

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y SU
RELACIÓN CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA
POBLACIÓN, VILLAVICENCIO-COLOMBIA, 2019

Estudiantes de posgrado:

LENIN ALONSO LOZANO SALCEDO
ELISEO BARRERA ANGARITA

Docente tutora: LORENA DEL PILAR MESA MELGAREJO

tesis de posgrado

Resumen:

Los servicios de urgencias son considerados como la puerta de acceso al sistema de salud. En el municipio de Villavicencio se observa congestión de los servicios de urgencias que se encuentran habilitados para la prestación de este tipo de atención, aspecto que impacta la oportunidad, la satisfacción del usuario y en general la calidad en la atención, en contra de los objetivos y principios del sistema de salud colombiano dónde la creación de condiciones de acceso es central para la estimación de su desempeño. El presente estudio busca profundizar en el conocimiento de la relación entre las condiciones socio-económicas y las barreras de acceso a los servicios de urgencias en la ciudad de Villavicencio, como un asunto fundamental para las políticas relacionadas con el aseguramiento y la prestación de los servicios.

El objetivo es conocer la relación entre las condiciones socio-económicas de las personas que acuden al servicio de urgencias y las barreras de acceso al sistema de salud; mediante un estudio de carácter cuantitativo, descriptivo trasversal, con una muestra de carácter no aleatorio por conveniencia. Participaran a adultos acudientes a los servicios de urgencias en el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO y CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA en Villavicencio durante el tercer trimestre de 2019.

Los resultados permitirán lograr un mejor conocimiento de las dinámicas de operación del sistema de salud en el municipio y se espera que pueda servir de base para toma de decisiones de ajuste del modelo de atención en salud de VILLAVICENCIO y de planificación para las instituciones en las cuales se llevara a cabo el estudio.

Palabras clave: servicios de urgencias, accesibilidad, acceso a servicios de salud, sistema de salud.

1 INTRODUCCIÓN.

El acceso a los servicios de salud, se define como la necesidad de atención percibida por el individuo y la capacidad institucional para resolverla, también se puede definir como, los obstáculos que se plantean para el acceso de salud y la capacidad del individuo para vencer estos obstáculos, esta determinado por varios factores, entre ellos encontramos los socioeconómicos, infraestructura y los que se relacionan con el sistema de salud que incluyen aseguramiento, autorizaciones, etc.

La presente investigación identificará, cuales son las barreras de acceso a los servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio, mediante la aplicación de un instrumento, a las personas que acuden a los servicios de urgencias, en dos instituciones del municipio; el estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, el cual se llevara a acabo durante el tercer trimestre de 2019.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los sistemas de salud son delineados e influidos por el contexto político, económico, cultural, demográfico y social, siendo el resultado de su interrelación; los ciudadanos a diario utilizan los servicios sanitarios en todos los niveles de atención (1). El Estado es el encargado de la protección a los ciudadanos y ésta depende de la capacidad de garantizar el acceso a los servicios de salud, siendo un indicador clave en Salud Pública. De esta manera, el acceso se puede entender como una dimensión central en la realización del derecho a la salud, el cual debería desarrollarse sin limitación ni inequidades. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sistema de salud es una causa importante de inequidad sanitaria y el impacto en el acceso oportuno a los servicios de salud ocasionan efectos catastróficos importantes en las familias, elevados costos sociales y económicos para los sistemas de salud; pero además, las personas en peores situaciones socio-económicas y de mayor vulnerabilidad son las más afectadas por la falta de acceso (2)

La inequidad es un fenómeno que interfiere en gran medida con el acceso a los servicios de salud, derivada a su vez de factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales, entre otros. Constituye un reto enorme para los sistemas de salud al tratar de romper las brechas de desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de salud para la población (3).

La piedra angular del modelo de atención en salud colombiano es la ley 100 de 1993, basado en los principios de universalidad, obligatoriedad, equidad, entre otros, inicialmente creada para garantizar un acceso sin barreras a toda la población(4); mediante la adopción de un sistema de salud de competencia regulada, la creación de entidades públicas, privadas y mixtas, que compiten por la afiliación de la población, lo cual permite disminuir, en teoría, las barreras de acceso al sistema. Pese a esta intencionalidad normativa y al hecho de haber logrado coberturas de afiliación al sistema por encima del 95%, se ha demostrado que ésta no tiene un efecto significativo en el acceso a los servicios de salud, dados los diferentes factores que intervienen en el acceso(5).

Según Ayala (5), basado en los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del período 1997 – 2012, el acceso a los servicios de salud, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos disminuyó en Colombia del 79.1% a 75.5%. En otros términos y pese a tener un aumento en la cobertura de 56.9% a 90.8% para el mismo periodo, las estadísticas relacionadas con el acceso no mejoraron (6), en otras palabras el acceso no depende únicamente del aseguramiento al sistema, existen otras variables que inciden de manera directa en él.

En línea con lo anterior, diversos estudios(7,8,9,10,11) han evidenciado la problemática del acceso a los servicios de salud en el país, caracterizándolo como un problema de salud pública, pues barreras tanto administrativas, como económicas, geográficas, culturales y de falta de credibilidad de los agentes en salud(9) son de alta prevalencia en el sistema de salud colombiano generando prolongación y agravamiento de los padecimientos de la población que incrementan el riesgo de mortalidad, ante lo cual “la población responde inadecuadamente mediante la automedicación y la urgentización de los servicios; se ve obligada al incremento de las acciones de tutela como instrumento para ejercer sus derechos constitucionales a la salud, a la vida, a la integridad personal y a la seguridad social” (11). Tal *urgentización* en la prestación de los servicios se expresa con la congestión y desborde de los servicios de urgencias aspecto que complejiza aún más la problemática y que a su vez, repercute en la calidad y oportunidad de la atención en estos servicios.

En términos generales, el acceso a los servicios representa el ajuste entre las características de los servicios y de la población(12), es decir que el acceso a los servicios de salud no hace referencia únicamente a los requerimientos de salud del individuo o la capacidad de los servicios; es la relación entre la necesidad de salud de las personas y la capacidad de satisfacerlas por parte de los servicios de salud(13), por lo tanto el acceso va más allá de la utilización de los servicios (14).

Andersen conceptualizó el acceso efectivo como el mejoramiento del estado de salud y en la satisfacción de los usuarios. Se adaptó al concepto la importancia de la sociodemográfica de la población con factores predisponentes como, edad, sexo, nivel educativo, etc.; disponibilidad de medios, en relación con los factores económicos y aseguramiento, que puede incidir o facilitar el uso de esos servicios y, de otra parte, la importancia de cómo es percibido el estado de salud para la persona; de esto se desprende que la utilización de los servicios no depende únicamente del sistema (15).

Vega y Sierra, definen el acceso a los servicios de urgencias como el proceso mediante el cual se logra conseguir una atención médica inmediata y oportuna (3, 16), según las necesidades identificadas por el paciente o por el personal de sanitario, en relación con la capacidad de la entidad para resolverlas, la prestación de los servicios por parte de las IPS, puede ser insuficiente o no cumplir con los servicios requeridos por el paciente llegando a ser una de las barreras en la atención a pesar de contar con aseguramiento al sistema.

Como se ha descrito por los diferentes autores, el acceso a los servicios de salud es una problemática en salud pública, donde interviene diversos aspectos, entre ellos, el aseguramiento, disponibilidad de recursos, tiempo, desplazamiento, geografía, gasto de bolsillo, necesidades percibidas, entre otros.

De manera específica al analizarla la región de la Orinoquia vemos que es una de las áreas más extensa del país, con población dispersa, vías de acceso precarias, niveles de cobertura inferiores a la media nacional(1,17), centro de referencia de otras regiones, población indígena, población desplazada víctima del conflicto armado e inmigrantes de otros países como Venezuela.

Según el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 (6), que contó con un análisis de la calidad en la atención en los servicios de Urgencias, se evidenció que el departamento del Meta está entre los primeros cinco departamentos que registra un mayor tiempo de espera en la consulta de Urgencias; para el año 2014 fue de 36,6 minutos muy por encima del promedio nacional de 32,61, este es un indicador preocupante a la hora de las cifras en acceso reflejando múltiples causas externas de congestión, limitando el acceso a las personas con patologías que requieren un manejo hospitalario de la urgencia.

Se evidencia que el Meta ha tenido un déficit en el acceso al Sistema General de Seguridad en Salud (SGSSS); para el año 2017, la cobertura del departamento era del 92,93% y cerca del 7% de la población del departamento no estaban afiliados al sistema (18), hecho que afecta la aproximación a los servicios. Al respecto, Vega y Molina, demostraron que la afiliación es uno de los principales factores relacionados con la generación de brechas e inequidades en salud (11).

Para el año 2017, las cifras de cobertura según el ministerio de salud fueron de 94.7%, con un mayor porcentaje en el régimen subsidiado; el departamento del Meta se encuentra por debajo del porcentaje nacional con un 92.8%, con un dato crítico, el municipio de la Macarena solo con un 25.9% de la población afiliada al sistema; en contraste con la ciudad de Villavicencio que cuenta con un 98.5% de aseguramiento, esto dilucida una brecha en aseguramiento dentro del mismo departamento(18). Es preocupante en cuanto al acceso a los servicios de salud dado que aproximadamente el 15% de la población no estaba asegurada, constituyendo un limitante a la hora de acceder a los servicios de sanitarios (19). Si bien el porcentaje de afiliación es cercano al 100%, no se tienen datos precisos acerca de acceso a los servicios de urgencias en el departamento, pudiéndose observar que no existe una relación directa entre las cifras de aseguramiento y acceso.

El municipio de Villavicencio capital del departamento del Meta, tiene una superficie de 1328 km²; Una proyección poblacional para el 2018 según el censo DANE -aún en marcha- de 516.802 habitantes, esta conformado por 8 comunas(19), en las cuales se encuentran 7 instituciones prestadoras de servicios de salud con atención de urgencias, tres de la red pública de primer nivel cargo de la ESE municipal, (Recreo, Esperanza y Porfía), el Hospital Departamental de Villavicencio la principal IPS de la red pública del departamento que brinda servicio de tercer nivel de complejidad; por su parte la red

privada esta conformada por las clínicas Meta, Universidad Cooperativa de Colombia y Servimédicos, estas son las IPS encargadas de brindar la atención de urgencias a la población de Villavicencio.

Ante el cierre de las clínicas Martha y ECIMED Llanos, la falta de apertura de nuevas IPS con servicios de urgencias y las escasas IPS existentes con relación a la población, generan una limitante en la atención. Sumada a esta problemática; vemos como Villavicencio es centro de referencia, no solo del departamento del meta, sino de otros de la región Orinoquia como Guaviare, Casanare, Vichada y gran parte de la Amazonía(17). Para el año 2018 en el mes de noviembre el Hospital departamental de Villavicencio reportó una sobreocupación del 250%, obligando a la institución a atender pacientes en los pasillos y sin garantizar una calidad total en la atención, además de ser derivados a instituciones hospitalarias de otros municipios (20).

Teniendo en cuenta los elementos anteriormente descritos, surge la necesidad de profundizar en la problemática de las barreras de acceso al sistema de salud en el municipio de Villavicencio, su expresión en la congestión y sobreocupación en los servicios de urgencias, como un tema relevante para la prestación de los servicios de salud en un municipio de referencia para la región de la Orinoquia.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las barreras que afectan el acceso a los servicio de urgencias en el municipio de Villavicencio para el año 2019, relacionadas con las características sociodemográficas de la población que acude a las urgencias?

3 JUSTIFICACIÓN

De nuestra revisión bibliográfica e interrogantes a expertos, deducimos que, hasta la fecha, no se han realizado investigaciones relacionadas con el acceso a los servicios de urgencias para el departamento del Meta; específicamente, para la ciudad de Villavicencio. Aunque en la literatura se citan las nociones de “dificultades de accesibilidad”, “barreras de acceso” o “falta de oportunidad”, en la actualidad se desconocen, para el área de Villavicencio, cuáles son tales barreras de acceso en Urgencias, cuál es su frecuencia, magnitud y severidad.

En Colombia la ley 100 de 1993, fue creada con el propósito de garantizar el acceso al sistema de salud a toda la población del territorio nacional (4), a pesar de contar con unas cifras de aseguramiento cercanas al 100%, no se ha logrado un acceso óptimo a los servicios de salud. Múltiples estudios han identificado que los factores asociados a las barreras de acceso, tienen relación con la oferta, características de los usuarios y la organización de los sistemas de salud.

Dado que los servicios de urgencias presentan una elevada y creciente demanda en las consultas por parte de los usuarios, muchas de ellas, motivos que no son pertinentes para ser atendidos en ellos. Los servicios de urgencias deben estar disponibles 24 horas al día, 7 días de la semana. Como se desconocen cuáles son las barreras de acceso, también se desconocen las limitaciones en la oportunidad de la atención en las condiciones de salud de la población llanera.

Para conocer, en términos de las características sociales y demográficas, la población que acude a los servicios de Urgencias, su distribución, y sus principales demandas y requerimientos al ser atendidos en los servicios de Urgencias, se requiere el levantamiento de los datos relativos a esta problemática del acceso a Urgencias y el respectivo análisis de información puede ser útil para la prospectiva, el planeamiento, la generación de estrategias, actividades, el monitoreo, la evaluación de situación y de la implementación de las diferentes medidas correctivas.

Este estudio puede ayudar a diversos actores y representantes de la población llanera en cuanto a la planeación y a la toma de decisiones concerniente a los servicios de Urgencias prestados en la ciudad, en asuntos tales como ampliación, redistribución por áreas geográficas de la ciudad de Villavicencio, priorización por centros expertos (trauma, pediatría, etc...) y a la asignación de recursos para su cumplimiento, en pos de un acceso efectivo al servicio (17). La población participe del estudio tendrá acceso a la información con respecto a los resultados, las posibles barreras de acceso a los servicios de urgencias y las instituciones prestadoras de servicios existentes en el municipio de Villavicencio.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar las barreras de acceso a los servicios de urgencias en dos IPS de segundo Nivel del municipio de Villavicencio en el año 2019, relacionado con las características sociodemográficas de la población que acude a los servicios de urgencias.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de la población que acude a los servicios de urgencia en el municipio de Villavicencio.
- Identificar las barreras de acceso a los servicios de urgencias relacionadas con el paciente.
- Establecer las barreras de acceso relacionadas con la prestación de los servicios de urgencias por parte de las IPS.
- Determinar cual es la relación de las características sociodemográficas de los participantes y las barreras de acceso a los servicios de urgencias.

5 MARCO TEÓRICO

Las unidades funcionales de urgencias son unidades diseñadas para la atención prioritaria e inmediata; en Colombia esta atención es universal en las entidades públicas y privadas, todas las personas tienen derecho a ser atendidas sin importar su tipo de aseguramiento, edad, capacidad de pago, régimen al que se encuentren afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), etc. La atención prestada en los servicios debe ser continua los siete días de la semana con disponibilidad inmediata de recursos a cualquier hora del día o de la noche, sin discriminación alguna. El objetivo principal de la atención de urgencias es realizar la estabilización de los signos vitales y corregir algún tipo de alteración neurológica, hemodinámica o alguna patología urgente que ponga en riesgo la vida del paciente; esta atención nos permitirá definir la ubicación posterior a la atención del paciente, ya sea en unidades especializadas o el alta según sus necesidades (21).

Por otro lado, las EPS cumplen la función de administradoras de los recursos recaudados de las personas cotizantes, contratan con las IPS, sin tener mediana idea de la capacidad de atención según los afiliados que las EPS, tienen; generando congestión en los servicios de urgencias y de atención primaria. Es necesaria una mayor inversión en la atención de los afiliados, con la creación de más IPS, o contratando con más centros de atención, especialmente de tercer nivel (22).

Existen estudios en Colombia donde se trata de relacionar o contextualizar la atención de los servicios de urgencias, los motivos de consulta y de más; en Medellín, por ejemplo, existen barreras de acceso, según el estudio realizado por Valencia y González (23). Relacionadas con la falta de articulación entre las entidades de primer nivel y las IPSs que prestan los servicios de urgencias. Ello genera la necesidad de crear o mejorar las redes de atención con las entidades hospitalarias que prestan la atención de urgencias (21).

El incremento global de la población, el aumento en la expectativa de vida, las patologías crónicas cada vez más frecuentes y a edades más tempranas, afectan de manera importante los servicios de urgencias, por la presencia de patologías que no requieren atención urgente, muchas de las consultas pueden ser derivadas o atendidas en la consulta externa o prioritaria (1). Ahora bien, se parte de la idea que existe una cultura del ahorro en cuanto a tiempo y recurso, las personas asisten al servicio de urgencias porque se les soluciona “todo”; la consulta, los medios diagnósticos y de requerirse la consulta especializada, por ello con una sola atención obtienen todo lo necesario, y no tienen que realizar un copago por cada procedimiento, de ser necesaria una hospitalización, cirugía o procedimientos de alta complejidad se deriva de dicha consulta (1).

La migración de personas a las capitales ha hecho que sean cada vez más los sujetos que, como usuarios, requieren atención por ello se deben plantear políticas que tengan presente el aumento de la cobertura según el número de personas, no solo de la ciudad sino de los posibles migratorios (24), ya sea por situación de desplazamiento bélico o por propia determinación

Moreno (25) señaló que la población en condición de desplazamiento forzado tiene sus apreciaciones sobre los atributos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integridad y calidez de las instituciones prestadoras de servicios de salud. En su estudio, a una muestra de afijación proporcional según la cantidad de población desplazada, asentada en los municipios de Soacha, Cali y Pereira, se administró un instrumento con escalas tipo Likert. Se obtuvieron medianas para calificar los atributos del servicio recibidos por la población. “Los investigadores encontraron que el aseguramiento al régimen subsidiado ascendió del 38% a 69,4% después del desplazamiento. Se detectaron limitaciones en la accesibilidad por cobro de los servicios de salud (26,7%) y negación del servicio por la ausencia de contratos (14,4%). El 75,1% de los usuarios declararon que no se dio solución a sus necesidades de salud”. La menor calificación la obtuvo la oportunidad, reflejada en el tiempo para la búsqueda de la cita para la consulta especializada y el tiempo de espera en urgencias, percibidos como muy largos. Todo esto significa que las apreciaciones de los desplazados sobre los servicios de salud fueron parcialmente satisfactorias, salvo en la oportunidad. Se evidencia un esfuerzo del sistema de salud por garantizar la afiliación de esta población al régimen subsidiado (24,25).

La pobreza es un factor importante, las personas que viven o han vivido su vida en situación precaria tienen mala salud (26,27). Las entidades del Estado mediante las cuales se brinda atención en salud a su población se ven congestionados por la gran cantidad de personas que pertenecen al régimen subsidiado o que están fuera del sistema de seguridad social en salud, en las IPS estatales se observa una limitación en la oportunidad en la atención igual o parecida a las entidades privadas, la oportunidad en la consulta y la falta de cultura en la atención de urgencias.

En 2013, en el estudio realizado en el departamento de Risaralda, en la empresa social del estado (ESE) nivel 2 de complejidad, se evaluó la percepción de la población con respecto a la calidad de la atención y la prestación de los servicios de urgencias, las variables accesibilidad, ventilación, iluminación, higiene, amabilidad, conocimiento y aptitudes del personal de salud, tuvieron mayor impacto en los resultados. Los tiempos de espera fueron para el 70% de los usuarios mayor a 30 minutos, el cual mejora con la realización del *triage* en los servicios (21).

5.1 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD.

El acceso a los servicios de salud y la prestación de los mismos están mediados por la competencia que surge a partir de la ley 100 de 1993 y la creación de las EPS (28,29); empero, el acceso a los servicios se convirtió en un negocio lucrativo para unos pocos a partir del sacrificio de la salud de los colombianos, tanto en oportunidad como en avance tecnológico (14, 29). En Colombia para acceder a la atención en el sistema de salud, se debe tener como mínimo una afiliación(30), ello genera desigualdad, en la atención o la prestación de los servicios (30). Afectando la oportunidad y la calidad con la que se brindan los servicios de atención primaria o de urgencias (29)

Los servicios de salud y el acceso han sido abordados por diversos autores a lo largo del tiempo, algunos lo definen como el ajuste entre las características de los servicios y la población, otros simplemente como la utilización de los servicios de salud (30). Según Donavédian citado por (Arredondo y Meléndez en 1991) el acceso se define como dos cadenas o sucesos, en los que participan de forma paralela, la atención médica y el cliente. Los procesos de atención médica surgen como una respuesta a una necesidad que depende de la percepción en salud o de bienestar, siendo identificado por el personal sanitario en algunas oportunidades (31).

Frenk, describe el acceso como el resultado de la relación entre los obstáculos y el logro de la atención, generados por los servicios sanitarios y la capacidad de la población para superar los obstáculos, a su vez describe tres dimensiones. Primera; ecológica, que se relaciona con la ubicación en los lugares de atención, involucrando el tiempo y el transporte; la segunda es la financiera, en la que se vincula los costos de atención con la capacidad de pago de los pacientes, por último, la organizacional, donde incluye los tiempos de espera y la demora para obtener los turnos, se menciona además la disponibilidad de tiempo libre y la tolerancia a la espera como capacidades de la población para vencer esta barrera de acceso (13).

En el instante en que la persona que tuvo la necesidad en salud, recibe la atención después de demandar el servicio, siempre y cuando la entidad oferte el servicio requerido por el paciente, de lo contrario no existe acceso según lo planteado por Aday y Andersen(1974), (31). Además refiere que en la utilización de los servicios intervienen tres factores, los predisponentes, que existen previamente a la aparición del estado de salud; como la edad, sexo, nivel educativo, clase social, etnia y estatus social; el segundo grupo hace referencia a la disponibilidad de medios para obtener atención a nivel comunitario, están relacionados con la disponibilidad de los servicios, los medios y el conocimiento para la utilización de los mismos (dinero, seguro y tiempo de espera), y por último están los factores relacionados con la necesidad de salud, comprendido como la salud percibida de las personas(32).

Los determinantes de la utilización varían según el nivel asistencial y el país dichos determinantes se dividen en factores que predisponen (sexo, edad), factores que capacitan (empleo, el tipo de aseguramiento) y por ultimo están los factores de necesidad (estado de salud percibido). Padecer una enfermedad crónica se asocia a un mayor uso de atención primaria y especializada en Colombia, y además a las urgencias en Brasil. En Colombia, los afiliados al régimen contributivo utilizan más los servicios del SGSSS que los del subsidiado en atención primaria y especializada, o que los no asegurados en cualquier nivel; en Brasil, la población de baja renta y sin seguro privado hace un mayor uso del SUS en cualquier nivel de atención. En ambos países, conocer el centro de salud asignado y tener una fuente regular de atención incrementa el uso de la atención primaria y el conocimiento del hospital de referencia, el de especializada y urgencias; La influencia de los determinantes del uso difiere según el nivel de atención utilizado en ambos países, por lo que se subraya la necesidad de analizarlo desagregando por nivel asistencial (33).

Molano y Escobar(34) clasificaron los motivos de consulta en cinco grupos: demográficos, epidemiológicos, socioeconómicos, inherentes al modelo de atención, factores culturales e infraestructura; esto nos brinda una abanico de circunstancias por las cuales se afecta de manera directa la consulta de urgencias y la atención. Estos motivos son extrapolables a todas las poblaciones que utilizan los servicios, el análisis de estas barreras nos permiten conocer la diversidad que podemos encontrar en las salas de urgencias (35)

En este orden de ideas el acceso a los servicios de salud no consiste únicamente en la necesidad de salud de las personas sino que esta estrechamente relacionado con la capacidad de oferta de los sistemas de salud en todos los niveles de atención.

5.2 RED DE PRESTADORES DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE VILLAVICENCIO

La prestación de los servicios de salud en el departamento del Meta, está a cargo de la red pública y privada, contratada por las E.P.S. y la secretaria departamental de salud (17, 19). La red de urgencias del departamento presta los servicios de salud con IPS de niveles 1°. a 3°. de complejidad. En los municipios del departamento diferentes a Villavicencio, las IPS de la red pública están bajo la dirección de la ESE departamental Solución Salud, a excepción de los hospitales de los municipios de Acacias y Granada, los cuales son administrados por los municipios(17, 19).

El municipio de Villavicencio cuenta con IPSs públicas y privadas de niveles 1°. a 3°. de atención, una red conformada por 8 centros de salud de primer nivel de atención bajo

la coordinación de la secretaria local de salud; las cuales se apoyan en las de mayor nivel de complejidad encontrando su principal aliado en el Hospital Departamental de Villavicencio; en la actualidad, existe una sobreocupación en todas las IPS donde se prestan los servicios de urgencias, siendo insuficientes las que existen para la atención de la población. Complica el panorama el cierre de la clínica Ecimed Llanos cerrada por fallas sanitarias (36) y clínica Martha por la asfixiante situación financiera y las decisiones administrativas (37).

6 METODOLOGÍA

6.1 ENFOQUE DEL ESTUDIO.

Cuantitativo.

6.2 TIPO Y ABORDAJE DE ESTUDIO.

Descriptivo, transversal.

6.3 POBLACIÓN DE REFERENCIA.

Pacientes atendidos en servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio.

6.4 POBLACIÓN A ESTUDIO.

Total de pacientes que acuden al servicio de agencias durante los meses de junio, julio y agosto de 2019 en la clínica cooperativa y hospital departamental de Villavicencio¹.

6.5 MARCO MUESTRAL.

Usuarios atendidos en los servicios de urgencias durante el mes de mayo, del año 2018 (19.682 pacientes, según reporte de la página web www.datos.gov.co).

6.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Usuarios atendidos después de la atención en el servicio de Urgencias en la corporación clínica universidad cooperativa de Colombia y el hospital departamental de Villavicencio, ser mayor de edad, aceptar participar en el estudio.

6.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Menores de edad, trastorno mental, con condición fisiopatológica que impida responder el instrumento, con limitaciones de la comunicación cultural o por discapacidad mental, que no acepten ser parte de la investigación.

6.8 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Se realizará el cálculo del tamaño de la muestra mediante Epi-Info 7.2.2.6, con un muestreo no-aleatorio por conveniencia, se tomaran personas, que se encuentren en la sala de espera, observación y después de la atención durante un periodo de 8 semanas; a partir del total de los usuarios atendidos en los servicios de urgencias durante el mes de mayo, del año 2018 (19.682 pacientes, según reporte de la página web www.datos.gov.co); los sujetos serán aquellos atendidos en los servicios de Urgencias de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia y el Hospital

¹ En los Anexos 2 y 3 se presenta las respectivas autorizaciones de las instituciones mencionadas para la realización del estudio.

Departamental de Villavicencio. Así, asumiendo una frecuencia esperada de barrera de acceso de uno de cada cuatro sujetos, un margen de error de 5%, un efecto de diseño de 1,0 y seis grupos o *clústers* representando cada grupo socioeconómico, se tendrían 2 hospitales x 6 grupos de 48 encuestas c/u, totalizando 576 encuestas.

6.9 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Para la recolección de datos se utilizara el instrumento, aplicado en la investigación “BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL – SANTANDER”; se cuenta con la autorización por parte de los autores, para la utilización del instrumento(anexo 5), al cual se le realizaron modificaciones que incluyen aspectos sociodemográficos y que permiten caracterizar el acceso a los servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio. Mediante un muestreo no-aleatorio por conveniencia, se tomaran personas mayores de edad quienes decidan participar en la investigación, que se encuentren en la sala de espera, observación y después de la atención durante un periodo de 8 semanas. El instrumento consta de 19 ítems, que incluyen aspectos sociodemográficos, características de atenciones previas, aseguramiento, y tiempos de espera para la atención.

6.10 PLAN DE ANÁLISIS.

La información recolectada, se tabulará en hojas de cálculo usando Microsoft Excel® 2016 y los datos serán procesados usando estadística descriptiva con medidas relativas, de tendencia y de dispersión mediante el software estadístico SPSS® versión 22.

7 CRONOGRAMA

Tabla 1. Cronograma

TIEMPO ACTIVIDAD	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Presentación de la propuesta ante comité de Investigaciones de la Facultad Tiempo de ajuste y observaciones					
Ejecución del proyecto: Presentación de la carta a la Institución - Aplicación de Instrumentos					
Tabulación de los datos					
Análisis de datos					
Tiempo de ajuste a observaciones Elaboración Informe Final					
Presentación y aprobación Informe final al Centro de Investigaciones					

Presupuesto
Tabla 2. Presupuesto.

Materiales, bienes y equipos	Cantidad	Costo unitario	Investigadores	propios	Total
<i>Copias de encuestas</i>	1500	\$50	\$50.000	\$25.000	\$75.000
<i>Memorias USB</i>	4	\$30.000	\$120.000	0	\$120.0000
<i>Impresiones de encuestas</i>	200	\$200	\$40.000	0	\$40.000
<i>Computadores portátiles</i>	2	\$2.500.000	0	\$5.0000.000	\$5.000.000
<i>Esferos</i>	10	\$500	\$5.000	0	\$5.000
<i>Sharpie</i>	10	\$30.000	\$30.000	0	\$30.000
<i>Logística y organización fotocopias</i>	2300	\$100	\$230.000	0	\$230.000
<i>Honorarios de investigadores (20 horas/7días/6 meses)</i>	2	\$1.500.000	\$1.500.000	\$1.500.000	\$3.000.000
<i>Lápices, borradores, resma de papel carta,</i>	10	\$11.200	\$112.000	0	\$112.000
<i>Imprevistos</i>	1	0	0	\$300.000	\$300.000
TOTAL	-----	-----	\$2.097.000	\$8.175.000	\$10.272.000
Materiales, bienes y equipos	Cantidad	Costo unitario	Investigadores	propios	Total
<i>Copias de encuestas</i>	1500	\$50	\$50.000	\$25.000	\$75.000
<i>Memorias USB</i>	4	\$30.000	\$120.000	0	\$120.0000
<i>Impresiones de encuestas</i>	200	\$200	\$40.000	0	\$40.000
<i>Computadores portátiles</i>	2	\$2.500.000	0	\$5.0000.000	\$5.000.000
<i>Esferos</i>	10	\$500	\$5.000	0	\$5.000
<i>Sharpie</i>	10	\$30.000	\$30.000	0	\$30.000
<i>Logística y organización fotocopias</i>	2300	\$100	\$230.000	0	\$230.000

<i>Honorarios de investigadores (20 horas/7días/6 meses)</i>	<i>2</i>	<i>\$1.500.000</i>	<i>\$1.500.000</i>	<i>\$1.500.000</i>	<i>\$3.000.000</i>
<i>Lápices, borradores, resma de papel carta,</i>	<i>10</i>	<i>\$11.200</i>	<i>\$112.000</i>	<i>0</i>	<i>\$112.000</i>
<i>Improvistos</i>	<i>1</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>\$300.000</i>	<i>\$300.000</i>
<i>TOTAL</i>	<i>-----</i>	<i>-----</i>	<i>\$2.097.000</i>	<i>\$8.175.000</i>	<i>\$10.272.000</i>

8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según los principios contenidos en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia (42), como no es un estudio experimental se rige bajo los criterios éticos establecidos por la ley colombiana en investigación. El estudio se clasifica “sin riesgo” no presenta riesgo real o potencial para los sujetos de estudio, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de los aspectos sociales o físicos del individuo; nos basamos en los principios de veracidad, objetividad, legitimidad, justicia y la beneficencia de las personas, por ello las personas que se encuentre en condiciones física y psicológicas de disconfort no se le aplicara el instrumento con el fin de proteger los derechos del individuo. En la vinculación al estudio se explicará de forma clara la aplicación del instrumento, de la intención de la investigación y de los objetivos de la misma, se diligenciará los consentimientos informados (Anexo 4) del cual se entregara copia, para las personas que acepten ser parte de la investigación, se guardara el principio de confidencialidad, no se divulgara información que pueda perjudicar o afectar la integridad de las instituciones o de las personas que son parte de la investigación; se aplicará a personas mayores de 18 años, que permitan la vinculación al estudio de manera voluntaria.

Se realizarán encuestas estructuradas, con el fin de recolectar la información; vinculando a pacientes que quieran de manera voluntaria participar y se respetara la decisión de retirarse en cualquier etapa de la investigación o no participar en la misma. Los instrumentos utilizados en la investigación permanecerán bajo custodia de los investigadores durante un periodo de 5 años; se garantizara la confidencialidad de cada uno de los participantes y el acceso a la información cuando lo llegasen a requerir. Este estudio puede ayudar a diversos actores y representantes de la población llanera en cuanto a la planeación y a la toma de decisiones concerniente a los servicios de Urgencias prestados en la ciudad, en asuntos tales como ampliación, redistribución por áreas geográficas de la ciudad de Villavicencio, priorización por centros expertos (trauma, pediatría, etc...) y a la asignación de recursos para su cumplimiento, en pos de un acceso efectivo al servicio.

Manifestamos que no existe conflicto de interés en el presente estudio, por parte de los investigadores a pesar del vinculo laboral existente entre una de las IPS con un investigador; con el fin de disminuir posibles sesgos en el estudio se tiene como estrategia, que la aplicación de los instrumentos será realizada por el otro investigador el cual no tiene relacion o vinculo laboral con dicha IPS; por consiguiente el investigador que presenta vinculo laboral con la entidad tendra a su acargo la elaboracion de la base de datos y el análisis de la información recolectada, es de resaltar que el instrumento aplicado no cuenta con identificacion del paciente, ni de la IPS; las IPS, donde se aplicaran los instrumentos, autorizaron de manera libre la recoleccion de la informacion y el acceso a los pacientes en el servicio de urgencias; no es necesario el acceso a historias clinicas o datos formales de las institucion, se tiene autorizacion

escrita de las dos instituciones. Las encuestas serán resguardadas bajo custodia en un lugar seguro donde la persona que elaboré la base de datos, de esta manera se garantizara que nadie más tendrá acceso a la información recolectada; en relación con el Habeas Data se garantizara a cada individuo que participe en el estudio la oportunidad de conocer sus datos y los resultados finales de la investigación, se entregara copia del consentimiento informado a cada participante con los datos de contacto de los investigadores para la solicitud de información y actualización de datos.

9 ANEXOS.

1. Hojas de vida

Resumen de hoja de vida	
Apellidos: LOZANO SALCEDO Nombre: LENIN ALONSO	Fecha de Nacimiento: 12 DE JULIO DE 1983 Nacionalidad: COLOMBIANO
Correo electrónico: LENINLOZANO@USTA.EDU.CO Documento de identidad: 86.078.438 Tel/fax: 3015556122 Programa al que pertenece: MAESTRIA EN SALUD PUBLICA Tipo de vinculación en la propuesta (Tutor, estudiante): ESTUDIANTE	
1. Títulos Obtenidos (Área/disciplina, Universidad, Año): SALUD/ENFERMERO, UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS. 2004	
2. Cargos Desempeñados (Tipo de posición, Institución, Fecha) en los últimos 5 años: <ul style="list-style-type: none">- DOCENTE CATEDRA UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS, ACTUALMENTE LABORANDO.- ENFERMERO COORDINADOR DE URGENCIAS CLINICA MARTHA, ACTUALMENTE LABORANDO.- DOCENTE INSTRUCTOR CORPOTECMETA, ACTUALMENTE LABORANDO.- ADMINISTRADOR MC MAYRA CUELLAR CIRUGIA MAXILOFACIL, ACTUALMENTE LABORANDO.- DOCENTE INSTRUCTOR INSTITUTO FORTALECER, 2018	
3. Experiencia. Campos de la ciencia, la tecnología o áreas del conocimiento en los cuales es experto <ul style="list-style-type: none">- ENFERMERO ASISTENCIAL.- DOCENTE UNIVERSITARIO.- INSTRUCTOR EN SOPORTE VITAL BASICO Y AVANZADO.- ENFERMERO DE CUIDADO INTENSIVO Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR.	
1.1	4. Publicaciones recientes 2012-2018
PATENTES, PROTOTIPOS U OTRO TIPO DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS O DE INVESTIGACIÓN OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.	

Resumen de hoja de vida

Apellidos: BARRERA ANGARITA
Nombre: ELISEO

Fecha de Nacimiento: 05/02/1986
Nacionalidad: COLOMBIANA

Correo electrónico: eliseobarrerausantotomas.edu.co
Documento de identidad: 1115720466
Tel/fax: 3108127657
Programa al que pertenece: MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
Tipo de vinculación en la propuesta : ESTUDIANTE

1. Títulos Obtenidos.

SALUD/ENFERMERO/UNIVERSIDAD DE LOS LLANOS/2014

2. Cargos Desempeñados en los últimos 5 años: ENFERMERO ASISTENCIAL SERVICIOS DE URGENCIAS: HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, CORPORACION CLINICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA SEDE VILLAVICENCIO, CLINICA META.

**3. Experiencia. Campos de la ciencia, la tecnología o áreas del conocimiento en los cuales es experto
ENFERMERO AREA ASISTENCIAL, URGENCIAS**

1.1

4. Publicaciones recientes 2012-2018 NINGUNA

PATENTES, PROTOTIPOS U OTRO TIPO DE PRODUCTOS TECNOLÓGICOS O DE INVESTIGACIÓN OBTENIDOS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.

Anexo 2. Carta de aval de las instituciones.

Hospital departamental.



RDK-2019-044

Villavicencio, 09 de Abril del 2019

Señores
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS
Magister en Salud Publica
Ciudad

Asunto: **Información Proyecto**

Reciban un cordial saludo, a solicitud del grupo del proyecto de investigación titulado "CARACTERIZACION SOCIOECONOMICA DE LAS PERSONAS QUE ACCEDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS Y SU RELACION CON LAS BARRERAS DE ACCESO AL SISTEMA DE SALUD VILLAVICENCIA – COLOMBIA 2019" El Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E. específicamente el Comité de Investigación se reunió el 5 de Abril de 2019 efectuando revisión y aprobación al desarrollo del proyecto, otorgando el permiso respectivo para que los estudiantes puedan recolectar la información necesaria.

Es necesario resaltar que El Hospital Departamental de Villavicencio, tiene establecido ciertos procesos que deben cumplir una vez finalice el desarrollo del proyecto los cuales tienen contemplados la coordinación de las fechas con el área de docencia servicio para efectuar la presentación formal ante el comité de investigación y la entrega del informe final.

Atentamente,


JOHANA CASTANEDA HERRERA
Coordinadora docencia servicio
Hospital Departamental de Villavicencio E.S.E.

*Recibido
y me he conen
10 de abril de
14:48pm*

Anexo 3. Clínica universidad cooperativa.

Villavicencio, 10 de Abril de 2019

Grivi Colciencias

Maestrante
ELISEO BARRERA
LENIN LOZANO
Estudiantes de maestría en Salud Pública
UNIVERSIDAD SANTO TOMAS

Cordial saludo,

Una vez analizado el proyecto de investigación "Caracterización socioeconómica de las personas que acceden al servicio de urgencias y su relación con las barreras de acceso al sistema de salud Villavicencio Colombia 2019" por el comité de investigación de la Corporación Clínica Universidad Cooperativa de Colombia en reunión realizada el 10 de abril de 2019, este considera:

Protocolo: se aprueba

Consentimiento Informado: Debe realizarse revisión

Concepto Comité Bioética: No requiere se considera que el estudio no representa riesgo alguno sobre el paciente

El comité avala la realización del proyecto, sin embargo se recomienda hacer ajuste en la redacción y parte metodológica, en virtud que en el proyecto participa uno de los funcionarios de la Institución, solicitamos poder realizar acompañamiento por un tutor metodológico institucional líder en investigación categorizado ante Colciencias permitiendo que el proyecto tenga participación interinstitucional y sea colaborativo; esta tutoría se realizara bajo los lineamientos establecidos por Universidad Santo Tomas y por el tutor asignado por ustedes. Aclaremos que los costos de la tutoría serán asumidos por la Clínica; para lo cual requeriríamos una carta de intensión por la Univeridad .

Cordialmente



LILIANA OSORIO CRUZ
Dirección de Práctica Docencia e Investigación
CORPORACIÓN CLÍNICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA

Anexo 4. Formato de consentimiento informado.

“Caracterización socio-económica de las personas que acuden al servicio de urgencias y su relación con las barreras de acceso al sistemas de salud. Villavicencio-Colombia, 2019”.

Investigadores: Lenin Alonso Lozano salcedo. Cel.: 3015556122

Eliseo Barrera Angarita. E-mail: eliseobarrera@usantotomas.edu.co

Nombre del participante: _____

Información básica del proyecto:^[1]_{SEP}(El consentimiento reúne los criterios de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia; como no es un estudio experimental se rige bajo los criterios éticos establecidos por la ley colombiana en investigación).

Analizar las barreras de acceso a los servicios de urgencias en dos IPS de segundo Nivel del municipio de Villavicencio en el año 2019, relacionado con las características sociodemográficas de la población que acude a los servicios de urgencias. El método de estudio será de carácter cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, se utilizará una muestra de carácter aleatorio por conveniencia para seleccionar y estudiar la problemática de los usuarios atendidos en los servicios de urgencias. Se invitarán a participar adultos que acuden a los servicios de urgencias de las IPS HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE VILLAVICENCIO, CORPORACION CLINICA UNIVERSIDAD COOPERATIVA, del municipio de Villavicencio durante el tercer trimestre de 2019.

Los resultados permitirán un mejor conocimiento de las dinámicas de operativización del sistema de salud en el municipio y se espera que puedan servir de base para la toma de decisiones en materia de modelo de atención en salud para Villavicencio y de planificación para las instituciones en las cuales se llevará a cabo el estudio. La población participe del estudio tendrá acceso a la información con respecto a los resultados, las posibles barreras de acceso a los servicios de urgencias y las instituciones prestadoras de servicios existentes en el municipio de Villavicencio.

Se realizaran encuestas estructuradas, que constan de 19 ítems con una duración estimada de 15 minutos, con el fin de recolectar la información; se vincularan pacientes que quieran de manera aleatoria y voluntaria decidan participar en la investigación, se mantendrá el principio de confidencialidad de los participantes. Se entregara copia del

consentimiento informado a cada uno de los participantes de la investigación, se responderá a cada pregunta que surja, vía e-mail o telefónica.

Esta investigación permitirá caracterizar los pacientes que acceden a los servicios de urgencias y permitirá que se tomen posturas eficaces según los hallazgos para mejorar la calidad en la atención y se logren generar políticas en salud pública que impacten en la atención de los servicios de urgencias de manera positiva. Se garantizará el recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto. Tiene como institución, La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.

En caso de que existan gastos adicionales, éstos serán cubiertos por el presupuesto de la investigación, asumidos por los investigadores.

El proyecto se acoge a los principios de Budapest (1999) sobre el uso de las ciencias sociales. Los resultados de la investigación serán dados a conocer a la comunidad científica y a la sociedad colombiana en general. El Comité de Ética de la UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS. Fecha: _____ Acta: _____ de 2019. Aprueba la realización de la presente investigación. Se terminara la investigación en el mes de noviembre de 2019.

Asentimiento para participar en el proyecto:

Yo _____ con CC. _____ de _____ manifiesto que deseo participar en el proyecto de investigación cuyo nombre es: Caracterización socio-económica de las personas que acceden al servicio de urgencias y su relación con las barreras de acceso al sistemas de salud VILLAVICENCIO - COLOMBIA, 2019. Y que he recibido la información necesaria sobre el Objetivo del proyecto, los procedimientos que se me realizarán, que a su vez no representan ningún riesgos que afecte mi integridad física o emocional, al diligenciar la encuesta. Asimismo, he sido informado sobre el derecho que tengo a retirarme del proyecto en cualquiera de sus fases, el trato que se dará a la información que aquí suministro, y el periodo de finalización del estudio.

Firma del participante _____

Firma de testigo _____

Firma de testigo _____

Fecha: _____

Anexo 5. Instrumento de encuesta.

Caracterización socio-económica de las personas que acuden al servicio de urgencias y su relación con las barreras de acceso al sistema de salud, VILLAVICENCIO - COLOMBIA, 2019.

OBJETIVO:

Como estudiantes de la MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA Universidad SANTO TOMAS de BOGOTÁ USTA, realizaremos un estudio, con el propósito de recopilar información necesaria para Caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud de la población que acuden a los servicios de urgencias del municipio de Villavicencio-Meta; para lo cual solicitamos su colaboración para responder la presente encuesta.

Es de aclarar que su participación es totalmente voluntaria y que el equipo de investigadores garantizará la confidencialidad de la información aportada, sin que ésta represente riesgo alguno para usted.

POR FAVOR RESPONDER LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN

FECHA _____

Sector: _____ Urbano _____ Rural _____

A. Edad -años cumplidos: _____

B. Sexo: M ____ F ____

C. Nivel Sisben: 1 ____ 2 ____ 3 ____

D. Población vulnerable: SI ____ NO ____

E. ocupación: _____

F. Ingreso mensual

Menos de \$828.116	Entre \$828.117 y \$1.656.232	Entre \$1.656.233 y \$2.484.348	Entre y \$2.484.349 y \$3.312.464	NS/NR

*SMLV: salario mínimo legal vigente. \$ 828.116 (2019)

G. Escolaridad: último año cursado o años de estudio

Ninguno	Primaria Incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completas	Técnico o profesional	Otro

H. Discapacidad: SI___ NO___

I. Tipo de Discapacidad:

a. Física___ b. Cognitiva: _____ c. Sensorial: _____

J. EPS a la cual está afiliado _____ régimen de salud _____

EN EL ÚLTIMO AÑO:

K. ¿Ha estado en Tratamiento médico? Sí ___ No ___

L. ¿Ha solicitado servicio de urgencias? Sí ___ No ___

M. Para recibir la atención ha tenido dificultades en la EPSS por alguna de las

Siguientes razones?

Portabilidad ___ Registros de Afiliación ___ Multiafiliación___

Mala atención de los funcionarios___ Tramitología: Cuál _____

Negación de Servicios _____ Incumplimiento en los horarios de

atención_____

Ninguna _____

N. Ha tenido dificultades en la atención en las IPS por estos motivos?

Falta de Equipos _____ Mala atención de los funcionarios _____

Tramitología: Cuál _____ Negación de Servicios _____

Incumplimiento en los horarios de atención _____

Inoportunidad en la entrega de medicamentos _____ Inoportunidad en la

Prestación del servicio _____ Ninguna _____

O. Indique el último servicio solicitado en el año:

Medicina General _____ Medicina Especializada _____ Odontología _____ Laboratorio
Clínico _____

Rayos X _____ Terapias _____ Otros _____

P. Cuantos días ha tenido que esperar para que le asignen una cita de consulta externa?

en el mismo día	1-3 días	4-5 días	+5 días

Q. En cuanto tiempo lo atendieron en el servicio de urgencias?

Menos de 5 minutos	5-30 minutos	30 - 60 minutos	1-2 horas	2-4 horas	+4 horas

R. Cuánto tiempo se demoró para desplazarse hacia el sitio de la atención?

-30 min.	30 min - 1 hora	1 a 3 horas.	+ 3 horas

S. Tiene alguna de las siguientes limitaciones para cumplir una cita?

Falta de medios de transporte	Falta de dinero para el pago del transporte	Falta de Dinero para pagar el copago	Ninguno

T. cual es el motivo por el cual usted acude al servicio de urgencias?:

Falta de oportunidad en las citas en consulta externa	
cercanía a la ips	
Atención ágil	
Problema de salud agudo	
Disminución de costos	
Necesidad de incapacidad	
Acceso a medicamentos	
Valoración de especialista oportuna	
Acceso medios diagnósticos(laboratorios, imagenología)	

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

IDENTIFICACIÓN DEL ENCUESTADOR:

NOMBRE _____

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN _____

Anexo 6. Autorización de utilización del instrumento.



Lenin Alonso Lozano Salcedo <leninlozano@usantotomas.edu.co>

solicitud formal de instrumento de investigación

Mario A Zapata V <mzapatav@une.net.co>

11 de abril de 2019, 14:10

Para: Lenin Alonso Lozano Salcedo <leninlozano@usantotomas.edu.co>

Buen día Profesor Lenin:

Dado el carácter académico de esta solicitud, no dudo en que será de importancia la utilización del instrumento que se aplicó en la investigación: BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL – SANTANDER. Si bien mi papel fue de Asesor y Coautor de este trabajo, estoy seguro que una autorización positiva la cual entrego a través de este mail complacerá igualmente a los otros autores, por lo cual le solicito que puedan referenciarse de manera adecuada en el ítem Referencias del estudio que ustedes realicen.

Les deseo éxito en su trabajo,

Cordial Saludo,

Mario Alberto Zapata Vanegas MD PhD

mzapatav@une.net.co

Docente Adscrito Universidad CES

Y Universidad Autónoma de Bucaramanga



Lenin Alonso Lozano Salcedo

10 abr. 2019 17:30 (hace 5 días) ☆

Lenin Alonso Lozano Salcedo docente universidad de los llanos estudiante maestría en salud publica universidad Santo Tomas



Mario A Zapata V

para mí ▾

11 abr. 2019 14:10 (hace 4 días) ☆ ↶ ⋮

Buen día Profesor Lenin:

Dado el carácter académico de esta solicitud, no dudo en que será de importancia la utilización del instrumento que se aplicó en la investigación: BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL RÉGIMEN SUBSIDIADO DEL MUNICIPIO DE SAN GIL – SANTANDER. Si bien mi papel fue de Asesor y Coautor de este trabajo, estoy seguro que una autorización positiva la cual entrego a través de este mail complacerá igualmente a los otros autores, por lo cual le solicito que puedan referenciarse de manera adecuada en el ítem Referencias del estudio que ustedes realicen.

Les deseo éxito en su trabajo,

Cordial Saludo,

Mario Alberto Zapata Vanegas MD PhD

mzapatav@une.net.co

Docente Adscrito Universidad CES

Y Universidad Autónoma de Bucaramanga

...

10 BIBLIOGRAFÍA

1. Arrivillaga M., Aristizábal JC., Pérez M., Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit.* 2016;30(6):415-420.
2. Inequidades y barreras en los sistemas de salud. 2017 -02-07T17:40:57+00:00.<https://www.paho.org/salud-en-las-americas> 2017/?post_type=post_t_es&p=312&lang=es
3. Vega J., Solar O., Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. *Determinantes sociales de la salud en Chile.* Santiago de Chile 2005.
4. República de Colombia - Congreso Nacional. Ley por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones., Ley 100 de 1993 (diciembre 23).
5. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Bogotá, D.C.: Banco de la República; 2014. 45 p.
6. 1997, E. (2019). Encuesta de Calidad de Vida 1997. recuperado de <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-de-calidad-de-vida-1997>
7. Latorre ML, Merchán JC, Henao EV. Seguimiento al sector salud en Colombia: “Así vamos en salud”: Experiencias valiosas en gestión territorial 2007. Bogotá: Casa Editorial El Tiempo; 2007. p. 31. 8
8. Mejía A, Sánchez AF, Tamayo JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública* 2007; 9(1):26-38. 9
9. Velandia F, Ardón N, Cárdenas JM, Jara MI, Pérez N. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Colombia Médica* 2001; 32:4-9. 10
10. Echeverri E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Rev Gerencia y Políticas de Salud* 2002; (3):1-19.
11. Vargas J, Julián; Molina M, Gloria Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, vol. 27, núm. 2, mayo-agosto, 2009, pp. 121-130 Universidad de Antioquia.
12. Vargas-Lorenzo I, Vazquez-Navarrete ML, Mogollon-Perez AS. [Acceso a la atención de salud en Colombia]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2010;12(5):701-12.
13. Ballesteros Matías Salvador, Freidin Betina. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. *Salud colect.* [Internet]. 2015 Dic [citado 2019 Abr 18] ; 11(4): 523-535. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000400006&lng=es. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.793>.
14. Tovar-Cuevas LM., Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2014;13(27):12-26.

15. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Effective access to health services: operationalizing universal health coverage. *Salud publica de Mexico* 2015 Mar;57(2):180. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
16. Valencia-Sierra ML, Gonzalez-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. [Access to medical emergency services in Medellin during 2006]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2007;9(4):529-40.
17. (Sin autor). Situación de salud para la zona de los Llanos y la Orinoquía colombiana. Villavicencio 2011. tomado de: <https://web.unillanos.edu.co/docus/SITUACION%20DE%20SALUD%20ORINOQUIA%20COLOMBIANA%20%2029%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202011.pdf>.
18. Colombia, M. (2019). Páginas - Cifras de aseguramiento en salud. recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
19. Romero A, Becerra P, Rueda F. Analisis de la situación de salud Departamento del Meta 2011. Villavicencio: Secretaría Seccional de Salud del Meta; 2011. disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/mapa/Analisis-de-Situacion-Salud-META-2011.pdf>.
20. Tiempo CEE. Hospital de Villavicencio tiene una sobreocupación del 250 por ciento. 2018; Available at: <https://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/hospital-de-villavicencio-tiene-sobreocupacion-de-250-por-ciento-196900>. consultado ene 17, 2019.
21. Ramírez M, Gil Ospina A. Percepción de calidad en servicios de urgencias hospitalarias de ii nivel, risaralda colombia, 2013. *Investig Andina*. 2013;18(32):1507-20.
22. Hernandez M. [Health reform, equity and the right to health in Colombia]. *Cad Saude Publica*. 2002;18(4):991-1001.
23. Gonzalez G, Valencia ML, Agudelo NA, Acevedo L, Vallejo IC. [Perceived urgency of medical condition and use of health care services in Medellin, Colombia, 2005-2006]. *Biomedica : revista del Instituto Nacional de Salud*. 2007;27(2):180-9.
24. Bas-Sarmiento P., Fernández-Gutiérrez M., Albar-Marín M.J., García-Ramírez M. Percepción y experiencias en el acceso y el uso de los servicios sanitarios en población inmigrante. *Gac Sanit*. 2015;29(4):244-51.
25. Moreno GA., Monsalve JC., Tabima D., Escobar JI. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27((2)):131-41. <http://www.villavicencio.gov.co/Documents/ANALISIS%20DE%20SITUACION%20DE%20SALUD%20EN%20VILLAVICENCIO%20VIGENCIA%20A%20CORTE%20DICIEMBRE%20DE%202017.pdf>
26. Segura O., Castañeda Porras O. Reseña - Como comercian con tu salud. . Ana Martínez, Montse Vergara, Joan Benach, Gemma Tarafa. Barcelona: Icaria Editorial, S.A.; 2014. *Rev Fac Med*. 2015;63(2):335-6.
27. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Peruana*. 2011;28(4):237-41.

28. República de Colombia - Congreso Nacional. Ley por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones, (diciembre 21).
29. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra: la Organización; 2008. disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf;jsessionid=A3ABD124FAFD0CD6C4DCFF65AE8611B9?sequence=1.
30. Vargas-Lorenzo, I., Vázquez-Navarrete, M., & Mogollón-Pérez, y. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 12(5), 701-712. doi:<https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001>
31. Arredondo, A., & Melendez, V. (1991). Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, 34(1), 36-48. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5803>
32. Lopera Betancur MA, García Henao ML, Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Invest Educ Enferm*. 2010;28(1):64-72.
33. Garcia-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, Paepe Pd, Ferreira da Silva MR, Unger JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2014;28(6):480-8.
34. Molano FR., Escobar CM., García MA., Salazar PA., Mejía LC., Jiménez WG. Motivos de uso de los servicios de urgencias. *Acta Odontol Colomb*. 2016;6(1):123-36.
35. Restrepo-Zea J., Silva-Maya C., Andrade-Rivas F., Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2014;13(27):242-65.
36. Clínica Medimás en Villavicencio fue cerrada por fallas sanitarias. Available at: <https://www.rcnradio.com/colombia/llanos/cierran-clinica-de-medimas-en-villavicencio-por-fallas-sanitarias>. Accessed mar 10, 2019.
37. Tiempo CEE. Plantón de trabajadores de la Clínica Martha en Villavicencio. 2018; Available at: <https://www.eltiempo.com/colombia/planton-de-trabajadores-de-la-clinica-martha-en-villavicencio-287092>. Accessed mar 4, 2019.
38. Llanos AA, Morera-Salas M., Barber-Pérez P., Hernández K., Xirinach-Salazar Y., Varga J.R. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en Costa Rica. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2009;11(3):323-35.
39. Domingo Ribas C, Ortún Rubio V. Urgencias hospitalarias o colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias. *Arch Bronconeumol* 2006 /06/01;42(6):257-259
40. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2009;27(2): 121-130. recuperadode:http://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/8167/1/VargasJulian2009_AccesoServiciosSalud.pdf

41. Holguín J.M., Escobar DA, Tamayo JA. Servicio de urgencias versus infraestructura de transporte. Un análisis de accesibilidad enfocado en las desigualdades sociales. Caso de estudio: Manizales, Colombia. Inf Technol. 2017;28(2):125-34.
42. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, Resolución 8430 de 1993 (octubre 4).