributivos y particulares. Se le revisan los documentos que necesite para la cita y si los tiene completos se registran los datos en el libro correspondiente. Se explica que la cita es de reemplazo y que debe tener paciencia pues será atendido cuando falte algún paciente de los programados en el RIPS. Se le da el formato de cita de reemplazo con la fecha, hora, especialidad y el consultorio correspondiente. El día de la cita se deberá presentar en el consultorio con los documentos y el formato de cita de reemplazo a la hora indicada. Cuando sea oportuno la auxiliar de enfermería los enviara a facturar³⁸.

³⁸ ARIAS, Luz Marina, Guías de Inducción y reinducción para el personal de enfermería del servicio de consulta externa "HUHMP", División de Servicios Ambulatorios, Neiva 2009

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó una investigación descriptiva cualitativa, de tipo fenomenológica, que permitió una aproximación a las vivencias y percepciones de los usuarios de consulta externa del HUN en relación con el acceso a los servicios de salud.

4.2 POBLACION

La población estuvo conformada por los usuarios que solicitaron atención en el servicio de consulta externa de la E.S.E. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo durante los meses de julio, agosto, septiembre y octubre de 2009. Según la oficina de estadística de la institución, en promedio, se atienden 259 usuarios al día. Al multiplicar el número de usuarios por el número de días en los que se recogió la información, se calculó una población aproximada de 21.756 personas.

4.3 MUESTRA

Para el desarrollo de la presente investigación, se tomó una muestra por conveniencia de 31 usuarios, seleccionados entre las personas que solicitaban atención en el servicio de consulta externa del hospital universitario de Neiva. Ellas estaban lúcidas y tenían la mejor disposición para conversar acerca de su vivencia en el servicio de Consulta Externa del HUN.

4.4 CRITERIOS DE INCLUSION

- Personas adultas que solicitaron atención en el servicio de consulta externa en el período del estudio.
- Voluntarios a la participación y con disponibilidad, de por lo menos una hora, tiempo de duración aproximada de la entrevista.
- Firma del consentimiento informado y autorización para la grabación de la entrevista.

4.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Menores de edad o personas con limitaciones para establecer una conversación.
- Usuarios que por voluntad propia no decidieron participar en la investigación.

4.6 METODO-TECNICA-INSTRUMENTO

Para el cumplimiento de los objetivos y la recolección de datos de este estudio, se utilizó el método directo de encuesta, que permitió un acercamiento entre el investigador y el investigado.

La técnica empleada para la aplicación del instrumento fue la entrevista. El instrumento fue una guía de ítems orientadores de la conversación, la cual estuvo dirigida por los investigadores.

3.6.1 Confiabilidad y validez

3.6.1.1 Confiabilidad. Para la prueba de confiabilidad se realizaron cuatro entrevistas, ejercicio que permitió depurar algunos de los tópicos orientadores y determinar el tiempo aproximado de cada encuentro. Después de una semana, se entrevistó de nuevo a las mismas personas, método Test-Retest, obteniendo resultados similares.

3.6.1.2 Validez. Como hace referencia al grado en que las variables de los instrumentos logran medir verdaderamente lo que quieren medir, recurrimos a la validación del contenido ante dos docentes de la Universidad; uno del programa de Psicología con experiencia en el desarrollo de estudios cualitativos y otro, de Enfermería especialista en epidemiología, con amplia trayectoria en el campo investigativo y expertos en la temática de estudio.

La unidad de análisis estuvo constituida por el conjunto de las entrevistas transcritas que dieron origen a la categorización expuesta en los resultados.

La unidad de información la conformó cada una de las 31 personas que voluntariamente accedieron a la entrevista.

4.7 CONSIDERACIONES ETICAS

Conforme a lo establecido en la Resolución 8430/93, en el presente estudio prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de los participantes en el estudio. También se diligenció el consentimiento informado y por escrito de los sujetos que voluntariamente decidieron participar en el estudio; previo a la firma del formato respectivo, se explicaron los objetivos y la metodología de la investigación; asimismo se expuso lo relacionado con la garantía de confidencialidad de los datos.

El trabajo se realizó por personas con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, se contó con el acompañamiento de la docente asesora; además, se obtuvo autorización por parte del Comité de Ética de la Facultad de Salud y de la institución donde se realizó la investigación.

El estudio no representó riesgo alguno para los participantes ya que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales.

En atención al Código deontológico de la profesión de Enfermería se salvaguardó la dignidad, la integridad y los derechos de los seres humanos, como principios éticos fundamentales; no se trabajó con personas jurídicamente incapaces, privadas de la libertad, grupos minoritarios o de las fuerzas armadas, en las cuales ellos o sus representantes legales no pudieran otorgar libremente su consentimiento.

5. TABULACION, ANALISIS Y RESULTADOS

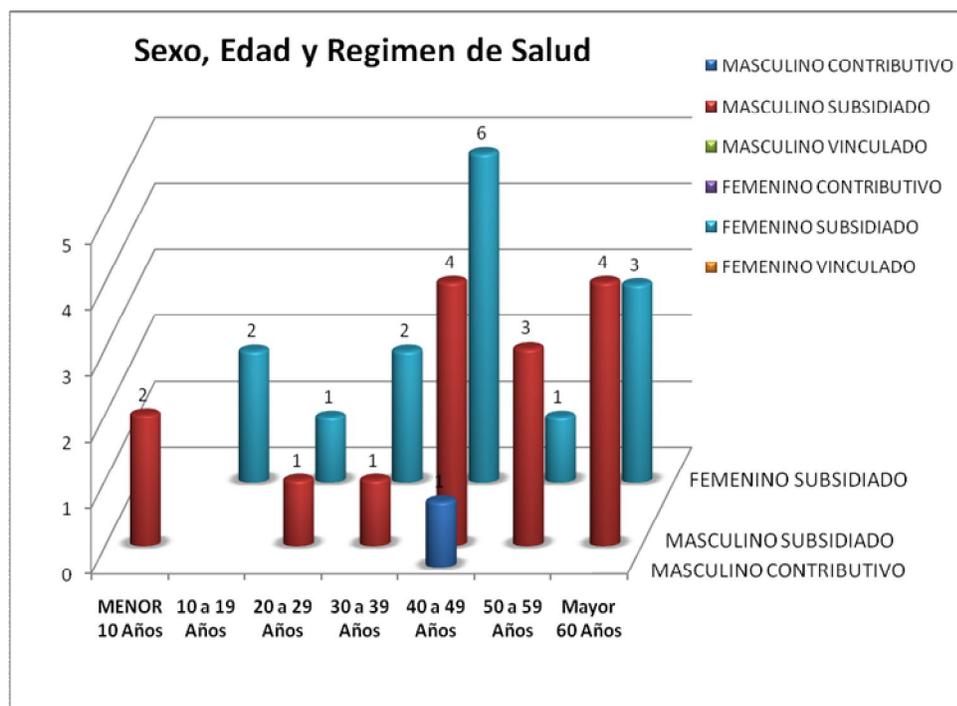
5.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

5.1.1 Relación de sexo, edad y régimen de salud de los participantes del estudio

Tabla 1. Relación sexo, edad y régimen de salud de los participantes del estudio

EDAD	MASCULINO			FEMENINO		
	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO	CONTRIBUTIVO	SUBSIDIADO	VINCULADO
MENOR 10 Años		2				
10 a 19 Años					2	
20 a 29 Años		1			1	
30 a 39 Años		1			2	
40 a 49 Años	1	4			6	
50 a 59 Años		3			1	
Mayor 60 Años		4			3	

Grafica 1. Relación sexo, edad y régimen de salud de los participantes del estudio



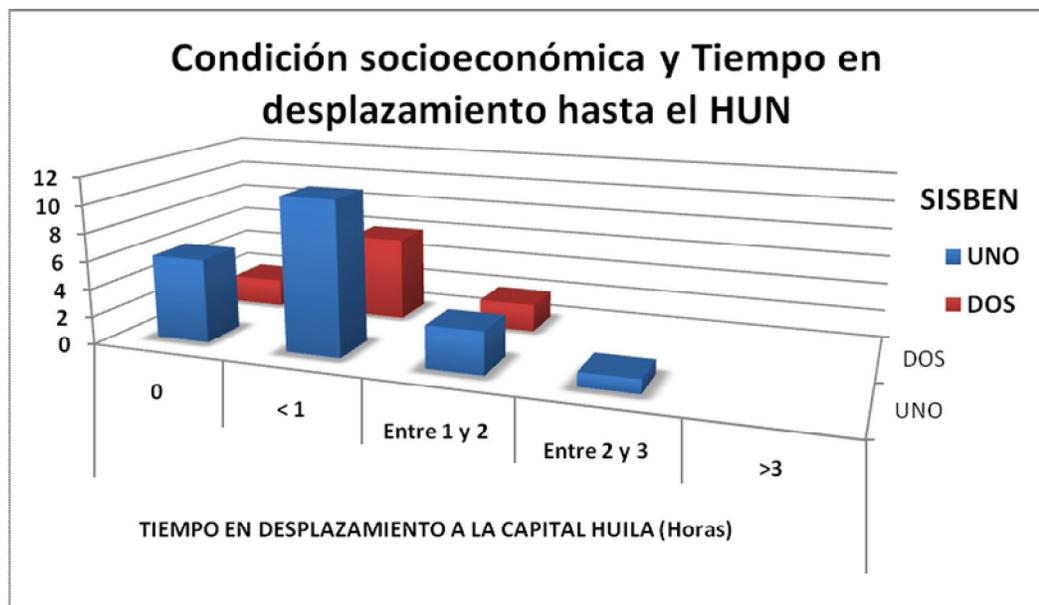
En su mayoría, la población participante del estudio que acudió a los servicios de consulta externa del HUN pertenecen al régimen subsidiado en salud; tan solo un usuario pertenece al régimen contributivo. Los hombres, en este grupo, constituyeron el grupo mayoritario. La distribución por edad se concentró en el grupo de mayores de 40 años. La grafica muestra que la gran mayoría de los usuarios no cuentan con recursos propios para sufragar los gastos de la atención en salud, están al margen de la formalidad laboral y se encuentran en el intermedio y final de la etapa productiva, hecho que agrava la economía personal, y aumenta la susceptibilidad a riesgos propios de la edad.

5.1.2 Condición socioeconómica y Tiempo de desplazamiento, en horas, hasta el HUN de los usuarios.

Tabla 2. Condición socioeconómica y Tiempo de desplazamiento, en horas, hasta el HUN de los usuarios.

NIVEL DE SISBEN	TIEMPO EN DESPLAZAMIENTO A LA CAPITAL HUILA (Horas)				
	0	< 1	Entre 1 y 2	Entre 2 y 3	>3
UNO	6	11	3	1	
DOS	2	6	2		

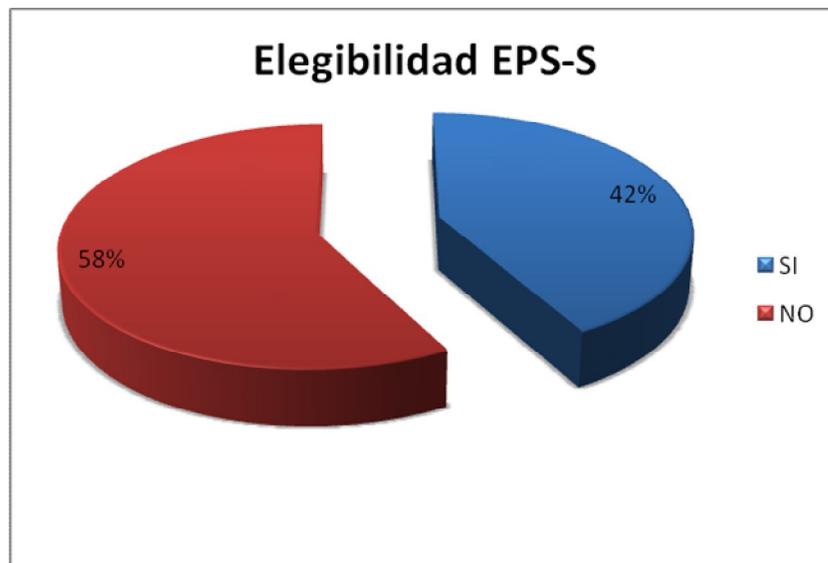
Grafica 2. Condición socioeconómica y Tiempo de desplazamiento, en horas, hasta el HUN de los usuarios.



El 74% de los usuarios del servicio de consulta externa del HUN que participaron en el estudio habitan fuera de la capital huilense; son personas de origen rural, campesinos en su mayoría, clasificadas por el SISBEN en los niveles 1 y 2, de condiciones económicas precarias, circunstancia que se complica si se tiene en cuenta que el desplazamiento hasta la capital del Huila les acarrea gastos de transporte, alimentación y de alojamiento, en algunas ocasiones. En promedio recorren algo más de 50 km para acceder a los servicios.

5.1.3 Ejercicio del derecho a elegibilidad de EPS-S

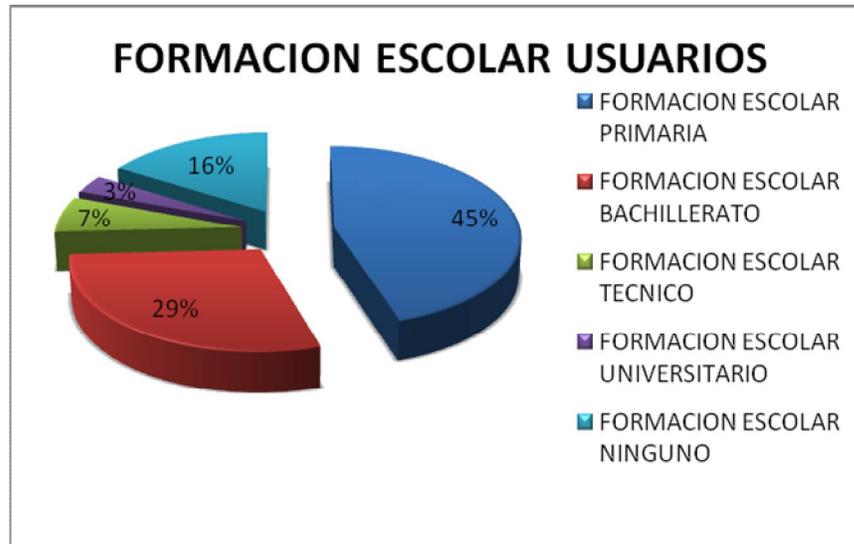
Grafica 3. Ejercicio del derecho a elegibilidad de EPS-S



Respecto al proceso de elegibilidad de EPS-S, Cerca del 60% de los entrevistados negaron cualquier oportunidad para la escogencia de EPS-s al momento de la afiliación a la empresa que actualmente los atiende. Ello indica el incumplimiento del derecho a Elegibilidad del que habla el CNSSS, Acuerdo número 244 de 2003, Capítulo III, Art. 11, DIARIO OFICIAL NO. 45.145 DE ABRIL 1 DE 2003, cuya protección está a cargo del ente territorial.

5.1.4 Formación escolar de los participantes del estudio

Grafica 4. Formación escolar de los participantes del estudio



Más de la mitad de los usuarios entrevistados cuentan con educación escolar de primaria, algunos incompleta y otros sin ningún nivel de educación. Esto puede estar asociado a las condiciones socioeconómicas, constituyéndose, el bajo nivel educativo, en factor de riesgo para la salud.

5.2 CATEGORIAS QUE SURGIERON DEL ESTUDIO

Para tener una aproximación a las percepciones y experiencias de los usuarios del servicio de consulta externa frente al proceso de atención en salud, se desarrolló un análisis cualitativo de los datos obtenidos que dieron origen a las categorías expuestas a continuación, luego de una operación que consiste en la reducción de datos permitiendo responder a una estructura sistemática, inteligible y significativa.³⁹

³⁹ RODRIGUEZ GOMEZ, Gregorio, GIL FLORES, Javier, GARCÉS JIMENEZ, Eduardo, Metodología de Investigación Cualitativa, Editorial Algibe, 1999, Pág. 205

Grafica 5. Categorías determinantes del acceso a los servicios de salud



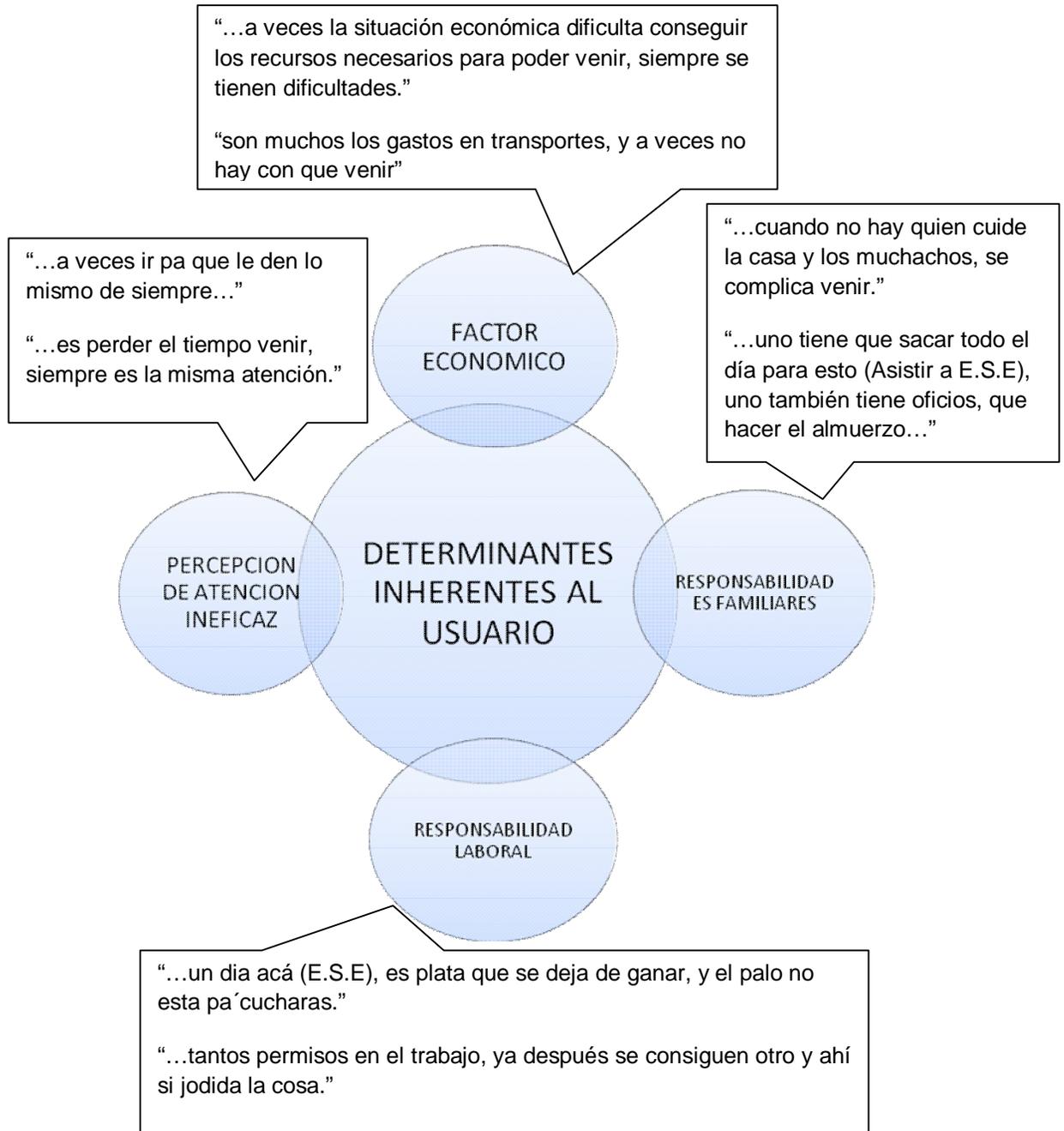
Acceso a los servicios de salud: Información referente a la satisfacción de las necesidades de atención en salud.

Categorías

- Determinantes inherentes al usuario: Factores propios de la persona que intervienen en el acceso a los servicios de salud.
- Atención de salud I nivel: Atención de salud suministrada en instituciones prestadoras de salud del nivel uno
- Solicitud atención especializada: Conjunto de acciones para conseguir cita consulta especializada
- Atención especializada: Atención suministrada por IPS de II y III nivel de atención como el HUN.
- Sentimientos de los usuarios frente a la atención recibida: Percepción de los usuarios frente a la atención

5.2.1 Determinantes inherentes a la persona: Factores propios de la persona que intervienen en el acceso a los servicios de salud.

Grafica 6. Determinantes inherentes a la persona



En la categoría respecto a las determinantes inherentes a la persona, se establecieron cuatro subcategorías que representan las principales dificultades en la búsqueda de atención en salud:

SUBCATEGORIAS

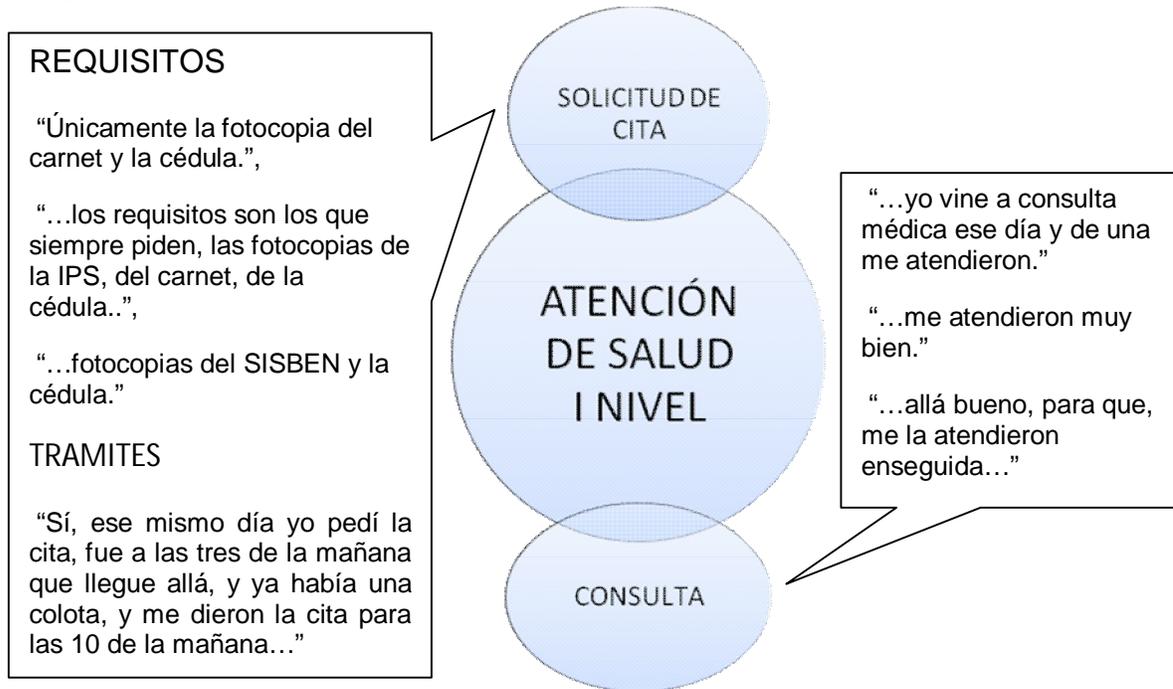
- **Factor económico:** Recursos económicos para cubrir gastos de atención en salud
- **Responsabilidades familiares:** Compromisos adquiridos con la familia que dificultan la búsqueda de atención de salud.
- **Responsabilidad laboral:** Responsabilidades adquiridas de tipo laboral que impiden la búsqueda de atención de salud
- **Percepción de atención ineficaz:** Creencias o conceptos sobre la atención ineficaz

Las barreras de tipo económico son uno de los aspectos predominantes que limitan el acceso a los servicios de salud. Algunas expresiones de los usuarios que corroboran esta apreciación: (U1) "...a veces la situación económica dificulta conseguir los recursos necesarios para poder venir, siempre se tienen dificultades.", (U28) "son muchos los gastos en transportes, y a veces no hay con que venir", (U30) "...así enfermo, sin trabajo, sin plata para los gastos...". También limitan el acceso a los servicios de salud los compromisos adquiridos en el hogar y el trabajo; este factor se constituye en un pilar fundamental que afecta la economía de las personas pertenecientes al régimen subsidiado: U(31) "...cuando no hay quien cuide la casa y los muchachos, se complica venir.", (U22) "...uno tiene que sacar todo el día para esto (Asistir a E.S.E), uno también tiene oficios, que hacer el almuerzo...", (U12) "...me toca madrugar, sacar tiempo para acompañarla y dejar de trabajar .", (U26) "...todo el día por acá, y sin ir a trabajar...", (U29) "...acá todo es un complique, toca sacar el día y no se puede ir a camellar..", (U27) "...el permiso en el trabajo era solamente hasta las 10 a.m. y nada que atienden...".

Antecedentes relacionados con dificultades o fallas en la atención, son otro aspecto que desmotivan a los usuarios en la búsqueda de atención en salud y por tanto se convierte en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud: (U10) "...me han citado ya tres veces, siempre que vengo me salen con el cuento de que los exámenes me salen bien, después me devuelven a Aipe y el médico de allá vuelve y me manda para acá; ya con esta son tres veces y no me resuelven nada...", (U16) "...a veces ir pa que le den lo mismo de siempre...", (U18) "...es perder el tiempo venir, siempre es la misma atención".

5.2.2 Atención de salud I nivel: Atención de salud suministrada en instituciones prestadoras de salud del nivel uno

Grafica 7. Atención de salud I nivel



Antes de llegar al hospital es necesario hacer un recorrido, en orden secuencial, de acuerdo a como está definida la red prestadora de servicios. En dicho recorrido pueden presentarse situaciones que limitan o facilitan el acceso a la atención de salud. A continuación se analizan dos subcategorías que contienen las experiencias y percepciones de los usuarios con respecto a las facilidades y dificultades para la accesibilidad a los servicios:

SUBCATEGORIAS

- **Solicitud de cita:** Requisitos y trámites para la obtención de cita en el primer nivel de atención
- **Consulta:** Requisitos y trámites para la atención en primer nivel de salud

Al momento de solicitar la cita para la atención en salud en las IPS de primer nivel, los usuarios manifestaron que les piden fotocopias de documentos de identificación, carnet de aseguramiento o SISBEN, como requisitos indispensables para la asignación de la cita: (U4) “Únicamente la fotocopia del carnet y la cédula.”, (U5) “...los requisitos son los que siempre piden, las fotocopias de la IPS, del carnet, de la cédula.”, (U6) “...fotocopias del SISBEN y la cédula.”, (U7) “El carnet y fotocopia del carnet y la cédula.”, (U9) “Los requisitos que piden son solamente las fotocopias de siempre”, (U10) “...fotocopias... de la cédula y del carnet”, (U15) “Si, fotocopias del carné y de la cédula... Aquí en el hospital de Neiva y en Tello también.”, (U17) “...fotocopia de la cédula, fotocopia del SISBEN..del carnet..eso no más..y la fotocopia de la remisión...”, (U23) “..fotocopia del carnet y el registro civil.”, (U24) “...fotocopia del carnet, la fotocopia de la cédula.”

De acuerdo a la norma establecida para la verificación de derechos de los usuarios, Decreto 4747/07 en su artículo 11, no podrá exigirse al usuario copias, fotocopias o autenticaciones de ningún documento. Es apreciable esta práctica ilegal en las instituciones de primer nivel, trasladando las responsabilidades administrativas de verificación al usuario, lo que promueve la dificultad para el fácil acceso a los servicios de salud y satisfacción de sus necesidades de atención.

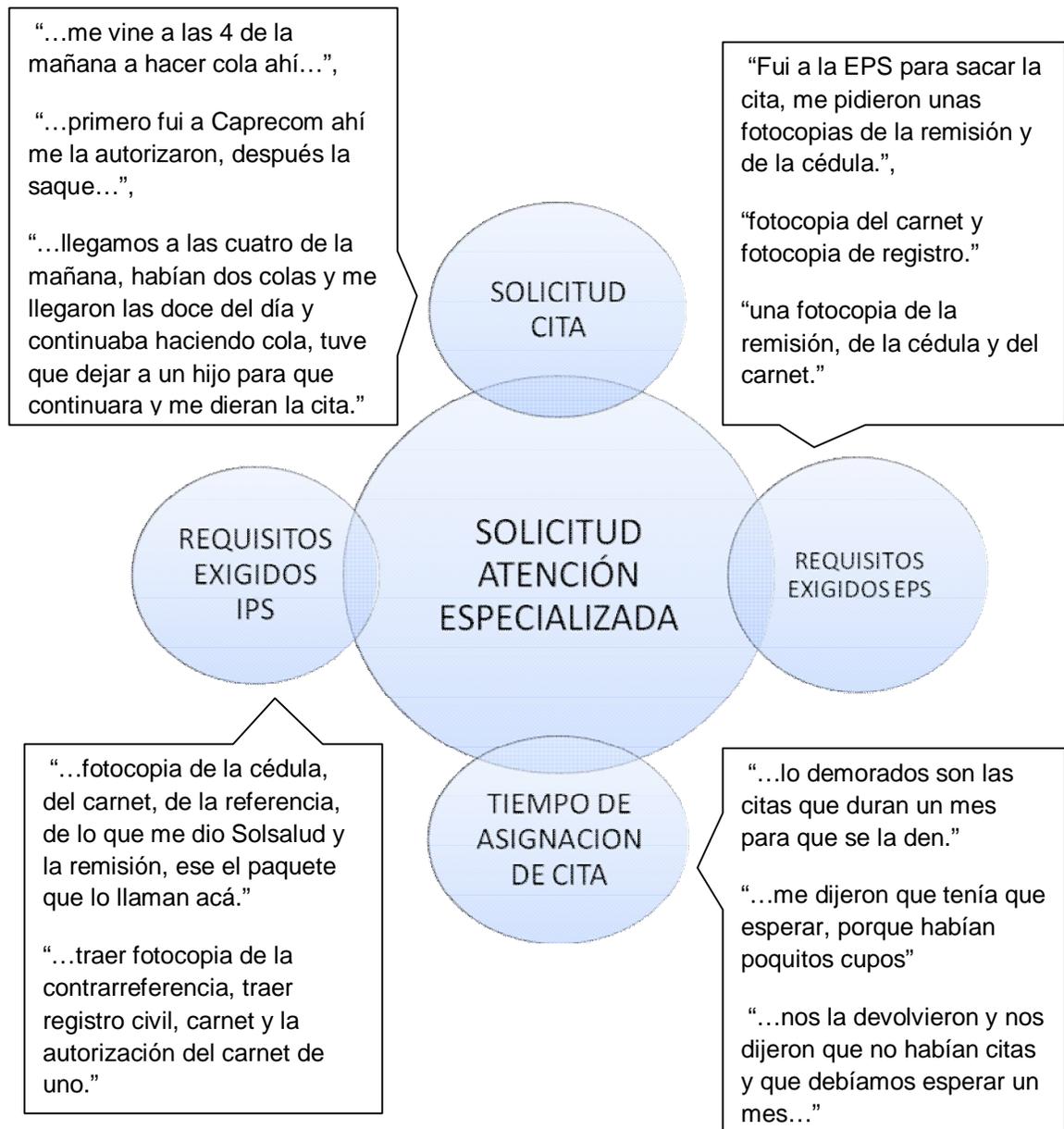
Además de requisitos injustificados, existen barreras de “tramitología” relacionadas con la facilidad para la obtención de la cita: (U7) “Sí, ese mismo día yo pedí la cita, fue a las tres de la mañana que llegue allá, y ya había una colota, y me dieron la cita para las 10 de la mañana...”.

En algunas instituciones prestadoras de primer nivel, en su mayoría rurales, los usuarios refirieron facilidades y agilidad para la obtención de la cita, y requerimientos enmarcados dentro de normatividad, como lo es la solicitud de carnet de seguridad o documento de identificación para su asignación: (U13) “No nada, solo que fuera y ya”, (U3) “Los documentos no más.” (U2) “, para sacar cita solo el carnet.”

En la consulta, la atención fue oportuna y buena, según lo referido por los entrevistados y en general los trámites son mínimos y sencillos: (U4) “...yo vine a consulta médica ese día y de una me atendieron.”, (U6) “...me atendieron muy bien.”, (U9) “...allá bueno, para que, me la atendieron enseguida...”, (U23) “...nosotros llegamos a las siete y media de la mañana y ya la enfermera estaba recibiéndonos la papelería, una vez nos dan la cita y la médica está atendiendo a partir de las ocho de la mañana hasta medio día.”.

5.2.3 Solicitud atención especializada: Conjunto de acciones para conseguir cita consulta especializada

Gráfica 8. Solicitud de atención especializada



En el recorrido hacia la atención especializada, los usuarios manifestaron dos momentos significativos que determinaban su acceso. La solicitud de la cita comprendió el primero, y de él se obtuvieron las siguientes subcategorías:

SUBCATEGORIAS

- **Solicitud de cita:** Requisitos y trámites exigidos para obtención de cita para consulta de atención de II, III nivel de atención.
- **Requisitos EPS:** Requerimientos exigidos por la EPS para la prestación de los servicios en salud.
- **Tiempo asignación cita:** Periodo de tiempo para la asignación de la cita.
- **Requisitos E.S.E:** Requerimientos exigidos por el HUN para prestar atención.

Las dificultades referidas por los usuarios en materia de requisitos para la solicitud de la cita, fueron la solicitud de fotocopias: (U5) "...fotocopia de la cédula, del carnet, de la referencia, de lo que me dio Solsalud y la remisión, ese el paquete que lo llaman acá.", (U23) "...traer fotocopia de la contrarreferencia, traer registro civil, carnet y la autorización del carnet de uno."

Los requisitos exigidos por las EPSs que limitan el acceso a la atención de salud fueron los relacionados con la exigencia de trámites para la autorización de la atención que implica en los usuarios desplazamientos: (U13) "Fui a la EPS para sacar la cita, me pidieron unas fotocopias de la remisión y de la cédula.", (U23) "fotocopia del carnet y fotocopia de registro." (U25) "una fotocopia de la remisión, de la cédula y del carnet."; retraso en la atención relacionada con trámites para la obtención de la cita: (U14) "...tenía que esperar porque habían poquitos cupos..."; y dificultades que tiene que ver con la cobertura, atención de servicios y red prestadora: (U10) "...estas citas nos las dan de emergencia, de un día para otro, pero cuando ellos dicen que no es una urgencia, entonces nos dicen que paguemos para que nos despachen más ligero."

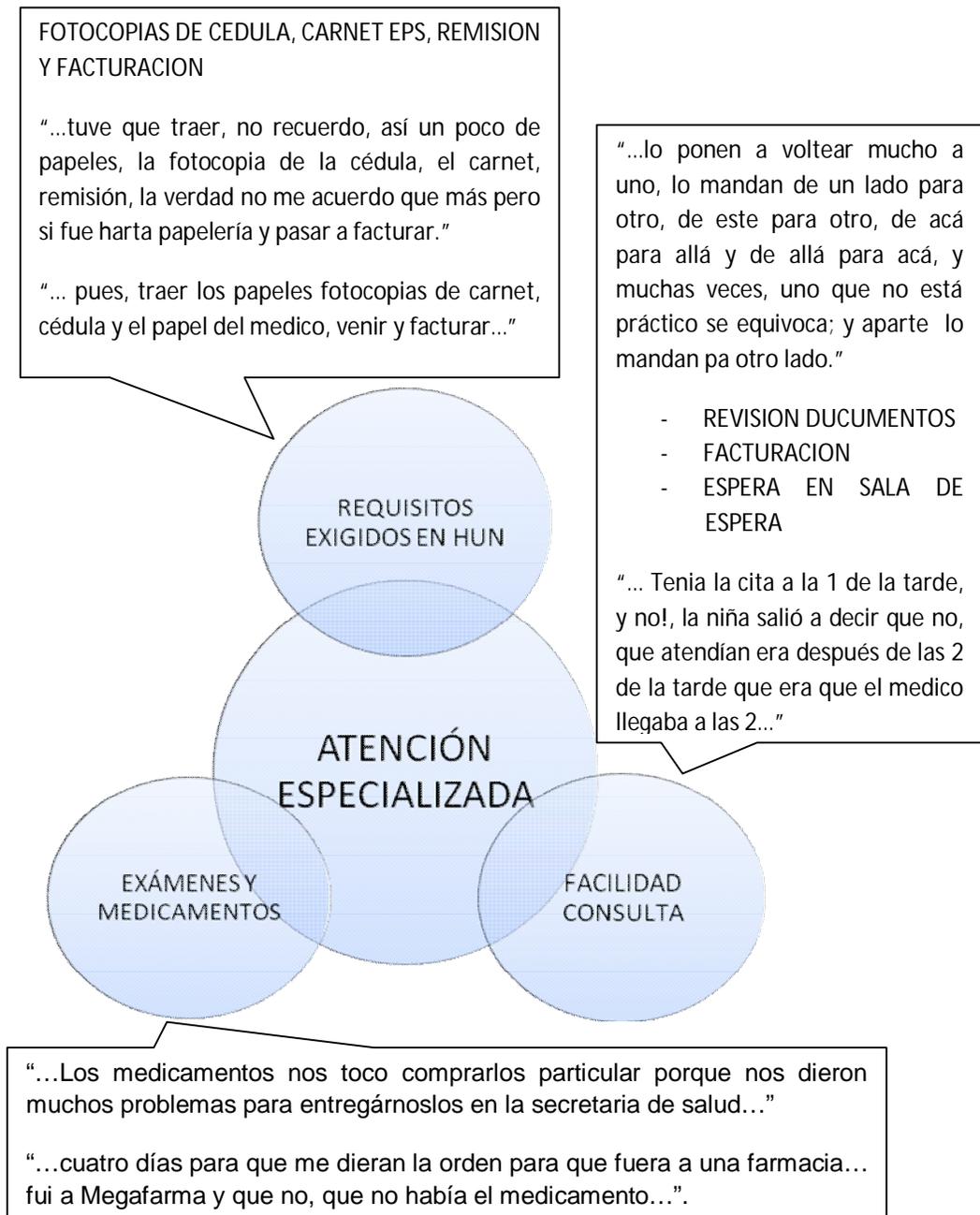
Los principales impedimentos de los usuarios para la obtención de la cita se presentan con el trámite que deben realizar. Es un procedimiento confuso, largo y agotador, que requiere amplia disponibilidad de tiempo por parte de los usuarios para efectuarlo: (U5) "...Vine al otro día al hospital, y aquí en el hospital que hiciera el paquete, hice el paquete, y que volviera a los 8 días, vine a los 8 días, y que no, que no había, y así me tuvieron, y después me dieron un número telefónico y tampoco, llamaba, llamaba y nada.", (U7) "...me vine a las 4 de la mañana a hacer cola ahí...", (U23) "...primero fui a Caprecom ahí me la autorizaron, después la saque...", (U24) "...llegamos a las cuatro de la mañana,

habían dos colas y se me llegaron las doce del día y continuaba haciendo cola, tuve que dejar a un hijo para que continuara y me dieran la cita.”

Al trámite engorroso para la obtención de la cita, se suman las demoras en la asignación de la cita y los pocos cupos disponibles de las mismas, que dilatan la oportuna atención de las necesidades de salud de los usuarios: (U8) “...lo demorados son las citas que duran un mes para que se la den.”, (U13) “...me dijeron que tenía que esperar, porque habían poquitos cupos”, (U14) “...Lo que nos dijeron era que no habían cupos, entonces cuando el médico colocó prioritario, pues ahí sí nos llamaron a los 20 días, y nos dijeron que el 19 teníamos la cita”, (U25) “...como mes y medio aproximadamente y tenía que esperar porque son poquitos comunicados...”, (U12) “...la dificultad en la sacada de la cita, porque a veces uno llega tarde y ya no alcanza la cita, la atención no porque siempre le toca a uno que esperar.”, (U14) “...nos la devolvieron y nos dijeron que no habían citas y que debíamos esperar un mes...”, (U15) “...alcanzaban los cupos que reparten en el mes...”, (U19) “...yo cada nada llamaba y nada, que no había salido la cita...”, (U20) “...yo hice una cola inmensa para sacar la cita...”, (U23) “si uno llega más tarde ya no hay cita entonces uno se viene; por ejemplo yo me vengo a las cuatro de la mañana, llego la saco y cuando quedan pues se la dan a uno, cuando no, espere al otro mes para que le den la cita”

5.2.4 Atención especializada: Atención suministrada por IPS de II y III nivel de atención como el HUN.

Gráfica 9. Atención especializada



En la atención de salud especializada, tres subcategorías representan las principales barreras para el acceso a los servicios de salud de alta complejidad:

SUBCATEGORIAS

- **Requisitos exigidos en HUN:** Requerimientos exigidos en HUN para la consulta con el especialista
- **Facilidad consulta:** Oportunidad en la consulta con el especialista.
- **Exámenes y medicamentos:** Facilidad para acceder a exámenes y medicamentos

La consulta para la atención representa el escenario primordial para la exigencia de requisitos injustificados e ilegítimos jurídicamente a los usuarios. Las fotocopias de documento de identidad, carnet de salud y remisiones son las más solicitadas: (U1) "...fotocopia de cédula y carnet, eso es lo que le piden a uno.", (U2) "...me pidieron el carnet, la historia clínica y la cedula, fotocopia de todas estas tres cosas.", (U4) "Únicamente los mismo documentos, fotocopias del carnet, la cita, la cedula, no mas.", (U8) "...me exigieron fotocopia de la remisión, el carnet, la cédula...", (U9) "...solamente las fotocopias.", (U15) "...si, fotocopia del carné y de la cédula.", (U20) "...las fotocopias de los documentos y las ordenes porque no se pueden dejar los originales...", (U21) "...la cedula, el carnet...fotocopias de esos documentos y de las ordenes...", (U22) "...Fotocopia de la cedula, fotocopia de la remisión, fotocopia carnet de salud.", (U24) "...la referencia, fotocopia de la cedula y el carnet."

Y paralelo a las exigencias de fotocopias, los usuarios deben llevar a cabo una serie de complicados pasos para legalizar la consulta y obtener la atención, muchas veces desgastantes teniendo en cuenta la presencia de una alteración de base en la salud de estos usuarios: (U2) "...allá en la entrada un muchacho que es mono, él me dio un número de ficha para que viniera a facturar, en facturación una cola, como unas 50 personas, por eso le digo que cuando ya faltábamos como unas tres personas, para llegar a la ventanillas a la muchacha le pareció fácil irse y dejarnos después de hacer ese poconon de filas ahí, y se demoró como 45 minutos.", (U4) "...lo ponen a voltear mucho a uno, lo mandan de un lado para otro, de este para otro, del para allá y para acá, y muchas veces, uno que no está bien práctico se equivoca de parte y lo mandan para otro...", (U5) "...Por la mañana me mandaron a facturar, facturé, y me pasaron para acá... siempre hay mucha gente, hay harto personal haciendo fila para facturar... esta mañana había

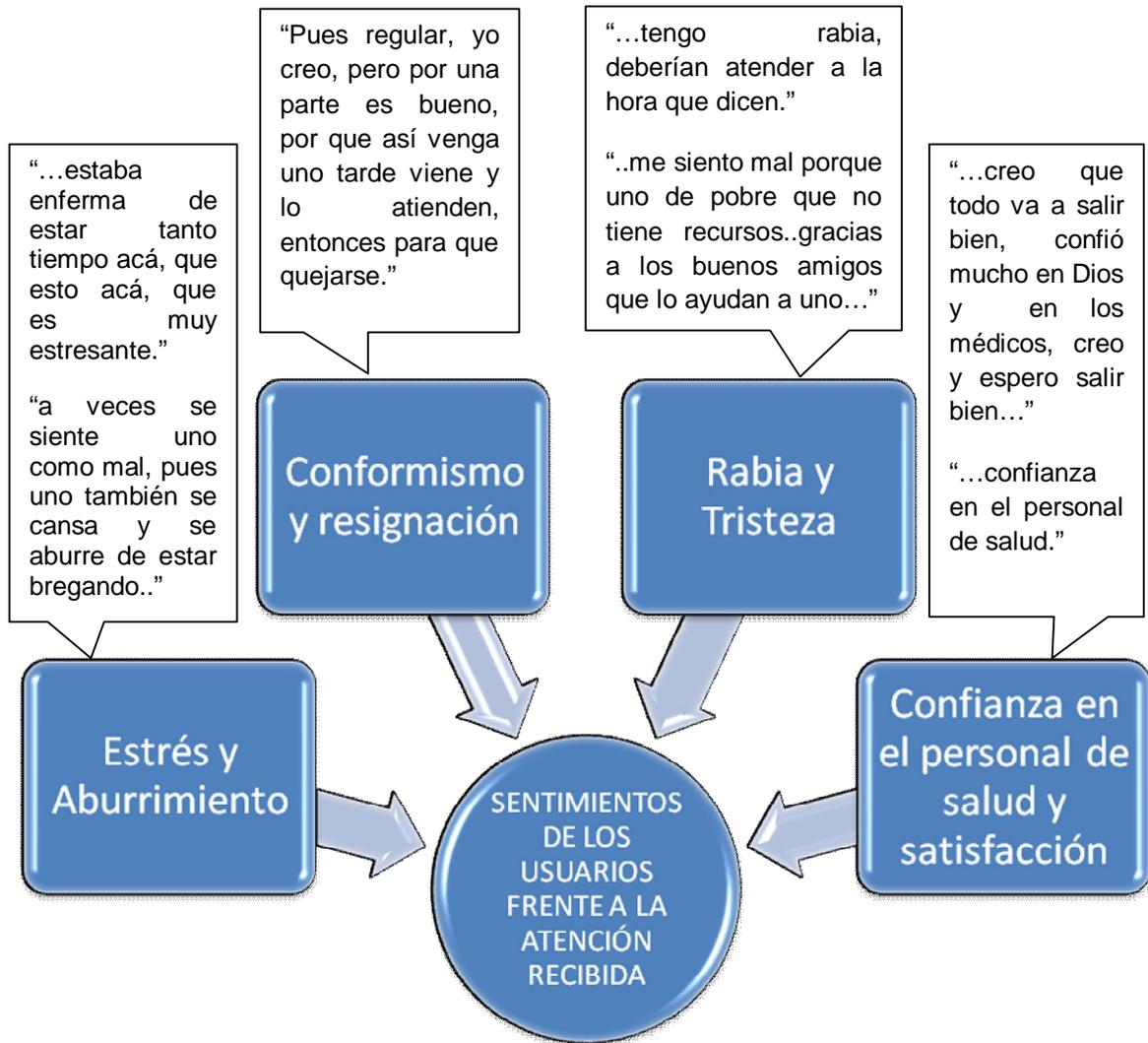
2 colas, la 2 y la 3, para facturar...”, (U6) “Es un procedimiento algo aburridor, puesto que tenemos hartos pendientes de hacer facturaciones, y eso es obvio que toca que esperar porque somos muchos, y pues cuando hay pocos se pasa rápido, pero toca seguir los reglamentos, hacer cola y esperar”, (U8) “...la facturación es demoradita, pues como te contaba, son para muy poquitas personas las que hacen eso, tenía la cita a las 7:30 y había pasado como una hora u hora y media, no sé, y todavía no había entrado...”, (U9) “...sabía que tenía que venir a hacer tres filas una para que me dieran una ficha, otra para ir a facturación y otra para ir a pagar...”, (U10) “...hacer cola son tres colas las que uno tiene que hacer acá.”, (U13) “...es un poquito difícil y más para uno que viene de pueblo.”, (U23) “...ya para que a uno lo vea el médico, hoy me tocaba a la una y cuarto y me toca venirme antes de las doce por que uno tiene que hacer tres colas...”.

El retraso en la atención, debido muchas veces a la impuntualidad con las citas programadas por parte de la institución, es un aspecto que genera malestar y conceptos negativos con respecto a la atención en los usuarios que lo predisponen a objeciones para la búsqueda posterior de atención y por ende constituye una barrera para el acceso a los servicios de salud: (U1) “Llegué a las ocho... la cita es a las 10... son las 10 y aún no me atienden.”, (U2) “...pésimo porque llegue aquí a las 11 de la mañana y supuestamente tenía la cita a la 1 de la tarde y a las 3 y media me vinieron atendiendo.” Y “...tenía la cita a la 1 de la tarde, y la niña le salió a decir que no, que atendían era después de las 2 de la tarde que era que el médico llegaba después de las 2...”, (U4) “Ese día llego las 8 a.m., a las nueve era la cita, A qué hora lo atendieron? A las 10:30 a.m.”, (U10) “...desde las cuatro de la mañana coger el primer colectivo que viniera para estar aquí a las 6 porque la cita supuestamente estaba a las 7 de la mañana pero es la fecha que son las 9 y no”.

Existen obstáculos para el acceso a los medicamentos, especialmente para aquellos que no se encuentran contenidos en el POS, en menor medida están los exámenes diagnósticos: (U3) “...Los medicamentos nos toco comprarlos particular porque nos dieron muchos problemas para entregárnoslos en la secretaria de salud...”, (U4) “...muestras de sangre, pero el sábado que vine no estaban sacando las muestras...”, (E20) “...cuatro días para que me dieran la orden para que fuera a una farmacia... fui a Megafarma y que no, que no había el medicamento...”.

5.2.5 Sentimientos de los usuarios frente a la atención recibida: Percepción sentida de los usuarios frente a la atención

Grafica 10. Sentimientos de los usuarios frente a la atención recibida



Todo este proceso que deben adelantar los usuarios para alcanzar los beneficios de la atención en salud, generan múltiples sentimientos que en gran medida explican la percepción real de la atención recibida:

SUBCATEGORIAS

- **Estrés y aburrimiento:** Sensación de duras exigencias que producen indisposición y cansancio.
- **Conformismo y resignación:** Sensación de adaptación y tolerancia a los obstáculos para la atención
- **Rabia y tristeza:** Sensación de disgusto y tristeza.
- **Confianza en el personal de salud:** Sensación de seguridad en las capacidades profesionales del personal de salud

Las percepciones y sentimientos manifestados por los usuarios son producto de las diferentes circunstancias vividas por ellos durante el proceso de atención en salud.

El estado emocional depende de la situación o contexto específico que experimente el usuario, conocido en el proceso de atención de salud como las acciones que intervienen en el acceso a los servicios de salud.

El Estrés y el aburrimiento son expresiones de frustración y cansancio causado por disgustos o molestias originadas por dificultades en la atención y al comparar ligeramente con los resultados de las dos primeras categorías, existe relación justificada para este tipo expresiones emocionales: (U1) “a veces se siente uno como mal, pues uno también se cansa y se aburre de estar bregando..”, (U2) “...estaba enferma de estar tanto tiempo acá, que esto acá, que es muy estresante.”, (U5) “...Muy cansón, muy estresante.”, (U13) “Siempre como un poquito despistado...”, (U16) “Mi sentimiento es de preocupación porque estamos ocupando mucho tiempo que yo también lo necesito..

Otra expresión emocional que denota importancia es la aceptación de las dificultades como normalidad, y adaptación a las condiciones adversas para el acceso a la atención en salud. Conformismo y resignación: (U4) “Pues regular, yo creo, pero por una parte es bueno, por que así venga uno tarde viene y lo atienden, entonces para que quejarse.”.

El enojo es otra expresión de los usuarios y lo acompañan con sentimientos de tristeza, que fundan en las dificultades presentadas para acceder a la atención en salud. Rabia y Tristeza: (U11) "...tengo rabia, deberían atender a la hora que dicen.", (U15) "..me siento mal porque uno de pobre que no tiene recursos..gracias a los buenos amigos que lo ayudan a uno...", (U17) "...mal con Solsalud por la pérdida de los papeles...", (U18) "...me molesta un poco que uno pagando una EPS como Saludcoop, lo manden a uno a un hospital para que lo atienda un especialista, habiendo muchos especialistas en el centro con sus propios consultorios...", (U24) "...Pues me siento como triste, pero no sé, si porque somos del campo o de estrato bajo, pero la atención para nosotros es tan mediocre y yo creo que nosotros los del campo también merecemos ser bien atendidos. Hay personas muy buenas para atenderlo a uno, en cambio hay otras con las que uno se siente como rechazado, como maltratado de pronto por muchas personas."

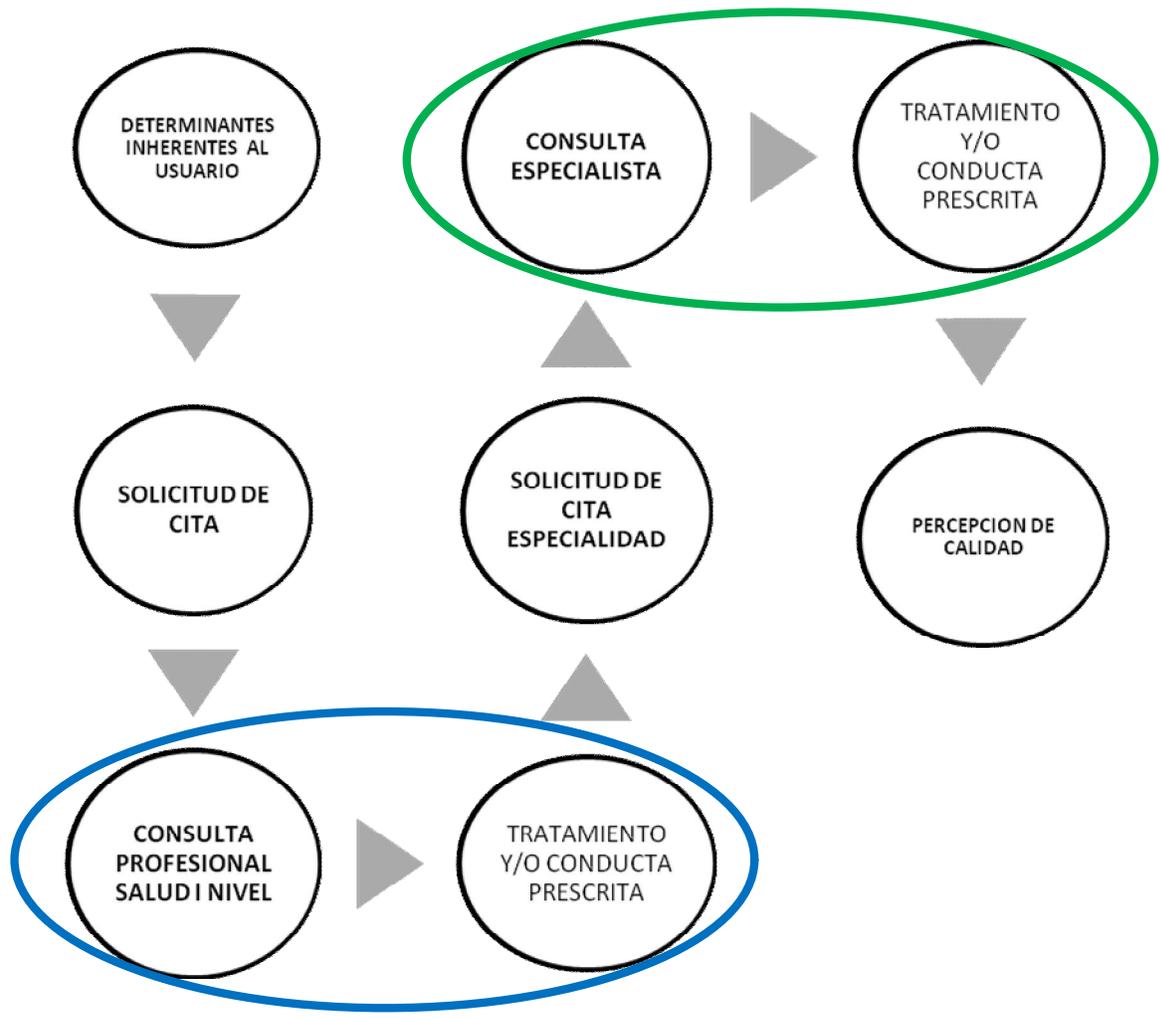
De cara opuesta a las demás emociones, el sentir seguridad en el personal que labora en las instituciones, y la satisfacción en la resolución de las necesidades de atención, estimulan en los usuarios la búsqueda de atención en salud y se puede contemplar como un factor protector en el proceso de atención, circunstancia que previene la deserción de los usuarios: (U3) "...confianza en el personal de salud.", (U6) "...que ha sido satisfactorio los pasos que he podido dar, acá me han atendido muy bien.", U8 "...Es bueno, los pasos son necesarios, y son buenos, y se tienen que hacer, no son muy demorados y muy complejos tampoco...", (U10) "...me han citado acá, esta ya son dos o tres veces, pero siempre que me vengo me salen con el cuento de que los exámenes me salen bien después me mandan vuelvo a Aipe, el médico allá me ve y de pronto vuelve y en otra ocasión vuelvo y ya con esta son tres veces que he llegado aquí...", (U14) "...me siento bien.", (U19) "...creo que todo va a salir bien, confié mucho en Dios y en los médicos, creo y espero salir bien...", (U20) "...en ocasiones anteriores he sido bien atendida, y espero que si se arregla el problema de hoy también voy a ser bien atendida.", (U21) "...tengo mucha confianza en que voy a recibir la mejor atención que me puede brindar el hospital, y con la ayuda de dios voy a superar este problema.....hoy he podido hacer todo sin afán y con tiempito...", (U22) "...Muy bien el médico es muy amable y me guía."

5.3 PROCESO PARA ACCEDER A LA ATENCION EN SALUD EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HUN

Los resultados arrojados en la investigación para conocer las facilidades o dificultades para acceder a la atención de salud, establecieron un conjunto de fases sucesivas comunes dentro de los usuarios participantes del estudio para

lograr satisfaccion a las necesidades de atencion, que se constituyò de la siguiente manera:

Grafica 11. Conjunto de fases sucesivas para la atención en salud.



6. CONCLUSIONES

Dentro del proceso que debe seguir un usuario para acceder a la atención de salud en el servicio de consulta externa del HUN, las mayores dificultades se presentan en cuatro momentos. El primero, inherente al usuario, tiene que ver con la capacidad de tomar la decisión de buscar atención, en el cual intervienen factores propios de la persona de índole económico, responsabilidades familiares, compromisos laborales, percepción y concepto de la misma atención en salud. La atención de salud de I nivel, la solicitud de atención especializada y la misma atención, moduladas principalmente por factores externos, representan los tres momentos siguientes consecutivamente.

Las limitantes inherentes a la persona que dificultan la búsqueda de atención por los usuarios del servicio de consulta externa están relacionadas con factores de tipo económico, responsabilidades familiares, compromisos laborales y percepciones anteriores de atención ineficaz. La población que acude al Hospital Universitario de Neiva, en su gran mayoría, presentan características socioeconómicas precarias, pertenecen al régimen subsidiado en salud, y presentan preocupaciones en materia de los gastos que derivan de la atención en salud, que supone un motivo de consideración en la búsqueda de atención frente a una necesidad manifiesta. Las responsabilidades y compromisos adquiridos en el núcleo familiar o laboral representan una dificultad en la medida en que éstos se convierten en pilares fundamentales de dependencia; el trabajo informal representa el único sustento y no cuentan con quien dejar a cargo su familia durante la ausencia en la búsqueda de atención en salud. A esto se suma la concepción de la atención ineficaz motivada por las experiencias previas para acceder a los servicios de salud, que muchas veces resultan traumáticas para los usuarios.

La carga administrativa al usuario en el trámite de autorizaciones de servicios y procedimientos ante sus respectivas EPS, generalmente, posterior a la consulta especializada, representa el principal obstáculo en el acceso integral a la salud, que sumado a los requerimientos en materia de fotocopias de documentos, dilatan la atención y alteran el estado de ánimo del usuario.

El mayor trauma frente al proceso de acceso a la servicios de salud se encuentra en el Hospital Universitario de Neiva, en los momentos de la solicitud de la cita especializada y sus requisitos exigidos, la asignación de la cita misma y en el día de la cita. La solicitud de una cita representa para las mayoría de los usuarios participantes del estudio, llegar a las instalaciones del HUN en horas de la noche o

en la madrugada para alcanzar alguno de los pocos cupos que ofrecen con los diferentes especialistas, que ofrece el Hospital y esto se suma a las exigencias de fotocopias para la formalización de la solicitud de la cita. Los usuarios manifiestan un tiempo prolongado para la asignación de las citas, y llegado el día de la misma, el incumplimiento en los horarios establecidos y la exigencia nuevamente de fotocopias empañan el proceso. El común denominador en este punto es la desorientación en la realización del proceso, teniendo en cuenta que la afluencia de usuarios es principalmente externa al municipio de Neiva.

Los procesos seguidos para acceder a los servicios de salud generaron en los usuarios sentimientos de rabia, tristeza; en algunos estrés, malestar y aburrimiento. Usuarios que regularmente frecuentan los servicios expresaban conformismo y resignación. Igualmente expresiones de confianza y satisfacción estuvieron presentes, motivadas especialmente por la confianza en el personal de salud y su capacidad científica.

7. RECOMENDACIONES

Socializar los resultados con las directivas del Hospital Universitario de Neiva, las asociaciones de usuarios y acordar medidas que eliminen las cargas administrativas a los usuarios y la “tramitomanía” para el acceso.

Mejorar la orientación y la atención de los usuarios a través de la educación del personal administrativo y asistencial, y establecer carteles informativos al respecto.

Establecer estrategias de asignación de citas entre EPS y HUN a través de los promotores de salud del lugar de residencia de cada uno de los usuarios, evitando las dificultades para su obtención.

Estimular a los estudiantes de pregrado de enfermería y Medicina en actividades de educación normativa en salud y código deontológico profesional.

Reconocer el papel de Enfermería desde el pregrado, en la defensa de los derechos en salud de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

ARIAS, Luz Marina, Guías de Inducción y reinducción para el personal de enfermería del servicio de consulta externa “HUHMP”, División de Servicios Ambulatorios, Neiva 2009

Arriagada I, Aranda V, Miranda F, *Política y programas de salud en América Latina. Problemas y propuestas*, CEPAL, División de desarrollo social, Santiago de Chile, Pág. 18, Diciembre de 2005.

CARVALLO SUÁREZ , Beatriz, “Acompañamos el fallo de la corte constitucional que declara: la salud como un derecho fundamental, universal y gratuito”, Editorial, Publicación Oficial de la Asociación Nacional de Enfermeras de Colombia (ANEC) N° 69, Febrero de 2009

COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA, Ley 1122 de 2007, Art. 14, Literal a., Organización del Aseguramiento. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

----- . Ley 1122 de 2007, Art. 14, Literal f., Organización del Aseguramiento. Disponible en: <http://www.pos.gov.co/Documents/Archivos/Ley%201122%20de%202007.pdf>

----- . Ley 100, Art. 157, De los Afiliados al Sistema, Capitulo II, 1993.

----- . Ley 911 de 2004, Código Deontológico para el Ejercicio de la Profesión de Enfermería, Diario Oficial No. 45.693 de 6 de octubre de 2004

----- . Ley 266 de 1996, definición y Propósito de la Profesión de Enfermería, Diario Oficial No. 42.710, del 5 de febrero de 1996.

COLOMBIA, MINISTERIOS DE LA PROTECCION SOCIAL, CNSSS, Acuerdo numero 244 de 2003, Capitulo III, Art. 11, DIARIO OFICIAL No. 45.145 DE ABRIL 1 DE 2003

-----. Situación de Salud en Colombia Indicadores Básicos 2007, , Salud publica, 20 de marzo de 2007, Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=15895&IDCompany=3> Consultado 5 de mayo de 2007

Consejo Internacional de Enfermería, CIE, Definición de Enfermería, 2009. Disponible en: <http://www.icn.ch/definitions.htm> Consultado 26 de Marzo de 2009

DEFENSORÍA DEL PUEBLO, EVALUACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD QUE BRINDAN LAS EMPRESAS PROMOTORAS DE SALUD – 2005, informes defensoriales, año 2005. ISBN: 958-9353-44-4. Disponible en: http://www.defensoria.org.co/red/?_item=0203&_secc=02&ts=1 Consultado el 4 de mayo de 2009

Encuesta Nacional de Salud 2007. Departamento Huila, Rodríguez J, Ruiz F, Peñalosa E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R, Botiva Y., Bogotá, Enero de 2009.

EL TIEMPO, Corte ordena “Revolcón” en el Sistema de Salud. Plan Obligatorio de Salud debe ser igual para todos: Corte Constitucional, Bogotá D.C., Sección Nación, 23 de agosto de 2008

-----. Alcances del revolcón al sistema de salud explica magistrado Manuel José Cepeda, Sección Nación, Bogotá D.C., publicación 23 de agosto de 2008

GRUPO DE ECONOMÍA DE LA SALUD, GES, Condiciones de acceso a los servicios de salud, Observatorio de la seguridad social, , Medellín, Diciembre de 2001, Año 1 N° 3, ISSN 1657 – 5415 Disponible en: <http://economia.udea.edu.co/ges/observatorio/observatorios/Observatorio3.pdf> Consultado 24 de mayo de 2009

GOBERNACIÓN DEL HUILA, NEIVA, Conformación General de las Redes de Salud del Departamento del Huila, Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud del Departamento de Huila, , Enero de 2008 pág. 7, 8

HUILA, SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL, Entrevista Barreras en el acceso a la salud al funcionario Serafín García – Contratista de apoyo en el flujo de recursos en el régimen subsidiado, dependencia de aseguramiento, Febrero 25 de 2009

----- . Numero de Afiliados al Regimen Subsidiado Huila – 2008 Primer Semestre, Area de Aseguramiento, Marzo 3 de 2009. Disponible en: http://www.gobhuila.gov.co/cms/index.php?option=com_content&view=article&id=135&Itemid=140 Consultado 26 de Febrero de 2009

LÓPEZ DAZA, Germán Alfonso, CEBALLOS POSADA, Bertha Lucy, Identificación y Análisis de las Causas, Manifestaciones y Efectos de la Vulneración del Derecho a la Salud en las Sentencias de Tutela de los Jueces de Neiva (2003-2004), Nuevas Visiones del Derecho – Grupo de Investigación, 2005.

LAVIELLE-SOTOMAYOR, María del Pilar, Satisfacción con la atención a la salud, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2008; 46 (2): 129-134. Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A120.pdf Consultado 15 de mayo de 2009

MEJIA-MEJIA, Aurelio, SANCHEZ-GANDUR, Andrés F and TAMAYO-RAMIREZ, Juan C. Equity in access to health-services in Antioquia, Colombia. *Rev. salud pública*, Jan./Mar. 2007, vol.9, no.1, p.26-38. ISSN 0124-0064.

Maceira D., Barbieri E., Lignelli B, Gasto, Organización y Resultados en Salud. Américas y Europas, CEDES, OSDE, Enero 2005.

OMS, *El derecho a la salud*, Nota descriptiva N° 323, Agosto de 2007. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>. Consultado el 24 de Febrero de 2009

OPS-OMS/ASDI. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe.
Serie No. 1. Extensión de la Protección Social en Salud (Edición revisada – 2004)
Washington D. C

QUINTANA, Stella, Médicos Sin Fronteras (MSF), Acceso a los Servicios de Salud en Colombia, 2002 Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/msf/accesosaludcol.htm> Consultado el 28 de abril de 2009.

RODRIGUEZ GOMEZ, Gregorio, GIL FLORES, Javier, GARCÉS JIMENEZ, Eduardo, Metodología de Investigación Cualitativa, Editorial Algibe, 1999, Pág. 205

ANEXOS

Anexo A. INSTRUMENTO

**UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERIA**

**“ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS USUARIOS QUE SOLICITAN
ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO. NEIVA, 2009”**

**INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
GUIA PARA ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**

Estimada(o) usuario, este cuestionario se realiza con el objetivo de determinar las condiciones que facilitan o limitan acceso a los servicios de salud, entendido este como el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención se satisfaga completamente, que presentan los usuarios que solicitan atención en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva. Está conformado por dos partes: la primera, contiene datos de Identificación que se manejarán con total confidencialidad, es decir, solo serán conocidos por el grupo investigador; y la segunda está constituida por un conjunto de preguntas correspondientes al tema de investigación. La información suministrada por usted tendrá fines estrictamente académicos, por tal motivo solicitamos de su colaboración para que todas las preguntas sean respondidas con sinceridad.

1.1 DATOS GENERALES:

EDAD: ___ años

GÉNERO:

M	F
---	---

¿Qué clase de aseguramiento en salud tiene?: (ELEGIBILIDAD)

CONTRIBUTIVO ___ SUBSIDIADO ___ VINCULADO ___ NO SABE ___
CUAL: _____ NIVEL _____

¿Cuál es su lugar de procedencia?: (Municipio y/o Barrio):

¿Dónde vive actualmente?: (Municipio y/o Barrio): _____

¿Cuál es su nivel de formación escolar? PRIMARIA ___ BACHILLERATO ___
TECNICO ___ UNIVERSITARIO ___ NINGUNO ___

PREGUNTAS ORIENTADORAS

Descripción detallada de cada uno de los pasos que ha dado para llegar hasta este hospital.

(Cuentenos detalladamente cada uno de los pasos que ha dado para llegar hasta este hospital)

Estado de salud actual y expectativas frente a la atención a recibir

(¿Cómo considera que es su estado de salud actual, y qué espera con la atención que va a recibir del hospital?)

Requisitos exigidos (EPS/IPS)

(Durante ese recorrido, que requisitos le han exigido)

Tiempo y dinero gastado en el recorrido?

(Cuanto tiempo y dinero gastado en el recorrido)

Facilidades y/o dificultades durante el recorrido? (Ubicación)

(Que orientaciones ha recibido para la atención)

Percepción de la calidad de la atención

(De 1 a 10 califique la atención que ha recibido)

Sentimientos frente a cada uno de los pasos que ha tenido que dar

(Como se siente frente a cada uno de los pasos que ha tenido que dar)

¡Gracias por su participación, y éxitos!

Anexo B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA FACULTAD DE SALUD PROGRAMA DE ENFERMERIA

“ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LOS USUARIOS QUE SOLICITAN ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO. NEIVA, 2009”

Consentimiento Informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación de una clara explicación acerca de la naturaleza del estudio, sus objetivos, metodología y criterios de inclusión.

La investigación será conducida por Carlos Mauro Vanegas y Arcesio Vargas, de la Universidad Surcolombiana.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Carlos Mauro Vanegas y Arcesio Vargas. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer el acceso a los servicios de salud que presentan los usuarios que solicitan atención en el servicio de Consulta Externa del Hospital Universitario de Neiva, 2009

Me han indicado también que tendré que responder una entrevista que me tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Carlos Mauro Vanegas al teléfono 301 579 6164 o Arcesio Vargas al teléfono 316 2271349.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Carlos Mauro Vanegas al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

C.C.