

**Diseño de un Sistema Unificado de Gestión al Usuario para mejorar el acceso a los
servicios de salud en zonas de alta ruralidad de la Provincia de Márquez del
Departamento de Boyacá (Colombia)**

**Sandra Milena Arias Rojas
Sandra Viviana Sampayo**

**Trabajo de investigación como prerrequisito para optar el título académico de:
MAGÍSTER EN GESTIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**

Asesor:

**Dra. Luisa Fernanda Cadena C.
Ph.D. en Educación Universidad Santo Tomas
Mg. en Dirección de Empresas CEU San Pablo**



**Universidad Santo Tomas
Facultad de Administración de Empresas
Maestría en Gestión de la Protección Social
Tunja
2023**

Tabla de contenido

Dedicatoria.....	5
Agradecimientos	6
Resumen ejecutivo	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Descripción del problema	11
Justificación	13
Objetivos.....	15
Estado del arte.....	16
Marco Teórico.....	27
Variable Dependiente: Mecanismo de Comunicación Al Usuario	40
Marco Conceptual	46
Marco histórico-social.....	51
Marco Legal	52
Hipótesis	55
Aspectos metodológicos.....	57
Marco metodológico	57
Tipo de investigación	57
Enfoque	58
Tipo de estudio	59
Método de investigación.....	59
Alcance del estudio	60
Variables de estudio	60

Fases de Investigación.....	61
Población y muestra	62
Fuentes de información.....	64
Instrumentos de recolección de la información	65
Procedimientos, técnicas e instrumentos de investigación	66
Operacionalización de Variables de Estudio y Ruta Metodológica de la Investigación.	66
Validación de instrumentos por parte de expertos	68
Pruebas Piloto	69
Resultados del estudio	74
Análisis resultados encuesta a usuarios.....	74
Análisis resultados Focus Group	95
Análisis resultados tabulación instrumento de evaluación oficinas EPS	108
Matriz de triple entrada para interpretación de resultados	130
Comprobación de la Hipótesis	139
Propuestas derivadas del estudio	140
Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad	141
Modelo del Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad.	145
Conclusiones y Recomendaciones	153
Referencias bibliográficas	157
Anexos	¡Error! Marcador no definido.

Lista de figuras

Figura 1. Postulados teoría general de sistemas propuesta por Ludwig Von Bertalanffy	28
Figura 2. Características estructurales básicas de todo sistema	31
Figura 3. Aspectos y elementos de los sistemas de gestión	34
Figura 4. Etapas ciclo Deming	37
Figura 5. Síntesis de un Sistema de Gestión	38
Figura 6. Funciones de la comunicación	42
Figura 7. Funciones de la comunicación	44
Figura 8. Campos de trabajo en la comunicación en salud	45
Figura 9. Conceptos claves trabajo de grado	46
Figura 10. Fases de investigación	61
Figura 11. Diseño de Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad	146

Dedicatoria

Dedico este trabajo de grado a mi amada familia, esposo e hija, que con esfuerzo, amor y abnegación me brindaron su apoyo incondicional, estuvieron siempre para mí con total dedicación, dispuestos a sacrificar el tiempo en familia para darme la oportunidad de avanzar académicamente. A mis padres que son un ejemplo de perseverancia, excelencia y persistencia frente al logro de las metas que me propongo.

Sandra Milena

Dedico este trabajo de grado en primer lugar a Dios, por ser el dueño de nuestras vidas y guiar cada sueño y proyecto que queremos. En segundo lugar dedico este fruto de investigación a mi familia y amigos, especialmente a mi padre quien desde el cielo me acompaña y ser su orgullo es mi gran motivación, a mi mamá y mi hijo Juan Diego, quienes con su amor y paciencia hacen que pueda lograr mis metas.

Sandra Viviana

Agradecimientos

Sincero agradecimiento a la Universidad Santo Tomas Seccional Tunja por permitir nuestro crecimiento académico. A nuestra Directora Dra. Luisa Fernanda Cadena por su constante apoyo y ese gran interés por formar nuevos profesionales basando sus enseñanzas en la importancia de ser buenos seres humanos con vocación de servicio.

Las autoras

Agradecimiento especial a mi compañera y amiga Sandrita Sampayo, le expreso una gratitud profunda y genuina que va más allá de las palabras, eres un regalo de vida para mí en este camino hacia nuestro crecimiento profesional, un gusto haber trabajado contigo.

Sandra Milena

Agradecimiento especial a mi amiga y compañera de tesis Sandrita Arias por conformar conmigo un gran equipo en el desarrollo de este proyecto y por su compañía personal, Sandrita: Siempre va a ser un gusto aprender de ti como profesional pero sobre todo como ser humano.

Sandra Viviana

Resumen ejecutivo

Este trabajo se despliega a partir de la identificación de problemáticas frente al acceso a los servicios de salud, evidenciados en algunos municipios en zonas de alta ruralidad de la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, situación que se presenta dadas las necesidades de salud que no son atendidas lo cual permite determinar la existencia de una demanda insatisfecha del servicio con la población usuaria que se encuentra a cargo de las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud en la región. Desde dicha premisa el objetivo general se centró en proponer el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia. Para ello, se desarrolló una investigación cuantitativa de tipo correlacional que pretende determinar la calidad y la pertinencia del acceso a los servicios de salud en la región seleccionada para el estudio, realizando un seguimiento desde la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí. Así las cosas, a través de la aplicación de instrumentos de investigación se identificaron limitantes significativas frente al acceso efectivo a los canales dispuestos por las EPS para adelantar trámites administrativos, gestionar las solicitudes y orientar las necesidades de la población, lo cual indica no solo la persistencia de barreras sino también su vínculo con condicionantes socioeconómicas y de accesibilidad geográfica. Los resultados hallados permiten concluir que existe una necesidad de la población usuaria porque las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud se ocupen de garantizar la gestión integral de riesgo de sus afiliados lo cual precisa la necesidad de una transformación en los sistemas dispuestos que permitan lograr mejoras en términos de eficiencia, eficacia, acceso, oportunidad e integralidad.

Palabras clave: Gestión usuario, servicios de salud, sistema unificado.

Abstract

This work is deployed from the identification of problems regarding access to health services, evidenced in some municipalities in high rural areas of the Province of Márquez of the Department of Boyacá, a situation that occurs given the health needs that are not met, which allows determining the existence of an unsatisfied demand of the service with the user population that is in charge of the entities responsible for health insurance in the region. From this premise, the general objective was focused on proposing the design of a unified user management system focused on guaranteeing communication channels and effective access to health services in areas of high rurality for the Province. For this purpose, a quantitative correlational research was developed to determine the quality and relevance of access to health services in the region selected for the study, following up from the Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí. Thus, through the application of research instruments, significant limitations were identified in terms of effective access to the channels provided by the EPSs to carry out administrative procedures, manage requests and guide the population's needs, which indicates not only the persistence of barriers but also their link with socioeconomic and geographic accessibility conditioning factors. The results found allow concluding that there is a need of the user population for the Entities Responsible for Health Insurance to take care of guaranteeing the integral risk management of their affiliates, which requires a transformation in the systems in place to achieve improvements in terms of efficiency, effectiveness, access, timeliness and comprehensiveness.

Keywords: Health services, unified system, user management.

Introducción

Pese a la existencia de normativa como la establecida en la Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007) que exige a las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud en Colombia el disponer de canales efectivos de atención, en la actualidad, se pueden observar limitaciones significativas en cuanto al acceso efectivo a estos canales, lo que indica la existencia de barreras persistentes que están relacionadas tanto con factores socioeconómicos como con la accesibilidad geográfica y su vinculación a elementos organizacionales que abarcan la presencia de inconvenientes desde los trámites administrativos que se deben realizar hasta la oportunidad y calidad en la prestación de servicios de salud con que cuentan las poblaciones.

Datos nacionales del Observatorio Así Vamos en Salud muestran que dentro de sus análisis se determina que en Colombia la “Salud Rural es una deuda pendiente”, dado que en repetidas ocasiones esta ha sido la expresión más relevante en documentos técnicos, informes, discursos, ponencias, artículos y entrevistas a nivel nacional e internacional en materia de salud, por lo cual el Observatorio determina que dicha deuda es una de las más significativas, pues allí se concentran las mayores inequidades que padece nuestro país en materia de bienestar de las personas.

En este sentido, en las zonas rurales del país aún hay mucho por hacer para garantizar la buena salud de la población, dado que, las grandes distancias que separan a las personas de los centros de atención, la falta de medicamentos y el desconocimiento de los procedimientos básicos evidencian la enorme brecha existente entre las ciudades y el campo colombiano.

Por tanto, es evidente la necesidad de garantizar el acceso a los servicios de salud, no solo a través de la atención médica, sino también desde el primer contacto con las entidades responsables, esto con el fin de obtener información, orientación y asegurar que se cumplan los derechos de los usuarios frente a las instituciones encargadas de brindar dichos servicios.

Por todo lo anterior y con el objetivo de abordar esta necesidad, para este trabajo de grado se realizó una búsqueda minuciosa, sistemática y permanente de antecedentes y teóricos que

llevo a que mediante dichas consultas fuese posible nutrir el trabajo investigativo. Además de ello mediante la indagación con actores involucrados y el diagnóstico de los sistemas implementados por cada una de las entidades responsables del aseguramiento en salud en las zonas rurales de la Provincia de Márquez, en el Departamento de Boyacá, se lograron identificar fallas en el sistema actual, siendo posible justificar el esbozo y propuesta de un modelo de sistema unificado de gestión de usuarios.

Dicho modelo se enfoca en garantizar canales de comunicación y acceso efectivo a los servicios de salud, de manera estratégica, para mejorar la accesibilidad en condiciones de igualdad, buscando responder a los diferentes mecanismos de atención al usuario, ya sea presencial, telefónico o virtual, según los distintos ámbitos territoriales: urbanos, con alta ruralidad y dispersos.

De esta manera, con el desarrollo de esta investigación se aporta el diseño de un modelo de sistema para garantizar atención integral, oportuna y de alta calidad, bajo el derecho de no traslado de cargas administrativas y burocráticas que les corresponde asumir a los responsables de la gestión del Riesgo Individual de los afiliados según el Artículo 3, numerales 3.5 y 3.6 de la Ley 1438 de 2011.

Así, esta investigación es resultado de un proceso de formación posgradual que consistió en el desarrollo de etapas determinadas por la búsqueda minuciosa de información con la cual se delimito el problema y se plantearon tanto los objetivos del estudio como las variables, desde ello se desplego la indagación de información pertinente para nutrir el proceso con elementos actuales dentro de la línea de acción donde se tomaron recursos para delimitar el estudio de caso mediante los actores identificados, lo anterior conllevó a la determinación del enfoque metodológico en el cual se planeó el trabajo a desarrollar tomando como base la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos mediante los cuales se desarrolló el estudio para por ultimo proceder al adelanto de trabajo de campo con el fin de recoger la información, analizarla y obtener resultados concluyentes.

Capítulo 1.

1.1. Descripción del problema

El ideal de investigación se desarrolla a partir de la identificación de problemáticas frente al acceso a los servicios de salud, evidenciados en algunos municipios en zonas de alta ruralidad de la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, situación que se presenta dadas las necesidades de salud que no son atendidas en la región, lo cual permite determinar la existencia de una demanda insatisfecha del servicio con la población usuaria que se encuentra a cargo de las Entidades Responsables del Aseguramiento en salud en la zona tomada como objeto de estudio.

El Ministerio de Salud y Protección Social, basado en cifras proporcionadas por el DANE (2022), indica que actualmente en Colombia las estadísticas muestran un logro de cobertura casi universal con un indicador del 97.78%, lo cual evidencia que existe avance en la unificación de los planes de beneficios en salud que son establecidos a través de la resolución 2481 del 2021, sin embargo, estos factores por si solos no garantizan el acceso efectivo a los servicios ni el logro de la atención, dado que el 70% de los afiliados manifiestan estar insatisfechos con el servicio según una encuesta del Banco Interamericano de Desarrollo – BID (2021), por lo cual es un hecho que el sistema de Salud en Colombia se ha venido enfrentando a dificultades frente a la satisfacción de necesidades de los usuarios, a pesar del incremento en la cobertura mencionado.

En este sentido, análisis como el titulado “Ir al médico, toda una odisea en la Colombia rural” (Arteta, 2020) muestra como en las zonas rurales del país todavía hay mucho que hacer para garantizar la buena salud de la población, dado que, este artículo basado en casos reales de usuarios del sistema de salud del país, determina la necesidad de mejorar el acceso con el fin de mejorar la salud de las poblaciones rurales, lo cual conlleva una serie de cambios enfocados en fortalecer la oferta de servicios en las poblaciones más alejadas. De esta manera, el análisis desarrollado por Arteta (2020), evidencia la manera en que el sistema de salud, creado por la Ley 100 de 1993 (Congreso de la Republica de Colombia, 1993), hizo que muchas EPS, empresas y hospitales se concentraran en las grandes ciudades y áreas pobladas dejando en

detrimiento de las zonas rurales, por ello, en zonas apartadas, se entrega por licitación y al mejor proponente tanto el aseguramiento de la población como la atención integral, y en otras zonas se asignan poblaciones o zonas a las EPS que garanticen las redes de servicios para atender de forma integral a la población, es decir, un enfermo debe recibir todo lo que necesite sin tener que ir de una región a otra o de una institución a otra, que es lo que ocurre en la actualidad.

Ahora bien, por lo anterior el exministro de salud y ahora director del Observatorio Así Vamos en Salud, un centro de pensamiento dedicado a evaluar y difundir información, Augusto Galán Sarmiento asegura que la salud en el campo colombiano tiene grandes retos y desafíos, por ello asegura (Galan, 2020):

Si las poblaciones rurales tienen dificultades para llegar a los servicios de salud, un avance sería que los servicios vayan a ellas. Al mejorar la atención en el nivel de más baja complejidad podemos detener la evolución de las condiciones médicas para no estarlas atendiendo en un nivel de más alta complejidad a mayor costo y con mayores ineficiencias. El país tiene que tomar consciencia de que el 30 % de su población es rural. Son 14 millones de personas que estamos tratando con cierta indiferencia. En un estado social de derecho los ciudadanos tienen los mismos derechos. (p.1)

Así las cosas, la necesidad de asegurar el acceso a los servicios no solo a través de una asistencia básica, sino también desde el primer punto de contacto, ya sea para obtener información, orientación o para hacer valer los derechos de los usuarios ante las entidades e instituciones encargadas de garantizar una prestación efectiva, queda de manera clara demostrada en lo anteriormente expuesto.

Por lo tanto, se propone la creación de un modelo de sistema que garantice una atención integral, oportuna y de alta calidad, sin imponer cargas administrativas y oficinescas adicionales a los responsables de gestionar el Riesgo Individual de los afiliados, conforme a lo establecido en el Artículo 3, numerales 3.5 y 3.6 de la Ley 1438 de 2011, dando respuesta a la siguiente pregunta de investigación:

1.2. Pregunta de Investigación

¿Qué aspectos debe contener el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá?

1.3. Justificación

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia tiene como objetivo principal cumplir y hacer efectivos los derechos fundamentales en salud de las personas, por ello, la Ley 100 de 1993 (Congreso de la República de Colombia, 1993) establece que el Estado garantizará a todos los habitantes del territorio nacional, el derecho irrenunciable a la seguridad social, definiendo como principios orientadores la: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Desde los puntos mencionados y con el fin de garantizar la realización plena del derecho a la salud, es necesario que en todo el territorio nacional se asegure la disponibilidad, aceptación, accesibilidad, calidad y universalidad del mismo, conceptos que si bien están consagrados de manera expresa en los considerandos de la Ley 100 de 1993, no han contado con un desarrollo suficiente, en concordancia con la exclusión, discriminación y precarios niveles de atención evidenciados en la población estimada como vulnerable, dadas las inequidades en la prestación de los servicios de salud que son directamente proporcionales al tipo de afiliación a una Entidad Responsable del Aseguramiento, niveles de ingreso del hogar, dificultades en los servicios de salud por barreras de acceso de tipo administrativo, geográfico, económico y cultural, así como otras características socio-económicas.

En este sentido, la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá conformada por 10 municipios (Estupiñan, 2014), cuenta con 49.833 usuarios dispersos en veredas de alta ruralidad que actualmente disponen de precarios sistemas de información y comunicación, dado que los mecanismos de atención presencial, telefónica y virtual no se operativizan acorde a las necesidades según los ámbitos territoriales, situación que ha sido visualizada en un ejercicio observacional llevado a cabo dentro del trabajo habitual en la zona por las investigadoras de esta tesis, ejercicio que ha permitido vivenciar la realidad que se vive día a

día en la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí, razón por la cual los afiliados no gozan de canales efectivos para la interposición de sus solicitudes, lo cual se traducen en barreras que impiden trámites administrativos impactando de manera negativa el acceso a los servicios de salud.

En este aspecto y dado que según Ontibon (2018), las organizaciones actualmente ven en los sistemas de gestión una oportunidad de mejora y ventaja competitiva que los acerca a la eficiencia esperada en cada uno de los procesos claves, es primordial suministrar conocimientos tanto teóricos como prácticos, respecto a sus conceptos fundamentales incluyendo la evolución de procesos administrativos, aspectos, elementos y características, para facilitar los elementos de trabajo necesarios y en la medida en que sea posible coadyuvar a que se adquiera la habilidad de proponer alternativas que permitan una mejor gestión de procesos.

Acorde con lo expuesto anteriormente y con el fin de impactar positivamente las necesidades de los usuarios, el ideal de desarrollo de este trabajo de investigación se basa en realizar un diagnóstico formal del estado actual en términos de acceso y oportunidad de atención la región con el fin de proponer un diseño de modelo de sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.

Dicho diseño de modelo toma como base un análisis de mitigación frente a la inexistencia de puntos de atención físicos para dar trámite a las solicitudes y sitúa su propuesta en la disminución de los índices de gestión inadecuados o inoperantes, a efectos de brindar el diseño de una herramienta que despliegue la correcta orientación que los usuarios requieren, convirtiéndose en un mecanismo que permita disminuir las brechas frente a la garantía de la prestación de los servicios, respondiendo a canales de comunicación y acceso efectivo de los usuarios de los servicios de salud.

Esta tarea es fundamental según el Plan Nacional de Salud Rural del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), toda vez que el goce efectivo del derecho a la salud en las zonas rurales hace parte integral de un proceso sostenible de construcción de una mejor sociedad, determinando como uno de los principales desafíos del sistema de salud colombiano, sino el

más apremiante, el que tiene que ver con la disminución de las brechas existentes entre el campo y la ciudad, dado que dichas diferencias reflejan de un lado, las desigualdades en las condiciones socioeconómicas, y, del otro, las disparidades territoriales en la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud.

Lo anterior, tomando especial fuerza en lo expuesto por Bertalanffy (1968) quien en su teoría General de Sistemas presenta una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo multidisciplinarias, aspecto de relevante importancia para el sector salud.

1.4. Objetivos

Objetivo General:

Proponer el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.

Objetivos Específicos:

1. Identificar los canales de acceso existentes en las en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá con el fin de establecer su operatividad y determinar las barreras de acceso que encuentran los usuarios a los mismos.
2. Realizar un diagnóstico de los sistemas dispuestos por cada una de las entidades responsables del aseguramiento en salud que operan en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá, con el fin de validar su funcionamiento y efectividad.
3. Plantear el diseño de un modelo de sistema de gestión al usuario que contenga los elementos estratégicos ideales para garantizar efectividad en el acceso a los servicios de salud en la zona estudiada.

Capítulo 2.

2.1. Estado del arte

Dado que el proceso para estructurar la investigación genera la formulación de una hipótesis la cual en este trabajo investigativo indica que a través de la propuesta de un modelo de sistema unificado de gestión al usuario se dispondrá de un mecanismo para beneficio de la población afiliada en zonas de alta ruralidad en la provincia de Márquez, que permita la disminución de los índices de gestión inadecuados y la eliminación de barreras administrativas para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud. A partir de lo enunciado se plantearon como variables de investigación determinadas: Sistema de Gestión y Mecanismo de Comunicación Al Usuario, siendo desde estas vértices que se realiza la búsqueda y organización del estado del arte.

Por lo anterior, para dar desarrollo a este apartado, a continuación, se abordarán de manera sucinta, investigaciones tanto de carácter internacional, como nacional y local que se han desarrollado entorno a la temática seleccionada.

2.1.1. Variable Independiente: Sistema de Gestión

Contexto Internacional

El documento titulado "Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: Una propuesta de revisión basada en el modelo israelí (Chernichovsky & Jaramillo, 2015)" se enfocó en mejorar la salud en Colombia mediante el desarrollo de un sistema nacional de indicadores de desempeño del sector salud. Para lograrlo, se llevó a cabo un análisis descriptivo de datos secundarios de Colombia e Israel, lo que permitió realizar una comparación entre ambos países. Los resultados indicaron que a pesar de que Colombia tiene un modelo de competencia regulada, este no es eficaz. En contraste, se observó que Israel cuenta con un sistema sencillo pero eficaz, que incluye indicadores de calidad y rendimiento definidos y aceptados a nivel nacional, un mecanismo de supervisión, un proceso de comparación para identificar buenas prácticas y un mecanismo de difusión de estas prácticas.

En consecuencia, este estudio demuestra cómo el modelo israelí puede adaptarse fácilmente a Colombia debido a las similitudes encontradas en las estructuras y la naturaleza de ambos sistemas.

El estudio de investigación titulado "Modelos de gestión de la calidad en instituciones públicas de salud en México" (Narváez, Rivas y Chávez, 2015) analiza los modelos de gestión de la calidad en las instituciones públicas de salud en México. El artículo está estructurado en cuatro partes principales. En la primera se revisan los trabajos más relevantes en el campo de estudio. La segunda parte ofrece un contexto detallado sobre el funcionamiento del sistema de salud en México. La tercera parte presenta de manera gráfica los diferentes modelos de calidad y sus respectivos análisis. En la cuarta parte, se lleva a cabo una discusión detallada sobre los modelos de las instituciones de salud en México. Los resultados destacan el modelo NARICHA como propuesta, el cual rescata las variables relevantes que, desde la perspectiva de los autores, debe contener un modelo de calidad en una institución pública de salud.

La investigación titulada "El sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad" (Banderas & Olivera, 2015) revela cómo la preocupación por la calidad ha sido constante a lo largo de la historia de la atención médica, buscando asegurar un estándar mínimo en los procedimientos relacionados con el cuidado de la salud. En cuanto a la seguridad del paciente en los servicios de salud, el artículo indica que los primeros estudios sobre este tema datan de la década de 1950. No obstante, a finales del siglo pasado, se publicó que entre 44,000 y 98,000 estadounidenses morían cada año debido a errores atribuibles a la atención médica, errores que eran prevenibles. Este hallazgo generó una gran preocupación entre los proveedores de atención médica en todos los niveles, desde los responsables de tomar decisiones hasta aquellos que están en la primera línea brindando servicios a los pacientes. De acuerdo con la investigación, este problema se ha integrado en las políticas públicas y ha sido objeto de debate a nivel mundial, evidenciando cómo la seguridad del paciente se ha convertido en una preocupación crucial en el ámbito de la atención médica.

El artículo de investigación titulado "Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora" (Solera, Martínez, Labordena, & Loyola, 2020) expone cómo los Sistemas de Información en Salud son fundamentales como el núcleo de apoyo principal para

la toma de decisiones en las instituciones sanitarias. Dentro de estos sistemas, los indicadores de salud representan numéricamente los eventos medidos en el continuum de salud-enfermedad. En este contexto, el sistema integrado de información en salud tiene como objetivo normalizar, integrar y organizar toda la información disponible en salud en sus sistemas de información, almacenándola de manera accesible y segura en un repositorio. Además, se busca distribuir la información de la forma más conveniente para facilitar la toma de decisiones. A partir de estas premisas, la investigación concluye que para normalizar la información, es necesario definir estándares de información y semánticos que permitan identificar los conceptos de manera unívoca y establecer relaciones entre ellos.

Contexto Nacional

La investigación titulada "La nueva reforma a la salud en Colombia: El derecho, el aseguramiento y el sistema de salud" (Bernal & Barbosa, 2015), realizada por la Universidad de los Andes, subraya que la salud en Colombia es un derecho fundamental que el Estado debe proveer y proteger. Utilizando metodologías de análisis de sistemas de salud propuestas por la OMS y el Banco Mundial, el estudio examina las deficiencias, fortalezas y dificultades del sistema de salud en relación con la ley estatutaria aprobada en febrero de 2015. Las conclusiones del estudio resaltan la fragmentación y especialización de los servicios de salud, las barreras de acceso, los incentivos que no están alineados con la calidad, la débil gobernanza, la falta de coordinación entre múltiples actores y un sistema de información que no evalúa resultados. Por lo tanto, se destaca la necesidad de un acuerdo social y un equilibrio, así como un control por parte del Estado para manejar la tensión entre el beneficio individual y el beneficio colectivo en el sistema de salud colombiano.

La investigación titulada "Sistemas de Gestión Integrados en el sector salud para la optimización de la calidad en el Departamento del Atlántico" (Hernández, 2017) examina cómo los sistemas de calidad se han convertido en una plataforma para el crecimiento y desarrollo de todas las entidades productivas. En este contexto, la implementación de un Sistema de Gestión Integrado (SGI) se ha convertido en una solución práctica y efectiva para mejorar la calidad en todos los niveles de las organizaciones. Esta investigación lleva a cabo una revisión documental de las normativas que se han combinado para dar lugar a los SGI, así como de

aspectos relacionados con la acreditación en entidades de salud en el departamento del Atlántico.

El Cuaderno 79 de Fedesarrollo, titulado "El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención" (Sourdis, 2018), presenta un estudio que destaca los avances significativos registrados por el sistema de salud colombiano en las últimas décadas en términos de cobertura del aseguramiento y acceso. Se han logrado importantes mejoras en indicadores de salud, y el sistema ha evolucionado en aspectos regulatorios, incluyendo la regulación del derecho a la salud. También se han implementado avances en sistemas integrados de información, evaluación de tecnologías sanitarias, regulación de precios, desarrollo de modelos de atención para áreas remotas y modelos de atención integral, entre otros. No obstante, a pesar de estos logros, el estudio identifica desafíos en cuanto a la sostenibilidad y calidad del sistema. Colombia se encuentra cada vez más expuesta a presiones en estos aspectos, lo que subraya la necesidad de análisis continuo y estudio para encontrar soluciones que permitan una mejora continua en el sistema de salud del país.

El estudio titulado "La salud en la ruralidad en Colombia: Un análisis desde el sistema de salud colombiano en el departamento del Chocó bajo los atributos de cobertura y acceso con la crisis en 2014" (Realpe, 2018) emplea métodos cualitativos y cuantitativos, así como análisis documental, para investigar el avance en términos de cobertura y acceso al sistema de salud en el Departamento del Chocó, especialmente a raíz del desequilibrio que ocurrió en el año 2014. El trabajo demuestra cómo el desarrollo rural se ha convertido en uno de los puntos principales de la agenda colombiana, abordado como un concepto multidimensional que incluye medidas económicas y sociales. En este contexto, el estudio se enfoca en la idea de Amartya Sen, quien sostiene que la medición del desarrollo humano debe considerar aspectos sociales que reflejen la capacidad humana para mejorar, incluyendo el estado de salud. El análisis del documento resalta la importancia fundamental de la salud como servicio para las poblaciones rurales, subrayando la necesidad de un sistema de salud que garantice condiciones óptimas tanto en términos de cobertura como de acceso. El estudio se llevó a cabo en el departamento del Chocó debido a su alta población rural y los problemas de calidad de vida derivados de la desigualdad, la pobreza y el abandono estatal, a pesar de contar con ricos recursos naturales. Los hallazgos revelan que en las áreas urbanas la cobertura y el

acceso son mayores en comparación con las zonas rurales debido a condiciones de exclusión e injusticia social, lo que pone de manifiesto las deficiencias del sistema de salud en estas áreas.

En el documento titulado "Modelo de aseguramiento y financiación del SGSSS en Colombia: Deber de implementar el principio de integralidad" (Bacca, 2020) de la Pontificia Universidad Javeriana, se examina cómo el Sistema de Seguridad Social en Salud resalta la responsabilidad del Estado de asegurar el acceso de toda la población a los servicios de salud mediante un modelo de aseguramiento que incluya todos los servicios y tecnologías necesarios. El objetivo principal del estudio es evaluar si se está implementando de manera adecuada el principio de integralidad establecido en la Ley 1751 de 2015. Para llevar a cabo este análisis, se utiliza una metodología cualitativa descriptiva que demuestra que las alternativas propuestas por el Gobierno, especialmente aquellas del artículo 240 de la Ley 1955 de 2019, son inadecuadas para garantizar la sostenibilidad del sistema, ya que no integran todos los servicios y tecnologías en salud como deberían hacerlo según el principio de integralidad establecido por la ley.

El trabajo investigativo titulado "Implementación de un Sistema de Información unificado para gestión de salud en el Hospital San Isidro del municipio de Manizales – Caldas" (Barco, 2020) identificó un escenario que permitió determinar las percepciones de diversos actores en el sistema de gestión de salud. Se encontraron diferentes factores de corrupción, incumplimiento de normas y conflictos de intereses entre los diferentes agentes del sector salud en Colombia. Estos problemas han arraigado una crisis en la atención hospitalaria en el país. Como resultado, existe una urgente necesidad de establecer un sistema de Gestión de Salud unificado. Esto permitiría a los pacientes recibir atención personalizada y oportuna, teniendo en cuenta que todas las instituciones hospitalarias deben cumplir con rigurosas normativas en el cuidado de la salud de la comunidad que utiliza estos servicios. La implementación de un sistema unificado se presenta como una solución crucial para abordar los desafíos y mejorar la calidad de la atención hospitalaria en Colombia.

La investigación reciente titulada "Experiencias en la prestación de los servicios de salud, acorde al principio de accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la Región Amazónica de Colombia" (Moreno, 2023), toma por objetivo el proporcionar una visión más

completa de la complejidad en la accesibilidad a los servicios de salud en la Región del Amazonas. Por ello, se basó en una investigación cualitativa y exploratoria, utilizando datos documentales previamente recopilados. El objetivo principal fue describir las experiencias en la prestación de los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales de la región Amazónica de Colombia, siguiendo el principio de accesibilidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El estudio se estructura en tres capítulos que contextualizan, caracterizan y analizan los resultados obtenidos. Las conclusiones del estudio son fundamentales para comprender la realidad de las comunidades y habitantes de la zona rural de los seis departamentos analizados.

Contexto Local

En el contexto local el documento de referencia es el denominado "Análisis y diseño de un modelo de servicio al usuario en MEDIMÁS E.P.S. en el Departamento de Boyacá" (Cuevas, Ñustes, Pinzón, & Rodríguez, 2017) es de gran relevancia en el contexto local del departamento de Boyacá. Este informe se centra en ciudades y municipios donde Medimás E.P.S. presta sus servicios. El objetivo principal del proyecto fue diseñar un modelo de servicio para los usuarios de esta entidad con el fin de abordar los problemas relacionados con el tiempo de espera en los canales de atención para trámites como incapacidades, licencias, generación de certificaciones, portabilidad, permisos médicos y afiliaciones o novedades. El estudio revela que los usuarios no utilizan de manera adecuada los canales de atención para realizar sus trámites, lo que conduce a largos tiempos de espera y cuellos de botella en los procesos, resultando en una insatisfacción generalizada con el servicio prestado. Las conclusiones del estudio proponen estrategias orientadas a guiar a los usuarios para que utilicen los canales adecuados según el tipo de trámite que necesiten realizar. Se espera que esta orientación adecuada aumente la satisfacción del servicio, generando un impacto positivo en la atención médica en el departamento de Boyacá.

2.1.2. Variable Dependiente: Mecanismo de Comunicación Al Usuario

Contexto Internacional

El estudio titulado "Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad" (Bermejo, Castell, Valdivia, & Druyet, 2018) destaca el sistema de salud cubano, que se basa en tres principios fundamentales: salud como derecho humano, equidad y solidaridad. A pesar de que muchos indicadores de salud en Cuba están entre los mejores de la Región de las Américas, en 2011 se decidió reorganizar los servicios de salud para adaptarlos al proceso de actualización del modelo económico y social del país. Para llevar a cabo esta reorganización, se diseñó un proyecto de investigación-acción que incluyó el diagnóstico de la situación, la implementación de cambios y la evaluación de los resultados en varias etapas. Como resultado, se llevaron a cabo diversas acciones, como la racionalización de recursos humanos con una reducción significativa de plazas no directamente relacionadas con la atención del paciente, la simplificación de las estructuras de dirección en municipios, la optimización del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, la reorganización de la docencia y la revisión de los programas de cooperación médica internacional. Estos cambios han contribuido a mejorar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en Cuba y su desempeño. Se observaron aumentos significativos en el número de consultas en el nivel primario y estomatológicas, así como una reducción en el número de consultas en cuerpo de guardia. Además, se incrementó el número de pacientes intervenidos quirúrgicamente, se fomentaron proyectos de investigación y se registró un aumento en el número de estudiantes de Medicina. El proyecto de transformaciones en la salud en Cuba continúa en desarrollo para seguir mejorando el sistema de salud del país.

El artículo titulado "Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud" (Del Carmen, 2019) explora cómo el desafío de lograr la Cobertura Universal en Salud (CUS) ha llevado a los países a enfocar sus mayores esfuerzos en expandir la proporción de población cubierta, definir y ampliar los planes de beneficios, así como proporcionar recursos financieros para respaldar el pago de los servicios prestados. El artículo comienza destacando los avances y limitaciones principales en el proceso hacia la CUS y orienta el desarrollo de la agenda pendiente basándose en las propuestas de Organizaciones

Internacionales que buscan mejorar los sistemas de salud a nivel global. En sus conclusiones, el análisis resalta que los desafíos pendientes incluyen esfuerzos para involucrar y coordinar a los diversos actores en la tarea de rediseñar los procesos de atención, fortalecer la dimensión ética de la práctica médica y fomentar la participación ciudadana en la creación de un sistema de salud de alta calidad. Esto implica promover un acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, lo cual requiere la adopción de medidas que abarquen todo el sistema de salud y estén guiadas por una visión compartida, liderada por aquellos responsables de su gestión y gobernanza.

La investigación peruana titulada "La atención al usuario en los sistemas de Salud" (Álvarez, Pérez, Rodríguez, & Palomino, 2021) se propuso recopilar y analizar información proveniente de artículos científicos recientes sobre la atención al usuario en el sector salud. El estudio tuvo un enfoque descriptivo y logró identificar deficiencias en el desempeño de los sistemas de salud y en la calidad de servicio brindada. Estas deficiencias han llevado a que muchos usuarios no tengan acceso adecuado a los servicios de salud. Como resultado, la investigación concluyó que la atención al usuario presenta dificultades en la mayoría de los centros estudiados. Estas dificultades se atribuyen a diversos factores, incluyendo la falta de recursos, normativas insuficientes, falta de capacitación del personal, problemas de infraestructura y carencia de equipamiento adecuado. Estos hallazgos resaltan la necesidad de abordar estos desafíos para mejorar la atención al usuario en el sistema de salud peruano.

Contexto Nacional

El artículo de investigación titulado "Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos" (Arrivillaga, Aristizabal, Pérez, & Estrada, 2016) se destaca como una referencia importante, ya que tiene como objetivo diseñar y validar una encuesta sobre el acceso a servicios de salud en hogares colombianos. Esta encuesta se concibió como una herramienta metodológica fundamental para acumular evidencia sobre las condiciones reales de acceso que enfrenta la población colombiana a los servicios de salud. El proceso de validación de la encuesta involucró la participación de expertos y una prueba piloto aplicada en el municipio de Jamundí, en el Departamento del Valle del Cauca. Se utilizó un muestreo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados, y la muestra final incluyó 215 hogares. Como resultado de este trabajo investigativo, la encuesta final quedó conformada por 63 preguntas

distribuidas en cinco módulos: perfil sociodemográfico del jefe/a del hogar o adulto/a informante, perfil socioeconómico del hogar, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos y de rehabilitación, y gasto de bolsillo en acceso a servicios de salud. Los resultados empíricos de la prueba piloto indicaron que la cobertura en salud no se traduce en un acceso real y efectivo a los servicios por parte de la población. Esta conclusión resalta la necesidad de abordar las barreras y desafíos reales que enfrentan los hogares colombianos para acceder a los servicios de salud, y subraya la importancia de contar con herramientas de evaluación precisas y confiables para entender la situación del acceso a la atención médica en el país.

La investigación titulada "Salud y ruralidad en Colombia: Análisis desde los determinantes sociales de la salud" (Rodríguez & Benavides, 2016) realiza un análisis descriptivo sobre cómo el concepto de salud ha experimentado diversas transformaciones a nivel mundial. En el estudio se destaca la promoción del término "determinantes sociales" a nivel global, el cual ha sido adoptado por varios países para informar el desarrollo de políticas públicas en el ámbito de la salud. La investigación examina cómo Colombia ha incorporado este concepto en su plan nacional de desarrollo y en el plan decenal de salud pública. Además, el estudio aborda los cambios en el concepto de ruralidad, lo cual ha influido en las políticas públicas y decisiones que impactan a las poblaciones rurales. La investigación se enfoca en revisar la relación entre la ruralidad y el acceso al sistema de salud en Colombia, así como las propuestas de desarrollo rural en el país. El objetivo principal fue reflexionar sobre dos preguntas clave: i) ¿es viable mantener un sistema de aseguramiento con las características del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en las áreas rurales de Colombia?, y ii) ¿las ofertas de este régimen pueden abordar los impactos asociados con las condiciones de vida y las diferencias en las necesidades básicas de estas áreas? Estas reflexiones buscan proponer nuevos enfoques investigativos y marcos conceptuales para comprender la ruralidad y su relación con la salud, con el fin de informar políticas y prácticas más efectivas en el contexto rural colombiano.

El artículo de investigación titulado "La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación" (Suárez, Puerto, Rodríguez, & Ramírez, 2017) tiene como objetivo determinar las percepciones de diversos actores del sistema de salud colombiano acerca de los problemas subyacentes que han llevado a la crisis del sistema. Para llevar a cabo este análisis, se realizó un estudio cualitativo basado en entrevistas

semiestructuradas y en profundidad con cuarenta agentes del sector en ciudades como Bogotá, Cali, Ibagué, Espinal y Calima-Darién. Los resultados del estudio revelaron que la corrupción, el incumplimiento de normas y los conflictos de intereses entre los diversos actores del sistema debilitan la legitimidad de este. Estos problemas dividen la cooperación y cohesión entre los actores del sistema y fortalecen los intereses particulares en detrimento del bienestar colectivo. Entre las conclusiones del estudio se destaca que la sobrerregulación, la falta de consistencia temporal en las normas y la información incompleta generan incertidumbre, confusión y desintegración dentro del sistema. Esto contribuye al desarrollo de una crisis regulatoria que requiere urgentemente recuperar espacios de toma de decisiones colectivas y concertadas. Estos espacios deben fomentar el diálogo y la superación de los llamados "intereses rentistas individualistas" identificados por los investigadores.

El artículo de investigación titulado "Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia" (Eslava, Camelo, Mina, Vásquez, & Mejía, 2018) se enfoca en evidenciar la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud (SIS) en Colombia para respaldar un modelo de inspección, vigilancia y control (IVC). Este modelo está orientado al seguimiento de los riesgos que afectan el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud en el país. Para llevar a cabo el estudio, se realizó un análisis transversal y descriptivo desde el enfoque de gestión de riesgos. Esto incluyó una revisión del marco regulatorio de las amenazas al goce efectivo del derecho a la salud y las características de la información reportada por los actores del sistema, necesarias para su seguimiento. Como resultado de este análisis, se llegó a la conclusión de que los datos que respaldan el seguimiento a los procesos de atención y su impacto sobre la salud poblacional son insuficientes para una supervisión adecuada de los riesgos. En vista de esta limitación, los investigadores recomendaron replantear la forma en que se realiza el seguimiento al desempeño del sistema de salud. Esta reevaluación se considera necesaria para garantizar el acceso, el uso y la calidad de los servicios de salud en Colombia, aprovechando los cambios que experimenta el sistema de salud en el país.

En la investigación titulada "La gestión del usuario como una herramienta clave en el logro de la satisfacción para las entidades promotoras de salud (EPS)" (Suarez, Díaz, Rico, & Moreno, 2019), se llevó a cabo un análisis sobre la influencia de la gestión del usuario en las Entidades

Promotoras de Salud (EPS). El objetivo fue identificar los factores más relevantes que afectan la satisfacción de los usuarios en relación con el proceso de autorizaciones brindado por estas entidades. La investigación surgió en un contexto en el cual aspectos éticos, administrativos y sociales cobraron relevancia debido a la intervención estatal en algunas EPS, motivada por problemas relacionados con la corrupción y la deficiente prestación de servicios. Estos problemas inevitablemente afectaron el nivel de satisfacción de los usuarios que acceden al sistema de salud. El estudio analizó cómo la gestión del usuario se convierte en un elemento dinamizador del sector, destacando la importancia de evaluar la satisfacción de los usuarios para mejorar la calidad de los servicios proporcionados por las EPS. La investigación probablemente abordó estrategias y recomendaciones para mejorar la gestión del usuario y, por ende, aumentar la satisfacción de los usuarios en el proceso de autorizaciones, aunque los detalles específicos no se proporcionan en el resumen proporcionado.

El estudio titulado "Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado" (Bran y otros, 2020) tuvo como objetivo explorar las barreras de acceso a los servicios de salud percibidas por usuarios del régimen subsidiado en el municipio de Sonsón, Departamento de Antioquia (Colombia) durante el año 2016. El estudio se llevó a cabo mediante una investigación cualitativa con enfoque histórico hermenéutico, en la cual participaron 16 informantes que fueron entrevistados. Los relatos de los informantes fueron transcritos, codificados y analizados utilizando la teoría fundamentada. Como resultado, se identificaron barreras económicas y administrativas que limitan el acceso de las personas a los servicios de salud. Estas barreras se observaron de manera más pronunciada en las poblaciones pobres y vulnerables, cuyas condiciones económicas restringen sus posibilidades para hacer frente a las eventualidades derivadas de las condiciones existentes en el sistema de salud. Este hallazgo resalta las desigualdades y los desafíos que enfrentan las poblaciones rurales y vulnerables en el acceso a la atención médica en Colombia.

Contexto Local

La investigación titulada "Plan de Comunicación Integral para Mediagnóstica SAS, empresa prestadora de salud" (Blanco, 2018) examina la importancia de la comunicación organizacional en el ámbito empresarial y cómo esta puede satisfacer necesidades y deseos en el contexto

empresarial moderno. En particular, la investigación se centra en Mediagnóstica SAS, una empresa líder en servicios de imagenología y cardiología en el departamento de Boyacá. El estudio reconoce que la comunicación es un elemento fundamental para el reposicionamiento de la empresa en sus diversos públicos de interés. Para lograr este objetivo, se llevó a cabo una investigación con el propósito de comprender cómo se manejan los servicios de la compañía desde el ámbito de la comunicación. El objetivo era proponer nuevas estrategias comunicativas tanto a nivel interno como externo para facilitar el cumplimiento de los objetivos empresariales. En resumen, la investigación analiza cómo Mediagnóstica SAS puede aprovechar las herramientas de comunicación para mejorar su posicionamiento y ofrece recomendaciones concretas para implementar estrategias comunicativas efectivas tanto dentro como fuera de la empresa.

2.2. Marco Teórico

Este apartado contiene los referentes que establecen las posturas teóricas con las que se desarrolló la investigación, dando cuenta del papel que van a desempeñar las variables tanto independiente como dependiente en el desarrollo de este trabajo investigativo, por ello para conseguir una base teórica sólida se centró la búsqueda de aspectos puntuales de lo que son los sistemas de gestión y la comunicación para el sector salud, partiendo desde las bases de estos dos aspectos se procedió a consolidar la siguiente información.

2.2.1. Variable Independiente: Sistema de Gestión

En un sentido amplio, la Teoría General de Sistemas se presenta como un enfoque sistemático y científico para entender y representar la realidad de manera integrada. Según Ontibon (2018), la metodología de los Sistemas de Gestión implica un cambio en la forma de pensar de las personas dentro de una organización. Este enfoque requiere que los individuos asuman el desafío de organizar todas las actividades de la organización en procesos.

El objetivo de un sistema de gestión es lograr un rendimiento superior en la organización al gestionar de manera integrada las tres disciplinas: los sistemas, los procesos que los sustentan y las actividades que los conforman. Esto se hace con el propósito de facilitar la

implementación de un sistema único, eficaz y adecuado para la organización. En resumen, la metodología de los Sistemas de Gestión busca una integración efectiva de sistemas, procesos y actividades para mejorar el rendimiento organizacional.

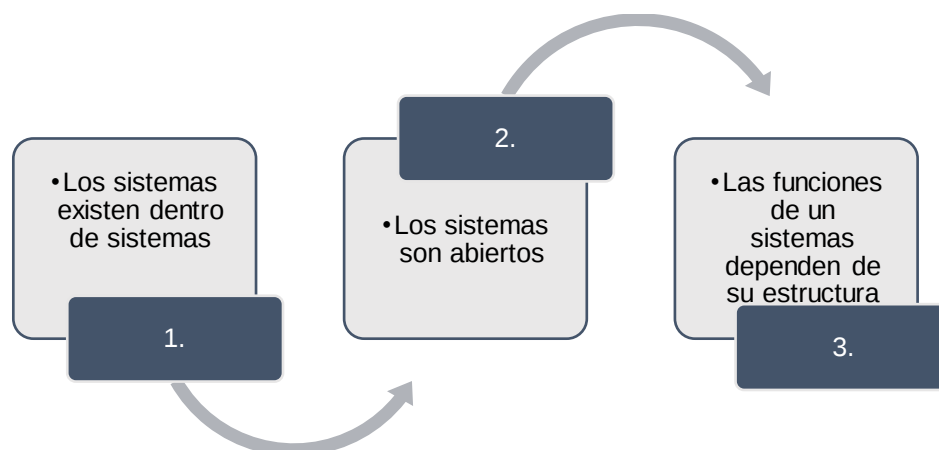
Por tanto, las organizaciones deben establecer, implementar y mantener procesos de diseño y desarrollo de productos y servicios de manera controlada. Esto implica definir los objetivos deseados inicialmente y, durante el diseño y desarrollo, generar informes de desempeño y permitir revisiones, verificaciones y validaciones necesarias en cada etapa del proceso.

La primera conceptualización en esta línea se atribuye al biólogo Bertalanffy (1901-1972), quien acuñó el término "Teoría General de Sistemas" como un mecanismo para integrar las ciencias naturales y sociales.

Según la teoría general de sistemas propuesta por Bertalanffy (1968), las propiedades de los sistemas no pueden describirse en términos de sus elementos individuales por separado. La comprensión de un sistema se logra al estudiarlo de manera integral, considerando todas las interdependencias entre sus partes, como se muestra en los postulados de su fundamentación indicados en la figura 1:

Figura 1.

Postulados teoría general de sistemas propuesta por Ludwig Von Bertalanffy



Nota: La figura representa los postulados de la teoría general de sistemas propuesta por Ludwig Von Bertalanffy. Elaboración propia.

Basándose en la idea propuesta por Bertalanffy, que sostiene que "un sistema es un conjunto de unidades mutuamente relacionadas", se pueden identificar dos conceptos fundamentales que caracterizan a los sistemas:

1. Propósito (Objetivo): Cada sistema tiene uno o varios propósitos u objetivos que deben ser alcanzados por sus unidades individuales (subsistemas).
2. Globalismo (Totalidad): Una acción que cause un cambio en una de las unidades del sistema probablemente provocará cambios en todas las demás unidades (subsistemas). Esto implica que cualquier evento o estímulo que ocurra en cualquier unidad del sistema afectará a las demás unidades, dado que todas están interconectadas. Esto llevará a que el sistema en su totalidad se adapte a los cambios presentados, generando una serie de efectos a lo largo de toda la estructura del sistema debido a esta interconexión, lo que se conoce como una reacción de causa y efecto.

Aunque el ámbito de aplicación de la Teoría General de Sistemas (TGS) no tiene limitaciones reconocidas, al aplicarla en fenómenos humanos, sociales y culturales, se nota que sus fundamentos se originan en los sistemas naturales, como los organismos, y en los sistemas artificiales, como las máquinas. Cuanto más reconocemos similitudes entre organismos, máquinas, seres humanos y formas de organización social, mayores son las oportunidades para aplicar adecuadamente el enfoque de la TGS.

Siempre que se hable de sistemas, se está considerando una totalidad cuyas propiedades no pueden atribuirse simplemente a la suma de las propiedades de sus partes o componentes. Las definiciones más comunes identifican a los sistemas como conjuntos de elementos interconectados, que mantienen relaciones estrechas entre sí y que mantienen al sistema unido de manera estable, ya sea directa o indirectamente. El comportamiento global del sistema generalmente persigue algún tipo de objetivo. Estas definiciones, que se centran en los procesos sistémicos internos, deben complementarse necesariamente con una concepción de sistemas abiertos. En los sistemas abiertos, se establece como condición para la continuidad sistémica la creación de un flujo de relaciones con el entorno circundante (Bertalanffy, 1968).

A partir de estas consideraciones, la Teoría de la Gestión de Sistemas puede ser desglosada, dando lugar a dos grandes grupos de estrategias para la investigación en sistemas generales:

- a) Perspectivas de sistemas centradas en las partes y el todo: En estas perspectivas, las distinciones conceptuales se enfocan en la relación entre el sistema en su totalidad y sus componentes individuales. Se analiza cómo las partes interactúan entre sí y cómo contribuyen al funcionamiento global del sistema.
- b) Perspectivas de sistemas centradas en los procesos de frontera (sistema/ambiente): En estas perspectivas, las distinciones conceptuales se centran en los procesos que ocurren en la frontera del sistema, es decir, en la interfaz entre el sistema y su entorno. Se investiga cómo el sistema interactúa con su ambiente, cómo se intercambian energía, información y materia, y cómo estos intercambios afectan tanto al sistema como a su entorno circundante.

Estas dos perspectivas proporcionan enfoques que se complementan mutuamente para entender los sistemas desde diferentes ángulos, permitiendo así realizar un análisis más completo y profundo de los fenómenos sistémicos. En el primer enfoque, la característica esencial de un sistema radica en la interdependencia de las partes que lo componen y en el orden subyacente a esta interdependencia. En el segundo enfoque, lo central son los flujos de entrada y salida a través de los cuales se establece la relación entre el sistema y su entorno. Ambos enfoques son sin duda complementarios.

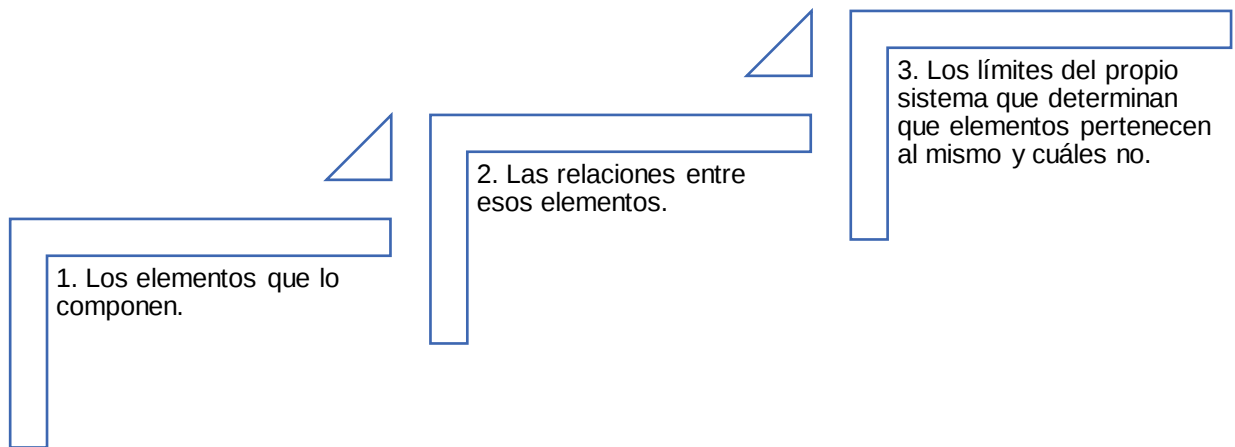
Es importante destacar que el objetivo de la Teoría General de Sistemas no se encuentra en la búsqueda de similitudes entre las diversas disciplinas científicas, sino en evitar la superficialidad científica que ha limitado el progreso en estas áreas del conocimiento. Para lograr esto, la teoría utiliza modelos que son aplicables y transferibles entre diferentes campos científicos, siempre y cuando dichas relaciones sean posibles y puedan integrarse en las respectivas disciplinas. En consecuencia, la finalidad de la Teoría General de Sistemas consiste en desarrollar teorías y conceptos que sean aplicables a la realidad, acercándonos a uno de los objetivos fundamentales: la búsqueda de la unidad en la ciencia. Esto contribuye a generar una integración en la educación científica y a avanzar hacia una comprensión más completa y holística del mundo que nos rodea.

Bertalanffy (1968) reconoce que la teoría de sistemas abarca un conjunto diverso de teorías y enfoques, que incluyen la teoría de la información, la teoría de los juegos, la cibernética, la teoría de los autómatas, la teoría de conjuntos, la teoría de las redes y otros más. Por tanto, al realizar el análisis aplicado de sistemas, es crucial considerar una variedad de modelos, adaptados según la naturaleza del caso y los criterios operacionales específicos, ya sea que se trate de un sistema material, psicológico o sociocultural.

De este modo, es posible hablar de tres características estructurales básicas de todo sistema:

Figura 2.

Características estructurales básicas de todo sistema



Nota: La figura muestra las características estructurales básicas de todo sistema. Elaboración propia.

En el ámbito organizacional, el concepto de Teoría General de Sistemas se convierte simplemente en Teoría de Sistemas, bajo la premisa de que la organización es un sistema creado por el ser humano. Este sistema se caracteriza por ser una estructura autónoma y abierta que engloba otros sistemas y subsistemas, como el sistema de nómina, recursos humanos, mercadeo, ventas, sistema financiero, entre otros. Estos subsistemas deben trabajar de manera coordinada para generar un impacto positivo en la organización. Además,

la empresa, considerada como un sistema, interactúa constantemente con su entorno, incluyendo clientes, proveedores y entidades gubernamentales.

Según Ontibón (2018), los sistemas tienen la particularidad de que, en primera instancia, se alimentan de una serie de datos, información o elementos que son sometidos a un proceso de cambio o transformación. Este proceso de transformación es invisible para el cliente y, al finalizar, se obtiene un resultado (producto) que debe ser completamente coherente con el objetivo planteado inicialmente para el sistema.

Los sistemas están constantemente interactuando con un "ambiente" del cual obtienen información y recursos que deben procesar. Además, es hacia este mismo ambiente que retornan los resultados o productos de su procesamiento. Además, los sistemas son dinámicos, lo que significa que están en un estado constante de cambio. Por lo tanto, su supervivencia depende de su capacidad para adaptarse a las nuevas circunstancias del entorno y para responder de manera eficiente y eficaz a las nuevas condiciones. Cuando un sistema no puede adaptarse a los cambios y condiciones del entorno, se deteriora gradual y finalmente desaparece.

Cualquier modificación en el entorno, ya sea adversa o beneficiosa y que se origine a partir de los procesos que ocurren en la organización, se denomina impacto. Los impactos potenciales, pasados, presentes o futuros deben ser considerados durante el proceso de planificación. Esto es esencial no solo al desarrollar el sistema de gestión, sino también debido a la implicación que tienen en el contexto de la organización. En otras palabras, estos impactos influyen significativamente en cómo la organización opera y se desarrolla en su entorno, lo que subraya la importancia de gestionar y adaptarse a estos cambios para asegurar la continuidad y la efectividad del sistema.

El concepto de gestión ha ido evolucionando a medida que cambian el entorno político, social y económico tanto a nivel local como global. Nuevas tendencias en el mercado emergen necesidades diferentes y surgen nuevos estilos de vida, mientras que la mentalidad de las personas continúa transformándose.

Por esta razón, una de las teorías más ampliamente aceptadas en la nueva administración es la Teoría de Sistemas, basada en la Teoría General de Sistemas concebida por Bertalanffy (1968). Este enfoque se desarrolló a partir de los trabajos pioneros de Bertalanffy publicados entre 1950 y 1968, con el objetivo de proporcionar un marco teórico y práctico adecuado tanto para las ciencias naturales como sociales.

La Teoría General de Sistemas se fue difundiendo gradualmente y el concepto de sistemas se integró en todas las disciplinas científicas, adquiriendo una relevancia particular en el ámbito organizacional. Además, el concepto de sistemas se ha convertido en un punto de referencia fundamental para comprender los sistemas de gestión.

Desde esta perspectiva, los sistemas de gestión se presentan como una metodología integrada en el contexto de la organización. Esta metodología permite llevar a cabo las actividades de la empresa de manera ordenada, subdividiendo cada actividad en procesos y, si es necesario, desglosando cada proceso en subprocesos. De esta forma, se logra una estructura organizada que facilita la gestión eficiente y efectiva de las operaciones empresariales.

Esta metodología implica una transformación en la manera de pensar de las personas que integran la organización, quienes tendrán que asumir el reto de organizar, en procesos, todas las actividades de la empresa.

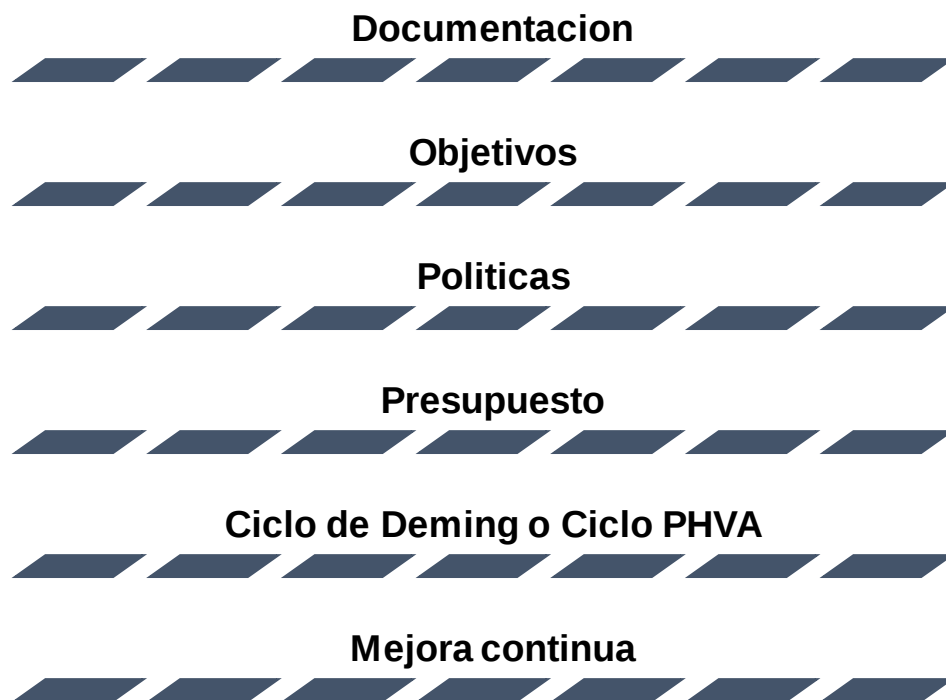
De la misma manera los directivos deben implementar estrategias administrativas que les permitan identificar todas las oportunidades de mejora que conduzcan a la empresa a garantizar la calidad y el desarrollo sostenible de todos sus procesos.

Así las cosas, los sistemas de gestión son un protocolo o una forma particular de llevar a cabo las diferentes actividades que se desarrollan en una organización, partiendo de su estructura.

Estos sistemas contienen una serie de aspectos y elementos que son fácilmente ilustrados en la siguiente figura:

Figura 3.

Elementos de los sistemas de gestión



Nota: La figura representa los Aspectos y elementos de los sistemas de gestión. Elaboración propia.

Desde esta manera gráfica de visualizar los aspectos y elementos de los sistemas de gestión, es posible iniciar con el análisis de cada componente, describiéndolos a continuación:

Documentación: Una característica fundamental de los sistemas de gestión es que cada uno de los procesos o subprocesos debe llevarse a cabo de forma consistente. Por esta razón, los sistemas de gestión requieren documentación que describa de manera clara y organizada cómo se realiza cada proceso, lo que facilita la estandarización de las operaciones.

Estos documentos deben ser revisados y actualizados periódicamente o cuando sea necesario modificar los procesos. De esta manera, se asegura que la información esté siempre al día y

refleje con precisión las prácticas operativas de la organización, lo que contribuye a mantener la coherencia y la eficacia en el funcionamiento del sistema de gestión.

Objetivos: Es esencial establecer objetivos claros y coherentes con la misión y visión de la empresa. Estos objetivos representan las metas que la organización desea alcanzar y, por lo tanto, deben ser precisos, concretos, alcanzables, medibles y, en cierta medida, cuantificables.

Además, para evaluar el sistema de gestión de manera cuantitativa, se deben definir indicadores de gestión que permitan medir el grado de cumplimiento de estos objetivos.

Estos indicadores proporcionan una medida tangible del progreso hacia las metas establecidas y facilitan el proceso de evaluación y toma de decisiones en la organización.

Política: El sistema de gestión debe contar con un documento llamado política, el cual establece y guía el compromiso de la organización en relación con la gestión y el alcance del sistema. Se recomienda que el diseño de la política siga el siguiente protocolo:

- Contener una breve descripción de la organización.
- Hablar del alcance del sistema de gestión.
- Incluir el compromiso de mejora continua del sistema de gestión.
- Mencionar que existen responsables del sistema de gestión.
- Establece el compromiso de mantener un presupuesto y el recurso humano necesario para quien desarrolle el sistema de gestión.

La política debe ser conocida por todas las personas involucradas en la organización, por lo cual, el documento debe estar disponible para todos.

Presupuesto: Es fundamental que cuando una organización decide implementar un sistema de gestión, se asignen los recursos financieros necesarios y se garantice un presupuesto adecuado.

Esto asegura que el sistema de gestión se desarrolle de manera óptima y esté alineado con los planes establecidos, permitiendo así alcanzar los objetivos propuestos de manera efectiva y eficiente.

Un presupuesto adecuado garantiza la disponibilidad de recursos para la capacitación del personal, la adquisición de tecnología, la documentación y otras actividades necesarias para la implementación exitosa del sistema de gestión.

Ahora bien, en esencia, los SGI promueven el ciclo Deming: Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, como una dinámica de ágil aplicación, que deriva en enormes beneficios en todos los niveles organizacionales, y que puede ser acogida de manera integral por entidades de cualquier tipo de actividad productiva (Fontalvo, 2008).

Ciclo de Deming o ciclo PHVA: El ciclo de Deming, también conocido como ciclo PHVA (Planificar, Hacer, Verificar, Actuar), es el método más utilizado para implementar planes de mejora continua. Fue impulsado principalmente por Edwards Deming en 1982.

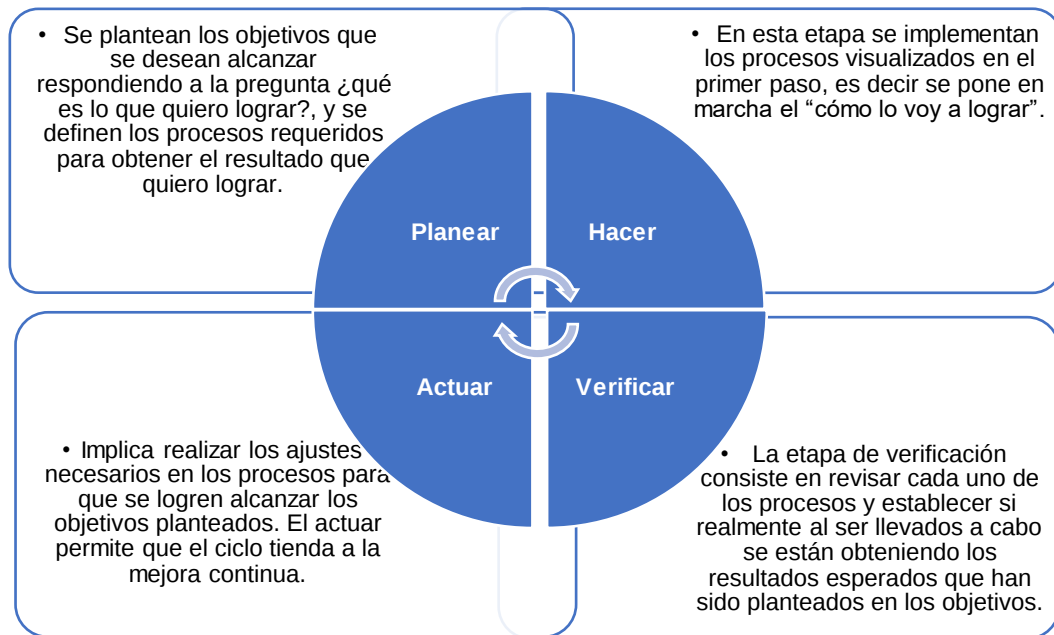
Este ciclo se basa en cuatro pasos fundamentales que se aplican de forma cíclica y ordenada durante el desarrollo de cada proceso. Cada ciclo repetido tiene como objetivo mejorar el proceso en términos de optimización de recursos, calidad, eficiencia, eficacia y reducción de riesgos potenciales.

Es crucial destacar que las organizaciones deben establecer planes de gestión y mejora continua para mejorar sus procesos en cuanto a control, competitividad y calidad. Esto implica reducir costos y fallos, optimizar la productividad y eliminar riesgos (Deming, 1982).

El ciclo de Deming consta de cuatro etapas. Al completar la última etapa, comienza nuevamente la primera, repitiendo el ciclo pero incorporando las mejoras sugeridas a partir de la evaluación del ciclo anterior. Esto permite que la actividad sea evaluada periódicamente, incorporando controles y nuevas mejoras. Dichas etapas son las siguientes (Figura 4):

Figura 4.

Etapas ciclo Deming



Nota: La figura representa las Etapas de ciclo Deming. Elaboración propia.

El ciclo PHVA tiene una importancia fundamental debido a que la evaluación continua permite identificar fallas o actividades innecesarias. Al tomar decisiones para abordar estos obstáculos a través de las etapas del ciclo, se logra aumentar la productividad, reducir costos, incrementar la rentabilidad y fomentar la competitividad organizacional.

Es relevante destacar que este ciclo se utiliza para mejorar los estándares de calidad y lograr un funcionamiento más eficaz en las organizaciones. Es un método altamente efectivo, especialmente en sistemas de gestión, ya que ayuda a encontrar soluciones para problemas específicos y a optimizar los procesos implementados en las organizaciones. Al seguir este enfoque, las organizaciones pueden adaptarse de manera continua a las cambiantes condiciones del entorno y mantenerse en la vanguardia en términos de calidad y eficiencia.

El seguimiento al desempeño de los sistemas de gestión apunta primero a la comprobación de la satisfacción de los usuarios o clientes. Luego es necesario hacer seguimiento y medición, tanto en los procesos como en los servicios. Finalmente, se requiere un seguimiento a todo el

sistema a través de las auditorías internas y/o revisiones ya que de esta manera se estará implementando todo el ciclo Planear-Hacer-Verificar-Actuar en la totalidad de la organización.

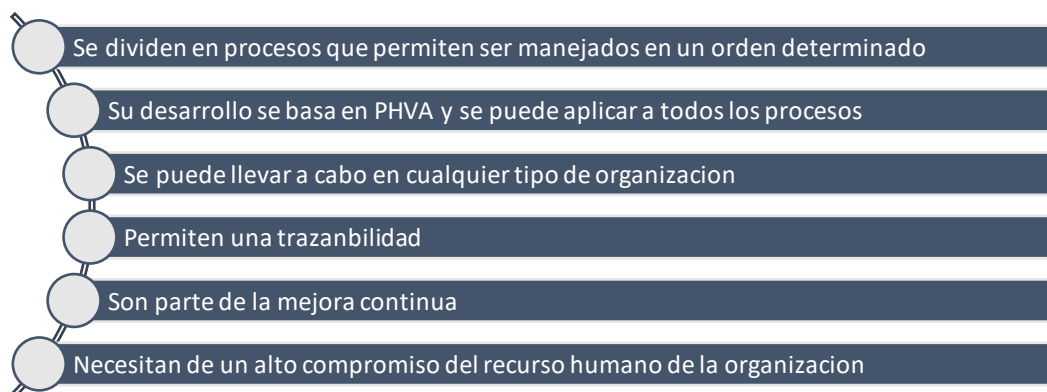
Mejora continua: La mejora continua es una característica fundamental de los sistemas de gestión. Implica que todos los procesos deben funcionar de manera armoniosa y que, al finalizar cada uno, se debe evaluar la gestión total para determinar si se llevó a cabo de manera óptima y precisa, de acuerdo con el presupuesto establecido. Esta evaluación se basa en los registros generados durante la ejecución de cada proceso.

Si se identifican errores, desperdicios de recursos humanos, tecnológicos o materiales, demoras en los tiempos de ejecución o cualquier otro problema como riesgos o condiciones inseguras, se deben realizar ajustes y modificaciones necesarios. Estos ajustes aseguran que, cuando se vuelva a llevar a cabo el proceso, este se optimice y se vuelva más preciso y seguro, lo que mejora su eficiencia y eficacia. Este seguimiento constante y los ajustes pertinentes permiten que el proceso "tienda a la mejora continua", es decir, que cada ciclo sea mejor que el anterior.

Así las cosas, a modo de síntesis en la siguiente figura se condensan los aspectos que generan forma y que dan vida a de un Sistema de Gestión:

Figura 5.

Síntesis de un Sistema de Gestión



Nota: La figura representa la Síntesis de un Sistema de Gestión. Elaboración propia adaptada de *Sistemas Integrados de Gestión Salud* (p.21) Por J. Ontibón, 2018, Fundación Universitaria del Área Andina.

Sistemas de Gestión Integrados.

Desde dichos puntos, se tienen en cuenta los aspectos para hablar de un sistema de integrado de gestión anclado con Castillo y Martínez (2010) quienes subrayan que la principal característica de los Sistemas de Gestión Integrados radica en la unificación o consolidación de los lineamientos esenciales, que facilitan que los esfuerzos y recursos invertidos por toda organización sean utilizados de manera inteligente con un mismo enfoque, pero con varias orientaciones.

Beneficios de implantar un Sistema de Gestión Integrado

Con el fin de llevar a cabo la implantación de un SGI, cualquier organización requerirá evaluar previamente las ventajas más representativas de este tipo de proceso, por lo cual se mencionan a continuación aspectos relevantes que autores han propuesto y que Atehortúa (2008) condensa de la siguiente manera:

- Reducción de costos en el proceso de implementación, revisión y certificación, pues al consolidar todos los aspectos en un solo sistema, los mismos recursos se utilizan para tres programas o normas, lo que posibilita un ahorro sustancial (Martínez R. , 2011).
- El sistema de auditoría y seguimiento es más dinámico y permite un despliegue contundente y práctico. Al tener un sistema único, la administración se hace más ágil lo que impulsa a las organizaciones a una acogida eficiente y sostenible (Fontalvo, 2008).
- Incremento del nivel de creatividad e innovación, ya que tanto procesos como funcionarios cuentan con espacio para desarrollo de dinámicas estratégicas (Cortés, 2010).
- Se simplifica el manejo de la documentación, lo que estimula la transparencia, practicidad y cumplimiento de los requisitos (Martínez R. , 2011).

Por todo lo anterior en Colombia, el Sistema Integrado de Gestión del Ministerio de Salud y Protección Social, adopta políticas, estrategias, metodologías, principios, normas, procedimientos y mecanismos para fortalecer el desempeño institucional que permita el logro

de la misión del Ministerio y está conformado por (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022):

- Sistema de Gestión de la Calidad
- Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo
- Sistema de Gestión de Seguridad de la Información,
- Sistema de Gestión Ambiental
- Sistema de Gestión de Energía, y el
- Sistema de Control Interno.

2.2.2. Variable Dependiente: Mecanismo de Comunicación Al Usuario

Comunicación en y para la promoción de la salud

De acuerdo con Gartland (2019), las experiencias relacionadas con la salud, como las visitas al médico, las esperas, la atención en las salas de espera del barrio, la programación de citas en el hospital y las conversaciones entre los pacientes en una sala de espera, son momentos comunes que enfrentamos en el ámbito de la atención médica. Estas experiencias coexisten con otros aspectos, como los mostradores de información en los hospitales, los carteles en los pasillos de los centros de salud, las recetas médicas, las indicaciones del médico y las campañas de vacunación que vemos en los medios de comunicación, entre otros.

Estas interacciones comunicativas son parte tanto de la vida diaria como de las actividades sociales, culturales y laborales, que van desde una charla en familia o con amigos hasta reuniones del equipo de salud, consultas médicas y campañas de prevención, por mencionar algunos ejemplos. Son situaciones de comunicación que se consideran el espacio vital en el cual las personas, los grupos sociales y las comunidades construyen relaciones comunicativas basadas en experiencias, percepciones y evaluaciones, siempre mediadas por el lenguaje, como señala Prieto (1999):

Estamos insertos, desde que nacemos, en situaciones de comunicación. La sociedad nos habla a través de múltiples discursos y nos va exigiendo que aprendamos a

expresarnos de determinada manera y a referirnos a ciertos temas por encima de otros. Una situación de comunicación no se resuelve a través de algo tan pobre como aquello de un emisor que emite y un receptor que recibe. Estamos siempre inmersos en un todo significativo que se manifiesta por medio de distintos discursos, los cuales pueden contradecirse, sin dejar de pertenecer por ello al todo. Una relación de comunicación comprende las relaciones intrapersonales (yo conmigo mismo), grupales, sociales en general; las circunstancias económicas, políticas, culturales, el desarrollo de ciertas tecnologías, de ciertas formas de enfrentar y resolver los problemas de la naturaleza de la sociedad. (p.81)

Entender y reconocer las diversas situaciones de comunicación presentes en los entornos de atención y gestión de la salud no solo implica reflexionar sobre las prácticas individuales, sino también establecer puntos de partida claros sobre las nociones y conceptos generales de comunicación, así como sobre la comunicación específicamente orientada a la promoción de la salud.

Partiendo del supuesto de que la comunicación, en sus múltiples modalidades (mediática, interpersonal, institucional o interactiva), se manifiesta como un aspecto fundamental en la vida contemporánea, a través de los medios de comunicación masiva, las tecnologías digitales interactivas y las relaciones interpersonales y comunitarias, entre otros, se pueden identificar diversas ideas relacionadas con la comunicación. Estas ideas abarcan términos como asociación, comunidad, información, afectividad, sensibilidad, empatía, participación, codificación y decodificación, según lo señalado por Gartland (2019).

Por lo tanto, la comunicación no se limita únicamente a la presencia de los medios de comunicación, sino que también involucra las relaciones entre personas y grupos en las que intervienen y median otros elementos como espacios, factores, contenidos e instituciones, entre otros aspectos. Asimismo, todas estas nociones tienen funciones con acciones tales como las mostradas en la figura 6.

Figura 6.

Funciones de la comunicación



Nota: La figura muestra las Funciones de la comunicación. Tomada de *Comunicación en salud: Conceptos y herramientas* (p.15) Por G. Gartland, 2019, Universidad Nacional de General Sarmiento Argentina.

Las funciones y acciones relacionadas con la comunicación adquieren significados diferentes dependiendo del contexto en el que se desarrollan.

Siguiendo la perspectiva de Alfaro (1993), la comunicación se concibe como el reconocimiento de relaciones dinámicas entre actores, ya sea a través de medios o de manera directa, en las que se establecen interacciones entre "uno" y "otro", o incluso múltiples "otros", que se interpelan mutuamente de manera intersubjetiva. A partir de esta concepción, se comprende que la comunicación es una dimensión presente en todas las prácticas sociales y, por lo tanto, está involucrada en los procesos de salud, los cuales siempre se desarrollan en un contexto territorial específico.

Desde esta perspectiva, la promoción de la salud se define como el proceso que permite a las personas aumentar su control sobre los factores personales, sociales, económicos y

ambientales que influyen en su estado de salud, con el objetivo de mejorarlo. En este contexto, se reconoce que la participación es fundamental para mantener y respaldar los esfuerzos y acciones en términos de promoción de la salud.

En este punto, es importante destacar que el campo de la comunicación en el ámbito de la salud no se limita a una única interpretación teórico-metodológica, sino que abarca diferentes enfoques, como la comunicación para el cambio de comportamiento, la comunicación para el desarrollo y la comunicación participativa.

Dentro del contexto de la salud, la participación de la comunidad es un elemento esencial, tal como se establece en la Carta de Ottawa de 1986. En este marco, la comunicación se centra en fortalecer las relaciones comunitarias y las habilidades de las personas para influir en los determinantes de su propia salud, promoviendo conocimientos, actitudes y prácticas saludables.

En este contexto, la tarea de la comunicación radica en proporcionar los fundamentos teóricos y prácticos para la creación de mensajes y materiales de comunicación destinados a persuadir a las personas para que adopten conductas saludables. Esto implica que los medios de comunicación tienen una influencia significativa en los comportamientos relacionados con la salud, ya que desempeñan un papel importante en la persuasión y en la formación de actitudes hacia la salud y el bienestar.

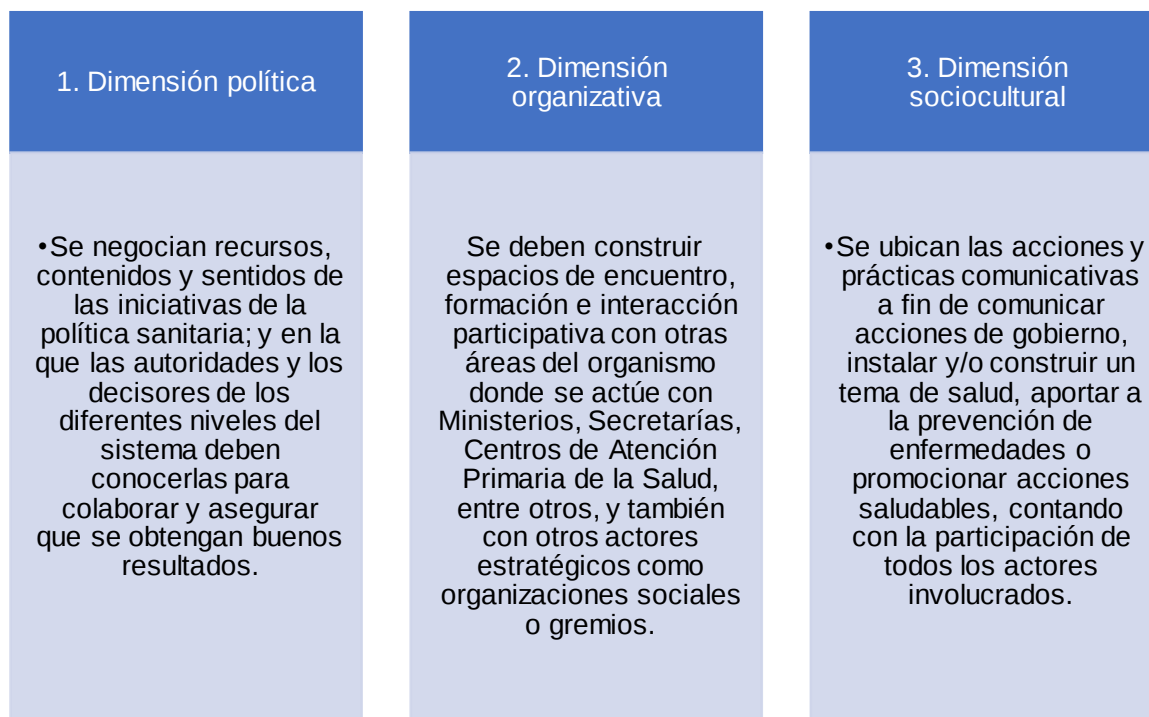
Así las cosas es crucial diseñar estrategias de comunicación específicas para cada una de las etapas que las personas atraviesan. Esto implica adaptar los productos, sistemas, contenidos y programas de los medios de comunicación para los primeros momentos, mientras que la comunicación interpersonal y las redes de apoyo se utilizan para mejorar las condiciones a largo plazo.

Es fundamental entender que la comunicación en el ámbito de la salud no solo implica la transmisión de información, sino que también se trata de un espacio donde se produce conocimiento y se interviene en colaboración con la comunidad para mejorar los niveles de salud en la sociedad. En este sentido, es esencial destacar que la implementación de un

enfoque de comunicación en y para la salud, que involucre a todos los actores implicados en el proceso de salud-enfermedad-atención, debe abordar tres dimensiones interrelacionadas:

Figura 7.

Funciones de la comunicación



Nota: La figura representa las Funciones de la comunicación. Elaboración propia.

Es cierto que, aunque la comunicación en y para la salud puede promover y facilitar comportamientos saludables en las sociedades, no puede garantizar que los individuos adopten estas conductas de manera efectiva ni que las mantengan a lo largo del tiempo. Además, por sí sola, la comunicación no puede cambiar la lógica del sistema sanitario.

Sin embargo, la comunicación en y para la salud sigue siendo una estrategia fundamental para informar, sensibilizar, concientizar y construir opiniones en colaboración con la población sobre temas relacionados con la salud. También desempeña un papel importante en mantener y poner en la agenda pública cuestiones de salud. Este campo abarca diversas áreas, incluyendo la educación, el periodismo sanitario, la comunicación interpersonal, la promoción de la salud en los medios de comunicación y ciertas formas de marketing social.

Desde la perspectiva de la Carta de Ottawa, el trabajo que se puede realizar a través de la comunicación en y para la salud implica elaborar políticas públicas saludables, crear entornos propicios para la salud, fortalecer la acción comunitaria, desarrollar habilidades individuales y reorientar los servicios sanitarios. Estos enfoques son esenciales para mejorar la salud de las poblaciones y promover un bienestar sostenible en las comunidades.

Estas directrices permiten graficar las acciones que se pueden desarrollar en torno a la comunicación en y para la salud del modo que lo indica la figura 5:

Figura 8.

Campos de trabajo en la comunicación en salud



Nota: La figura muestra los Campos de trabajo en la comunicación en salud. Tomada de *Comunicación en salud: Conceptos y herramientas* (p.25) Por G. Gartland, 2019, Universidad Nacional de General Sarmiento Argentina.

2.3. Marco Conceptual

En el presente apartado se establece un dialogo entre los conceptos que son piedra angular de este trabajo de grado y la manera en que influyen y serán usados en el despliegue del documento de desarrollo.

Figura 9.

Conceptos claves trabajo de grado



Nota: La figura representa los Conceptos claves de este trabajo grado. Elaboración propia.

Desde dicho punto se tomaron teóricos como referentes para dialogar con la concepción de las autoras sobre la producción de conocimiento adelantada en esta investigación.

2.3.1. Sistema de Salud en Colombia

El Sistema de Salud en Colombia es una parte integral del Sistema de Seguridad Social del país y está regulado por el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Este sistema, establecido por la Ley 100 expedida el 23 de diciembre de 1993, se caracteriza por estar compuesto por dos sistemas coexistentes. Por un lado, está el régimen contributivo, que es de carácter privado y es administrado por las Entidades Promotoras de

Salud (EPS). Estas EPS son empresas regionales encargadas de implementar los objetivos establecidos por el Ministerio de Salud, desarrollar las políticas y supervisar la prestación de servicios de salud.

Por otro lado, está el régimen subsidiado, que es gratuito y se administra a través del Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (Sisbén). Ambos regímenes tienen como objetivo proporcionar cobertura universal y acceso equitativo a medicamentos, procedimientos quirúrgicos y servicios médicos y odontológicos.

El sistema de salud colombiano es descentralizado y se financia principalmente a través del Sistema General de Participaciones (SGP), los aportes de empleadores y trabajadores al régimen contributivo, que son administrados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES), y los ingresos generados por juegos de azar administrados por Coljuegos.

El Ministerio de Salud y Protección Social tiene la responsabilidad de regular la salud en el país y desarrollar las políticas necesarias en este ámbito. Dado que este estudio también se enfocará en la gestión de las EPS, es importante destacar que estas entidades, para cumplir con sus responsabilidades, deben establecer una red de servicios. Para ello, tienen la opción de contratar clínicas, hospitales o Institutos Prestadores de Salud (IPS) de forma independiente y autónoma, o pueden garantizar el acceso a los servicios a través de su propia red.

2.3.2. Sistema de Seguridad Social en Salud – SGSSS

Dado que en el concepto anterior se mencionó que, en el país, el servicio de salud se rige bajo el Sistema de Seguridad Social en Salud es necesario resaltar que este es la forma como el gobierno nacional garantiza y brinda un seguro que da acceso y cubre los gastos de salud tanto de habitantes del territorio nacional colombianos como a los extranjeros. Es un servicio de carácter obligatorio, en donde se realiza una afiliación a una Entidad Promotora de Salud - EPS, y finalmente los servicios se reciben a través de la Institución Prestadora de Servicios - IPS (Ministerio de Salud Colombia, 2004). tiene como objetivo regular el servicio público

esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud está integrado por: El Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control, las Entidades Promotoras de Salud - EPS, responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del Plan Obligatorio de Salud a los afiliados y las instituciones prestadoras de salud - IPS, que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios, haciendo especial hincapié en que en este escenario también aparecen las ESE que son Empresas Sociales del Estado que son instituciones prestadoras de servicios de Salud que en el SGSSS, tienen la función de prestar servicios en el respectivo nivel de atención a los afiliados y beneficiarios de los distintos regímenes en los que se divide el sistema y toman por objetivo la prestación de servicio de salud, entendidos como un servicio público a cargo del Estado y como parte integrante del Sistema de Seguridad Social en Salud.

Así las cosas, las Empresas Sociales del Estado constituyen una categoría especial de entidad pública, descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas o reorganizadas por ley o por las asambleas o concejos.

2.3.3. Cobertura

Para el desarrollo de este trabajo investigativo, es fundamental entender que la cobertura, fue el método utilizado por la Ley 100 de 1993, a través del cual se buscaba aumentar la afiliación de los colombianos en el sistema de salud y como consecuencia de esto, se vería un aumento en el acceso a la salud (Ayala, 2014).

En este sentido, la cobertura implica que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a los servicios integrales de salud y que estos sean tanto adecuados como oportunos y de calidad, de acuerdo con las necesidades en un entorno de seguridad, eficacia y asequibilidad, a la vez que se asegure que el uso de estos no exponga a los usuarios

a dificultades financieras, en particular a los grupos que se encuentren en situación de vulnerabilidad.

Desde dichos puntos, la cobertura universal de salud requiere la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. Así las cosas, el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar, entendiendo el acceso a los servicios de salud como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo para buscar y obtener atención médica (Restrepo, Silva, Andrade, & Dover, 2014).

2.3.4. Atención de calidad

Del Carmen (2019) determina que la atención de calidad requiere principalmente de un esfuerzo articulado de los principales actores del sector salud, para repotenciar los procesos de atención, fortalecer la dimensión ética de su ejercicio y promover la participación ciudadana en la generación de un sistema de salud de alta eficacia.

Por ello, la calidad se convierte en uno de los pilares básicos para este trabajo de grado en la búsqueda de establecer puntos de competitividad de los Servicios de Salud en zonas de alta ruralidad de la Provincia de Márquez, dado que por la vulnerabilidad social de sus habitantes este debería ser un entorno para otorgar calidad sin errores, como requisito indispensable para satisfacer las necesidades de los pacientes, quienes cada vez están más informados y son más exigentes.

Ofrecer calidad en salud, significa poner a disposición de los pacientes los mejores medios, infraestructuras y materiales con tal de poder dar gestión a sus necesidades, desde este punto, la Organización Mundial de la Salud - OMS, por su lado, define la calidad en salud como el asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores

y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Esta definición de calidad implica que la calidad de la atención puede medirse y mejorarse continuamente mediante la prestación de una atención basada en datos probatorios que tenga en cuenta las necesidades y preferencias de los usuarios de los servicios: los pacientes, las familias y las comunidades.

2.3.5. Cobertura Universal

La cobertura universal es un principio fundamental en el sistema de salud colombiano, y se considera efectiva cuando toda la población tiene acceso real y adecuado a los servicios de atención médica según sus necesidades. Este enfoque implica que todas las personas y comunidades deben recibir los servicios de salud que requieren sin dificultades, cubriendo una amplia gama de servicios esenciales de calidad.

Para lograr una cobertura universal efectiva, es necesario contar con personal sanitario y asistencial competente y adecuado, que posea una combinación óptima de habilidades y conocimientos. Este personal debe estar distribuido de manera equitativa en los establecimientos de salud, los servicios cercanos a la comunidad y en la comunidad misma. La distribución equitativa asegura que los usuarios reciban un apoyo y gestión adecuados de los servicios de salud.

Las estrategias para lograr la cobertura universal garantizan que todas las personas tengan acceso a los servicios necesarios y que la calidad de estos servicios sea suficiente para mejorar la salud de quienes los reciben. Por lo tanto, mejorar la cobertura de los servicios de salud y sus resultados depende de la disponibilidad, accesibilidad y capacidad de los trabajadores del sector para proporcionar una atención integral de calidad centrada en las personas.

2.3.6. Sistemas de gestión

Como se mencionó en el marco teórico, un sistema se define como un conjunto de elementos, partes, conceptos y personas que operan de manera coordinada y armoniosa, trabajando en equipo para lograr un propósito, alcanzar metas específicas o lograr resultados previamente definidos y esperados (Ontibón, 2018).

Bajo esta perspectiva, los sistemas de gestión se presentan como una metodología integrada en el contexto organizacional para llevar a cabo las actividades de manera ordenada. En este enfoque, cada actividad se puede subdividir en procesos, y si es necesario, estos procesos se dividen en subprocesos. Esta metodología implica un cambio en la forma de pensar de las personas dentro de la organización. Los individuos que forman parte de la organización deben asumir el reto de organizar todas sus actividades en forma de procesos.

En este contexto, un Sistema de Gestión se define como un conjunto de elementos interrelacionados o que interactúan entre sí para establecer una política y sus objetivos (Antúñez Saiz, 2016). En este sentido, si consideramos que una organización se compone de procesos, gestionar estos procesos implica utilizar diversos métodos dentro de la organización. Por lo tanto, la gestión de estos procesos se convierte en la tarea fundamental para optimizar el funcionamiento de la organización, garantizando la máxima eficacia y eficiencia organizacional. La administración adecuada de los distintos variables asociadas a cada proceso se vuelve esencial para optimizar su rendimiento y funcionamiento.

2.4. Marco histórico-social

En Colombia, las reformas al Estado implementadas en las décadas de los ochenta y noventa estaban orientadas hacia la creación de una gestión pública caracterizada por la eficiencia, la privatización, la externalización de servicios sociales y la introducción de la lógica del mercado para alcanzar sus objetivos.

Como resultado, el Estado pasó de ser un ente interventor, productor y proveedor de servicios, a fortalecer sus funciones regulatorias y de formulación de políticas. Estableció las reglas para

la participación de actores privados y compartió las responsabilidades en la prestación de servicios sociales (Banco Interamericano de Desarrollo, 2007).

Estas reformas también impactaron significativamente en el sistema de salud colombiano. Con la promulgación de la Ley 100 de 1993, el país adoptó la lógica del mercado en el ámbito de la salud. Según esta ley, el Estado se encargó de dirigir, orientar, regular, controlar y supervisar la prestación de los servicios de salud (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Sin embargo, estas reformas no pudieron implementarse completamente en el contexto colombiano y no lograron abordar la crisis provocada por la disminución de las condiciones de vida y el aumento de la pobreza en la población, fenómenos que se intensificaron en la segunda mitad de los noventa. Como resultado, surgieron nuevas iniciativas que, sin abandonar los principios de las reformas anteriores, se enfocaron en recuperar el papel protagónico del Estado y corregir las deficiencias del mercado (Gerschman, 1999).

2.5. Marco Legal

Constitución Política de Colombia de 1991 (Asamblea Nacional Constituyente, 1991):

- Artículo 49: “La atención de la salud es servicio público a cargo del estado”, por ello se debe “garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”, sin dejar de lado que “toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.
- Artículo 376: “El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida, de la población son finalidades sociales del Estado”, y que “será objetivo fundamental de su actividad la solución de las necesidades insatisfechas de salud”.

Ley 100 de 1993 (Congreso de la Republica de Colombia, 1993):

La Ley 100 de 1993, promulgada por el Congreso de la República de Colombia, establece que el objetivo del Sistema de Seguridad Social integral es "garantizar los derechos irrenunciables

de la persona y la comunidad para obtener una calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten". Para lograr este objetivo, el Estado, la sociedad, las instituciones y los recursos destinados deben asegurar la cobertura de prestaciones económicas, de salud y servicios complementarios, con el fin de proteger a las personas y comunidades ante diversas situaciones que puedan afectar su bienestar y calidad de vida.

Decreto 1011 de 2006 (Ministerio de la Protección Social, 2006):

El Decreto 1011 de 2006, emitido por el Ministerio de la Protección Social, establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En el artículo 2° de este decreto, se define la calidad de la atención de salud como la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa. Esto se logra a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el equilibrio entre beneficios, riesgos y costos, con el objetivo de asegurar la adhesión y satisfacción de los usuarios.

Ley 1122 de 2007 (Congreso de la República de Colombia, 2007):

La Ley 1122 de 2007, aprobada por el Congreso de la República de Colombia, introduce ajustes significativos al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estos ajustes se centran en la dirección del sistema, su universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejora en la prestación de servicios de salud. Además, la ley se enfoca en el fortalecimiento de los programas de salud pública, las funciones de inspección, vigilancia y control, así como en la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. El objetivo principal de estas modificaciones es mejorar la prestación de los servicios de salud a los usuarios, buscando una atención más eficiente y efectiva en el sistema de salud colombiano.

Decreto 4747 de 2007 (Ministerio de la Protección Social, 2007):

El Decreto 4747 de 2007, emitido por el Ministerio de la Protección Social, establece en su artículo 3 que el modelo de atención comprende el enfoque aplicado en la organización de la

prestación del servicio de salud. Este enfoque se basa en la integralidad de las acciones y la orientación de las actividades de salud. A partir de este modelo se determina la forma en que se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas. Esto incluye funciones asistenciales y logísticas, como ser la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutoria, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como el proceso de referencia y contrarreferencia en el sistema de salud.

Ley 1438 de 2011 (Congreso de la República de Colombia, 2011):

La Ley 1438 de 2011, promulgada por el Congreso de la República de Colombia, tiene como objetivo principal fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esto se logra a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en consonancia con la estrategia de Atención Primaria en Salud. La ley busca que la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad promueva la creación de un ambiente sano y saludable, así como el mejoramiento de la salud de las personas residentes en el país. En este enfoque, el centro y objetivo de todos los esfuerzos están dirigidos hacia el bienestar y la salud de la población colombiana.

Ley 1751 de 2015 (Congreso de la República de Colombia , 2015):

La Ley 1751 de 2015, aprobada por el Congreso de la República de Colombia, regula el derecho fundamental a la salud y establece otras disposiciones relacionadas. Esta ley reconoce la salud como un derecho fundamental, autónomo e irrenunciable tanto a nivel individual como colectivo. Incluye el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad con el propósito de preservar, mejorar y promover la salud.

Según esta ley, el Estado tiene la responsabilidad de adoptar políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos para todos los habitantes del territorio. Además, establece que la prestación de servicios de salud, al ser un servicio público esencial y obligatorio, se lleva a cabo bajo la dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control indelegable por parte del Estado.

Resolución 3280 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2018)

La Resolución 3280 de 2018, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, adopta los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud. Esta resolución establece que las Entidades Promotoras de Salud son responsables de garantizar los procedimientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud a cargo del componente primario en el municipio de los afiliados. Esto se logra mediante la contratación de prestadores del municipio o la implementación de mecanismos que eviten el desplazamiento a otros municipios.

Esta medida tiene como objetivo principal mejorar la adherencia a los tratamientos, así como asegurar la oportunidad y continuidad en la atención de salud. La disposición busca evitar el desplazamiento de los usuarios a centros de atención fuera del municipio, lo cual no solo incrementa los costos de desplazamiento, sino que también puede llevar al desistimiento por parte del usuario para continuar con sus tratamientos. Al garantizar la atención en el propio municipio, se busca facilitar el acceso y fomentar la continuidad en la atención médica de los afiliados.

2.6. Hipótesis

Dado que actualmente las organizaciones visualizan en los sistemas de gestión una opción enfocada en la mejora y ventaja competitiva, que con miras a la eficiencia esperada se centra en los procesos claves (Ontibón, 2018), desde estos puntos, es necesario contar con conocimientos tanto teóricos como prácticos respecto a sus conceptos fundamentales, esto con el fin de trabajar con herramientas indicadas que permitan comprender la evolución de los procesos administrativos y facilitar elementos necesarios que permitan proponer alternativas más avanzadas para la gestión de los procesos.

Desde dicha posición se establece como hipótesis de este trabajo de grado la siguiente:

A través de la propuesta de un modelo de sistema unificado de gestión al usuario será posible proyectar un mecanismo que en su diseño de contenido contenga aspectos esbozados para

beneficio de la población afiliada en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez, que sea el prospecto de una herramienta que permita la disminución de los índices de gestión inadecuados y la mitigación de barreras administrativas para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Capítulo 3.

3.1 Aspectos metodológicos

En el presente apartado se aborda el marco metodológico de esta investigación guiado en autores cuyos aportes han marcado el desarrollo de este tipo de estudios cuantitativos de carácter descriptivo. Por lo anterior, desde el estado del arte se llevó a cabo una revisión de documentos publicados para examinar de qué manera los investigadores sustentan sus modelos metodológicos y trabajos de campo, visualizando instrumentos empleados en la recolección de información con el fin de tomar referente en los resultados que dichas investigaciones lograron.

3.1.1. Marco metodológico

Este marco metodológico se plantea teniendo como punto de referencia para su accionar la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí, es decir, midiendo desde la E.S.E. el acceso a los servicios de salud en la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, aspecto desde el cual se describe en este aparte el tipo de investigación, enfoque, tipo de estudio, método de investigación, alcance de estudio, las variables de investigación, fases de investigación, población y muestra, fuentes de información, instrumentos de recolección de la información, procedimientos, técnicas e instrumentos de investigación y la ruta metodológica.

3.1.1.1. Tipo de investigación

Se desarrolla una investigación cuantitativa de tipo correlacional que pretende determinar la calidad y la pertinencia, del acceso a los servicios de salud, en la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá (Colombia), realizando un seguimiento desde la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.

Lo anterior justificado en que según autores que han desarrollado este tipo de investigaciones en sus estudios reconocen en sus teorías como el diseño de investigación correlacional puede

utilizarse con cualquier tipo de conjunto de datos cuantitativos, siendo pertinente y el más usado en la investigación de mercados, la medicina y la psicología (Arteaga, 2022), dado que por medio de esta los analistas de mercado consideran que el diseño correlacional es eficaz en las encuestas sobre temas de esfuerzo y experiencia de los clientes y su correlación con la fidelidad de los servicios.

Desde dichos puntos, según Hernández, Fernández & Baptista (2003), la investigación descriptiva acomete medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o variables a lo que se refieren, implicando esto el observar el comportamiento para describir atributos, objetiva y sistemáticamente.

La investigación correlacional, por otro lado, tiene como cometido hallar explicaciones mediante un estudio de relaciones entre variables en marcos naturales, es decir, sin que exista manipulación de dichas variables (García & García, 2012).

Estudio cuantitativo, por cuanto va de lo general a lo particular midiendo determinados grados de satisfacción de los usuarios, lo cual según Tamayo (2007), consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

3.1.1.2. Enfoque

Esta investigación tiene un enfoque Cuantitativo, considerando que de acuerdo con lo expuesto por Raven (2014) investigar bajo el método cuantitativo es buscar datos de una realidad que puedan ser medibles, la realidad se presenta fuera de los sujetos, es objetiva y puede conocerse, las creencias del investigador no pueden afectar el estudio, éste debe ser lo más objetivo posible. (p.186), puesto que este estudio transversal correlacional se lleva a cabo desde el paradigma positivista, que busca la causa de los fenómenos y eventos del mundo social, formulando generalizaciones de los procesos observados. El rigor y la credibilidad científica se basan en la validez interna. Por ello los procedimientos usados son el

control experimental, la observación sistemática del comportamiento y la correlación de variables (Martínez, 2013).

3.1.1.3. Tipo de estudio

El tipo de estudio es cuantitativo de carácter descriptivo el cual según Hernández, Fernández y Baptista (2010) “busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se somete a un análisis” (p.80), lo cual para este caso permitirá lograr un acercamiento de las investigadoras con la realidad que viven los usuarios de las EPS que operan en la provincia de Márquez con el fin de conocer opiniones y apreciaciones generales del nivel de satisfacción en términos de acceso a los servicios de salud, lo que admitirá el obtener datos idóneos para analizar distintas medidas y correctivos necesarios para el diseño de modelo de sistema unificado de gestión que se va a proponer.

3.1.1.4. Método de investigación

El método de investigación seleccionado es el deductivo, dado que este según Bernal (2006) “Utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos para llegar a conclusiones de carácter general” (p. 56) lo cual indica que se toma la información de cada usuario como validada con el fin de realizar un análisis juicioso que permita obtener conclusiones generales y objetivas que definan cual es el grado de satisfacción de usuarios con la atención recibida por parte de la EPS a la cual se encuentran afiliados con el fin de generar la propuesta de un modelo de sistema unificado de gestión al usuario que disponga de un mecanismo para beneficio de la población afiliada en zonas de alta ruralidad en la provincia de Márquez, que permita la disminución de los índices de gestión inadecuados y la eliminación de barreras administrativas para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud.

3.1.1.5. Alcance del estudio

El alcance del estudio es de carácter descriptivo cuyos resultados se consignarán en un documento académico que mostrara una descripción interpretativa y correlacional que pretende determinar cuál es el grado de satisfacción de usuarios con la atención recibida por parte de la EPS a la cual se encuentran afiliados y el estado de su acceso a los servicios de salud en la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá (Colombia), sirviendo como fuente de información y en cierta medida base en la toma de decisiones para los directivos de las EPS's que deseen conocer y estudiar los resultados obtenidos, lo anterior en vista a que, por un lado, la información que se recolecte evidenciará la opinión y percepción de los usuarios, y por otro lado la propuesta del sistema unificado de gestión de usuario que se esbozará podrá ser usada por dichas entidades promotoras de salud, si así lo desean.

Por ello, en lo concerniente al nivel de investigación, se refiere, tal como lo plantea Arias (2012), "al grado de profundidad con que se aborda un objeto o fenómeno" (p.47), el presente estudio es de carácter descriptivo.

3.1.1.6. Variables de estudio

El estudio se desarrolla alrededor de las siguientes variables que fueron conceptualizadas a partir de la pregunta de investigación, el objetivo general planteado y sus objetivos específicos como se muestra en la siguiente tabla:

OBJETIVO GENERAL: Proponer el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DIMENSIONES
Identificar los canales de acceso existentes en las en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de	Atención a los usuarios de salud	Atención de calidad Cobertura Oportunidad en la atención

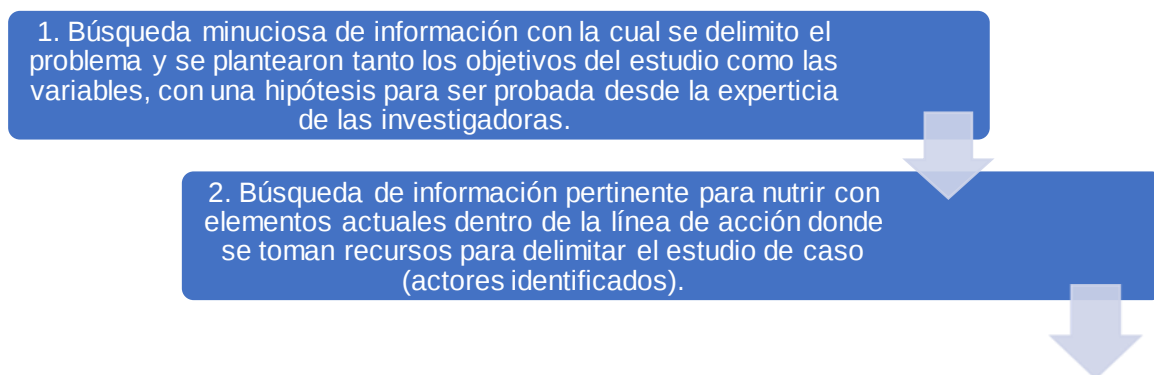
Boyacá con el fin de establecer su operatividad y determinar las barreras de acceso que encuentran los usuarios a los mismos.	Percepción de los usuarios	Satisfacción Cobertura Experiencia de la atención
Realizar un diagnóstico de los sistemas dispuestos por cada una de las entidades responsables del aseguramiento en salud que operan en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá, con el fin de validar su funcionamiento y efectividad.	Sistemas de gestión de usuarios	Mecanismo de Comunicación para Usuarios
Plantear el diseño de un modelo de sistema de gestión al usuario que contenga los elementos estratégicos ideales para garantizar efectividad en el acceso a los servicios de salud en la zona estudiada.	Sistemas de gestión de usuarios	Mecanismo de Comunicación para Usuarios

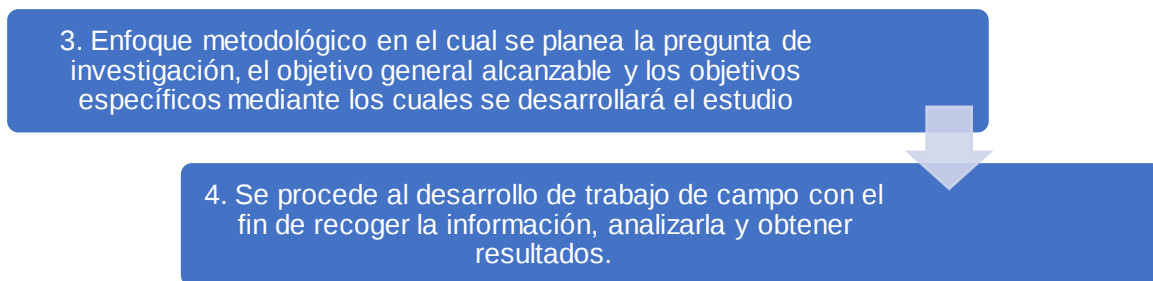
3.1.1.7. Fases de Investigación

Esta investigación se desarrolla en las siguientes fases:

Figura 10.

Fases de investigación





Nota: La figura representa los Conceptos claves de este trabajo grado. Elaboración propia.

3.1.1.8. Población y muestra

Mediante el Decreto 2727 del 16 de agosto de 1950, emitido por la Presidencia de la República de Colombia, se estableció la zonificación hospitalaria para el Departamento de Boyacá. En este decreto, se determinó al Hospital de Ramiriquí como una Entidad Social del Estado (E.S.E.) Regional General, provista de personal científico y administrativo, así como de la dotación necesaria para la atención adecuada de enfermedades ocurridas en su jurisdicción, es decir, en la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.

Actualmente, de acuerdo con lo dispuesto por el Acuerdo 013 proferido por el Concejo Municipal de Ramiriquí el 30 de junio de 1999, la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí es una entidad con categoría especial de entidad pública descentralizada del orden municipal. Esta entidad tiene personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa. Está sujeta al régimen jurídico establecido en los artículos 194, 195 y 197 del capítulo III de la Ley 100 de 1993 y sus decretos reglamentarios. La E.S.E. Hospital San Vicente de Ramiriquí está adscrita a la Dirección Seccional del Sistema de Seguridad Social en Salud del municipio de Ramiriquí.

El Hospital San Vicente de Ramiriquí, ubicado en el municipio homónimo situado en el extremo Sur Oriental de la Provincia de Márquez, en el Departamento de Boyacá, desempeña un papel crucial en la atención de salud de la región. Limita al norte con Jenesano, Viracachá y Ciénega, al oriente con Ciénega, Rondón y Zetaquira, al occidente con Zetaquira y Chinavita y al sur con el Meridiano de Bogotá. Dada su posición geográfica estratégica, el hospital se ha

convertido en un polo central tanto para el desarrollo económico, social, cultural y político del municipio como para la atención de salud en la región.

El hospital se encuentra en una posición geográfica que le permite servir como fuente de información estratégica y establecer contacto directo tanto con los usuarios del servicio de salud de la Provincia de Márquez como con el personal administrativo encargado de atender a dichos usuarios en su gestión diaria. Su objetivo principal es brindar servicios de óptima calidad a aproximadamente el 90% de la población con necesidades básicas insatisfechas en la región, contribuyendo así al bienestar y la salud de la comunidad local y circundante.

Lo anterior, se determina en vista a que el Hospital como eje articulador de atención en esta región del departamento, tiene su espacio de dominio para desarrollo de la atención en salud no solo de la comunidad del Municipio de Ramiriquí sino con áreas de influencia que corresponden a las poblaciones de Tibaná, Rondón, Ciénega, Jenesano, Viracachá y Boyacá (Boyacá), ya que la atención de las enfermedades con mayor complejidad se condensa allí, razón por la cual el ideal de desarrollo de este trabajo de grado se gestó desde la E.S.E. dados los inconvenientes observados en términos de gestión entre usuarios y EPS's para la oportuna atención.

Por lo anterior, el muestreo de esta investigación se define como aleatorio dado que esta técnica permite obtener una muestra representativa de la población, basándose en el concepto de probabilidad, el cual marca que cualquier elemento de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada elemento es independiente de cualquier selección previa (Porras, 2022).

En este tipo de muestreo aleatorio simple cada elemento de la población tiene una oportunidad igual e independiente de ser seleccionado, para lo cual tan solo se asigna un número de muestra que se considere adecuado. Mediante este tipo de muestreo fueron indagados 118 usuarios, 9 administrativos de la ESE y 7 Entidades Responsables del Aseguramiento.

3.1.1.9. Fuentes de información

La información requerida para este trabajo investigativo proviene tanto de fuentes primarias como de fuentes secundarias.

- Fuentes primarias:
 - Usuarios de EPS's de la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, que toman sus servicios médicos en la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.
- Fuentes secundarias: Dado que este tipo de fuentes proporcionan datos ya elaborados y recogidos previamente, pueden ser internas o externas a la organización (Fernández, 2004).
 - En el caso de las fuentes internas se tomará orientación en la información acumulada según la experiencia que han vivido los administrativos de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí en el pasado, según lo que pudieron percibir en los usuarios respecto a los trámites administrativos que debieron surtir en la búsqueda de su acceso a los servicios de salud. Ahora bien, para generar la propuesta de diseño del sistema unificado de gestión, también se contará con la experticia de las investigadoras en el tema, adquirida mediante la observación directa.
 - En cuanto a las fuentes externas, estas se hallarán en documentos, estadísticas, estudios e informes del sector de la salud, que traten el mismo tema investigativo seleccionado y permitan desarrollar una juiciosa revisión documental, así como en un instrumento de evaluación de las oficinas de las EPS's, que recogerá la información del estado actual de estas en términos de herramientas de interacción y canales establecidos para la comunicación con los usuarios.

3.1.1.10. Instrumentos de recolección de la información

Con el fin de lograr los objetivos propuestos en esta investigación se toma la encuesta como principal instrumento de recolección de información, dado que, permite obtener datos y conocer la opinión de los usuarios de las EPS's en aspectos referentes a complejidad para el acceso y la calidad del servicio que reciben.

Por ello, para el desarrollo de enfoque de este trabajo investigativo, se lleva a cabo el despliegue de una encuesta que permita tanto cuantificar la percepción que tiene la población objeto de estudio como cualificarla por medio de observaciones que podrán registrar los mismos usuarios.

Además de esto se desplego un focus group con una parte del equipo administrativo del hospital, para fortalecer la visión sobre el estado actual del acceso a los servicios de salud con el fin de determinar las barreras de acceso que encuentran los usuarios a los mismos, esto para conocer las percepciones que han podido percibir en su experiencia de trabajo con los usuarios, al prestar los servicios que las EPS's les han autorizado.

Finalmente, por medio de un instrumento de evaluación de las oficinas de las EPS's en el que estas mismas proporcionaran su información mediante el diligenciamiento de una matriz de las herramientas con que cuentan actualmente se identificaran los canales de acceso existentes en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá con el fin de establecer su real operatividad.

De esta manera se llevará a cabo el desarrollo del enfoque investigativo de este trabajo de grado, dada la necesidad de hacer un diagnóstico y evaluación de los actuales sistemas de gestión de las EPS's, que va a permitir diagnosticar el estado actual en que se encuentra la atención a los usuarios, esto para proponer el diseño de un modelo de sistema unificado de gestión de usuario que coadyuve a corregir las fallas actuales bajo un esbozo con la respectiva calidad necesaria.

3.1.1.11. Procedimientos, técnicas e instrumentos de investigación

Procedimientos	Técnicas	Instrumentos
Interrogación	Encuesta	Cuestionario estructurado
Interrogación	Focus Group	Guion estructurado
Interrogación escrita	Entrevista colectiva	Preguntas semiestructuradas y abiertas en instrumento de evaluación de las oficinas de las EPS's.

3.1.1.12. Operacionalización de Variables de Estudio y Ruta Metodológica de la Investigación.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES Y DIMENSIONES	TÉCNICA	INSTRUMENTOS
¿Qué aspectos debe contener el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de	Proponer el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y el acceso efectivo a los	Identificar los canales de acceso existentes en las zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá con el fin de establecer su operatividad y determinar las	Atención a los usuarios de salud	Encuesta Estructurada Focus Group Entrevista colectiva	Cuestionario Guion estructurado Preguntas semiestructuradas y abiertas en instrumento de evaluación de las oficinas de las EPS's.

comunicación y el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá?	servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.	barreras de acceso que encuentran los usuarios a los mismos.			
		• Realizar un diagnóstico de los sistemas dispuestos por cada una de las entidades responsables del aseguramiento en salud que operan en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá, con el fin de validar su funcionamiento y efectividad.	Percepción de los usuarios	Encuesta Estructurada Focus Group	Cuestionario Guion estructurado
		• Idear un sistema de gestión al usuario que mejore los canales de comunicación y garantice tanto la efectividad en el acceso como	Sistemas de gestión de usuarios	Revisión documental	Matriz de triple entrada

		cobertura de los servicios de salud a los usuarios de zonas rurales de la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.			
--	--	--	--	--	--

3.1.1.13. Validación de instrumentos por parte de expertos

Con el fin de validar los instrumentos de investigación se solicitó su revisión a 3 expertos que desde su experiencia, trabajo y trayectoria en el sector salud emitieron sus conceptos y observaciones. A continuación, se relacionan los expertos consultados:

EXPERTO 1

DR. JAIRO MAURICIO SANTOYO GUTIERREZ

MÉDICO, ABOGADO, ESPECIALISTA EN AUDITORÍA, MAGISTER EN DIRECCIÓN Y GERENCIA DE EMPRESAS.

EX SECRETARIO DE SALUD DE BOYACÁ.

EXPERTO 2

DR. GERMAN FRANCISCO PERTUZ GONZÁLEZ

ODONTÓLOGO ESPECIALISTA EN GERENCIA HOSPITALARIA Y CONTRATACIÓN ESTATAL.

GERENTE DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN RAFAEL DE TUNJA

EXPERTO 3

MD MSc. GERMAN ANDRES BERNAL CORREDOR

MEDICO, ESPECIALISTA Y MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA CLÍNICA, CURSANDO 3 AÑO DE GINECOBSTERICIA.

MEDICO RESIDENTE GINECOBSTETRICIA UMNG - HUCSR

Las rubricas diligenciadas por estos expertos se encuentran en los anexos

EXPERTO 1 (ANEXO 1)

EXPERTO 2 (ANEXO 2)

EXPERTO 3 (ANEXO 3)

3.1.1.14. Pruebas Piloto

Se realizaron pruebas piloto de la encuesta a usuarios y del focus group de tal manera que fuese posible establecer las ultimas mejoras a los instrumentos, de esta manera, la Prueba Piloto se tomó como técnica de investigación que implico el crear versiones preliminares de los instrumentos de investigación antes de llevar a cabo la prueba final, es decir, antes de recopilar los datos necesarios para el desarrollo del estudio.

Este proceso ayudo a aumentar la validez y confiabilidad de los métodos, reduciendo posibles sesgos y errores en la recopilación de datos. Además, proporciono información valiosa para mejorar la metodología originalmente propuesta, determinando su relevancia y viabilidad.

Los resultados obtenidos en las pruebas piloto se pueden observar en el Anexo 4 de este documento.

La información trabajada se estableció de tal manera que cumpliera con la finalidad de indagación a que se refieren los cuestionarios, es decir, abordando los temas relacionados con la investigación adelantada, se organizaron las preguntas bajo la estructura de las variables de estudio que direccionan e intencionan el trabajo en la etapa de recolección de información.

Desde dichos puntos es importante hacer claridad en que los pilotos se enfocaron tanto en conocer una primera percepción sobre los cuestionarios que serán usados en el momento de

recolectar la información como para evidenciar la pertinencia de las preguntas y el entendimiento de estructura.

3.1.1.15. Técnicas para el Análisis de los Resultados

Para el análisis e interpretación de resultados se toman como referentes a Taylor y Bogdan (1986), quienes plantean el tratamiento de los datos a través de un análisis comprensivo, articulado sobre el conocimiento y rastreo de los mismos, esto, mediante la identificación de las variables de estudio seleccionadas para el desarrollo de esta investigación, es decir, en los hechos que sean registrados y descritos en el despliegue de los diferentes instrumentos utilizados, para posteriormente desarrollar la triangulación correspondiente.

Por ello, se llevó a cabo el análisis de resultados por instrumentos de la manera en que se describe a continuación:

TÉCNICA	INSRUMENTOS	TECNICA DE ANALISIS DE RESULTADOS
Encuesta Estructurada	Cuestionario	En lo que respecta al cuestionario de la encuesta estructurada se aplica procesamiento estadístico elemental, calculando datos numéricos y porcentajes que representan estas mediante la herramienta formularios de Google Apps. Por ello las preguntas diseñadas se estructuraron como preguntas con opción de respuesta única dentro una gama de respuestas de selección múltiple. Entendiendo que la intención de la encuesta tiene un carácter exploratorio de los hechos que actualmente se presentan en el acceso de los usuarios a los servicios de salud en la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá. Obtenidas las respuestas se presentan los datos agrupados en las categorías de análisis

		fundamentales de variables y dimensiones que en el caso específico del cuestionario son Atención de calidad, Cobertura, Oportunidad en la atención, Satisfacción y Experiencia de la atención presentando un análisis puntual de los aspectos que sugieren las mismas, presentando así la realidad que se manifiesta en la Provincia. Esta visión sirve de referencia para enfrentar el estudio planteado y poder analizar con mayor acierto tanto los procesos como las situaciones que se presentan.
Focus Group	Guion estructurado	A través del guion estructurado para el desarrollo del focus group se busca un acercamiento a la realidad del tema de investigación identificando características desde una perspectiva de tipo asistencial y administrativa surgida en torno a los puntos de vista a través de un enfrentamiento vivencial con temas vinculados a lo percibido por el personal de la E.S.E. Con los resultados del Focus Group se obtuvo una visión de las características que redibujan la situación visualizada por la población de usuarios que respondan la encuesta estructurada. Esto con el fin de ahondar un poco más en torno a los aspectos que deben ser destacados en el estudio, para ser analizados con mayor profundidad. Para presentar los resultados estadísticos y análisis interpretativo del focus group, se desarrolló una matriz de frecuencias que muestra de forma ordenada el conjunto de datos estadísticos y a cada uno de ellos le asigna una frecuencia que son las veces que se repite un dato.

		Para ello, se reflexiona de manera sistemática en la multiplicidad de perspectivas, evitando caer en interpretaciones de sentido común, buscando relacionar los resultados del análisis y construyendo ideas a partir de la búsqueda de respuestas a las preguntas redactadas intencionalmente con el uso de palabras claves. Al darle orden a los datos, organizando las unidades y categorías cualitativas e identificando patrones para intentar comprender en profundidad el contexto que rodea a los datos será posible describir las experiencias de las personas estudiadas sin perder de vista su subjetividad, lenguaje y expresiones particulares según las respectivas dimensiones y variables del estudio. En el caso del focus group se indaga por las variables Atención de calidad, Cobertura, Oportunidad en la atención, Satisfacción, Experiencia de la atención y Mecanismo de Comunicación para Usuarios.
Entrevista colectiva	Preguntas semiestructuradas y abiertas en instrumento de evaluación de las oficinas de las EPS's	Por medio del instrumento de evaluación de las oficinas de las EPS's en el que estas mismas proporcionaron su información mediante el diligenciamiento de una matriz de las herramientas con que cuentan actualmente se identificaron los canales de acceso existentes en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá con el fin de establecer los mecanismos de operatividad que tienen en funcionamiento para los usuarios dichas empresas. De esta manera se busca dar más fuerza a la respuesta que se pueda proporcionar al primer

		objetivo específico de esta investigación, identificando los canales de atención dispuestos por las EPS's que están activos para servicio de los usuarios de salud.
Interpretación de resultados	Matriz de triple entrada	Una vez obtenido el análisis del diagnóstico tanto de la encuesta como del focus group y del instrumento de evaluación de las oficinas de la EPS's se le dará desarrollo a una matriz de triple entrada donde se interpretarán los resultados. La triangulación se realizará por medio de las dimensiones del análisis y los resultados del análisis de las respuestas clasificadas. Una vez reunidas las fuentes, se "tejen" con las interpretaciones de las investigadoras para la construcción ordenada de una primera versión general del reporte. En esta matriz de triple entrada se busca visibilizar los resultados de los instrumentos aplicados para obtener hallazgos y conclusiones contundentes que son el insumo para la propuesta del modelo de gestión.

Capítulo 4.

4.1. Resultados del estudio

Como se mencionó anteriormente en el numeral 3.1.1.15 del capítulo correspondiente a los aspectos metodológicos denominado técnicas para el análisis de los resultados, con el fin de llevar a cabo la exposición, análisis e interpretación de los resultados de esta investigación se toman como referentes a Taylor y Bogdan (1986), quienes plantean el tratamiento de los datos a través de un análisis comprensivo, articulado sobre el conocimiento y rastreo de los resultados que se hallaron por medio de la aplicación de los instrumentos de investigación que se muestran a continuación, para posteriormente desarrollar la triangulación correspondiente por medio de la exposición de una matriz de triple entrada.

Con este fin a continuación se despliega el análisis de cada instrumento trabajado:

4.1.1. Análisis resultados encuesta a usuarios

Reporte de respuestas obtenidas al cuestionario estructurado para adelantar la investigación, con su respectivo análisis por variables de estudio.

Esta encuesta fue adaptada de la ENCUESTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD PARA HOGARES COLOMBIANOS – EASS. UNIVERSIDAD JAVERIANA (Arrivillaga, Aristizabal, Pérez & Estrada, 2016) y se dirigió a Usuarios Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí, obteniendo respuestas de 118 personas.

La información a la que se refiere el presente cuestionario estructurado junto con su análisis aborda los temas de estudio relacionados con la investigación y su objetivo específico 1 centrado en identificar los canales de acceso existentes en las zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá con el fin de establecer su operatividad y determinar las barreras de acceso que encuentran los usuarios a los mismos.

Para desarrollar la investigación se organizaron las preguntas bajo la estructura de las variables de estudio que direccionan e intencionan el trabajo en la etapa de recolección de información, centrándose en los aspectos que se puedan encontrar como relevantes en términos de Atención a los usuarios de salud y Percepción de los usuarios, esto con el fin de hallar si la hipótesis que plantea que través de la propuesta de un modelo de sistema unificado de gestión al usuario será posible proyectar un mecanismo que en su diseño de contenido contenga aspectos esbozados para beneficio de la población afiliada en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez, que sea el prospecto de una herramienta que permita la disminución de los índices de gestión inadecuados y la mitigación de barreras administrativas para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud., es válida o no.

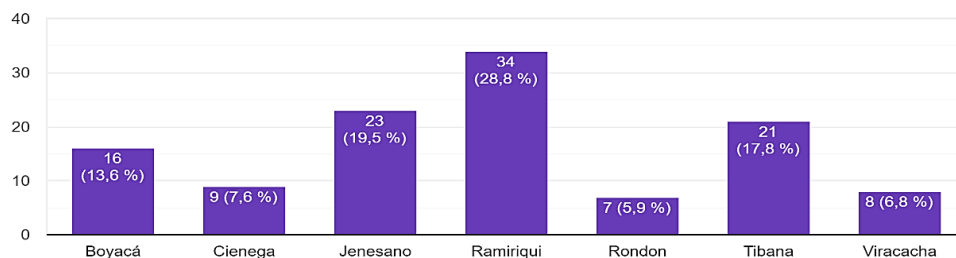
Bajo el despliegue y trabajo de campo de este instrumento se obtuvieron 118 respuestas de usuarios de la provincia que asistieron a tomar los servicios de salud en el Hospital San Vicente de Ramiriquí.

Teniendo claros estos aspectos se da inicio al desarrollo de análisis de respuestas con el despliegue de los resultados obtenidos en cada pregunta de la siguiente manera:

- Primero se reportan las respuestas a las preguntas que otorgan información general del usuario que es importante para el estudio:

Municipio de procedencia _____

Vereda de procedencia _____



De los usuarios encuestados fue posible obtener respuestas desde los municipios de:

- BOYACA - BOYACA

- CIENEGA
- JENESANO
- RAMIRIQUI
- RONDON
- TIBANA
- VIRACACHA

En este aspecto es relevante resaltar que en el marco metodológico de la investigación se plantea como punto de referencia para el accionar investigativo la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí, es decir, midiendo desde la E.S.E. aspectos sobre acceso y oportunidad a los servicios de salud a usuarios de la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá.

Razón por la cual, es visible que se halló respuesta de los 7 municipios limitantes con Ramiriquí como sede del Hospital:



En el caso de los municipios de NUEVO COLON, TURMEQUE Y UMBITA se debe resaltar que estas poblaciones cuentan con otros centros de atención en salud más cercanos a sus perímetros urbanos y por ello los usuarios no se dirigen o desplazan hasta Ramiriquí.

Así las cosas, de los 118 encuestados el 28.8% (34) es procedente de Ramiriquí, el 19.5% (23) de Jenesano, el 17.8% (21) de Tibaná, el 13.6% (16) de Boyacá - Boyacá, el 7.6% (9) de Ciénega, 6.8% (8) de Viracachá y el 5.9% (7) de Rondón.

Ahora bien, de dichos municipios se contó con registro de las veredas de procedencia de los usuarios de tal manera que fuese posible clasificar a la población como urbana o rural al tratarse de un estudio que desea ser representativo en la provincia.

Desde ello es posible afirmar que de las 171 veredas con que cuenta la Provincia de Márquez se logró registro de usuarios de 33, es decir, abordando un 19.29% del sector rural.

Las veredas de procedencia son:

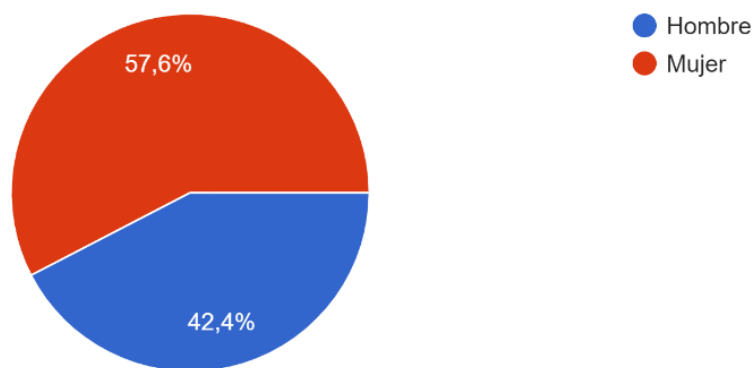
MUNICIPIO	VEREDA	ENCUESTAS
RAMIRIQUI	CENTRO	11
	PEÑAS	2
	PABELLON	2
	FARQUENTA	4
	SANTUARIO	2
	ORTIGAL	2
	ROMASAL	2
	HERVIDEROS	2
	CAICEDOS	2
	PRIMAVERA 1	1
	FRAGUA	1
	SANTANA	2
	GUACAMAYAS	1
TIBANA	CENTRO	15
	BATAN	1
	CARMEN	1
	SUTA ARRIBA	1
	SUTA ABAJO	1
	CARARE	1
	EL ALTO	1
CIENEGA	CENTRO	5
	PIEDRA LARGA	2
	ESPINAL	1
	MANZANOS	1
BOYACA	CENTRO	15
	PACHAQUIRA	1
JENESANO	CENTRO	13
	CARRIZAL JAIMES	2
	LOS NARANJOS	1
	FORAQUIRA	1
	CARRIZAL BAJO	2

	VOLADOR	1
	BAGANIQUE ALTO	1
	SUPANECA	2
RONDON	CENTRO	4
	SAN JOSE	2
	SUCRE	1
VIRACACHA	CENTRO	5
	ISLAS	2
	GALINDOS	1

De esta información se obtienen 68 usuarios de sector urbano y 50 de sector rural, distribuidos así:

Boyacá	15 URBANOS
	1 RURAL: 1 VEREDA
Ciénega	5 URBANOS
	4 RURALES: 3 VEREDAS
Jenesano	13 URBANOS
	10 RURALES: 7 VEREDAS
Ramiriquí	11 URBANOS
	23 RURALES: 12 VEREDAS
Rondón	4 URBANOS
	3 RURALES: 2 VEREDAS
Tibaná	15 URBANOS
	6 RURALES: 6 VEREDAS
Viracachá	5 URBANOS
	3 RURALES: 2 VEREDAS

¿Es hombre o mujer? 1. ☐ Hombre 2. ☐ Mujer

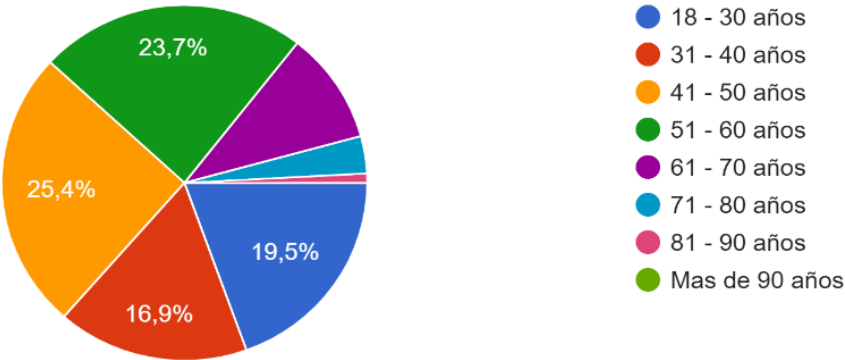


De los 118 encuestados 68 fueron MUJERES y 50 HOMBRES

¿Cuál es su rango de edad?

1. ☐ 18 - 30 años

- 2. I__I 31 - 40 años
- 3. I__I 41 - 50 años
- 4. I__I 51 - 60 años
- 5. I__I 61 - 70 años
- 6. I__I 71 - 80 años
- 7. I__I 81 - 90 años
- 8. I__I Mas de 90 años

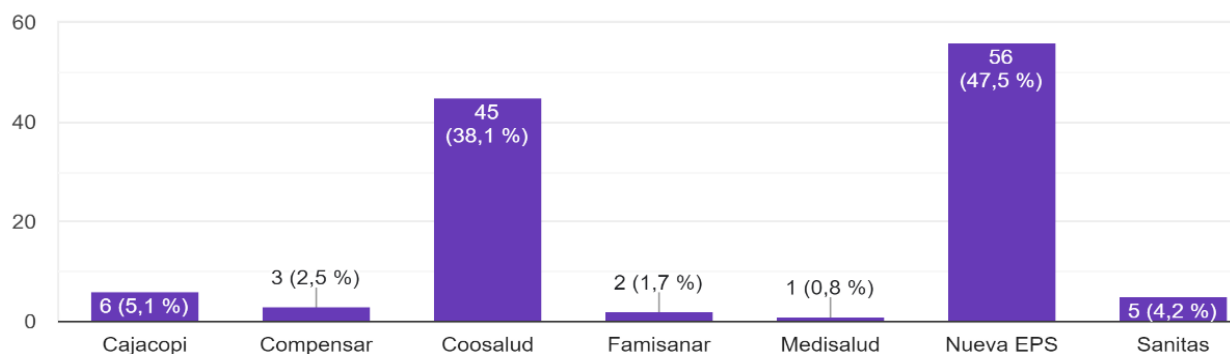


Las respuestas halladas corresponden a las siguientes cifras:

Nº DE RESPUESTAS	PORCENTAJE	RANGOS DE EDAD
23	19.5%	18 - 30 AÑOS
20	16.9%	31 - 40 AÑOS
30	25.4%	41 - 50 AÑOS
28	23.7%	51 - 60 AÑOS
12	10.2%	61 - 70 AÑOS
4	3.4%	71 - 80 AÑOS
1	0.8%	81 - 90 AÑOS
0	0%	MAS DE 90 AÑOS

Encontrando como predominantes personas entre los 41 - 50 años, 51 - 60 años y 18 -30 años dado que representan el 68.6% de la población encuestada.

¿A qué EPS está afiliado? _____ I __ I No está afiliado a ninguna EPS



De esta pregunta es posible identificar que 101 de los 118 encuestados, es decir el 85.5% pertenecen a Nueva EPS con 56 personas que representan el 47.5% de la población y Coosalud con 45 afiliados que son el 38.1%, situación concordante con la habilitación de operación otorgada a las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud en el territorio de estudio.

Con estos registros se estableció la priorización de las EPS que debían ser objeto de indagación por medio del instrumento diseñado para establecer un diagnóstico de los sistemas dispuestos por cada una de las EPS, con el fin de validar su funcionamiento y efectividad, razón por la cual se toman estas respuestas como fuente de información en el proceso investigativo.

En este sentido es necesario resaltar que quienes pertenecen a EPS como CAJACOPI (6 personas – 5.1%), COMPENSAR (3 personas – 2.5%), FAMISANAR (2 personas – 1.7%), MEDISALUD (1 persona – 0.8%) y SANITAS (5 personas – 4.2%) afirmaron que su afiliación dependió de motivos laborales o por una búsqueda personal de una prestación más integral de los servicios de salud en la ciudad de Tunja.

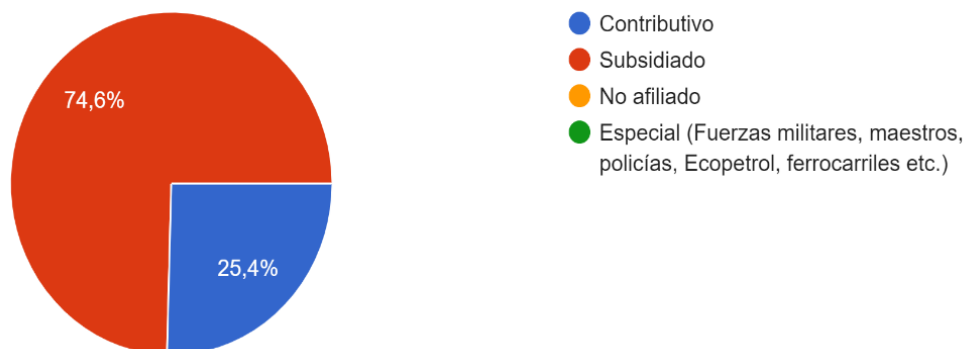
¿Su régimen de salud es?

1. I __ I Contributivo → ¿El tipo de afiliación es? 1. I __ I Cotizante 2. I __ I Beneficiario

2. ☐ ☐ Subsidiado

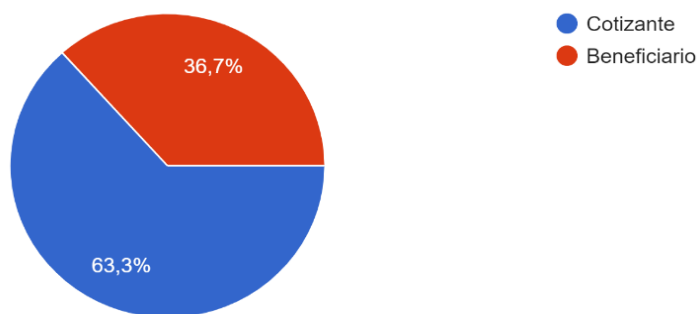
3. ☐ ☐ No afiliado

4. ☐ ☐ Especial (Fuerzas militares, maestros, policías, Ecopetrol, ferrocarriles etc.)



De los 118 encuestados 88 personas pertenecen al régimen SUBSIDIADO y 30 al régimen CONTRIBUTIVO.

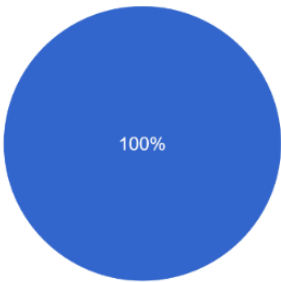
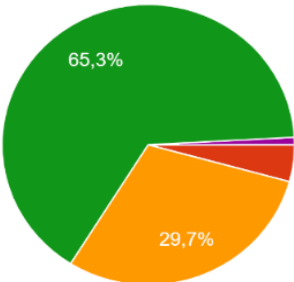
Hallando que, de las 30 personas del régimen CONTRIBUTIVO, 19 son cotizantes y 11 beneficiarios:



A CONTINUACIÓN, SE REALIZARON LAS PREGUNTAS ESPECIFICAS SOBRE LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS QUE HAN TENIDO ACCESO LOS USUARIOS O ALGUNOS INTEGRANTES DE SU HOGAR.

Punto en el cual se va a desplegar el análisis por variables así:

- **VARIABLE 1: Atención a los usuarios de salud. DIMENSIONES: Atención de calidad, Cobertura y Oportunidad en la atención.**

VARIABLE 1: Atención a los usuarios de salud. DIMENSIONES: Atención de calidad, Cobertura y Oportunidad en la atención.	
DIMENSION Y PREGUNTA	RESPUESTAS GRAFICADAS Y ANALISIS
DIMENSION ATENCION. PREGUNTA 1. ¿En los últimos 6 meses usted o algún miembro de su familia, cuando han tenido algún problema de salud, ha consultado a médico? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	118 respuestas  El 100% de los encuestados afirman haber consultado el medico en los últimos 6 meses, este registro permite inferir que los siguientes registros de respuestas permitirán obtener una visión actualizada sobre la apreciación de los usuarios en términos de atención y su percepción.
DIMENSION OPORTUNIDAD. PREGUNTA 2. Si su respuesta anterior fue si responda: ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita en su EPS y el momento de la consulta con el médico?	118 respuestas  No aplica porque no ha sido atendido El mismo día Menos de 1 semana De 2 a 4 semanas De 1 a 3 meses De 4 a 6 meses Más de 6 meses

1. ☐ No aplica porque no ha sido atendido
2. ☐ El mismo día
3. ☐ Menos de 1 semana
4. ☐ De 2 a 4 semanas
5. ☐ De 1 a 3 meses
6. ☐ De 4 a 6 meses
7. ☐ Más de 6 meses

N° DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
5	EL MISMO DIA
35	MENOS DE UNA SEMANA
77	DE 2 A 4 SEMANAS
1	DE 1 A 3 MESES

Respecto al tiempo que transcurre en la solicitud de citas a EPS y el momento en que son atendidos los usuarios se evidencia que el 65.3% (77) de los usuarios afirman que deben esperar entre 2 y 4 semanas, aspecto que deja entre ver las barreras de acceso y oportunidad sentida por usuarios de la provincia que visibiliza el déficit de oferta respecto a la demanda de servicios de salud.

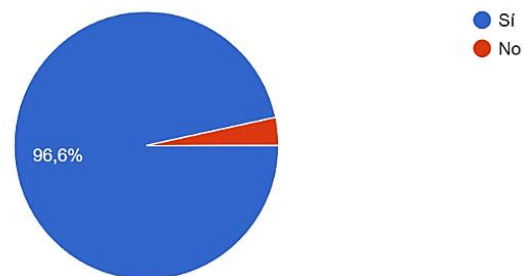
DIMENSION ATENCION.

PREGUNTA 8.

¿Ha sido remitido a especialista por el médico general?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

118 respuestas



El 96.6% de los encuestados, es decir, 114 personas indican que han sido remitidos a especialistas por parte del médico general, este aspecto es relevante para el trabajo investigativo teniendo en cuenta que el Hospital de Referencia de estudio no cuenta con la habilitación de servicios complementarios y es allí en donde reviste la mayor necesidad de adelantar trámites de tipo administrativo para que se garantice el acceso a la demanda de servicios de salud a nivel especializado que supera la oferta en el territorio.

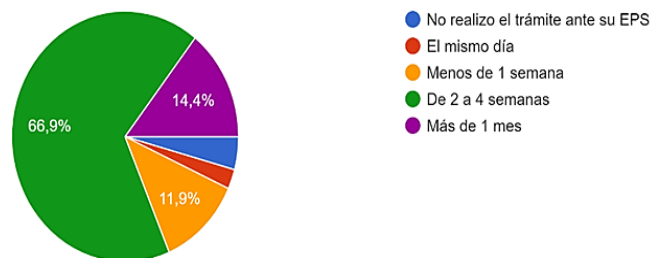
DIMENSION OPORTUNIDAD.

PREGUNTA 9.

¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento en que Usted solicitó la autorización y su EPS la gestiona?

1. ☐ No realizo el trámite ante su EPS
2. ☐ El mismo día
3. ☐ Menos de 1 semana
4. ☐ De 2 a 4 semanas
5. ☐ Más de 1 mes

118 respuestas



Las respuestas halladas reflejan lo siguiente:

Nº DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
5	NO REALIZO EL TRAMITE ANTE SU EPS
3	EL MISMO DIA
14	MENOS DE 1 SEMANA
79	DE 2 A 4 SEMANAS
17	MAS DE 1 MES

En concordancia con las respuestas obtenidas se evidenció que el trámite de autorización de los servicios médicos que requirieron los encuestados oscila en su mayoría entre 2 semanas y 1 mes con un 66.9% de los casos y el 14.4% restante presenta demoras de más de un mes, incumpliendo de manera sistemática lo contemplado en el Decreto Ley 019 específicamente el artículo 125, lo que sin duda reviste una barrera frente al acceso y garantía de la prestación de servicios de salud a los afiliados de la provincia de Márquez, y que es susceptible de mejora a partir de la identificación de el origen de la problemática evidenciada en algunos municipios, y nos permite determinar la existencia de una demanda insatisfecha del servicio de salud en la población usuaria que se encuentra a cargo de las Entidades Responsables del Aseguramiento en salud en la región de estudio.

DIMENSION COBERTURA.

PREGUNTA 10.

¿Cuánto tiempo transcurrió entre la autorización de la EPS y la consulta con el médico especialista?

1. ☐ No aplica porque no ha sido atendido
2. ☐ El mismo día
3. ☐ Menos de 1 semana
4. ☐ De 2 a 4 semanas
5. ☐ De 1 a 3 meses
6. ☐ De 4 a 6 meses
7. ☐ Más de 6 meses

118 respuestas



Nº DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
3	NO APLICA PORQUE NO HA SIDO ATENDIDO
4	EL MISMO DIA
3	MENOS DE 1 SEMANA
18	DE 2 A 4 SEMANAS
51	DE 1 A 3 MESES
32	DE 4 A 6 MESES
7	MAS DE 6 MESES

Ahora bien, en términos de tiempos transcurridos entre los trámites adelantados ante las EPS y el acceso a los servicios médicos especializados se evidencia que el 43.2% de los usuarios encuestados afirma haber esperado entre 1 y 3 meses y el 27.1% entre 4 a 6 meses, lo cual da una visual de un 70.3% de usuarios que no contaron con acceso oportuno a los servicios de salud ordenados por sus tratantes teniendo en cuenta que deben esperar largos lapsos de tiempo para poder obtener un concepto profesional que defina realmente su estado de salud y el posible tratamiento de manera oportuna.

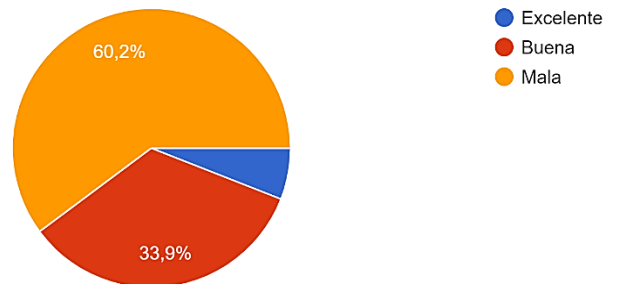
DIMENSION CALIDAD.

PREGUNTA 15.

En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud por parte de su EPS fue:

1. ☐ Excelente
2. ☐ Buena
3. ☐ Mala

118 respuestas



El 60.2% de los usuarios encuestados, es decir, 71 personas de 118 califican como MALA la calidad de la prestación del servicio de salud por parte de su EPS.

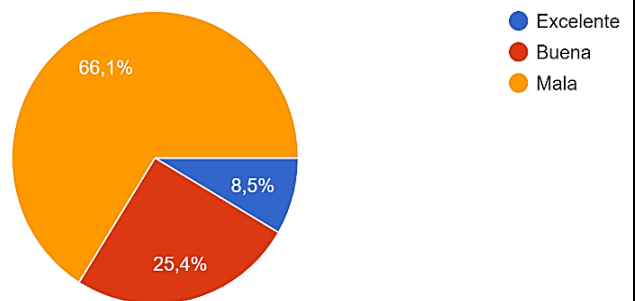
DIMENSION COBERTURA.

PREGUNTA 16.

En general, considera que la cobertura en términos de acceso igualitario y fácil de la prestación del servicio de salud por parte de las instituciones prestadoras diferentes al HSVR fue:

1. ☐ Excelente
2. ☐ Buena
3. ☐ Mala

118 respuestas



El 66.1% de los usuarios encuestados considera que la cobertura en términos de fácil e igualitario acceso a la prestación del servicio de salud por parte de las IPS diferentes al HSVR fue MALA.

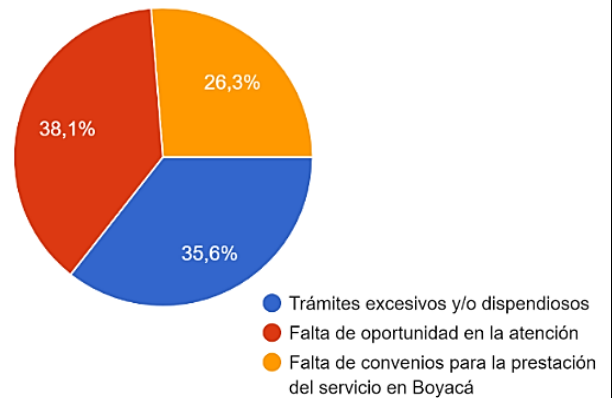
DIMENSION CALIDAD.

PREGUNTA 17.

¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio de la red contratada por la EPS?

1. ☐ Trámites excesivos y/o dispendiosos
2. ☐ Falta de oportunidad en la atención
3. ☐ Falta de convenios para la prestación del servicio en Boyacá
4. ☐ Otro. ¿Cuál?

118 respuestas



Dentro de las características inherentes a catalogar como mala la calidad del servicio por parte de la red contratada por las EPS que operan en el territorio se destacan: La necesidad de adelantar tramites excesivos y/o dispendiosos para acceder a los servicios de salud y la inoportunidad en el agendamiento de las consultas con un 73.7%, el restante 26.3% infiere que dada la falta de convenios contractuales no es posible acceder a los servicios de salud en el Departamento, lo cual se convierte en una barrera que impide obtener de manera continua, integral y oportuna sus tratamientos requeridos por los usuarios.

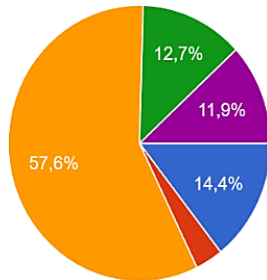
Desde ello las respuestas se dividieron por número de personas así:

N° DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
42	TRAMITES EXCESIVOS Y DISPENDIOSOS
45	FALTA DE OPORTUNIDAD EN LA ATENCION
31	FALTA DE CONVENIOS PARA LA PRESTACION DEL SERVICIO

- **VARIABLE 2: Percepción de los usuarios. DIMENSIONES: Satisfacción, Cobertura y Experiencia de la atención.**

VARIABLE 2: Percepción de los usuarios.

DIMENSIONES: Satisfacción, Cobertura y Experiencia de la atención.

DIMENSION Y PREGUNTA	RESPUESTAS GRAFICADAS Y ANALISIS												
DIMENSION EXPERIENCIA. PREGUNTA 7. ¿Luego de la consulta médica tuvo alguno de los siguientes problemas para acceder a su tratamiento? 1. ☐ No tuvo problemas para el tratamiento 2. ☐ La EPS no le autorizó medicamentos, exámenes o procedimientos 3. ☐ Tramites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos 4. ☐ Falta de tiempo para realizar tramites 5. ☐ Problemas para asignación de citas con especialista 6. ☐ Otras ¿Cuáles?	118 respuestas  <table border="1"> <thead> <tr> <th>N° DE RESPUESTAS</th><th>OPCIONES DE RESPUESTA</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>17</td><td>NO TUVO PROBLEMAS PARA EL TRATAMIENTO</td></tr> <tr> <td>4</td><td>LA EPS NO LE AUTORIZO</td></tr> <tr> <td>68</td><td>TRAMITES EXCESIVOS PARA GESTIONAR</td></tr> <tr> <td>15</td><td>FALTA DE TIEMPO PARA REALIZAR TRAMITES</td></tr> <tr> <td>14</td><td>PROBLEMAS PARA LA ASIGNACION DE CITAS CON ESPECIALISTAS</td></tr> </tbody> </table> De los 118 usuarios encuestados 68, es decir, el 57.6% indica que los trámites para gestionar sus tratamientos son excesivos, aspecto que da fuerza al ideal de proponer el diseño de un Sistema Unificado de Gestión al Usuario que permita mejorar el acceso a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad de la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, fundamentado en que lo que dio origen a la iniciativa de este proceso de investigación se basó en las necesidades y barreras identificadas para que la gestión de los trámites de los usuarios se gestionara con atributos de calidad en términos de accesibilidad, oportunidad y agilidad.	N° DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA	17	NO TUVO PROBLEMAS PARA EL TRATAMIENTO	4	LA EPS NO LE AUTORIZO	68	TRAMITES EXCESIVOS PARA GESTIONAR	15	FALTA DE TIEMPO PARA REALIZAR TRAMITES	14	PROBLEMAS PARA LA ASIGNACION DE CITAS CON ESPECIALISTAS
N° DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA												
17	NO TUVO PROBLEMAS PARA EL TRATAMIENTO												
4	LA EPS NO LE AUTORIZO												
68	TRAMITES EXCESIVOS PARA GESTIONAR												
15	FALTA DE TIEMPO PARA REALIZAR TRAMITES												
14	PROBLEMAS PARA LA ASIGNACION DE CITAS CON ESPECIALISTAS												

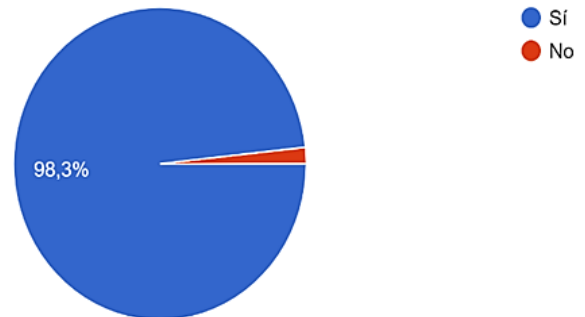
DIMENSION COBERTURA.

PREGUNTA 11.

Por la situación consultada ¿Le formularon medicamentos?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

118 respuestas



A 116 usuarios de los encuestados se le formularon medicamentos.

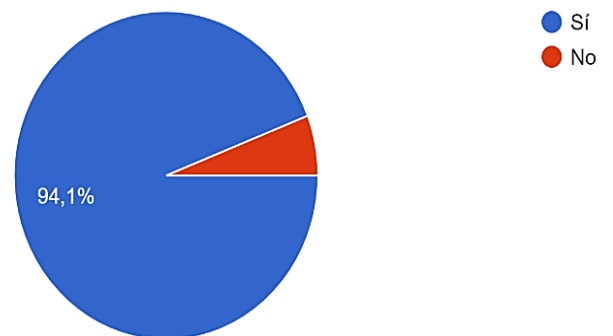
DIMENSION COBERTURA.

PREGUNTA 12.

¿Su EPS cuenta con farmacia para el suministro de los medicamentos en el municipio?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

118 respuestas



El 94.1% de la población afirma que sus municipios cuentan con farmacia asignada por la EPS para el suministro de medicamentos, aspecto que sin duda es positivo. Ahora bien, en términos de efectividad de las farmacias se procede a preguntar sobre si los medicamentos formulados fueron entregados por medio de la siguiente pregunta.

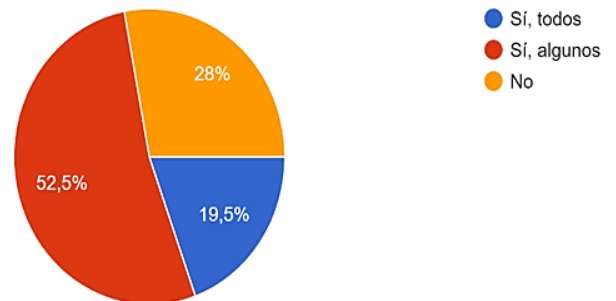
DIMENSION EXPERIENCIA.

PREGUNTA 13.

¿Estos medicamentos le fueron entregados por parte de su EPS?

1. ☐ Sí, todos
2. ☐ Sí, algunos
3. ☐ No

118 respuestas



Ante esta pregunta se evidenció que el 52.5% de los usuarios encuestados solo recibió algunos de sus medicamentos y al 28% de los usuarios no le fueron entregados. Evidente signo de alarma frente a la garantía de la continuidad del suministro de los medicamentos acorde a los ordenamientos del médico tratante y la posible complicación de la situación de salud por no adherencia al tratamiento farmacológico lo que nos permite inferir una disminución de resultados en salud y por ende un aumento del costo sanitario.

DIMENSION EXPERIENCIA.

PREGUNTA 14.

¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (algunos o ninguno)?

1. ☐ No había los medicamentos recetados

118 respuestas



2. ☐ No había la cantidad requerida

3. ☐ Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica

4. ☐ No hizo las gestiones para reclamarlos ¿Por qué?

5. ☐ Otra. ¿Cuál?

Nº DE RESPUESTAS	OPCIONES DE RESPUESTA
53	NO HABIA LOS MEDICAMENTOS RECETADOS
28	NO HABIA LA CANTIDAD REQUERIDA
10	POR ERRORES O DEFICIENCIAS EN LA EXP DE LA FORMULA
5	NO HIZO LAS GESTIONES PARA RECLAMARLOS
19	NINGUNO
1	SI FUERON ENTREGADOS
1	NO HA SIDO ATENDIDO
1	NO ESTABAN CONTRATADOS

El 68.6% de los encuestados asegura que en las ocasiones en que no se les entregaron medicamentos la situación se dio porque no había los medicamentos recetados o no había la cantidad requerida.

DIMENSION SATISFACCION.

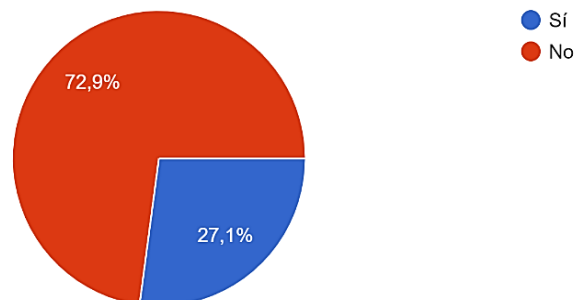
PREGUNTA 18.

¿Se encuentra satisfecho con su EPS?

1. ☐ Sí

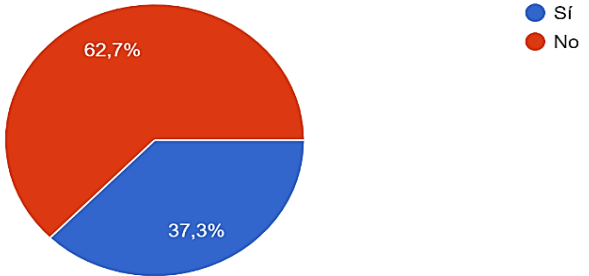
2. ☐ No

118 respuestas



Hallando que el 72.9% de los usuarios encuestados **NO se encuentra satisfecho** con su EPS.

- **VARIABLE 3: Sistemas de gestión de usuarios. DIMENSION: Mecanismo de Comunicación para Usuarios.**

VARIABLE 3: Sistemas de gestión de usuarios. DIMENSION: Mecanismo de Comunicación para Usuarios.	
PREGUNTA	RESPUESTAS GRAFICADAS Y ANALISIS
PREGUNTA 3. ¿Conoce los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	118 respuestas  74 de los 118 usuarios encuestados NO conocen los canales o medios de atención dispuestos por sus EPS para adelantar sus trámites en salud, aspecto que denota falta de divulgación por parte de las Aseguradoras lo que indica incumplimiento del marco normativo vigente que dispone: <i>“Además de las Oficinas de Atención al Usuario de manera personalizada, las EAPB e IPS deben disponer de diversos medios de comunicación y acceso de los usuarios para efectos de brindarles la información y orientación que requieren, así como para la presentación y seguimiento de sus diferentes clases de peticiones, quejas y reclamos. Todo cambio que afecte la atención al usuario en las líneas telefónicas, las oficinas físicas, la página web u otro medio dispuesto para tal fin deberá ser anunciado mínimo con 30 días calendario de anticipación, por lo menos, en las carteleras de las Oficinas de Atención al Usuario, en la página web y en la línea telefónica”.</i>

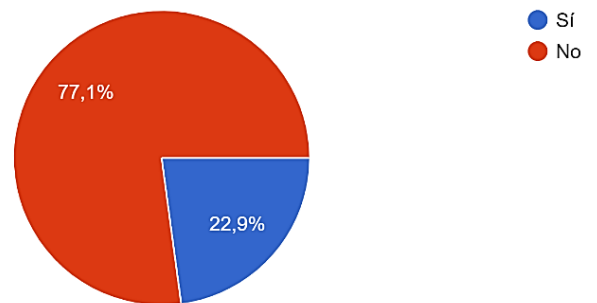
PREGUNTA 4.

¿Los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud son efectivos en términos de atenderlo de manera correcta y rápida?

1. ☐ Sí

2. ☐ No

118 respuestas



91 de los 118 usuarios, representando el 77.1% de los encuestados indican que los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud **NO** son efectivos en términos de atenderlo de manera correcta y rápida.

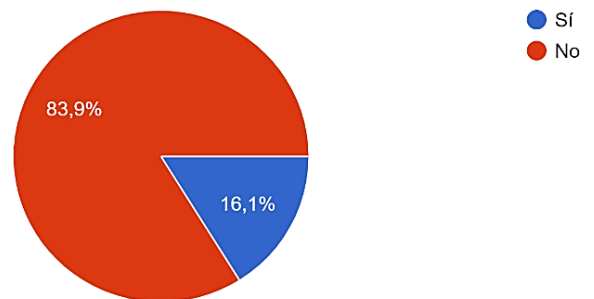
Es así como pese a que las Entidades cuentan con una serie de mecanismos, medios y canales para que la atención de sus usuarios cumpla con los principios de calidad, dentro de las principales barreras identificadas se correlacionan de manera directa el desconocimiento de los mismos para su correcta utilización, aunado a lo descrito los encuestados referencian que la provincia no cuenta con adecuado acceso a internet, lo que dificulta la efectividad para adelantar los trámites administrativos de cara a requerir algún servicio de salud

PREGUNTA 5.

¿Los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud siempre funcionan?

1. ☐ Sí
2. ☐ No

118 respuestas



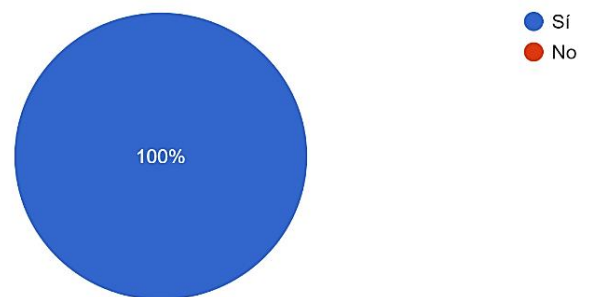
99 de los 118 encuestados indican que los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud **NO** siempre funcionan, respuesta que se aduce a las barreras de conectividad que presenta la región y a la necesidad de desplazamientos que deben realizar con el fin de buscar señal o atención por parte de las EPS's.

PREGUNTA 6.

¿Considera importante que exista una oficina o medio de atención presencial de su EPS en su municipio para hacer los trámites relacionados con sus problemas de salud?

1. ☐ Si
2. ☐ No

118 respuestas



El 100% de los usuarios encuestados coinciden en afirmar como indispensable que exista una oficina de atención al usuario o mecanismo de atención presencial por parte de su EPS para adelantar cualquier trámite de tipo administrativo, de direccionamiento o de orientación, pues consideran que esto facilitaría el acceso y la oportunidad en la atención de salud.

Conclusión general encuesta a usuarios

Es de resaltar que a través de la aplicación del instrumento se identificaron limitantes significativas frente al acceso efectivo a los canales dispuestos por las EPS para adelantar trámites administrativos, gestionar las solicitudes, y orientación de las necesidades de la población, lo cual indica no solo la persistencia de barreras sino también su vínculo con condicionantes socio-económicas y de accesibilidad geográfica acorde a las características propias de los usuarios georreferenciados mediante el presente estudio.

Así las cosas, estos resultados nos permiten concluir que existe una necesidad de la población usuaria porque las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud se ocupen de garantizar la Gestión integral de riesgo de sus afiliados lo cual precisa la necesidad de una transformación en los sistemas dispuestos por las EPS que permitan lograr mejoras en términos de eficiencia, eficacia, acceso, oportunidad e integralidad como atributos que miden el desempeño de los actores del SGSSS a cargo de la población, eliminar las barreras de acceso identificadas mediante el presente estudio, y mejorar la percepción del usuario frente a su gestión.

4.1.2. Análisis resultados Focus Group

ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON EL GUION ESTRUCTURADO para adelantar la investigación.

La información a la que se refiere el presente análisis de cuestionario aborda temas relacionados con la investigación y su objetivo específico 1 centrado en identificar los canales de acceso existentes en las zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá con el fin de establecer su operatividad y determinar las barreras de acceso que encuentran los usuarios a los mismos.

Para desarrollar la investigación se organizan las preguntas bajo la estructura de las variables de estudio que direccionan e intencionan el trabajo en la etapa de recolección de información.

Agradeciendo la asistencia de 9 funcionarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí a este Focus Group se da inicio al desarrollo con la firma de los consentimientos informados para el manejo de información (Anexo 5) y el despliegue de las preguntas por variable y dimensiones de la siguiente manera, sintetizando las observaciones respectivas del grupo entorno a cada punto tratado en observaciones de grupo como se muestra a continuación:

VARIABLE 1: Atención a los usuarios de salud. DIMENSIONES: Atención de calidad, Cobertura y Oportunidad en la atención.	
PREGUNTAS	OBSERVACIONES GRUPO
¿Qué canales de acceso a salud conocen en las zonas de alta ruralidad de la Provincia de Márquez?	Las respuestas de los asistentes se centran en indicar que los canales que conocen son: Línea telefónica celular Buzones de sugerencia establecidos en la ESE Recorridos casa a casa en el campo Oficinas con gestor de 2 EPS Correo electrónico
¿Qué percepción tienen de los canales dispuestos por las Entidades Responsables del Aseguramiento que hacen presencia en la Provincia en términos de calidad y cobertura?	Según lo indicado por los asistentes lo que consideran más efectivo actualmente es que las personas asignadas por las Entidades realicen recorridos casa a casa en la ruralidad sobre todo por el tipo de población de la provincia ya que es una población que no cuenta con dispositivos que les permitan acceder a los canales y además de ello tienen edades avanzadas en su mayoría lo cual convierte la situación y gestión es más compleja. En los casos de Coosalud y Nueva EPS se manifiesta que estas Entidades ya cuentan con oficina en el municipio de Ramiriquí lo cual se destaca dado que los usuarios ya tienen una opción más cercana para

	gestionar sus trámites y solicitudes, porque aún en la región muchas personas no se ligan a correo electrónico. Ahora bien, se resalta que para el manejo de tramites por medio de equipos celulares las EPS normalmente no contestan las llamadas. Además de ello, existe bastante demora en la gestión de los tramites. Así las cosas, es posible afirmar según los asistentes a este focus group que los canales son los comunes para las entidades, pero por razones tanto poblacionales como geográficas no son efectivos, dado que no surten todo el efecto debido y necesario en los trámites que requieren los usuarios. Se resalta en la conversación la gestión que realiza Coosalud ya que esta entidad funciona en la provincia con 2 personas que cuentan con dispositivos y van a las casas de los usuarios para cargar la información necesaria para la atención, de esta manera receptionan la información enviándola a la oficina y dan respuesta inmediata a los usuarios sobre sus procesos. Además de estas visitas, Coosalud hace tamizajes y busca darle solución a las solicitudes, dudas o requerimientos de los usuarios en el momento. En este punto también se menciona que el problema se acentúa dado que la red de prestación de servicios en términos de especialistas no es suficiente, es decir, aunque las EPS autoricen y operen de buena manera, la cobertura de servicios sobre todo en la parte rural no permite con un acceso fácil a los servicios especializados.
--	--

	Se cierra el espacio de respuesta a esta pregunta haciendo hincapié en que la E.S.E ayuda al usuario como si fuera oficina satélite sin serlo, sentido en el cual las EPS no actúan tan pronto como lo hace el hospital.
Dado que en el sistema de salud colombiano es relevante el tema de oportunidad en la atención ¿Considera usted que existen barreras de acceso a los servicios de especialidades que no se ofertan en el Hospital y cuáles recuerda?	Se resalta que EPS como SANITAS FAMISANAR y COMPENSAR se encuentran cambiando sus sistemas constantemente y ante esto el rezago se da de manera que el realizar las gestiones se convierte en tarea difícil por la necesidad de volver a comprender los mecanismos u operaciones para hacer las gestiones. Por ello, el manejo de un sistema operativo que se determine como estándar y que defina a las EPS tiempos de respuesta (dado que no son diligentes) puede ser una excelente solución ante las situaciones que enfrenta en términos de oportunidad el sistema de salud del país. Así las cosas, debería existir la autorización global de lo que el medico vea que necesita el paciente.
En términos de capacidad para desarrollar gestiones, es decir, operatividad de los canales de acceso, desde sus conocimientos y experiencias con usuarios ¿Que pueden opinar?	Los asistentes al focus indican que no se tiene claridad sobre lo que cada EPS contrata con las IPS y en estos casos los pacientes pierden recursos en términos de tiempo y dinero. Por otro lado, numerosas autorizaciones se generan en las entidades sin claridad y ello hace perder capacidad en el buen desarrollo de las gestiones. Se adiciona que en la provincia no se cuenta con prestación de gestión para todos los servicios. Se finaliza puntualizando que el acceso geográfico es el que presenta mayor barrera dado que son difíciles

	los temas de transporte y facilidades o tiempos de desplazamiento.
En términos de funcionalidad y capacidad para satisfacer las necesidades de los usuarios ¿Los sistemas administrativos dispuestos por las EPS funcionan? Si o No.	No, en un 100% no.
En términos de efectividad para los tramites de los usuarios ¿Los sistemas dispuestos o canales de acceso son efectivos y de fácil acceso?	No.
En cuanto a atención a los usuarios de salud ¿Consideran que la atención prestada por las EPS en la provincia es suficiente y de calidad?	Los asistentes afirman que los canales y la atención no son efectivos por casos de pacientes que necesitan atención prioritaria y su valoración por especialidad es muy lejana, dado que existen pocos profesionales para la pronta atención de pacientes y por ello las agendas son distantes. En este sentido, aunque existen EPS que agilizan su gestión de autorizaciones la demora se extiende por la falta de atención especializada. Desde dichos puntos se cometan aspectos como: • Existencia de tramitología exagerada. • Falta de entrenamiento en atención efectiva. • Deficiencias en atención a las gestiones de los usuarios. • No se ha roto la barrera entre lo rural y urbano. • Barreras y limitantes en atención. • Existen autorizaciones que se vencen por agendas. • Cada EPS tiene una metodología diferente lo cual entorpece el proceso.

VARIABLE 2: Percepción de los usuarios.

DIMENSIONES: Satisfacción, Cobertura y Experiencia de la atención.

Desde sus conocimientos y las experiencias de usuarios que como funcionario del hospital ha visto ¿Qué barreras de acceso a los sistemas y canales de comunicación dispuestos por las EPS encuentran?

Para este equipo de trabajo realmente el primer nivel de atención en el país no presenta barreras sino a nivel Colombia el tema de especialidades no es el adecuado, dado que la oportunidad de atención de especialistas es tanto baja como costosa.

No hay capacitación de promotores y así no se les facilita el acceso a los usuarios.

No hay claridad en gran número de autorizaciones sobre todo en procedimientos.

No se perciben muy bien los tramites que deben surtir para lograr atención.

El paciente se va con sus papeles, pero no sabe cómo hacer efectiva su atención.

La población mayor busca ayuda en el hospital dado que no sabe cómo tramitar sus necesidades de atención y por ello la ESE hace el trámite que debería hacer la EPS.

Los tramites no se deberían autorizar simplemente el paciente debería salir con sus órdenes listas para atención.

Desde su experiencia en el cargo, y en concordancia con las referencias manifiestas por los usuarios ¿Visualiza satisfacción de los usuarios con la atención de las Entidades Responsables de su aseguramiento en salud? Si o No.

No hay satisfacción por que no encuentran pronta y real atención con soluciones tangibles.

¿Considera que acorde a la satisfacción de los usuarios el nivel de recomendación hacia las EPS's es apropiado?	Como las EPS en la provincia son inoperantes en muchos aspectos, los usuarios no se encuentran del todo satisfechos y por ello su nivel de recomendación no es el apropiado.
VARIABLE 3: Sistemas de gestión de usuarios. DIMENSION: Mecanismo de Comunicación para Usuarios.	
Dada la experticia de este equipo de trabajo en temas de atención a usuarios ¿Qué elementos estratégicos ideales consideran relevantes para el diseño de un modelo de sistema de gestión al usuario que garantice mayor efectividad en el acceso a los servicios de salud en la zona?	• Estrategias que eviten los tramites de autorizaciones, siendo ideal que las ordenes medicas salgan de una vez listas para programación de la atención. • Unificación del sistema. • Que cada EPS se ajuste a la población y no la población a la EPS. • Modelo único para el acceso. • Ampliación de la red de medicamentos, instrumentos y profesionales para mejorar la calidad actuando en promoción y prevención, es decir, disminuyendo la enfermedad. • Una sola plataforma gubernamental. • Un sistema único que sea de usuario, prestador, asegurador y ente de supervisión. • Se debería hablar un solo lenguaje para todos.
¿Qué tan apropiados considera usted los canales dispuestos para adelantar trámites de tipo administrativo de las EPS, en términos de acceso y facilidad de uso?	Los asistentes coinciden en afirmar que los canales no son apropiados para todas las poblaciones, por ello debería existir una caracterización poblacional bajo las necesidades de los usuarios. Resaltando que para que ello surta un buen efecto es necesario también que todas las EPS funcionen igual, tengan

	manejo de buenos modelos de intervención del riesgo y exista una real presencialidad de la entidad en las zonas con articulación de atención en línea.
Dada la experticia de este equipo de trabajo en temas de atención a usuarios ¿Qué canales de comunicación para la provincia de Márquez propondrían desarrollar?	• Las EPS deberían estar inmersas en las ESE o IPS de manera presencial para que exista mayor comunicación y mejor atención. • Articulación en donde EPS e IPS hablen el mismo idioma. • Además, el sistema debería ser uno solo en línea para que se manejen aspectos presenciales y virtuales. • Para los usuarios de alta ruralidad se propondría una atención mixta, es decir tanto en la provincia u hospital como en la zona por medio de una atención personalizada que tramite lo que se debe hacer en línea sea en la zona o en la ESE. • Pago de las EPS a la ESE por tramites realizados que son responsabilidad de ellos. • Mayor acompañamiento presencial. • Facilitar mejor acceso a Internet.

Observaciones generales del Focus Group:

- Alta necesidad de caracterización poblacional
- Mejorar el acompañamiento de promotores de las EPS
- Implementar mejores equipos asistenciales

Sintetizadas las respuestas halladas en el desarrollo del focus group, ahora se toma enfoque en cuanto a la validez interna del desarrollo de este, lo cual se da a través de la codificación

de los datos con la ayuda del soporte tecnológico del software para análisis cualitativo ATLAS.ti.

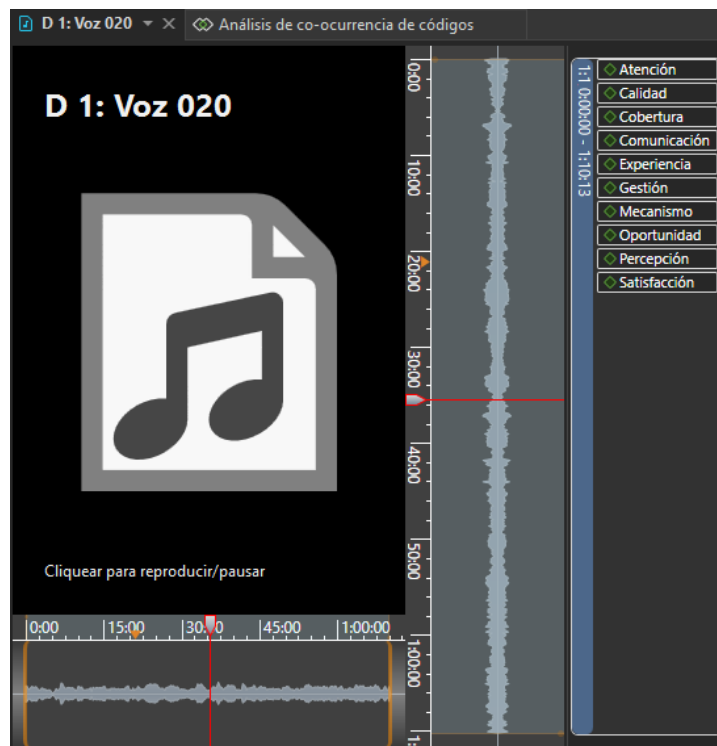
Desde ello, concerniente a la codificación del focus, una vez desarrollada la sesión se codifica su grabación mediante el software de análisis de datos asistido por computadora. Este soporte tecnológico fue elegido ya que actualmente este programa permite el procesamiento y análisis detallado de la información cualitativa a través de múltiples herramientas.

Así las cosas, fue posible segmentar y codificar los datos del audio a través de la relación de conceptos. En este punto, se generaron los códigos a partir de lo referido por los participantes de la sesión en el transcurso de la reproducción del audio.

Una vez concluida la codificación se procedió a vincular los códigos con el procesamiento, por ello, concerniente al análisis del focus group en ATLAS.ti, se debe resaltar que técnicamente los códigos fueron extraídos bajo una codificación del software “in vivo”.

Se emplearon 3 tipos de análisis proporcionados por las funciones de “Análisis de Datos” del software ATLAS.ti, estos son: análisis de enraizamiento, análisis de densidad y análisis de co-ocurrencias. Para ello, se estableció por conveniencia el porcentaje acumulado de corte de 80%, el cual según el software brinda una selección preliminar de códigos relevantes.

- El análisis de enraizamiento, nos indica la cantidad de citas que fueron generadas sobre un mismo código, por cuanto resulta útil para medir frecuencia.
- Referente al análisis de densidad. De acuerdo con Muñoz y Sahagún (2017), la densidad “hace referencia al número de relaciones que ese código tiene con otros códigos” (p.17).
- En relación con el análisis de co-ocurrencias, Muñoz y Sahagún (2017) precisan que “ATLAS.ti ofrece herramientas para explorar las co-ocurrencias de códigos, es decir, aquellos códigos que, sin haber sido relacionados explícitamente por parte del analista, tienen una relación en el sentido de que coocurren” (p. 82).



Análisis de los datos ATLAS.ti

Para dar una guía al software sobre las palabras clave de búsqueda en el audio para la codificación en vivo se ingresaron las palabras:

- Atención
- Calidad
- Cobertura
- Comunicación
- Experiencia
- Gestión
- Mecanismo
- Oportunidad
- Percepción
- Satisfacción

Para de esta manera indagar sobre las variables y dimensiones del estudio. Ahora bien, como resultado de la codificación “in vivo” en ATLAS.ti, se obtuvo un resultado de 15 códigos, los cuales fueron definidos a partir de lo que en mayor frecuencia fue referido por los asistentes a la sesión del focus group, estos son:

- C1: Atención deficiente
- C2: Errores en los tramites
- C3: Problemas con gestión
- C4: Desconocimiento de medios de gestion
- C5: Baja satisfacción
- C6: Falta de comunicación
- C7: Desconocimiento de mecanismos
- C8: Poca cobertura
- C9: Mala percepcion
- C10: Falta de calidad
- C11: Malas experiencias
- C12: Falta de cobertura
- C13: Baja oportunidad
- C14: Barreras en atención
- C15: Dificultades en manejo

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de los 3 tipos de análisis empleados en este estudio.

1. Análisis de enraizamiento (Frecuencia)

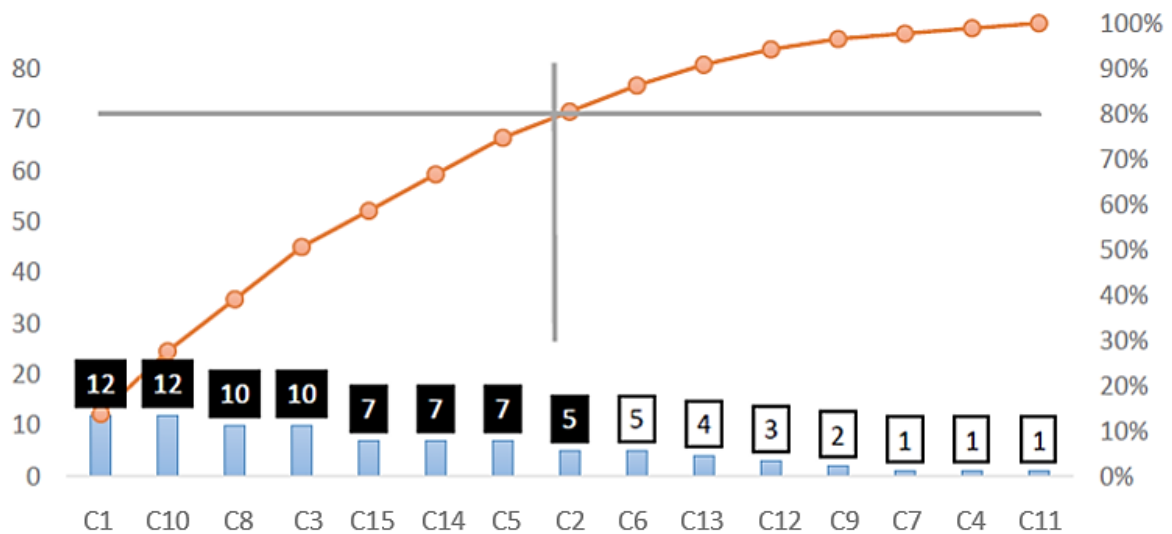
Respecto al análisis de los códigos en función a su enraizamiento, dio como resultado un total de 7 códigos relevantes:

- C1: Atención deficiente
- C10: Falta de calidad
- C8: Poca cobertura

- C3: Problemas con gestión
- C15: Dificultades en manejo
- C14: Barreras en atención
- C5: Baja satisfacción

Esto quiere decir que a partir de estos 7 códigos se generó una mayor cantidad de citas sobre un mismo código, lo que brinda un mayor grado de relevancia en frecuencia de manejo de los participantes sobre estos conceptos.

Diagrama de Pareto según el enraizamiento de los códigos:



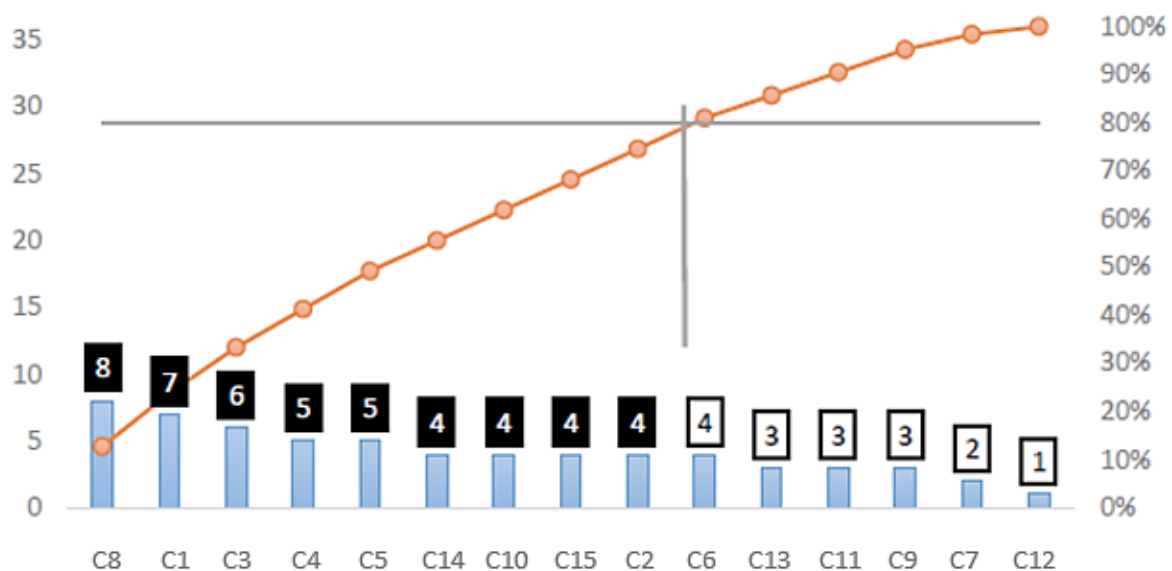
Los otros códigos referenciados por el software que fueron sobresalientes en el focus fueron:

- C2: Errores en los tramites
- C6: Falta de comunicación
- C13: Baja oportunidad
- C12: Falta de cobertura
- C9: Mala percepción
- C7: Desconocimiento de mecanismos
- C4: Desconocimiento de medios de gestion
- C11: Malas experiencias

2. Análisis de densidad

Este análisis arrojo 9 códigos relevantes: C8: Poca cobertura, C1: Atención deficiente, C3: Problemas con gestión, C4: Desconocimiento de medios de gestion, C5: Baja satisfacción, C14: Barreras en atención, C10: Falta de calidad, C15: Dificultades en manejo y C2: Errores en los tramites, lo cual se interpreta como una mayor interacción entre estos 9 códigos respecto al resto, lo que evidencia una fuerte relación entre los mismos y con ello un mayor grado de relevancia sobre el resto de los códigos.

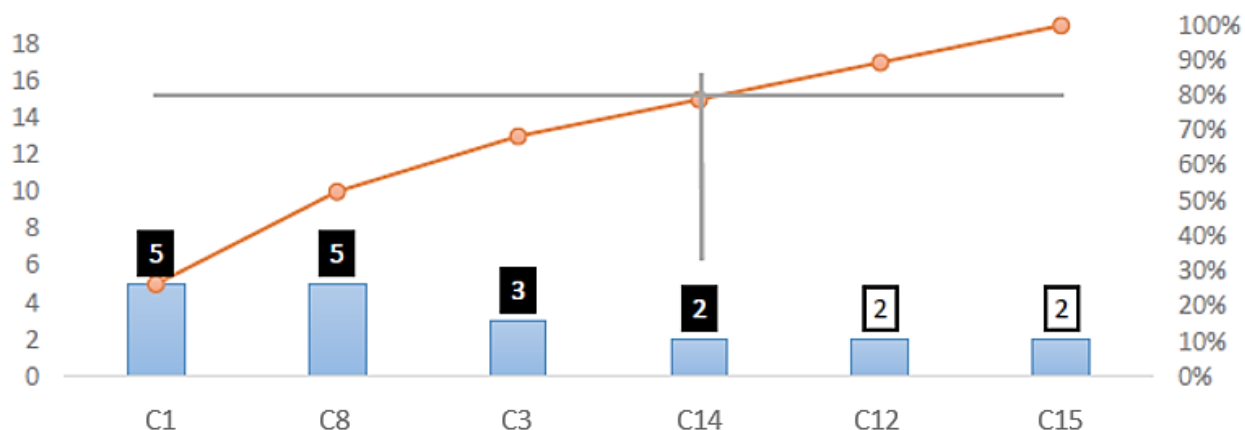
Diagrama de Pareto según la densidad de los códigos:



3. Análisis de co-ocurrencias

Del análisis de co-ocurrencias, se obtuvo que los códigos C1: Atención deficiente y C8: Poca cobertura, son los más recurrentes, ya que ambos cuentan con 5 coocurrencias. A ellos le sigue el código, C3: Problemas con gestión, con 3 co-ocurrencias, por último, con 2 co-ocurrencias se encuentran los códigos C14: Barreras en atención, C12: Falta de cobertura y C15: Dificultades en manejo.

Cantidad de co-ocurrencias por código:



4.1.3. Análisis resultados tabulación instrumento de evaluación oficinas EPS

VALIDACION ENTREVISTA COLECTIVA para adelantar la investigación.

Esta entrevista se dirigió a las 7 Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud que según la encuesta dirigida a usuarios se identificó operan en la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá (Colombia).

Se organizo la estructura de este instrumento bajo la variable de estudio 3 denominada: Sistemas de gestión de usuarios y su dimensión: Mecanismo de Comunicación para Usuarios, que direcciona y le da intención al objetivo 2 de este trabajo centrado en realizar un diagnóstico de los sistemas dispuestos por cada una de las entidades responsables del aseguramiento en salud que operan en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez en el Departamento de Boyacá, con el fin de validar su funcionamiento y efectividad.

Haciendo estas claridades, se da inicio al desarrollo de validación de los canales, no sin antes dar una visión de la entrevista enviada a cada EPS, con el despliegue de las preguntas de la siguiente manera:

MUNICIPIO	EPS	¿CUENTA CON OFICINA DE ATENCIÓN PRESENCIAL AL USUARIO EN EL MUNICIPIO DE RAMIRIQUI?		SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SI INDIQUE LA DIRECCIÓN COMPLETA DE LA OFICINA DE ATENCIÓN ASIGNADA PARA LOS USUARIOS DEL MUNICIPIO DE RAMIRIQUI
		SI	NO	
RAMIRIQUI				

¿LA OFICINA DE LA EPS ESTA DOTADA DE HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS?		SI LA EPS ESTA DOTADA DE HERRAMIENTAS NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA ATENCIÓN DE LOS USUARIOS RESPONDA:					
SI	NO	¿CON QUE HERRAMIENTAS DOTÓ LA OFICINA DE ATENCIÓN AL USUARIO?	¿CUAL ES EL HORARIO DE ATENCIÓN DE LA OFICINA?	¿CUENTA CON ESPACIO DE ATENCIÓN PREFERENCIAL? (SI / NO)	¿MANEJA HORARIOS DE ATENCION ESPECIAL PARA AUTORIZACIONES O TURNOS LIMITADOS PARA AUTORIZACIONES? (SI / NO)	SI LA RESPUESTA ANTERIOR ES SI ¿QUE HORARIOS DE ATENCION MANEJA PARA AUTORIZACIONES? O ¿CUANTOS TURNOS DISTRIBUYEN PARA LA EMISIÓN DE LAS MISMAS?	¿MANEJA HORARIOS DE ATENCION ESPECIAL O TURNOS LIMITADOS PARA TRÁMITE DE CITAS?

CUENTA CON UN CANAL DE ATENCIÓN TELEFÓNICO PARA TRAMITES		NUMERO DE TELEFONO	CUENTA CON UN CANAL DE ATENCIÓN ALTERNO PARA TRÁMITES DE LOS USUARIOS		SI LA RESPUESTA ES SI, LISTE LOS CANALES DISPUESTOS PARA LOS USUARIOS E INDIQUE POR QUE MECANISMOS SE DA A CONOCER CADA CANAL
SI	NO		SI	NO	

INDIQUE LA RUTA PARA ACCEDER A CADA UNO DE LOS CANALES QUE HA RELACIONADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR	¿QUE TRAMITES SE PUEDEN ADELANTAR POR MEDIO DE ESTE CANAL? SELECCIONE CON UNA X					
	AUTORIZACIONES	RADICACION DE SOLICITUDES	ASIGNACIÓN DE CITAS CON ESPECIALISTAS	TRAMITE DE MEDICAMENTOS	AFILIACIONES	OTROS ¿CUALES?

Recepcionada la información de las EPS (Anexo 5) se procedió a realizar su condensación en un Excel con el fin de validar los canales que fueron referidos por cada Entidad Responsable del Aseguramiento:

MUNICIPIO	EPS	CUENTA CON UN CANAL DE ATENCIÓN ALTERNATIVO PARA TRÁMITES DE LOS USUARIOS		SI LA RESPUESTA ES SI, LISTE LOS CANALES DISPUESTOS PARA LOS USUARIOS E INDIQUE POR QUE MECANISMOS SE DA A CONOCER CADA CANAL	INDIQUE LA RUTA PARA ACCEDER A CADA UNO DE LOS CANALES QUE HA RELACIONADO EN LA PREGUNTA ANTERIOR	¿QUE TRÁMITES SE PUEDEN ADELANTAR POR MEDIO DE ESTE CANAL? SELECCIONE CON UNA X					
		SI	NO			AUTORIZACIONES	RADICACION DE SOLICITUDES	ASIGNACIÓN DE CITAS CON ESPECIALISTAS	TRÁMITE DE MEDICAMENTOS	AFILIACIONES	OTROS ¿CUALES?
RAMIRIQUI	NUEVA EPS		X								
RAMIRIQUI	COOSALUD	X		psalmanca@coosalud	TELEFONICA CORREO ELECTRONICO	X	X		X	X	
RAMIRIQUI	FAMISANAR	X		WHATSAPP 3124043993 CORREO ELECTRONICO PAGINA WEB MECANISMOS: PUBLICIDAD CENTRO MEDICO INFORMACION VERBAL	TELEFONO INTERNET ATENCIÓN PRESENCIAL	X	X	X	X	X	ACTUALIZACIÓN DE DATOS
RAMIRIQUI	COMPENSAR	X		CORREO PRESENCIAL	compensarcentrovent@compensarsalud.com	X	X	X	X	X	
RAMIRIQUI	MEDISALUD	X		WHATSAPP PAGINA WEB CORREOS ELECTRONICOS MECANISMOS: PUBLICIDAD INFORMACION AL DAR ATENCIÓN MENSAJES A LINEAS TELEFONICAS PAGINA WEB	ATENCIÓN PRESENCIAL TELEFONOS CELULAR INTERNET	X	X	X	X	X	MANEJOS ESPECIALES
RAMIRIQUI	SANITAS	X		1. ANA MARIA CHAT BOOT 2. PAGINA WEB 3. ASESOR OFICINA EN LINEA 4. APLICACION MOVIL 5. LINEA DE ATENCIÓN 6. CRUZ VERDE	1. 3202330525 2. www.epssanitas.com 3. concordia.epssanitas.com:3443/concordia/chat/chat.html 4. App Sanitas 5. # 936 6. cruzverde.com/co/programacion_cita_entregamedicamentos/	X	X	X	X	X	Información General Red de Información
RAMIRIQUI	CAJACOPI	X		1. PAGINA WEB 2. LINEA GRATUITA NACIONAL 3. CALL CENTER 4. CHATBOT CAJACOPI	www.cajacopi.com 018000913734 603714545 ext 500 Página Web	X	X			X	

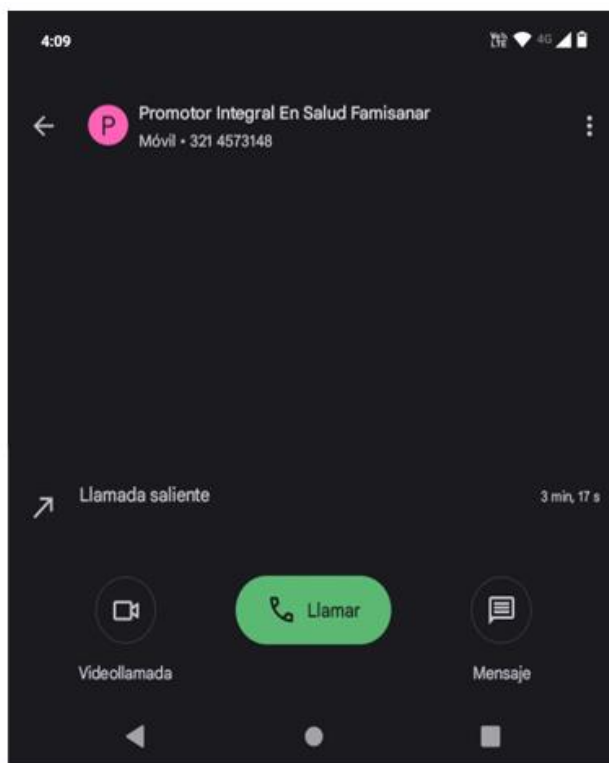
Con dicha información se llevó a cabo la validación de los canales referidos por cada EPS por parte de las investigadoras hallando en términos de funcionalidad por cada canal y EPS lo siguiente:

NUEVA EPS

Una vez validado el único canal registrado por NUEVA EPS en el formato proporcionado por las investigadoras de este estudio se halla respuesta por parte de la PROMOTORA INTEGRAL EN SALUD, en el número de celular proporcionado.

Por ello se procede a preguntar como usuario de la provincia que servicios se pueden obtener por este medio, obteniendo como respuesta que los servicios son:

- AUTORIZACIONES
- RADICACION DE SOLICITUDES
- GESTIONES DE TRAMITES ESPECIALES



COOSALUD

En el caso de COOSALUD EPS se envió un correo al email referido por la organización sin obtener respuesta alguna:

22/9/23, 18:42

Gmail - SOLICITUD DE TRÁMITES



SANDRA ARIAS <sariasr2015@gmail.com>

SOLICITUD DE TRÁMITES

1 mensaje

SANDRA ARIAS <sariasr2015@gmail.com>
Para: ssalamanca@coosalud.com

22 de septiembre de 2023, 18:40

Reciba un cordial Saludo

Quisiera saber como usuaria de su EPS en el municipio de Tibaná, que trámites puedo adelantar a través de este medio.

Agradezco su respuesta

FAMISANAR

Una vez validada la página web de EPS FAMISANAR se identificó que cuenta con oficinas en la ciudad de Tunja acorde a la imagen que se relaciona a continuación, prestando los servicios de Autorizaciones, Servicios al usuario y Orientación comercial según lo registra la página web.

The screenshot displays the Famisanar website with the following details:

- Header:** Includes the Famisanar logo and navigation links: Afiliados, Empleadores, IPS/Proveedores, COVID-19, and a search icon.
- Left Sidebar:**
 - Oficina:** Tunja
 - Dirección:** Avenida Universitaria #39-77, CC Unicentro Local 1-011
 - Teléfonos:** (608) 7460460
 - Horario:** L-V. 7:30 a.m. a 4:30 p.m. S 8:00 a.m. a 12:00 p.m.
 - Servicios:** Autorizaciones, Servicios al usuario, and Orientación comercial, each marked with a green checkmark.
- Main Content Area:** A large, empty light gray box.
- Bottom Right:** A chat bubble that says "Hola, Soy Camila tu asistente virtual!!" and a WhatsApp icon.

En cuanto a los canales virtuales la página web de la EPS registra los siguientes que al ser encontrados se validan de la siguiente manera:

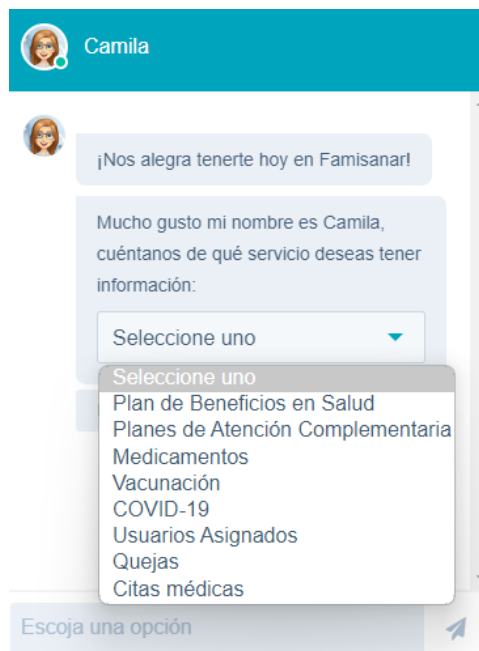
- **Camila – Asistente virtual**

Se realizó la validación directamente por medio de la página web mediante la cual se identificó que se pueden gestionar trámite ingresando los datos del cotizante o representante del grupo familiar como lo indica la interfaz:



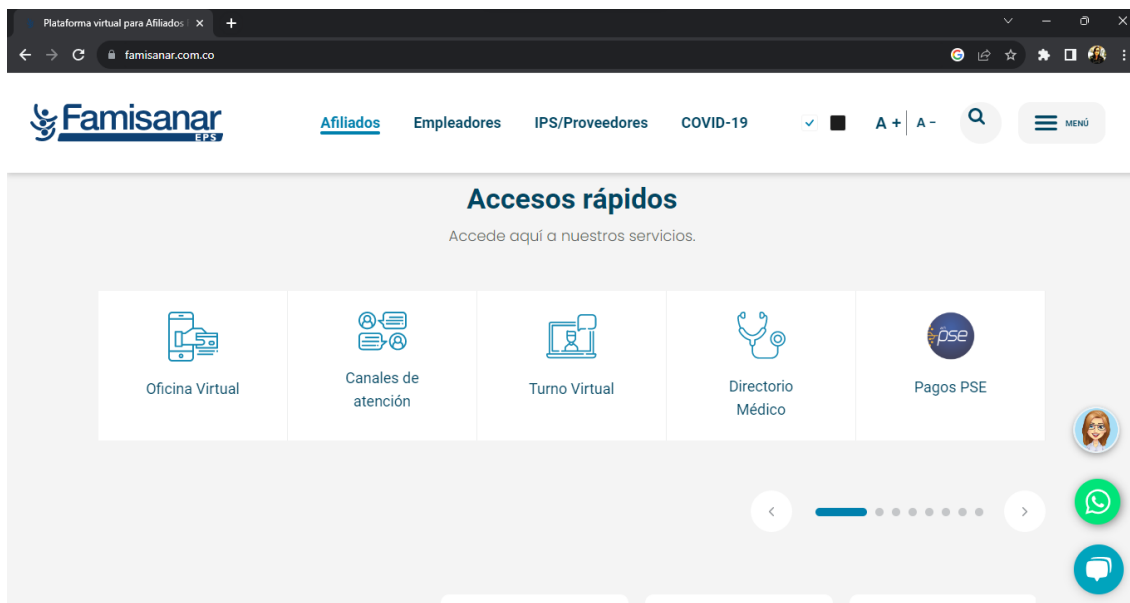
The screenshot shows the interface of the virtual assistant Camila. At the top, a banner features a cartoon character of a woman with glasses and a blue shirt, holding a red folder. A speech bubble from her says: "¡Hola! Nos alegra tenerte en EPS Famisanar. Soy Camila, tu asistente virtual." Below the banner, there is a small circular icon of the same character. To its right, a blue box contains the text: "Ingresa los datos del cotizante o representante del grupo familiar para ayudarte". Below this, there are five input fields: "Tipo de documento" (with a dropdown arrow), "Número documento", "Celular", "Nombre", and "Correo Electronico". At the bottom, there is a checkbox labeled "Acepto la política de tratamiento de [datos personales](#)". Below the checkbox is a blue button with the text "Comencemos".

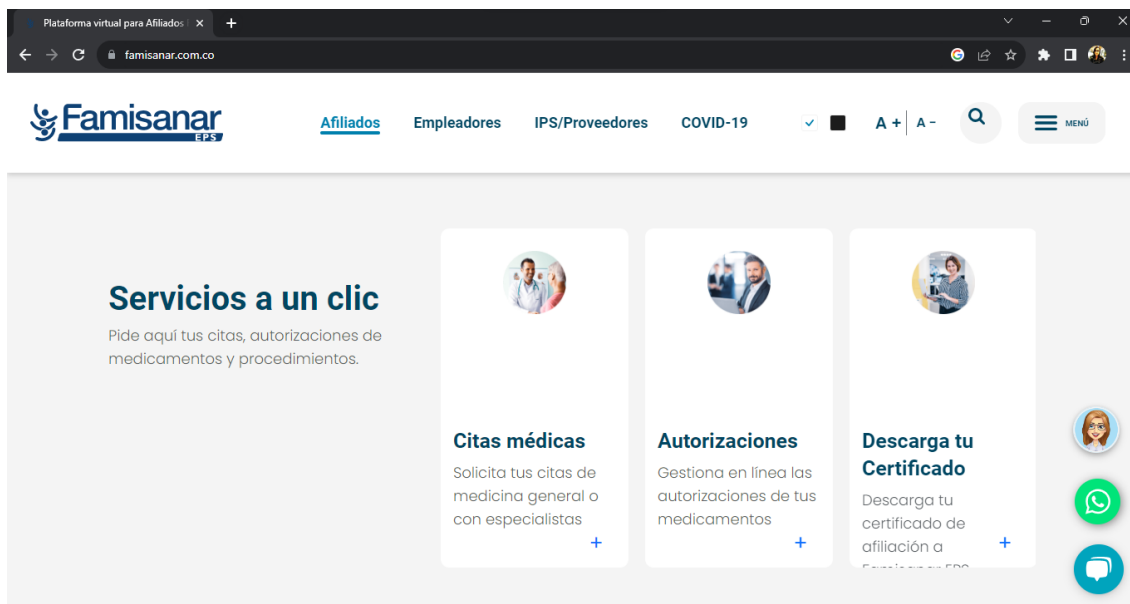
Al lograr ingresar a la atención con la asistente virtual Camila por medio de un usuario activo de la EPS, se encuentra la opción de obtener información determinada sobre los siguientes servicios:



- **Portal Web:**

Una vez validada la página web a través de la siguiente URL: www.famisanar.com.co, se identifican los multicanales dispuestos por la EPS para adelantar los trámites inherentes a sus servicios acorde a la imagen relacionada a continuación:



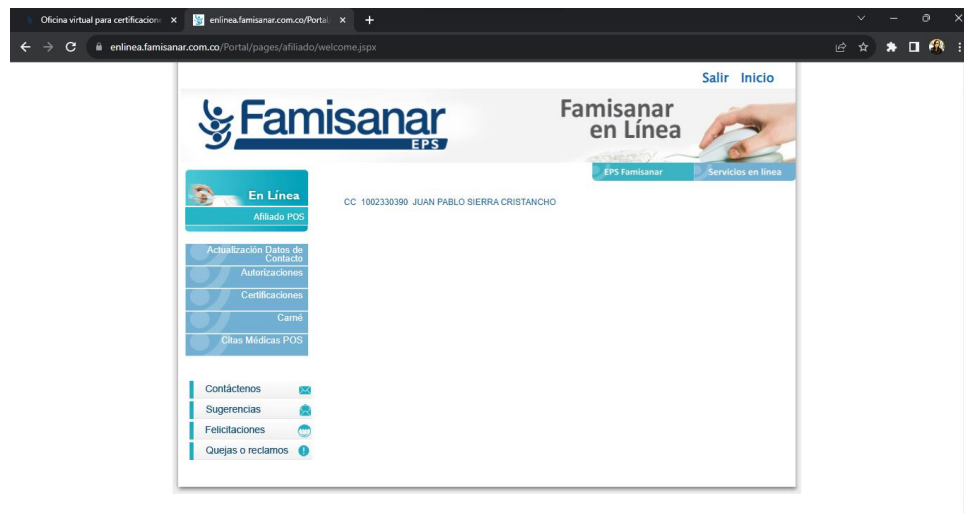


Oficina Virtual Afiliados: Se exploró a través del portal web evidenciando que el acceso a los afiliados es privado, es decir, por medio de un usuario y contraseña asignados para el proceso de autenticación así:



Por ello se contactó un usuario que permitiese el ingreso al sistema encontrando que los servicios de la oficina virtual son los que se relacionan a continuación:

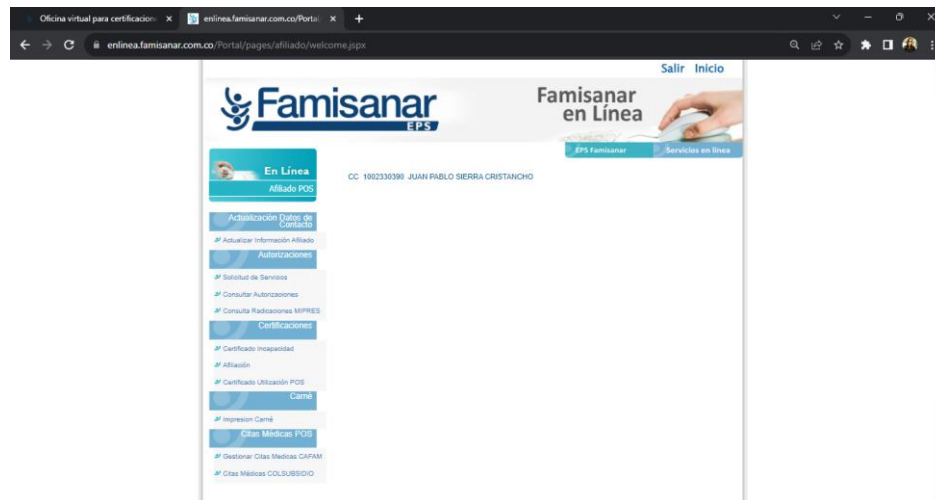
- Actualización Datos de Contacto
- Autorizaciones
- Certificaciones
- Carné
- Citas Médicas POS



Y desplegando dichas opciones de tramites en línea se observa el siguiente menú de gestiones para usuarios:

- Actualización Datos de Contacto
 - ✓ Actualizar Información Afiliado
- Autorizaciones
 - ✓ Solicitud de Servicios
 - ✓ Consultar Autorizaciones
 - ✓ Consulta Radicaciones MIPRES
- Certificaciones
 - ✓ Certificado Incapacidad
 - ✓ Afiliación
 - ✓ Certificado Utilización POS

- Carné
 - ✓ Impresión Carné
- Citas Médicas POS
 - ✓ Gestionar Citas Médicas CAFAM
 - ✓ Citas Médicas COLSUBSIDIO



Turno virtual: A través de esta opción es posible agendar un turno para recibir atención virtual o presencial en las oficinas de la EPS.



Autorizaciones médicas: Así mismo se valida que Famisanar EPS ofrece canales digitales para gestionar autorizaciones médicas, otorgando la posibilidad de radicar las solicitudes a través de los siguientes canales:

- Correo electrónico
- Oficina Virtual de nuestro portal web



Correo Electrónico: Se envió email recibiendo respuesta automática así:



COMPENSAR

Esta EPS solo refirió un email al cual se envió comunicación sin encontrar respuesta alguna.

22/9/23, 18:42

Gmail - SOLICITUD DE TRÁMITES



SANDRA ARIAS <sariasr2015@gmail.com>

SOLICITUD DE TRÁMITES

1 mensaje

SANDRA ARIAS <sariasr2015@gmail.com>
Para: compensargestorvent@compensarsalud.com

22 de septiembre de 2023, 18:42

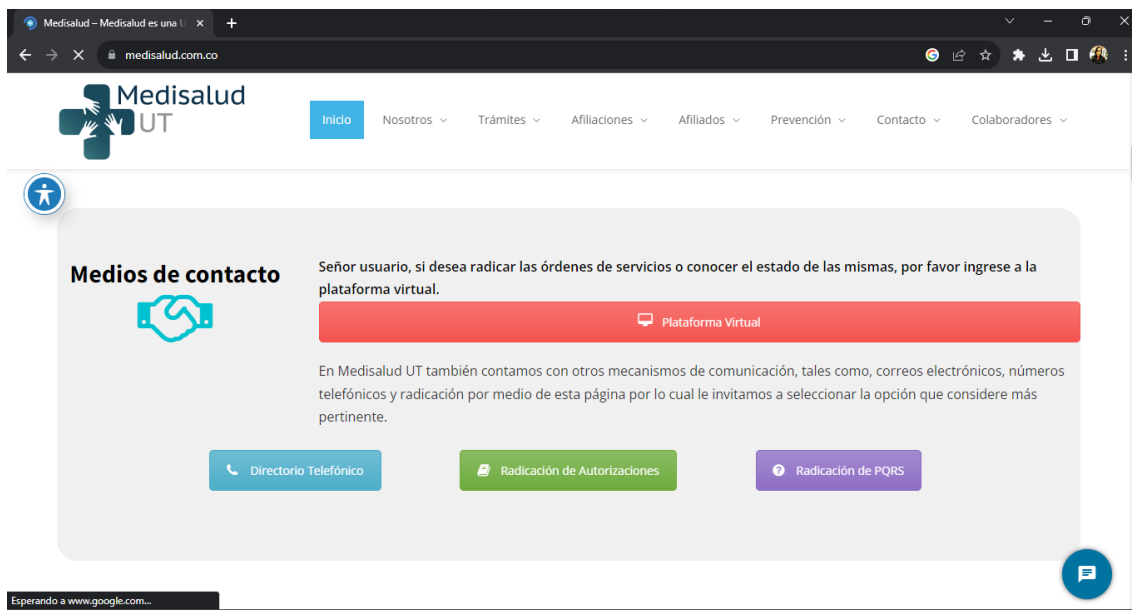
Reciba un cordial Saludo

Quisiera saber como usuaria de su EPS en el municipio de Ramiriquí, que trámites puedo adelantar a través de este medio.

Agradezco su respuesta

MEDISALUD

Una vez validada la página web de EPS MEDISALUD se idéntico que presta los siguientes servicios a partir de su página:



Al intentar ingresar a explorar más funciones se encontró que es necesaria la autenticación de usuario:

Medisalud UT

Ingreso
Ingreso al sistema

Registro
Registrarme en el sistema

Ayuda
Manual de usuario

Terminos
Condiciones de Uso

ADVERTENCIA
Para el uso de la OFICINA VIRTUAL debe permitir el uso de ventanas emergentes en su navegador.
En la sección CONFIGURACION->PRIVACIDAD->VENTANAS EMERGENTES->PERMITIR

ZONA DE INGRESO - MEDISALUD UT

Correo Electronico

Clave

Imagen de seguridad

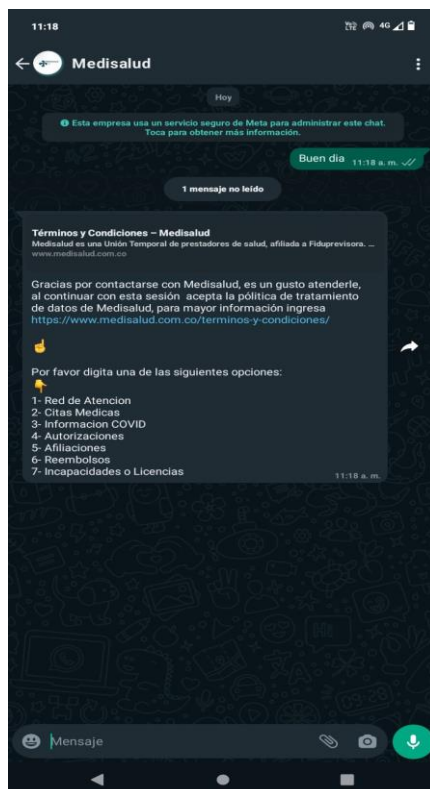
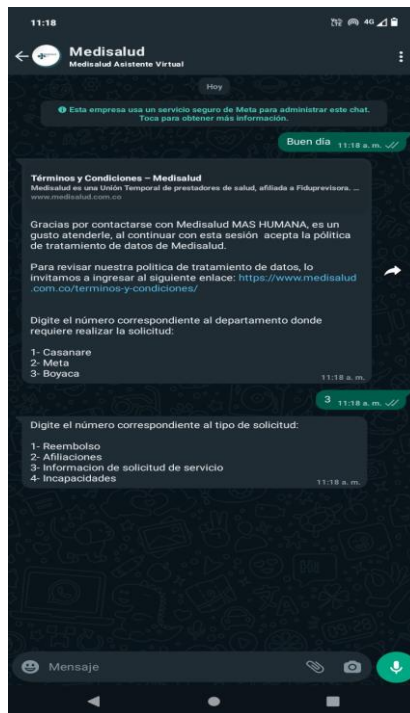
Texto de imagen de seguridad

[Recordar Contraseña!](#)

Ingresar

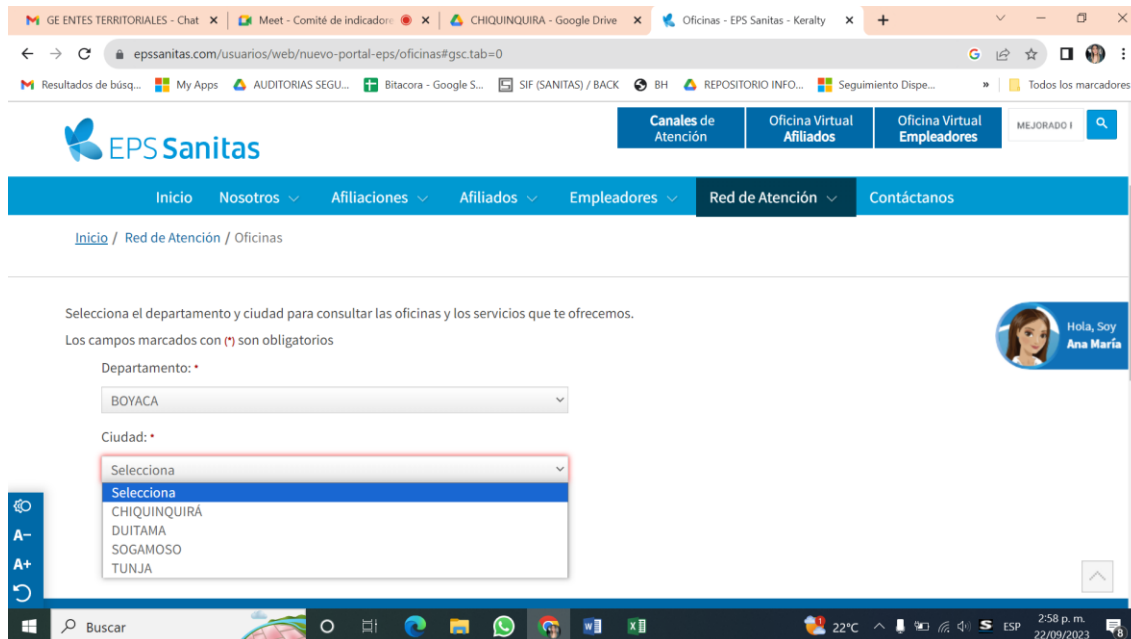
Así mismo se escribió a los números relacionados con WhatsApp y se encontraron las siguientes respuestas:





SANITAS

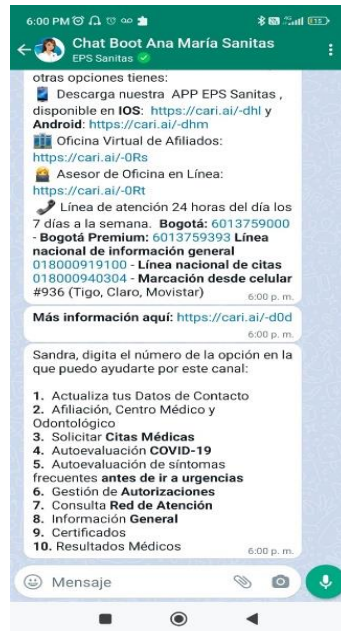
Una vez validada la página web de EPS Sanitas se identificó que cuenta con oficinas en el departamento de Boyacá acorde a la imagen que se relaciona a continuación.



En cuanto a los canales virtuales que indico la EPS que se encontraban en funcionamiento se validaron los siguientes:

- **Ana María – Asistente virtual Chatbot**

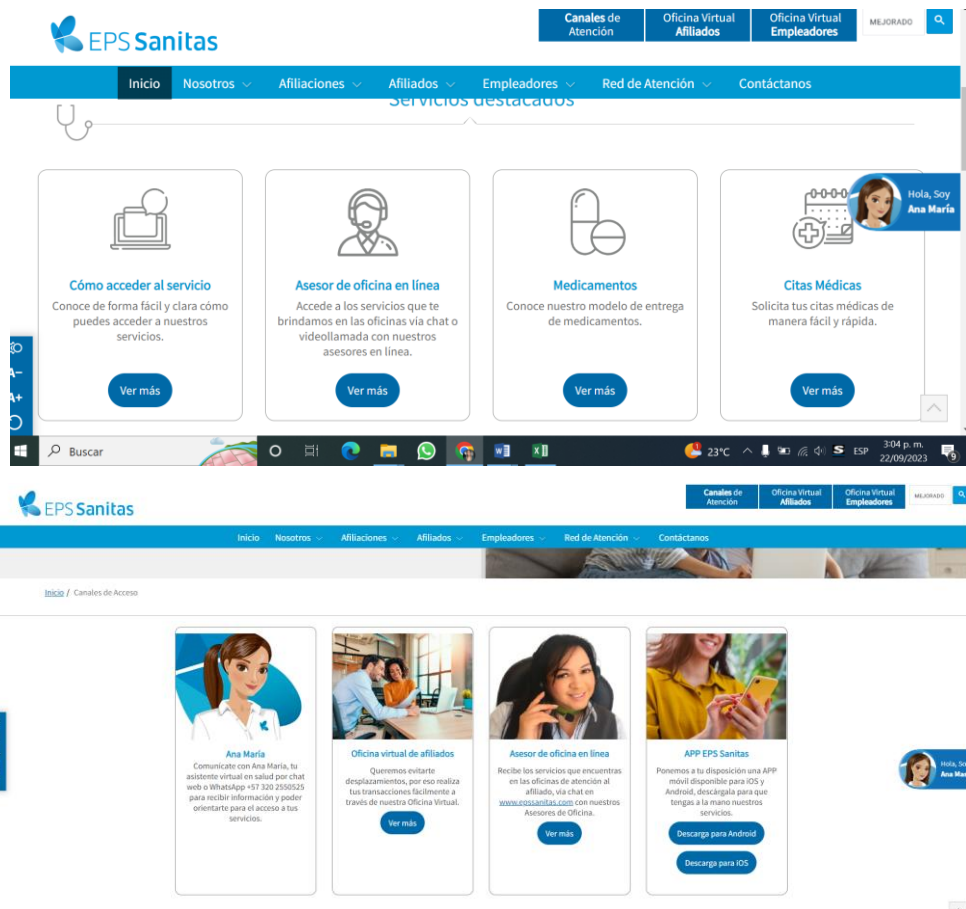
Se realizó la validación por WhatsApp directo en la línea **+573202550525** mediante el cual se identificó que se pueden gestionar los siguientes trámites: información general, solicitar citas médicas, consultar la red de servicios y gestionar solicitudes, autorizaciones y certificaciones, El chat permite a los afiliados las 24 horas del día, los 7 días a la semana.



- **Portal Web:**

Una vez validada la página web a través de la siguiente URL: www.epssanitas.com, se identifican los multicanales dispuestos por la EPS para adelantar los trámites inherentes a la EPS acorde a la imagen relacionada a continuación:





Oficina Virtual Afiliados: Se exploró a través del portal web www.epssanitas.com evidenciando que el acceso a los afiliados es privado por medio su usuario y contraseña y proceso de autenticación así:

Oficina Virtual

Iniciar sesión

Tipo de documento: *

Seleccionar

Número de documento: *

Introduce el número de documento

Contraseña: *

☐ Recordar mis datos

Verifica el captcha: *
☐ No soy un robot

Iniciar sesión

Olvídate mi contraseña
Regístrate

Oficina Virtual

Iniciar sesión

Revisa tu correo y/o celular
Hemos enviado un código de confirmación de seis dígitos. No olvides ingresar el código lo antes posible.
Celular: 316****04
Correo electrónico: car*****@gmail.com

No recibí el código de seguridad

Código de verificación

Iniciar sesión

Si tu celular o correo electrónico no están actualizados, comunícate con el Asesor de Oficina en Línea en www.epssanitas.com sección "Servicios Destacados" o haciendo clic aquí.

Una vez se realiza el ingreso es posible validar el acceso a la actualización de datos, consultas y solicitudes, servicios de atención en salud y emisión de certificados, asignación de citas médicas, emisión y validación de autorizaciones emitidas, así como de los resultados de los laboratorios practicados.



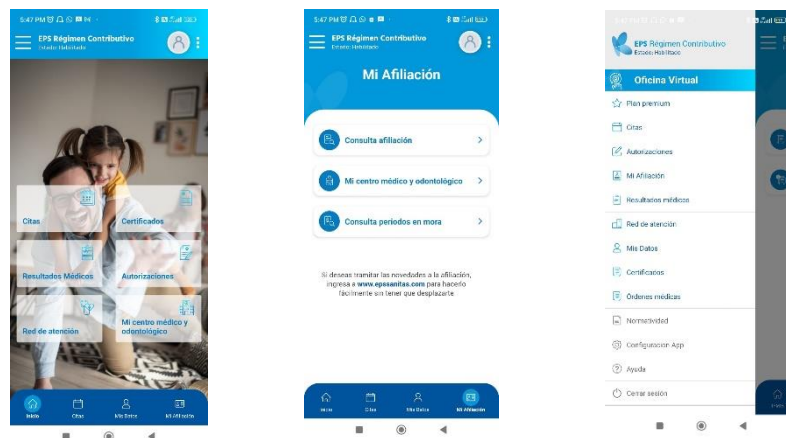
Asesor de Oficina en Línea: Se validó la disponibilidad de acceso mediante el portal web en la sección de servicio destacados, allí es posible acceder a un servicio por chat o video llamada y recibir los servicios en las mismas condiciones y características como si estuvieran en una oficina presencial, la atención se realizó por video llamada se consultaron los horarios y son de lunes a viernes de 8:00am a 6:00pm y sábados de 8:00am a 02:00pm



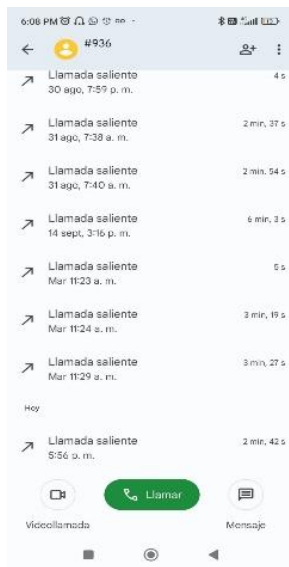
Los servicios ofertados por este canal son: Autorizaciones, Novedades de Afiliación, Incapacidades y Licencias, acorde a las evidencias a continuación:



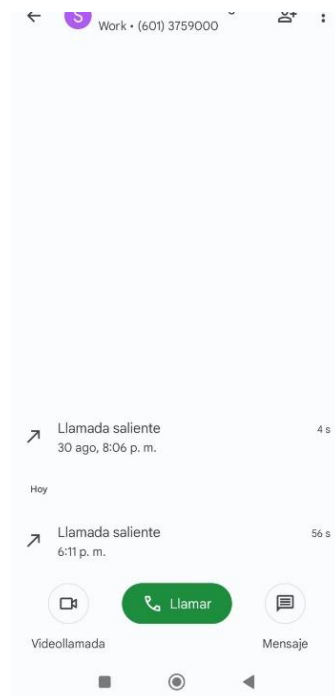
Aplicación Móvil – APP: Se realizó la validación mediante el usuario creado por uno de los afiliados a EPS Sanitas, evidenciando lo siguiente:



Canal Telefónico: Se realizó la validación del canal a través de la marcación desde celular al #936 en repetidas ocasiones para adelantar diferentes trámites, contesta un robot y solicita los datos de identificación de los afiliados para acceder al sistema, permite asignación de citas de medicina y odontología general y medicina especializada o información general, así mismo es posible derivar la llamada a la app de la EPS.



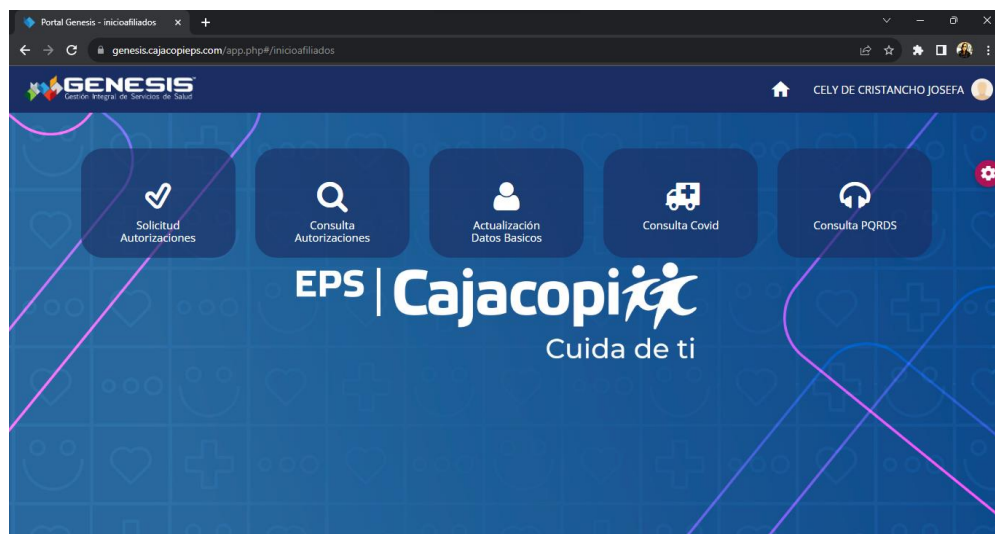
Así mismo al número 6013759000, donde contesta un centro de atención telefónica que permite adelantar diversos trámites, asignación de citas, consultas generales,



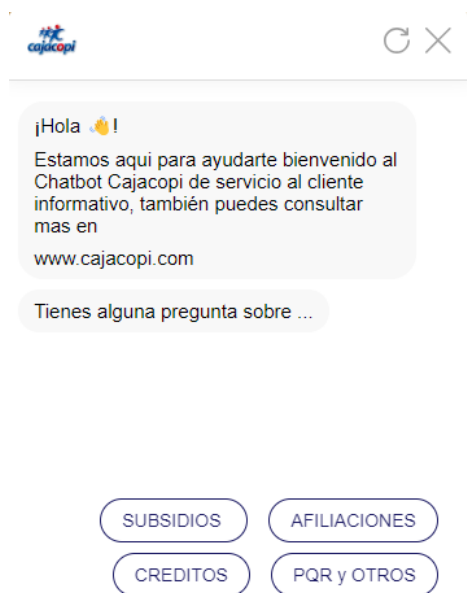
CAJACOPI

Una vez validada la página web de EPS CAJACOPI se idéntico que presta los siguientes servicios a partir de su página:

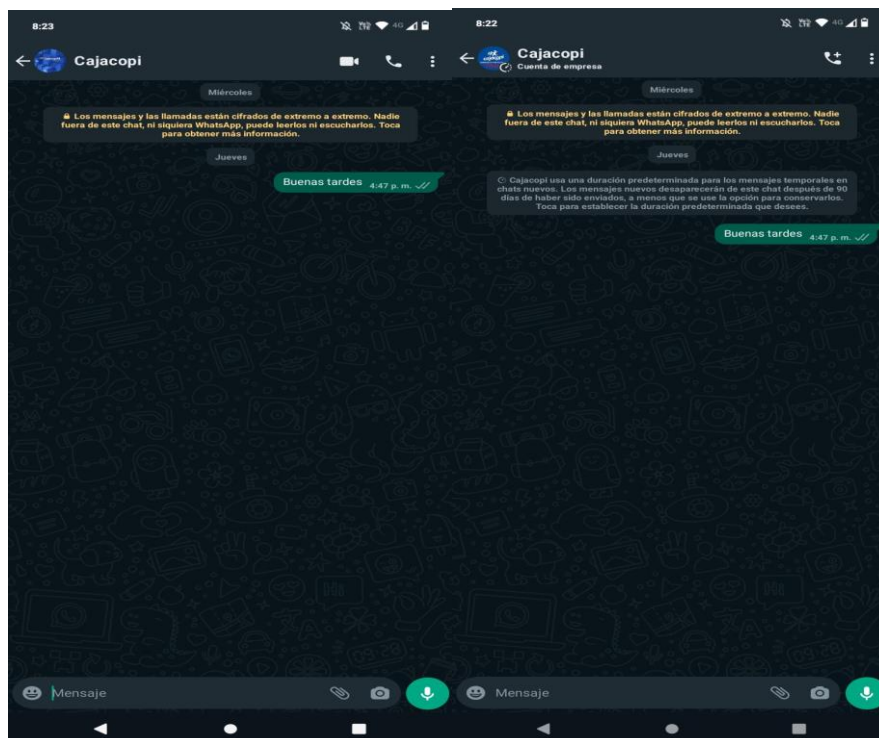
Sistema GENESIS (Gestión de autorizaciones): Solicita autenticación para ingreso y al lograrlo reporta las siguientes opciones de gestión:



Chat Bot: Al abrir el navegador del chat se encuentra respuesta inmediata otorgando posibilidad de solicitar información sobre SUBSIDIOS, AFILIACIONES, CREDITOS, PQR Y OTROS.



WhatsApp: Al escribir a los números referidos para atención por medio de la plataforma de mensajería instantánea WhatsApp no se recibió ningún tipo de respuesta como se evidencia a continuación:



Visualizada la validación de todas las EPS que prestan servicios en la Provincia, se evidencio que existe barreras de acceso a los servicios en salud, siendo deficientes los canales de información dispuestos por las Entidades Promotoras de Salud tales como oficinas, líneas telefónicas y plataformas tecnológicas.

Con esta información se procedió a desarrollar la matriz de triple entrada de tal manera que sea posible visibilizar los resultados de los instrumentos aplicados para obtener hallazgos y conclusiones contundentes como insumo para el último capítulo de este trabajo de grado es decir, la propuesta derivada del estudio correspondiente a la propuesta de modelo de Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad

4.1.4. Matriz de triple entrada para interpretación de resultados

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS: ENCUESTA ESTRUCTURADA - FOCUS GROUP - ENTREVISTA COLECTIVA
ACTORES INDAGADOS:

FOCUS GROUP - 9 personas del equipo de trabajo de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.

ENCUESTA ESTRUCTURADA – 118 Usuarios de la Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.

ENTREVISTA COLECTIVA - Instrumento de evaluación de oficinas aplicado a 7 EPS operantes en la Provincia Márquez de Boyacá (Reportadas en la encuesta a usuarios).

VARIABLE DE ESTUDIO: **1: Atención a los usuarios de salud**

DIMENSIONES ANALIZADAS	ACTORES INDAGADOS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS	CONCLUSION
<i>Atención de calidad</i>	Equipo de trabajo Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí	Los funcionarios afirman que ninguno de los canales de atención a usuarios es realmente efectivo y no toda la población maneja las plataformas dispuestas, esto dificulta que la		La calidad de la atención, en el marco del SGSSS y la normatividad vigente se define como la provisión de servicios de salud a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, esta definición centrada en el usuario

		atención a usuarios sea de calidad.		involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, aspectos que no se consideran en la prestación de los servicios de salud a la población del territorio de estudio mostrando divergencia frente a lo referido por las EPS's y sus canales.
	Usuarios Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí	El 60.2% de los usuarios encuestados, es decir, 71 personas de 118 califican como MALA la calidad de la prestación del servicio de salud por parte de su EPS.		
	EPS's operantes en la Provincia Márquez de Boyacá		Las EPS aseguran tener canales dispuestos para ofrecer atención de calidad a los usuarios.	
Cobertura y Oportunidad en la atención	Equipo de trabajo Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.	Los asistentes al focus group afirman que son numerosos los casos de pacientes que necesitan atención prioritaria y su valoración por especialidad es muy lejana, dado que existen pocos profesionales para		Dado que en términos de cobertura y oportunidad es necesario otorgarle amplia posibilidad a los usuarios para utilizar los servicios de salud con el fin de que obtengan la atención que requieren sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo la vida o salud, es

		la pronta atención de pacientes y por ello las agendas son distantes.		visible que en la región de estudio este es un factor que realmente obstaculiza el buen funcionamiento del sistema.
	Usuarios Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí	En términos de tiempos transcurridos entre los trámites adelantados ante las EPS y el acceso a los servicios médicos especializados se evidencia que el 43.2% de los usuarios encuestados afirma haber esperado entre 1 y 3 meses y el 27.1% entre 4 a 6 meses, lo cual da una visual de un 70.3% de usuarios que no contaron con acceso oportuno a los servicios de salud ordenados por sus médicos tratantes.		En este sentido es necesario resaltar que existe convergencia entre lo afirmado por los administrativos de la ESE como por los usuarios dado que el concepto de cobertura implica el reconocimiento de una relación dinámica entre las necesidades en atención de salud de la población, es decir, en términos de pronta atención a la demanda del servicio de salud, acción que no se da en este caso de manera pronta y eficaz.

VARIABLE DE ESTUDIO: **2: Percepción de los usuarios.**

DIMENSIONES ANALIZADAS	ACTORES INDAGADOS USUARIOS- EMPLEADOS- EPS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS	CONCLUSION
<i>Satisfacción</i>	Equipo de trabajo Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.	Los trabajadores de la ESE indican que los usuarios se quejan ante ellos por lo complicados que son los tramites y por la poca gestión de las EPS's.		No existe satisfacción en los usuarios con los tramites y gestión de las EPS. En este aspecto se debe resaltar que la importancia del tema se deriva en el papel que desempeña el sector salud por medio de las EPS en los aspectos de prestación del servicio de manera oportuna, ello por tratarse de una población de zonas rurales.
	Usuarios Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí	El 72.9% de los usuarios encuestados NO se encuentra satisfecho con su EPS.		

Cobertura y Experiencia de la atención	Equipo de trabajo Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.	El grupo de administrativos del hospital indican que en las llamadas realizadas a EPS los usuarios coinciden en manifestar que no hay señal, no se entiende lo que se habla, se cae la comunicación, contestan la llamada y ponen grabaciones o simplemente no contestan.		La experiencia de atención en la zona se torna complicada en términos de cobertura, sin embargo, es visible que la ESE presenta su mejor esfuerzo por suplir las necesidades de los usuarios.
	Usuarios Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí	De los 118 usuarios encuestados 68, es decir, el 57.6% indica que los trámites para gestionar sus tratamientos son excesivos.		

VARIABLE DE ESTUDIO: **3: Sistemas de gestión de usuarios.**

DIMENSIONES ANALIZADAS	ACTORES INDAGADOS USUARIOS- EMPLEADOS- EPS	CONVERGENCIAS	DIVERGENCIAS	CONCLUSION
<i>Mecanismo de Comunicación para Usuarios.</i>	Equipo de trabajo Empresa Social del Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí.	En el desarrollo del focus group se recalca que ninguno de los mecanismos de comunicación para los usuarios en la actualidad es realmente efectivo, dado que en muchos casos ni siquiera se sabe cuáles son las líneas de atención vigentes de las EPS ni cuáles son sus coberturas.		Es posible afirmar que los canales son los comunes para las entidades, pero por razones tanto poblacionales como geográficas no son efectivos, dado que no surten todo el efecto debido y necesario en los trámites que requieren los usuarios. Lo anterior dado que pese a que las Entidades cuentan con una serie de mecanismos, medios y canales para que la atención de sus usuarios cumpla con los principios de calidad, dentro de las principales barreras identificadas se correlacionan de
	Usuarios Empresa Social del	74 de los 118 usuarios encuestados NO conocen los canales o medios		

	Estado Hospital San Vicente de Ramiriquí	dispuestos por sus EPS para adelantar sus trámites en salud. 91 de los 118 usuarios, representando el 77.1% de los encuestados indican que los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud NO son efectivos en términos de atenderlo de manera correcta y rápida. 99 de los 118 encuestados indican que los canales o medios de atención dispuestos por su EPS para adelantar sus trámites en salud NO siempre funcionan.		manera directa el desconocimiento de los mismos para su correcta utilización, aunado a lo descrito los encuestados referencian que la provincia no cuenta con adecuado acceso a internet, lo que dificulta la efectividad para adelantar los trámites administrativos de cara a requerir algún servicio de salud
	EPS's operantes en la Provincia	Se valida el funcionamiento de los mecanismos de	Todas las EPS's afirman que los canales relacionados por ellas	

	Márquez de Boyacá	comunicación dispuestos para los usuarios por parte de las investigadoras encontrando que no se encuentra operatividad en su totalidad. Solamente EPS SANITAS registra una operatividad del 100%.	mismas en las respuestas a las entrevistas son operantes.	
--	-------------------	---	---	--

Como es posible observar en el desarrollo de la indagación se converge en dos problemáticas principales:

1. Los usuarios no conocen los canales de atención dispuestos por sus EPS y además de esto al hacer la respectiva validación de cada canal se hayo que estos no son efectivos porque las líneas telefónicas no son contestadas, las oficinas no operan de manera debida y las plataformas tecnológicas no funcionan en su totalidad.
2. Los usuarios no saben utilizar los canales, añadiendo que muchas veces por la zona geográfica la señal y conexión dificulta las llamadas a las líneas telefónicas o la gestión que pudiesen realizar por medio de las plataformas tecnológicas.

Bajo dichas derivaciones, no se está cumpliendo con la ley 100 de 1993 que indica que el sistema general de seguridad social en salud tiene como objetivo principal garantizar el acceso al derecho fundamental a la salud.

Estos resultados permiten concluir que existe una necesidad de la población usuaria porque las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud se ocupen de garantizar la gestión integral de riesgo de sus afiliados lo cual precisa la necesidad de una transformación en los sistemas dispuestos por las EPS que permitan lograr mejoras en términos de eficiencia, eficacia, acceso, oportunidad, integralidad como atributos que miden el desempeño de los actores del SGSSS a cargo de la población, eliminando las barreras de acceso identificadas y mejorando la percepción del usuario frente a su gestión.

En este sentido, los aspectos por tratar con especial atención son:

- Existencia de tramitología exagerada.
- Falta de entrenamiento en atención efectiva.
- Deficiencias en atención a las gestiones de los usuarios.
- Persistencia de barrera entre lo rural y urbano.
- Barreras y limitantes en atención.
- Cada EPS tiene una metodología diferente lo cual entorpece el proceso.

Así las cosas en cuanto a un Mecanismo de Comunicación para Usuarios, que sea eficiente se requiere:

- Estrategias que eviten los tramites de autorizaciones, siendo ideal que las ordenes medicas salgan de una vez listas para programación de la atención.
- Unificación del sistema y lenguaje.
- Que cada EPS se ajuste a la población y no la población a la EPS.
- Modelo único para el acceso.
- Ampliación de la red de medicamentos, instrumentos y profesionales para mejorar la calidad actuando en promoción y prevención, es decir, disminuyendo la enfermedad.
- Una sola plataforma gubernamental.
- Un sistema único que sea de usuario, prestador, asegurador y ente de supervisión.

Bajo estas premisas se procede a comprobar la hipótesis de investigación

4.1.5. Comprobación de la Hipótesis

HIPÓTESIS	ACTORES INDAGADOS		VARIABLE 1				VARIABLE 2				VARIABLE 3			
			Atención a los usuarios de salud				Percepción de los usuarios				Sistemas de gestión de usuarios			
			RESPUESTAS POSITIVAS		RESPUESTAS NEGATIVAS		RESPUESTAS POSITIVAS		RESPUESTAS NEGATIVAS		RESPUESTAS POSITIVAS		RESPUESTAS NEGATIVAS	
	TIPO	NUMERO	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
A través de la propuesta de un modelo de sistema unificado de gestión al usuario será posible proyectar un mecanismo que en su diseño de contenido contenga aspectos esbozados para beneficio de la población afiliada en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez, que sea el prospecto de una herramienta que permita la disminución de los índices de gestión inadecuados y la mitigación de barreras administrativas para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud	USUARIOS	118	44	37,3	74	62,7	32	27,1	86	72,9	23	19,5	95	80,5
	EQUIPO TRABAJO ESE	9	0	0,0	9	100,0	0	0,0	9	100,0	0	0,0	9	100,0
	EPS'S	7	-	-	-	-	-	-	-	-	2	28,6	5	71,4
NIVEL DE SIGNIFICACIÓN DE LA HIPOTESIS	PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS		16,07											
	PORCENTAJE DE RESPUESTAS NEGATIVAS		83,93											

Con un porcentaje de 83.93% de respuestas negativas halladas en los actores indagados en cuanto a las variables de Atención a los usuarios de salud, Percepción de los usuarios y Sistemas de gestión de usuarios se halla que la Hipótesis planteada en esta investigación es significativa, razón por la cual se procede a desarrollar como propuesta derivada de este estudio el Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad que proyecta en su diseño aspectos esbozados para beneficio de la población afiliada en zonas de alta ruralidad, como prospecto de herramienta que permita la disminución de los índices de gestión inadecuados y la mitigación de barreras administrativas para mejorar el acceso efectivo a los servicios de salud.

Capítulo 5.

5.1. Propuestas derivadas del estudio

En línea con lo expuesto anteriormente en la matriz de interpretación de resultados, y con el objetivo de impactar positivamente las necesidades de los usuarios de los servicios de salud en zonas de alta ruralidad, tomando como objeto de estudio la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, el ideal principal de la propuesta derivada de este estudio es mejorar la gestión de los procesos y garantizar que los usuarios tengan una atención oportuna y de calidad. Por ello, para lograrlo, se identificó como necesario el desarrollar un modelo de sistema unificado que tenga en cuenta las necesidades específicas de las zonas rurales y que permita una comunicación efectiva y un acceso adecuado a los servicios de salud.

Esto, dado que según Ontibon (2018), las organizaciones reconocen actualmente en los sistemas de gestión una oportunidad de mejora y ventaja competitiva que les permite alcanzar la eficiencia esperada en sus procesos clave. Por lo tanto, es crucial que dichos sistemas de gestión incluyan la evolución de los procesos administrativos, los aspectos, elementos y características para facilitar los elementos de trabajo necesarios y, en la medida de lo posible, ayuden a desarrollar la habilidad de proponer alternativas que mejoren la gestión de los procesos.

Así las cosas, el diseño del modelo propuesto se basa en un análisis de mitigación frente a la falta de puntos de atención física para el trámite de solicitudes. Su objetivo es disminuir los índices de gestión inadecuados o inoperantes, brindando una herramienta que oriente adecuadamente a los usuarios y que permita reducir las brechas en la prestación de servicios de salud, enfocándose en canales de comunicación y acceso efectivo para los usuarios. Dado que según Gartland (2019) entender y reconocer las diversas situaciones de comunicación presentes en los entornos de atención y gestión de la salud no solo implica reflexionar sobre las prácticas individuales, sino también establecer puntos de partida claros sobre las nociones y conceptos generales de comunicación.

En este contexto, la teoría General de Sistemas de Bertalanffy (1968) cobra importancia, dado que esta teoría proporciona una aproximación sistemática y científica a la realidad y promueve formas de trabajo multidisciplinarios, lo que es relevante para el sector de la salud, razón por la cual, bajo estas premisas se despliega esta investigación dando como fruto el diseño de un sistema unificado de gestión de usuario enfocado en garantizar canales de comunicación y el acceso efectivo a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad para la Provincia de Márquez del Departamento de Boyacá, como desarrollo del objetivo general de este trabajo de grado.

5.1.1. Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad

Introducción al Sistema Unificado de Gestión

El sistema de salud en Colombia, asentado sobre la base del aseguramiento como un proceso estructurado por el cual las personas y sus familias son protegidas de los riesgos en salud, se encuentra fundado en el control del riesgo en salud y la gestión de los recursos con un enfoque de atención eminentemente preventivo que busca mantener la salud y disminuir el impacto sobre la carga de enfermedad.

En ese sentido, la debida atención de todos los usuarios de salud en el país, debe ser el foco principal y motivo de real coordinación intersectorial, permitiendo la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los pacientes en todos los niveles de complejidad, esto, a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, justamente para lograr la adecuada gestión de los riesgos en salud de las poblaciones y en el máximo uso y manejo posible de los recursos asignados.

Así las cosas, desde el ámbito sectorial es necesario darle total apertura al acceso del usuario a los servicios de salud en todo el territorio Colombiano, comprendiendo las necesidades de salud de las personas, identificando y caracterizando a la población con el fin de lograr un abordaje más integral que propone el direccionamiento oportuno de pacientes como acción

que determina que las acciones y recursos para proveer el cuidado de la salud de la población sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo con las necesidades de los individuos o los grupos, en función de los riesgos propios que se identifiquen.

El modelo propuesto se encuentra diseñado desde los principios de universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social, buscando garantizar el acceso a través de la atención oportuna y teniendo como eje central la satisfacción de las necesidades de salud de los afiliados y la minimización de barreras geográficas, sociales, culturales y administrativas.

Lo anterior generando condiciones que protejan la salud de los usuarios, siendo el bienestar de estos, el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud, logrando así la eficiencia del sistema.

Desde ello, la orientación del modelo integra todas las acciones dirigidas a la gestión del riesgo, a los procesos de atención, uso sostenible de los recursos, formación de recurso humano y gestión del conocimiento asociada al continuo desarrollo de la investigación, teniendo como referente la evaluación, inclusión, a nuevas políticas en salud, las necesidades de la población y los procesos administrativos institucionales.

Justificación del Sistema Unificado de Gestión

Luego de las reformas en el sector salud impuestas por la Ley 100 de 1993, la adopción de la Ley 1438 de 2011 donde se anuncia la adopción de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, define la necesidad de inclusión de tres componentes integrados, los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial, y la participación tanto social como comunitaria. En este sentido, la normatividad vigente permite visualizar los cambios presentados desde un sistema de salud centrado en los agentes a un sistema centrado en las personas estableciendo y regulando la salud como derecho fundamental.

Desde dichos puntos, el modelo propuesto de Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad abarca los aspectos de conceptualización de los elementos que permiten la mejor organización de la atención,

articulando su ciclo con el uso de información determinante y desde ello el debido enrutamiento de los usuarios.

De esta manera el sistema se propone como una herramienta técnica que incrementan la capacidad resolutive de los servicios, permitiendo el flujo de información, usuarios y prestaciones de manera efectiva de acuerdo con las funciones y competencias de las diferentes entidades, cuyo propósito es lograr integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población en todos los territorios a través de la articulación de los distintos actores del Sistema de Seguridad Social en Salud, con el fin de buscar reducir aún más las brechas territoriales y estructurales para el goce efectivo del derecho a la salud y como vía para el fortalecimiento de la gobernanza territorial en salud en el país.

Así las cosas, este modelo refleja en su concepción la importancia de la prestación de un buen servicio bajo el concepto de humanización, es decir, tomando como ideal de desarrollo principal el asegurar que los requisitos de los usuarios se cumplan para su satisfacción, fortaleciendo los mecanismos de atención directa al usuario para el mejoramiento de los servicios y estandarizando soluciones para el logro de una mejor gestión del usuario de acuerdo a las percepciones halladas en ellos mismos.

Objetivo General del Sistema Unificado de Gestión

Establecer los contenidos mínimos que debe contener un Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad buscando la articulación de las redes integrales de prestadores de servicios de salud con el fin de garantizar mejores condiciones de salud de la población mediante escenarios de intervención de los agentes hacia el acceso y prestación de los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad.

Objetivos específicos del Sistema Unificado de Gestión

- Propender por el cumplimiento de responsabilidades por parte de todos los actores involucrados para la efectiva gestión del riesgo en salud de los usuarios.

- Garantizar la eficiencia de la operación de la red de prestadores, con el fin de garantizar la continuidad en la atención de los usuarios, trazando un esbozo inicial de la ruta de atención pertinente para los usuarios en la prestación de los servicios de salud.
- Determinar la importancia de los integrantes de la red de prestadores en la mejora continua del manejo y calidad de información, que permita realizar un seguimiento efectivo a la prestación de los servicios de salud.

Población beneficiaria del Sistema Unificado de Gestión

El alcance de este modelo abarca como población beneficiada a los siguientes actores del sistema:

- Usuarios.
- Prestadores de atención integral en salud.
- Personal operativo, administrativo y profesional asistencial que participan en la atención integral de los pacientes.
- Proveedores de servicios para la atención en salud.
- Sectores corresponsables.

Con dichos actores, el alcance del Sistema Unificado de Gestión inicia con la definición de las responsabilidades de cada agente, es decir, asegurador y red de prestadores, y finaliza con la prestación de servicios de salud de forma tanto articulada como enrutada, garantizando resultados en salud y calidad en la prestación para los usuarios del sistema.

De esta manera, con la prestación de servicios mediante la interoperabilidad se busca mediante la operativización dar respuesta a problemas de fragmentación, dispersión e interrupción en la provisión de los servicios, ineficiencias por desorganización, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutive o insuficiencia de la oferta a nivel territorial.

Modelo del Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia tiene como objetivo principal garantizar el derecho fundamental a la salud de todas las personas, desde ello la Ley 100 de 1993 establece que los principios que deben orientar este sistema son: eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Sin embargo, además de estos principios, es necesario asegurar la disponibilidad, aceptación, accesibilidad, calidad y universalidad de la salud en todo el país, dado que aunque estos conceptos se encuentran en la Ley, no han sido desarrollados de manera suficiente, lo cual ha llevado a exclusión, discriminación y niveles precarios de atención en la población vulnerable.

Por ello, para garantizar el derecho a la salud, es necesario abordar las inequidades y trabajar en el desarrollo de los principios establecidos en la Ley 100 de 1993, lo cual implica mejorar la disponibilidad de servicios de salud, garantizando la aceptación y accesibilidad de estos, promoviendo la calidad en la atención y asegurando que todos los ciudadanos tengan acceso a los servicios de salud, sin importar su condición socioeconómica.

Desde dichos puntos y una vez analizados los datos obtenidos en el proceso de investigación, se procede a presentar la propuesta del Sistema Unificado de Gestión al Usuario, el cual toma por objetivo mejorar el acceso a los servicios de salud en zonas de alta ruralidad, buscando resaltar la responsabilidad de todas las entidades en brindar una atención integral al usuario, estableciendo procedimientos, mecanismos, medios, instrumentos y canales que cumplan con los principios de objetividad.

Por ello, el diseño propuesto desde el trabajo investigativo realizado es el siguiente:

Figura 11.

Diseño de Sistema Unificado de Gestión al usuario para mejorar el acceso a servicios de salud en zonas de alta ruralidad



Fuente: Elaboración propia.

Para explicar su estructura es necesario indicar inicialmente que la organización de la atención en el modelo responde a la conceptualización previamente expuesta sobre los contenidos mínimos que bajo la investigación desarrollada se considera el diseño debe contener.

Así las cosas, el sistema considera la caracterización poblacional como una descripción de la población que siendo elemento central de atención facilita la identificación de los peligros vinculados a su salud, los factores sociales determinantes, la ubicación geográfica y las circunstancias económicas específicas de cada usuario. Lo cual posibilita la correcta

clasificación de las acciones administrativas según las particularidades individuales de cada usuario.

Así, mediante la recolección, procesamiento, análisis y difusión de información propia de cada usuario y su entorno será posible definir el alcance de las intervenciones colectivas que se deban llegar a ejecutar según cada medio.

La caracterización poblacional es un componente esencial en el proceso de planificación integral de la salud, siendo una responsabilidad compartida, entre otros, por las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios – EAPB. En este contexto, la Resolución 1536 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, en sus artículos del 12 al 18, establece que esta caracterización de la población afiliada a las EAPB se realiza mediante un análisis metodológico de los riesgos, así como de las características y circunstancias tanto individuales como colectivas. Esto posibilita la identificación de peligros, la priorización de grupos de personas y áreas dentro de un territorio, y facilita la planificación de intervenciones individuales necesarias para prevenir y reducir estos riesgos.

Por ello, es fundamental organizar a la población afiliada considerando su ciclo de vida y los grupos vulnerables que podrían influir en salud. Esta organización garantiza que la planificación de los servicios ofrecidos a la población esté alineada con sus necesidades, además de posibilitar esa búsqueda de consonancia con los objetivos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública.

De esta manera, se logrará una identificación de riesgos precisa y bien fundamentada gracias a la colaboración y coordinación entre los actores del sistema de salud. Esto implica identificar, cuantificar, analizar, hacer seguimiento e intervenir en los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, desde medidas preventivas hasta intervenciones paliativas, tomando como objetivo el evitar o reducir los riesgos que se puedan presentar, orientando todas las acciones hacia la consecución de resultados positivos en la salud y el bienestar de la población.

Con dicho proceso se obtiene el mecanismo de priorización el cual es entendido como el proceso por el cual se valora y se determina el orden de prioridad de los problemas de atención en salud que sean identificados según su relevancia y sobre los cuales la intervención hará evidente el mejoramiento de las situaciones desatendidas preexistentes.

Para que esto tome forma, el sistema unificado establece la necesidad de que exista un mecanismo de interconectividad en línea de los servicios que son ofrecidos por cada IPS acorde a los convenios contractuales con cada EAPB, de tal manera que exista una recepción de información de forma estructurada y perfilada, siendo posible satisfacer las necesidades en salud de la población caracterizada en el menor tiempo posible.

Por ello aparece en el primer eslabón del sistema propuesta la INTEROPERABILIDAD, entendida como esa interconectividad en línea de los servicios que son expuestos u ofrecidos por cada IPS, de tal manera que exista una recepción de información de forma estructurada, que permita la exposición de información de forma perfilada para el debido enrutamiento de los usuarios a cada IPS en que deben tomar su debido tratamiento.

De esta manera es esencial programar múltiples sistemas o componentes para establecer la capacidad de intercambiar información, comprender los datos y utilizarlos de manera efectiva. Así, la información se comparte y está disponible desde cualquier ubicación dentro de la red asistencial en caso de que sea necesaria su consulta. Esto asegura la coherencia y calidad de los datos en todo el sistema, lo que a su vez beneficia la continuidad en la atención y la seguridad del paciente.

El reto de la interoperabilidad implica un enfoque global del sistema, considerando diversos aspectos para que esta mejora beneficie de manera efectiva a la continuidad en la atención de los usuarios y pacientes en toda la población rural.

Dentro del marco del intercambio de información en el sector de la salud y la implementación del mecanismo de interoperabilidad, las entidades territoriales deben seguir una estrategia territorial para la gestión de la información clínica en salud. Esto implica que estas entidades se conviertan en la autoridad en su territorio para coordinar a los actores y la red, asegurando

el cumplimiento de los requisitos técnicos, operativos y normativos necesarios para este propósito.

Así las cosas, los datos que se requieren para interoperar son:

- Datos de identificación del usuario
- Datos de afiliación
- Datos de acceso al servicio
- Datos del prestador
- Datos de la prestación de servicios
- Datos de historia clínica
- Datos de medicamentos
- Infraestructura Dispensación de Medicamentos
- Evaluación de la red en cuanto a capacidad instalada y disponible para prestación de servicios.

Ahora bien, para el debido enrutamiento de los usuarios a cada IPS de destino se debe contar con un adecuado DIRECCIONAMIENTO que permita orientar la prestación de servicios de los usuarios, estableciendo un orden de prioridad en la red de prestadores.

Para ello es necesario:

- Asegurar el cumplimiento de responsabilidades por parte de todos los involucrados en la gestión del riesgo en salud.
- Mejorar la identificación y comunicación oportuna, accesible y efectiva de la población.
- Reforzar el proceso de referencia y contrarreferencia en todos los niveles de atención médica.
- Dirigir el uso de tecnologías en salud hacia resultados que mejoren la efectividad y capacidad resolutive.
- Promover el avance en el modelo de servicio y disponibilidad de información entre todos los participantes del proceso de atención para facilitar la interoperabilidad y crear indicadores de gestión eficientes.

- Garantizar la eficiencia de la operación de la red de proveedores para asegurar la continuidad en la atención.
- Supervisar la operación de la red de proveedores a través de los nodos de gestión.
- Establecer anexos técnicos específicos que delineen la ruta de atención adecuada para cada afiliado en cada fase del servicio.
- Comprometer a cada miembro de la red de proveedores con la mejora continua en la gestión y calidad de la información, permitiendo el seguimiento y evaluación de la prestación de los servicios de salud.
- Asegurar el acceso y la atención a la población de manera oportuna, continua, integral y resolutive a través de la red establecida en cada área.
- Establecer instancias y mecanismos de coordinación técnica y operativa, así como diseñar, planificar e implementar el sistema de referencia y contrarreferencia tanto en atención ambulatoria como hospitalaria.

De tal forma que se impacte directamente en la IDENTIFICACION Y ELIMINACION DE BARRERAS con el fin de alinear objetivos estratégicos y fortalecer la calidad de vida de cada usuario no solo a partir las indicaciones de los profesionales tratantes sino de otros actores que resultan determinantes en la mejora de las condiciones sociales que impacten positivamente los contextos de cada usuario y estableciendo oportunidades de mejora al garantizar el acceso a la prestación de los servicios de salud a los afiliados, gestionando de forma interna los trámites administrativos.

En este proceso es cuando aparece la CORRESPONSABILIDAD, dado que mediante este eslabón se establecen los roles que deben desplegar los sectores corresponsables, es decir, Educación, Trabajo, Cultura y Administraciones Municipales, dado que estos son actores que integran el modelo para generar articulación en el territorio, definiendo su rol como unidades técnicas que coadyuvan en la coordinación y gestión operativa.

En este sentido, se da forma a unas líneas estratégicas, tácticas y operativas que poseen competencias atribuidas a los distintos niveles territoriales, impactando positivamente los determinantes sociales de la salud e incidiendo en los resultados a través de la ejecución de intervenciones colectivas, buscando orientar o recomendar a las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes, así como a los actores del Sistema General de

Seguridad Social en Salud y otros sectores sobre aspectos relacionados con la salud pública, contribuyendo con la construcción de elementos que propicien una mejor toma de decisiones en temas de salud.

De esta manera, mediante la promoción de la salud por medio de educación, articulación y comunicación se da un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje a través del intercambio de saberes, orientando al desarrollo y mejora del potencial y las habilidades de las personas, familias, comunidades, organizaciones y redes, tomando como objetivo el fomentar la promoción de la salud tanto a nivel individual como colectivo, gestionando los riesgos y generando cambios positivos en diversos entornos.

Con todo lo mencionado hasta este punto llega el ENRUTAMIENTO, en el cual se desataca el papel del Gestor de solicitudes en IPS que de paso a la organización de la atención, estableciendo anexos técnicos específicos que permitan trazar la ruta de atención pertinente para los usuarios, es decir, formando las políticas que sean necesarias para coordinar las redes completas de proveedores de servicios de salud y establecer las responsabilidades específicas de cada participante como pasos cruciales para la atención de los usuarios.

El objetivo de este enrutamiento es asegurar las óptimas condiciones de salud para la población mediante la intervención coordinada de los actores, garantizando el acceso y la prestación de servicios de salud de manera oportuna, eficaz y de alta calidad. Esto se hace con el propósito de preservar, mejorar y promover la salud de las personas.

Así el modelo se extiende a través de diversos aspectos que incluyen la conceptualización de los elementos de organización de la atención, dado que, la coordinación de estos elementos, el ciclo de atención, los sistemas de información, así como el seguimiento y la evaluación del modelo dan un enfoque que permite abarcar varios actores del sistema de salud, incluyendo a los proveedores de atención integral en salud.

Y se menciona en este punto el seguimiento y la evaluación del modelo dado que este es un diseño susceptible de mejora a partir de la debida identificación del origen de la problemática evidenciada, lo cual va en línea con el ciclo Deming, en cuanto al Planificar, Hacer, Verificar y Actuar, como una dinámica de ágil aplicación, que deriva en enormes beneficios en todos los

niveles organizacionales, y que puede ser acogida de manera integral por entidades de cualquier tipo de actividad productiva (Fontalvo, 2008).

Finalmente como aspecto para resaltar dentro de las condiciones mínimas establecidas en este estudio se considera trazador el papel del Gestor de solicitudes quien estará encargado de operativizar el modelo a través del sistema unificado de gestión, desempeñando su papel al interior de la IPS dada la proximidad del usuario, ya que, allí gracias a la adecuada caracterización del sistema de información, y únicamente digitando el documento será posible identificar la necesidad referida por el médico tratante estableciendo la ruta de atención pertinente acorde a las necesidades y dándole paso a la emisión automática de la autorización con la cual se procederá a establecer el canal más eficiente para hacer la solicitud de la cita o del procedimiento que de forma final será comunicado al usuario su debido proceder a través de una mensaje de texto remitido desde el sistema unificado de gestión.

Esbozado el diseño se determinan como potencialidades del modelo:

- Permite obtener de manera continua, integral y oportuna los tratamientos requeridos por los usuarios.
- Contiene atributos de calidad en términos de accesibilidad, oportunidad y agilidad.
- Representa la necesidad existente de transformación de los sistemas dispuestos por las EPS para que estas puedan lograr mejoras en términos de eficiencia, eficacia, acceso, oportunidad e integralidad como atributos que miden el desempeño de los actores del Sistema de Seguridad Social en Salud - SGSSS.
- Permite el manejo de un método operativo igualitario y único que se determine como estándar para las plataformas, mecanismos y operaciones para hacer las gestiones en la visión del paso de “EPS’s a gestoras de salud y vida”.
- Deriva un sistema único de usuario, prestador, asegurador y ente de control.
- Manejo de un único lenguaje para todos los actores.
- Otorga una caracterización poblacional bajo las necesidades de los usuarios, teniendo en cuenta también las limitantes sociodemográficas de la población diferencial: adulto mayor, personas con discapacidad, gestantes, menores, entre otros.
- Da importancia significativa al gestor de solicitudes en IPS.

Conclusiones y Recomendaciones

1. Para lograr los objetivos propuestos en esta investigación, se utilizó la encuesta como principal instrumento de recolección de información. Esta herramienta permitió obtener datos y conocer la opinión de los usuarios de las EAPB en relación con aspectos como la complejidad para acceder a los servicios y la calidad del servicio recibido.
2. Se implementó una encuesta que permitió cuantificar la percepción de la población objetivo y también cualificarla a través de observaciones realizadas por los propios usuarios, quienes dieron su consentimiento para el manejo de la información suministrada al aceptar responder las preguntas.
3. Se llevó a cabo un grupo focal con una parte del equipo administrativo y asistencial del Hospital San Vicente de Ramiriquí. Este enfoque permitió fortalecer la visión sobre el estado actual del acceso a los servicios de salud en la provincia. El objetivo fue determinar las barreras de acceso que encuentran los usuarios y conocer las percepciones que los miembros del equipo administrativo han adquirido en su experiencia de trabajo al prestar los servicios autorizados por las EAPB.
4. La combinación de la encuesta y el grupo focal proporcionó una perspectiva más completa y enriquecedora sobre la situación del acceso a los servicios de salud en la provincia de Márquez. Esto permitió obtener información tanto de los usuarios como del personal administrativo, lo que contribuyó a una comprensión más profunda de los desafíos y las necesidades en términos de acceso a los servicios de salud.
5. Para completar el enfoque investigativo de este trabajo, se utilizó un instrumento de evaluación de las oficinas de las EAPB, en el cual las propias EAPB proporcionarán información a través del diligenciamiento de una matriz que detalla las herramientas con las que cuentan actualmente. Esto permitió identificar los canales de acceso existentes en zonas de alta ruralidad en la Provincia de Márquez, en el Departamento de Boyacá, con el objetivo de establecer su operatividad real.

6. Mediante la evaluación realizada, se logró llegar a un diagnóstico y evaluación de los sistemas de gestión actuales de las EAPB. Esto permitió identificar el estado actual de la atención a los usuarios y proponer el diseño de un modelo de sistema unificado de gestión de usuarios que contribuya a corregir las fallas actuales, asegurando la calidad necesaria.
7. En resumen, el enfoque investigativo se basó en la recopilación de información a través de la encuesta a los usuarios, el focus group con el equipo administrativo del hospital y la evaluación de las herramientas de las EAPB. Estos métodos proporcionaron una visión integral de la situación actual y permitieron proponer soluciones para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en la Provincia de Márquez.
8. Es de resaltar que a través de la aplicación de los instrumentos de investigación se identificaron limitantes significativas frente al acceso efectivo a los canales dispuestos por las EAPB para adelantar trámites administrativos, gestionar las solicitudes y orientar las necesidades de la población.
9. El objetivo de la consolidación de los datos fue el poder integrar las distintas variables del estudio de tal manera que se pudiese disponer del diseño de un modelo que por medio de la correcta visualización de información favorezca el análisis para la toma oportuna de decisiones en términos de atención a los usuarios de los servicios de salud.
10. Los resultados permiten concluir que existe una necesidad de la población usuaria porque las Entidades Responsables del Aseguramiento en Salud se ocupen de garantizar la Gestión integral de riesgo de sus afiliados por lo que se confirma la hipótesis planteada.
11. El modelo propuesto aspira a ser un esbozo de proyecto de coordinación general en materia de gestión de salud para los territorios. Tiene, por lo tanto, un carácter global e integrador, y no pretende definir todas las acciones concretas a implementar, sino reforzar las acciones y proyectos que ya están en marcha e inspirar lo que se realice en el futuro, tratándose de una estrategia que establece bases siendo dinámica a la vez, lo cual persigue resultados a través de cambios funcionales.

12. A partir de la caracterización amplia de las necesidades en materia de salud de la población colombiana, y basados en la problemática expuesta no solo en el departamento de Boyacá y la provincia de Márquez sino a nivel Colombiano resulta indispensable que el Ente Rector en la materia adopte, adapte, estandarice y regule la implementación de este, con el fin de fortalecer la gobernanza en la infraestructura de datos, al permitir que todos los actores de SGSSS se articulen.
13. La transformación digital en el ámbito de la salud no se limita únicamente a la integración de los sistemas de información del sector ni a la implementación y ejecución de la interoperabilidad en el país. También implica una serie de desafíos en diversos aspectos de la interoperabilidad, incluyendo el proceso mismo de la salud, la infraestructura, la información, las personas y la cultura, así como la estructura de gobernanza específica del sector salud. Además, se deben abordar cuestiones relacionadas con la protección de datos personales y la seguridad digital. Por lo tanto, es crucial medir el acceso y uso de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) en el sector salud para garantizar una transformación digital efectiva y segura.
14. La capacitación del Talento Humano en Salud en actividades relacionadas con la información, educación y comunicación dirigidas tanto a profesionales de la salud como a usuarios, se refiere a la atención continua de las necesidades relacionadas con el conocimiento técnico, así como el desarrollo de competencias y habilidades esenciales para la prestación de servicios (en el caso de los profesionales) y para el empoderamiento en el manejo de enfermedades o condiciones (en el caso de los usuarios). Esta capacitación constante garantiza que tanto los profesionales de la salud como los usuarios estén equipados con las habilidades y el conocimiento necesarios para una atención efectiva y un manejo adecuado de las condiciones de salud.
15. Es esencial llevar a cabo la implementación del diseño propuesto en un sistema tecnológico o plataforma digital. Este sistema facilitará el flujo de información y datos, permitiendo el seguimiento de indicadores finales o intermedios. Esto, a su vez, fomentará la mejora continua al establecer un canal bidireccional entre los prestadores de servicios de salud y el asegurador. De esta manera, se promoverán acciones de mejoramiento

continuo en ambos sentidos, asegurando una comunicación efectiva y eficiente para la optimización de la atención médica y la satisfacción del usuario.

Referencias bibliográficas

- Alarcón, W. (2018). Factores socioeconómicos y zona de residencia como estratificadores de desigualdades en salud en Bolivia. *Rev Panam Salud Pública*, 1-8.
- Álvaro, R. (1993). *Una comunicación para otro desarrollo: para el diálogo entre el norte y el sur*. Calandria-Asociación de Comunicadores Sociales.
- Almeida, C. (2002). Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Rev Cad Saúde*, 905-925.
- Álvarez, L., Pérez, M., Rodríguez, J., & Palomino, G. (2021). *La atención al usuario en los sistemas de Salud*. Universidad César Vallejo.
- Amador, C., & Cubero, O. (2010). Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 175-179.
- Antúnez Saiz. (2016). *Sistemas integrados de gestión: de la teoría a la práctica empresarial*. Centro de Estudios de Técnicas de Dirección Universidad de La Habana.
- Arnal, J. (1992). *Investigación: Fundamentos y metodología*. Editorial Labor.
- Arnold, M., & Osorio, F. (1998). Introducción a los conceptos básicos de la teoría general de sistemas. *Revista de Epistemología de Ciencias Sociales: Cinta Moebio* 3, 40-49.
- Arrivillaga, M., Aristizabal, J., Pérez, M., & Estrada, V. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*, 415-420.
- Arteaga, G. (2022). *Investigación correlacional: Guía, diseño y ejemplos*.
- Arteta, C. (2020). *Ir al médico, toda una odisea en la Colombia rural*. <https://semanarural.com/web/articulo/ir-al-medico-toda-una-odisea-en-la-colombia-rural/527>
- Asamblea Nacional Constituyente. (1991). Constitución Política de Colombia 1991.
- Atehortúa, F. (2008). Modelos de Gestión y Sistemas de gestión integral: Una sola gestión, un solo equipo. *Revista Universidad de Antioquia*, 14-63.
- Ayala, J. (2014). *La salud en Colombia: Más cobertura pero menos acceso*.
- Bacca, J. (2020). *Modelo de aseguramiento y financiación del SGSSS en Colombia: Deber de implementar el principio de integralidad*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Banco Interamericano de Desarrollo. (2007). *El estado de las reformas al Estado en América Latina*. Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones.

- Banderas, & Olivera. (2015). El sistema de gestión de calidad y seguridad del paciente en los Hospitales Regionales de Alta Especialidad. *Revista Evidencia Medica Investigativa en Salud*, 190-200.
- Barco, D. (2020). *Implementación de un Sistema de Información unificado para gestión de salud en el Hospital San Isidro del municipio de Manizales - Caldas*. Universidad Cooperativa De Colombia.
- Becerril, V., Medina, G., & Aquino, R. (2011). Sistema de salud de Brasil. *Salud Publica*, 120-131.
- Bermejo, Castell, Valdivia, & Druyet. (2018). Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panam Salud Publica*, 1-8.
- Bermúdez, Madriz, Sáenz, Muiser, & Acosta. (2011). Sistema de salud de Honduras. *Salud Publica Mex*, 209-219.
- Bernal, C. (2006). *Metodología de la investigación: para administración, economía, humanidades y ciencias sociales. Segunda edición*. Pearson Educación.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). *La nueva reforma a la salud en Colombia: El derecho, el aseguramiento y el sistema de salud*. Universidad de los Andes.
- BID. (2021). *Health systems characteristics: A survey of 21 Latin American and Caribbean countries*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Blanco, D. (2018). *Plan de Comunicación Integral para Mediagnóstica SAS, empresa prestadora de salud*. Pontificia Universidad Javeriana.
- Bran, L., Valencia, A., Palacios, L., Gómez, S., Acevedo, Y., & Arias, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia Promoc Salud*, 29-38.
- Bursztyn, I., Kushnir, R., Giovanella, L., Stolkiner, A., Sterman, L., Riveros, M., & Sollazzo, A. (2010). Notas para el estudio de la Atención Primaria en contextos de sistemas de salud segmentados. *Revista Salud Publica*, 77-88.
- Castillo, D., & Martínez, J. (2010). *Enfoque para combinar e integrar la gestión de sistemas*. ICONTEC.
- Centro de Comunicaciones Observatorio Así Vamos en Salud. (2018). *Salud Rural una deuda pendiente*. <https://www.asivamosensalud.org/publicaciones/editorial/salud-rural-una-deuda-pendiente>

- CEPAL. (2010). *Reformas de gestión en salud en América Latina: los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Chernichovsky, D., & Jaramillo, M. (2015). Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: Una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *Revista Estudios Gerenciales*, 30–40.
- Chertorivski, S., & Dolci, G. (2012). El sistema de salud mexicano: ¿requiere una transformación. *Gaceta Médica de México*, 502-508.
- Congreso de la República de Colombia. (2015). Ley 1751 de 2015.
- Congreso de la Republica de Colombia. (1993). Ley 100 de 1993.
- Congreso de la Republica de Colombia. (2007). Ley 1122 de 2007.
- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011.
- Cortés, J. (2010). Arquitectura Empresarial: Una visión general. *Revista de Ingenierías Universidad de Medellín*, 110-111.
- Cuberli, M., Casas, L., & Demonte, F. (2005). La Comunicación en el ámbito de la salud: Perspectivas para repensarla. *Revista Salud y Población*, 45-48.
- Cuevas, J., Ñustes, M., Pinzón, J., & Rodríguez, D. (2017). *Análisis y diseño de un modelo de servicio al usuario en MEDIMÁS E.P.S. en el Departamento de Boyacá*. Pontificia Universidad Javeriana Colombia.
- DANE. (2022). *Estadísticas por tema: Salud*. <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud>
- Del Carmen, J. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Salud Pública*.
- Deming, W. (1982). *Quality, productivity, and competitive position*. Massachusetts Institute of Technology: Center for advanced engineering study.
- E.S.E Hospital San Vicente de Ramiriquí. (2021). *Informe Anual Plan de Gestión*.
- E.S.E. Hospital San Vicente de Ramiriquí. (2018). *Reseña histórica de la E.S.E Hospital San Vicente de Ramiriquí*. <http://www.esecentrosaludtoca.gov.co/index.php/nuestra-institucion/item/119-resena-historica-de-la-e-s-e-hospital-san-vicente-de-ramiriqui>
- Eslava, J., Camelo, F., Mina, L., Vásquez, M., & Mejía, M. (2018). *Análisis de la capacidad de respuesta de los sistemas de información en salud para la supervisión de riesgos que afectan el derecho a la salud en Colombia*. Pontificia Universidad Javeriana Colombia.

- Estupiñan, L. (2014). La provincia en Boyacá: Unidad territorial, histórico-funcional de planificación en la gestión del desarrollo. *Revista Apuntes del CENES*, 163-188.
- Fernández, Á. (2004). *Investigación y técnicas de Mercado. Segunda Edición*. ESIC Editorial.
- Fontalvo, T. (2008). Sistemas de Gestión de Calidad. El método: Enfoque Sistémico Convergente de la Calidad E.S.C.C. Corporación para la Gestión del Conocimiento. *Revista Asesores del 2000*, 293-321.
- Franco, A. (2014). Sistemas de salud en condiciones de mercado: Las reformas del último cuarto de siglo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 95-107.
- Galan, A. (2020). *Como sociedad tenemos una deuda pendiente con las zonas rurales*. Obtenido de Semana Rural: <https://semanarural.com/web/articulo/ir-al-medico-toda-una-odisea-en-la-colombia-rural/527>
- Galeano, M. (2004). *Diseño de proyectos en la investigación cualitativa*. Universidad Eafit.
- Galindo, J., Morales, O., Sánchez, D., Celis, C., & Arboleda, A. (2019). Barreras de acceso en la atención de las enfermedades pulmonares intersticiales en Colombia. *Revista Saúde e Sociedade*, 102-112.
- García, M., & García, M. (2012). *Los métodos de investigación*. Dialnet.
- Gartland. (2019). *Comunicación en salud: Conceptos y herramientas*. Universidad Nacional de General Sarmiento.
- Gerschman, S. (1999). Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance al final del Milenio. *Cadernos de Saúde Pública*, 293-302.
- Gutiérrez, J., & Hernández, M. (2013). Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México 2000-2012. *Salud Pública México*, 83-90.
- Hernández. (2017). Sistemas de Gestión Integrados en el sector salud para la optimización de la calidad en el Departamento del Atlántico. *Dictamen Libre*, 99-106.
- Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación. Sexta Edición*. Mc. Graw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación. 3 Edición*. McGraw-Hill.
- Hirmas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Públ*, 223-229.
- Knaul, F., González, E., Gómez, O., García, D., & Arreola, H. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Pública México*, 207-235.

- Mancuello, & Cabral. (2011). Sistema de Salud de Paraguay. *Revista Salud Pública Paraguay*, 13-25.
- Martínez, R. (2011). Modelos para la implementación de la gestión de la calidad total en las pymes latinoamericanas. *Revista Gestión y Gerencia*, 68-86.
- Martínez, V. (2013). *Paradigmas de Investigación*.
- Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011 de 2006.
- Ministerio de la Protección Social. (2007). Decreto 4747 de 2007.
- Ministerio de la Protección Social. (2008). *Proyecto evaluación y reestructuración de los procesos, estrategias y organismos públicos y privados encargados de adelantar las funciones de vigilancia y control del sistema de salud*.
- Ministerio de Salud Colombia. (2004). Sistema de Seguridad Social en Salud.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). Ley 1438 de 2011.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Salud Rural*. Gobierno de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Generalidades del Sistema Integrado de Gestión*. <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Institucional/Paginas/sigi.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. (2018). Resolución 3280 de 2018.
- Moreno, B. (2023). Experiencias en la prestación de los servicios de salud, acorde al principio de accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la Región Amazónica de Colombia. Institución Universitaria Antonio José Camacho. Facultad de Educación a Distancia y Virtual. Administración en Salud.
- Narvaez, Rivas, & Chavez. (2015). Modelos de gestión de la calidad en instituciones públicas de salud en México. *Innovaciones de Negocios*, 177-205.
- OMS. (1986). *Carta de Ottawa*.
- Ontibón, J. (2018). *Sistemas Integrados de Gestión Salud*. Fundación Universitaria del Área Andina.
- Porras, A. (2022). *Análisis de Información: Tipos de muestreo*. Centro de Investigación en Geografía y Geomática.
- Prieto. (1999). *La comunicación*. Ciccus-La.
- Rabanal, J., Lazo, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Publica*, 243-254.

- Realpe, L. (2018). *La salud en la ruralidad en Colombia: Un análisis desde el sistema de salud colombiano en el departamento del Chocó bajo los atributos de cobertura y acceso con la crisis en 2014*. Universidad de la Salle.
- Restrepo, J., Silva, C., Andrade, F., & Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polit Salud*, 242-265.
- Rodríguez, D., & Benavides, J. (2016). Salud y ruralidad en Colombia: Análisis desde los determinantes sociales de la salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 359-371.
- Ruiz, F. (2013). Mercados y sistema de salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. *Revista Policy Paper* 8, 1-21.
- Solari, L. (2014). Reforma de salud en el Perú: apuntando hacia la cobertura universal. *Revista Med Exp Salud Pública*, 623-625.
- Solera, Martínez, Labordena, & Loyola. (2020). Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Revista Sistemas y tecnologías de la información en salud*, 3-9.
- Sourdis, C. (2018). *El sistema de salud colombiano en las próximas décadas: Cómo avanzar hacia la sostenibilidad y la calidad en la atención*. Cuadernos de Fedesarrollo.
- Suarez, A., Díaz, C., Rico, J., & Moreno, M. (2019). *La gestión del usuario como una herramienta clave en el logro de la satisfacción para las entidades promotoras de salud (EPS)*. Corporación Universitaria Americana.
- Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L., & Ramírez, M. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Revista Gerencia Política de Salud*, 34-50.
- Tamayo, M. (2007). *El proceso de la investigación científica*. Limusa.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Paidós.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. Fondo de Cultura Económica.
- World Health Organization. (2000). *The World health report 2000. Health systems: Improving performance*. WHO.
- World Health Organization. (2007). *Everybody business: Strengthening health systems to improve health outcomes*. WHO's framework for action.