



ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

BARRERAS DE ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE

SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA IPS TOTOGUAMPA DEL MUNICIPIO

DE SILVIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, 2022.

NOMBRE DE LOS ESTUDIANTES

DANIELA PABÓN GUERRERO

YRINA IVONNE MUÑOZ SILVA

JUAN PABLO MUÑOZ VALENCIA

SIDNEY ADRIANA NOGUERA MUÑOZ



**Universidad[®]
Católica
de Manizales**

VIGILADA Mineducación

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



*Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen*

BARRERAS DE ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE
SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA IPS TOTOGUAMPA DEL MUNICIPIO DE
SILVIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, 2022.

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de *Especialista
en administración de la salud.*

Modalidad de grado: Especialización

Asesora MABEL IBARRA LUNA ¹

Nombre de los autores

DANIELA PABÓN GUERRERO

YRINA IVONNE MUÑOZ SILVA

JUAN PABLO MUÑOZ VALENCIA

SIDNEY ADRIANA NOGUERA MUÑOZ

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD
POPAÝAN, CAUCA
2022

¹ <https://orcid.org/0000-0002-1234-7680>

TABLA DE CONTENIDO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO.....	5
2. RESUMEN	6
3. OBJETIVOS.....	11
3.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
4. MARCO TEORICO	12
5. METODOLOGÍA	23
5.1 ENFOQUE Y DISEÑO	23
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	24
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	25
5.4 INSTRUMENTOS	26
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	26
5.6 COMPONENTE ÉTICO	27
5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	28
6. RESULTADOS Y DISCUSION.....	28
7. CONCLUSIONES	50
8. RECOMENDACIONES	51
9. BIBLIOGRAFÍA	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Género de los encuestados	29
Figura 2. Edad de los encuestados.....	29
Figura 3. Zona de ubicación de la vivienda.....	30
Figura 4. Uso de más de un medio de transporte	31
Figura 5. Medio de transporte utilizado	31
Figura 6. Tiempo que tarda en llegar al lugar de la atención en salud.....	32
Figura 7. Estrato socioeconómico	33
Figura 8. Situación laboral	33
Figura 9. Nivel de ingresos	34
Figura 10. Pago de cuota moderadora/copago por atención recibida.....	34
Figura 11. Pago de cuota moderadora/copago por medicamentos, exámenes o procedimientos no autorizados	35
Figura 12. Gastos extras.....	35
Figura 13. Nivel educativo.....	37
Figura 14. Estado civil.....	37
Figura 15. Tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la consulta	38
Figura 16. Tiempo transcurrido entre el momento de llegar al servicio y la consulta medica.....	38
Figura 17. Fue brindada la atención necesaria para su problema de salud.....	39
Figura 18. Problemas posteriores a la consulta	39
Figura 19. Aspecto que influye sobre la calidad en la prestación del servicio.....	40
Figura 20. Medición de la calidad en los servicios	41



Universidad
Católica
de Manizales

VICERRECTORÍA ACADÉMICA

CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y DESARROLLO

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: BARRERAS DE ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA IPS TOTOGUAMPA DEL MUNICIPIO DE SILVIA EN EL DEPARTAMENTO DEL CAUCA, 2022.

Investigadores:

DANIELA PABÓN GUERRERO

YRINA IVONNE MUÑOZ SILVA

JUAN PABLO MUÑOZ VALENCIA

SIDNEY ADRIANA NOGUERA MUÑOZ

Línea de Investigación: Administración de la salud.

Programa de Posgrado al que se articula: ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION DE LA SALUD

Lugar de Ejecución del Proyecto: IPSI Totoguampa

Ciudad: Silvia

Departamento: Cauca

Duración del Proyecto (periodos académicos): dos

2. RESUMEN

2. 1. RESUMEN

La salud es un derecho consignado en el artículo 49 de la Constitución Política de Colombia, el cual busca garantizar el acceso efectivo y oportuno de los colombianos a los servicios de salud, sin embargo existen barreras que se interponen en el camino retrasando la prestación de los servicios de salud, esto lo convierte en un reto para el sistema; en este sentido, el objetivo de la investigación es identificar las barreras presentes en el acceso a la atención en salud de la población indígena de la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia, que fue creada en el año 2009 para brindar atención en salud en el marco del Sistema Indígena Propio Intercultural (SISPI) tanto para la población indígena como para sus familias.

La metodología del estudio es de enfoque mixto con variables cuantitativas y cualitativas, de alcance descriptivo, que utiliza la encuesta y la entrevista como herramientas para la recolección de información primaria sobre los usuarios y colaboradores de la IPSI Totoguampa. El análisis de la información se realizó mediante unas tablas dinámicas a través del programa Excel y mediante la técnica de análisis temático, que permitió desde la teoría analizar e interpretar los hallazgos.

Como principales resultados se destacan la existencia de barreras de acceso de tipo institucional visto desde la oferta y de tipo geográfico, económico, simbólico-cultural desde la perspectiva de la demanda, además de desataca como principal recomendación, diseñar estrategias que le permita a la IPSI Totoguampa mejorar los niveles de calidad en la prestación del servicio, basadas en una adecuada combinación de recursos humanos, tecnológicos y físicos para evitar las no conformidades en los procesos.

ABSTRACT

Health is a right consigned in article 49 of the Political Constitution of Colombia, which seeks to guarantee effective and timely access of Colombians to health services, however there are barriers that stand in the way, delaying the provision of services. health services, this makes it a challenge for the system; In this sense, the objective of the research is to be able to identify the barriers present in access to health care for the indigenous population of the IPSI Totoguampa in the municipality of Silvia, which was created in 2009 to provide health care in the framework of the Intercultural Own Indigenous System (SISPI) for both the indigenous population and their families.

Therefore, to carry out the study, a descriptive methodology with a mixed approach was designed, which uses the survey and the interview as tools for the

collection of primary information on the users and collaborators of the IPS I Totoguampa, in order to be able to carry out a complete analysis of quantitative and qualitative variables; This collected information was processed through dynamic tables made in the Excel program and through the thematic analysis technique, which allowed the theory to analyze and interpret the findings.

The main results highlight the existence of access barriers of an institutional type seen from the offer and of a geographical, economic, symbolic-cultural type from the perspective of demand, in addition to highlighting as the main recommendation, design strategies that allow the IPSI Totoguampa improve quality levels in service provision, based on an adequate combination of human, technological and physical resources to avoid non-conformities in the processes.

2.2. INTRODUCCIÓN

La salud en Colombia, es un derecho de todos los ciudadanos, el cual se constitucionalizó de forma expresa en los artículos 44 y 49 de la actual Constitución Política; con ello se sentó la base para que desde los sistemas de salud se pudiera garantizar la cobertura universal de la población, y que estos a su vez accedieran a diversos servicios médicos.

Sin embargo, aunque la meta de estos sistemas es alcanzar el mayor nivel cobertura posible, existen factores de tipo demográficos, social y económico, que afectan esa condición, dada la existencia de diferencias en las condiciones de salud de las poblaciones urbanas y rurales, donde esta últimas se presentan dificultades para el acceso no solo a estos servicios sino también a la educación. Cabe destacar que según lo expuesto por Betancourt et al. (5) en Colombia se han podido identificar, abundantes barreras físicas, de acceso y de atención en los servicios de salud, sobre todo a poblaciones altamente vulnerables.

Tomando en cuenta lo anterior, la presente investigación tiene como principal objetivo identificar las barreras presentes en el acceso a la atención en salud de la población indígena de la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia Cauca, partiendo de una revisión bibliográfica con el fin de dar soporte teórico al estudio, y teniendo como principales herramienta de recolección de información la encuesta a los usuarios y la entrevista a personal de la institución lo que permitirá entender la situación que vive esta zona y adicionalmente, analizar el nivel de acceso que tiene esta población rural.

La estructura del presente documento se basa en seis apartados a saber: en el primer apartado se expone el problema de investigación, seguidamente se encuentra los objetivos y la justificación del estudio; en el apartado cuatro se encuentra el marco teórico y conceptual que permita entender las temáticas tratadas en la investigación y en el quinto se halla la metodología usada para el desarrollo del mismo.

El apartado número seis muestra los principales hallazgos obtenidos con la aplicación de los instrumentos y una discusión en torno al tema; finalmente se encuentran las conclusiones y recomendaciones del estudio.

2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La salud, es un tema de gran importancia y recurrencia dentro de las políticas públicas de los países, porque esta tiene una relación directa con el desarrollo económico, toda vez que como lo afirma García “la salud constituye un bien público de vital importancia, pues es determinante del bienestar de una sociedad en su conjunto, constituyéndose junto con la educación, en una capacidad básica para la productividad, el crecimiento económico y el desarrollo humano” (1).

Entendiendo esto, en Colombia la salud es un derecho a cargo del Estado, consignado en el artículo 49 de la Constitución Política, por medio del cual se busca garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, apoyándose en entidades públicas y privadas que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado mediante la Ley 100 de 1993 con el fin de certificar la salud como derecho social; sin embargo aunque con estos cambios, la cobertura se incrementó a partir de la década de los noventa, “el acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud continúa siendo uno de los principales retos del sistema” (2)

El acceso a los servicios de salud se entiende como el “proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente” (3), por otra parte, al ser este un concepto complejo que se mide a través del “número de personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan” (4), es necesario tener en cuenta que los factores que la afectan están relacionados con la disponibilidad de los servicios médicos, la capacidad que tengan estos servicios, la existencia de barreras tanto personales, como económicas, organizacionales y socioculturales y finalmente los resultados que obtienen las entidades prestadoras de servicio en materia de salud.

Frente a esto, cabe resaltar que en Colombia para el año 2019 aunque la cobertura en salud medido por el número de afiliaciones, alcanzó la cifra del 92,7%, de los cuales el 48,4% pertenece al régimen contributivo y el 51,3% al régimen subsidiado (5), existen aún unas barreras de acceso por las cuales 1 de cada 4 personas con problemas de salud no han recibido atención médica entre las que se destacan: la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites (2).

Además de estas barreras, existen otras relacionadas con la población (cobertura del seguro, ingresos o educación) y con las características de los servicios (accesibilidad geográfica, asuntos administrativos o calidad) (6) que en conjunto no permiten que se lleve a cabo una adecuada atención de los usuarios, motivo por el cual Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. afirman que especialmente “en el régimen subsidiado, las barreras económicas y geográficas suponen un obstáculo importante para el acceso a servicios de salud, de modo que aunque la persona pueda llegar a consulta médica, tiene dificultades para continuar y finalizar de forma adecuada el proceso” (3).

En este sentido, lo expuesto por Mejía A, Sánchez A, Tamayo J, también se percibe en las IPSs en el Departamento del Cauca, específicamente en la IPSI Totoguampa que fue creada en marzo del año 2004 para ofrecer servicios de salud bajo los conocimientos ancestrales y medicina occidental de los pueblos filiales ubicados en la zona de cobertura que incluye los municipios de Silvia, Piendamó, Morales, Totoro y Cajibío.

Esta entidad que actualmente posee 39.000 afiliados en el año 2019 presentó un alto número de inasistencias de los usuarios de las cuales el 61,8% quedaron registradas como cancelación de citas por parte de los usuarios que estaban en la IPS pero no lograron ser atendidos, cifra que para el año 2020 registró un descenso a causa del confinamiento obligatorio producto de la pandemia provocada por el Covid-19 (1).

Esta grave situación que podría relacionarse con una barrera de acceso de tipo institucional, deja en evidencia que aunque existe una amplia cobertura por parte de la IPSI en los pueblos indígenas del departamento, el acceso a los servicios de salud son bajos, lo cual ha afectado el cumplimiento de sus indicadores de resultado e impacto sobre la población, teniendo en cuenta que la atención se realiza en orden de llegada sin agendamiento previo, a partir de cien fichas que son entregadas para acceder a la consulta.

Para dar continuidad a este proceso, la IPSI Totoguampa cuenta con cuatro médicos generales y uno perteneciente a la medicina tradicional, quien debe atender en un tiempo estimado de 20 minutos (como está establecido en el artículo 97 del Resolución 5261 de 1994) la consulta y para ello cuenta en cada sede con una capacidad instalada de cinco consultorios; sin embargo una vez se registran y se hace el Triage al momento de ser llamados para la consulta no responden, situación que supone la existencia de barreras de acceso de tipo geográfico, dado que los usuarios viven en zonas rurales dispersas y presentan dificultad con los horarios limitados del servicio de transporte público que los lleve hasta sus lugares de residencia.

Ante la imposibilidad de poder disminuir estas cifras de cancelación de citas, la IPSI Totoguampa ha buscado mecanismos para poder ampliar el

acceso de los servicios médicos, entre los cuales se destaca la teleexpertise, la cual es una modalidad de la telemedicina definida según la OMS como “la prestación de servicios de salud, donde la distancia es un factor crítico, empleando tecnologías de la información y la comunicación para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades y lesiones (7); sin embargo, no ha sido posible su implementación toda vez que se ha encontrado con dificultades como la conectividad en relación al acceso permanente a la telefonía e internet, el idioma y las distancias geográficas, en este sentido, se puede afirmar que existen unas barreras que aún no se encuentran identificadas que limitan el acceso a los servicios de salud para la población afiliada.

Pregunta de investigación:

Por lo anterior, resulta importante preguntarse:

¿Cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud que se presentan en la población rural del municipio de Silvia de la IPSI Totoguampa?

2.4 JUSTIFICACIÓN

Esta investigación resulta conveniente porque permite identificar las barreras para el acceso a los servicios de salud de la IPSI Totoguampa, lo cual le permite a la organización diseñar, implementar y evaluar estrategias a partir de los recursos disponibles para mejorar los problemas a los que se enfrentan los usuarios del municipio de Silvia de diferentes servicios de salud dentro del marco de la medicina occidental, toda vez que se tiene en cuenta que la medicina tradicional goza de la capacidad de atender el usuario en su lugar de residencia, trasladarse con el personal requerido y sin barreras como la del idioma.

En términos sociales, es importante mostrar que esta investigación tiene un alto impacto en el mejoramiento del bienestar de los individuos y de la sociedad indígena y campesina de los cinco municipios donde tiene presencia la IPSI Totoguampa y en especial para aquellos que residen en zonas rurales dispersas, caracterizados por ser comunidades en condición de pobreza y marginación; en este sentido la investigación se convierte en una oportunidad para poder ofrecer acceso efectivo en términos de garantizar prestaciones médicas a todos los afiliados, independientemente del lugar en el que residan (cabecera municipal o zona rural dispersa), fortaleciendo a su vez los sistemas de salud primaria.

Con relación al aspecto teórico, la investigación permite conocer desde los postulados de Aday y Andersen, Tanashi, Goddard y Smith, Frenk y

Betancourt entre otros, cuáles son las barreras de acceso desde la oferta (instituciones) y desde la demanda (usuarios) que se presentan en la IPIS Totoguampa temas sobre los cuales la literatura tanto local, como nacional e internacional es escasa; por otra parte el estudio de variables que inciden en el acceso a los servicios de salud permitirá demostrar si existe una relación entre las mismas lo cual se convierte en un insumo o referente para futuras investigaciones sobre temas relacionados, además de esto aporta desde la academia una solución práctica al problema de acceso que tiene actualmente el sistema de salud en Colombia, aun cuando su cobertura es cercana al cien por ciento.

Finalmente, en términos prácticos, esta investigación contribuye a la identificación de las causas que originan el problema y a su vez genera aportes para la solución de la inasistencia de los usuarios del municipio de Silvia a los servicios médicos en la IPSI Totoguampa y además contribuye a la reducción en las barreras de acceso a los servicios impulsando con esto mejoras sustanciales en el bienestar de la población afiliada.

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar las barreras presentes en el acceso a la atención en salud de la población indígena de la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia Cauca

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las variables sociodemográficas de los usuarios de la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia
- Determinar las barreras de acceso a las que se enfrentan los usuarios de los servicios de salud de la IPSI Totoguampa municipio de Silvia
- Identificar las barreras de acceso hacia los servicios de salud desde la percepción de los funcionarios de la IPSI Totoguampa municipio de Silvia

4. MARCO TEORICO

4.1 Antecedentes de Investigación.

A nivel internacional se tiene la investigación de Gutiérrez, Juan et al (2), denominada “*Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud*” (2021), la cual tiene como objetivo, estimar la desigualdad en acceso a servicios de salud en poblaciones de localidades menores de 100 000 habitantes en México; para ello, los autores realizaron un análisis transversal a partir de los datos recolectados en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut 100k), calculando una muestra probabilística representativa, para el año 2018.

Los datos obtenidos para el análisis provinieron de una encuesta utilizado como herramienta de recolección de información y aplicado a cada integrante del hogar por medio de una persona mayor de edad perteneciente al mismo; este, permitió registrar las condiciones generales de la vivienda y bienes y características demográficas, socioeconómicas, de condición de salud y acceso a servicios, y a partir de esto se identificaron las tres variables de estudio como lo son: el acceso potencial a servicios de salud, la condición de salud reportada y el acceso a atención.

Como principales conclusiones se tiene que existen desigualdades en el acceso a la atención a la salud en esta población objeto de estudio, las cuales están asociadas directamente al nivel socioeconómico; así la población que presenta mayores condiciones de pobreza tiene una mayor limitación al acceso a la salud aun cuando el nivel de la afiliación es mayor.

Finalmente, el análisis de las tres dimensiones de acceso confirma que la condición de aseguramiento no garantiza el acceso real a la atención a la salud, ya que subyacen diversas razones como la inexistencia del servicio específico que es requerido (ausencia de disponibilidad) hasta la falta de información sobre los servicios a los que puede acceder o la desconfianza en los que son ofrecidos, las cuales se constituyen como una barreras que limitan a la población para acceder a los servicios médicos.

Por otra parte, se encuentra el estudio de Juárez, C. et al (3) denominado “*Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud*” (2020), el cual tiene como objetivo analizar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a la red de servicios obstétricos; para ello, se empleó una metodología basada en un estudio de tipo transversal descriptivo mixto, que integro métodos cuantitativos y cualitativos, para una muestra intencionada, no probabilística.

En relación a la recolección de información, esta se realizó en Oaxaca, México, durante los años 2017 y 2018, encuestando a 149 mujeres indígenas usuarias de servicios obstétricos en cinco unidades médicas de primer nivel de atención y dos hospitales de segundo nivel de atención, con el fin de poder caracterizarlas sociodemográficamente; A parte de esto, también los autores seleccionaron 30 mujeres que tuvieron complicaciones durante el proceso de embarazo y parto a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada, además se utilizó una técnica de observación no participante para conocer el contexto de la atención, y registros de infraestructura y acontecimientos cotidianos vinculados con la atención obstétrica.

Como principales conclusiones se tiene que existen barreras de acceso de tipo organizativo, relacionados con el primer nivel de atención como por ejemplo los horarios de consulta, lo cual no asegura el acceso al segundo nivel de atención, porque la capacidad de respuesta de los hospitales está directamente relacionada con la disponibilidad de insumos, de infraestructura y de recursos humanos, además se requieren una mayor sensibilidad a las necesidades específicas de las mujeres indígenas dada su costumbres culturales.

Por otra parte, los autores destacan la dificultad de comunicación como una barrera sociocultural, que tiene como efecto la demora en el acceso al servicio, que interfiere para que las mujeres comuniquen adecuadamente sus síntomas al personal de salud y pueda identificarse la urgencia.

Finalmente se destacan como principales barreras para la atención obstétrica: la disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs. recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (dificultades para ingresar al segundo nivel de atención y a especialidades médicas).

Además de este estudio también se tiene el Arrivillaga et al (2016) (4), denominado “*Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos*” el cual tiene como objetivo diseñar y validar una encuesta de acceso a servicios de salud dirigida a hogares en Colombia para aportar una herramienta metodológica que permita acumular evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana.

Para ello, los autores emplearon una metodología basada en una prueba piloto aplicada en el municipio de Jamundí, en el departamento del Valle del Cauca a 215 hogares.

Como principales resultados se destacan el diseño de una encuesta con 63 preguntas distribuidas en cinco módulos: perfil socio-demográfico 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, la cual deja en evidencia que la promoción de servicios preventivos solo alcanzó valores del 44% y que el uso de estos servicios siempre fue mayor, en especial en los grupos del primer año de vida y hasta los 10 años. Para los servicios de urgencias y hospitalización, la percepción de atención de la necesidad estuvo entre el 82% y el 85%, sin embargo, hubo percepción de mala y muy mala calidad de la atención hasta en un 36% y finalmente la oportunidad de la atención de consulta médica general y con especialista presentó demoras.

Para los autores, los datos arrojados por la encuesta muestran que existen debilidades institucionales en el país, indicando además que la cobertura en salud no significa acceso real y efectivo a los servicios, además de esto que las encuestas se constituyen como herramientas metodológicas que permiten acumular evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población.

El estudio de Betancurt et al (2016) (5) denominado “*Barreras en el acceso a los servicios de salud de personas con discapacidad del programa hogar gestor en la ciudad de Pereira, según percepción del cuidador*” tiene como objetivo identificar la percepción de los miembros de las familias beneficiarias con discapacidad, del programa hogar gestor del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, sobre las barreras de acceso al servicio de salud en Pereira.

Para ello emplearon una metodología de tipo cualitativo, y una técnica de investigación como lo es el grupo focal para recolectar información procesada mediante el software ATLAS TI V6.2.

Como conclusión, los autores revelan que los entrevistados presentan insatisfacción en la calidad prestada, especialmente del personal administrativo, además han experimentado diversidad de barreras de tipo geográfico, económico, oportunidad en los servicios, para el acceso efectivo a los servicios de salud de sus hijos (as) con discapacidad, como lo son:

El suministro de equipos, insumos y medicamentos.

La falta de cordialidad en el trato al solicitar los servicios

Los gastos a que deben incurrir, tanto para trasladar a los pacientes a los centros de atención en salud, como para la compra de medicamentos e insumos y otras actividades de tipo legal a que se ven obligadas para hacer valer los derechos del usuario, lo anterior traducido en la disponibilidad económica,

La oferta limitada de los servicios por causa de la escasez de personal especializado, desencadena largas listas de espera para la atención oportuna, demoras en las autorizaciones para acceder a medicamentos y medicina especializada

Los requerimientos o mecanismos legales (tutelas – derechos de petición) que deben activar para la solicitud de servicios e insumos.

Las distancias enmarcadas en los recorridos equidistantes entre los puntos de autorización, dispensario de medicamentos y equipos, centros de terapia, al igual que la atención especializada en ciudades alternas al domicilio del usuario.

Finalmente, el estudio de Piedrahita et al (2020) (6) denominado “*Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado*” que tiene como objetivo, explorar la percepción las barreras de acceso a los servicios de salud percibidas por usuarios del régimen subsidiado del municipio de Sonsón para el año 2016, emplea una metodología basada en un investigación de tipo cualitativa con enfoque histórico hermenéutico, donde participaron 16 informantes, quienes fueron entrevistados y sus relatos transcritos, codificados y analizados con base en la teoría fundamentada.

Como conclusión se identificaron barreras económicas y administrativas que limitan el acceso de las personas a los servicios de salud, representadas en las demoras para reclamar medicamentos y su dispensación incompleta, lo que lleva a que las personas asuman gastos de bolsillo o desistan del tratamiento, además de esto, se presentan dificultades para acceder a los centros de salud puesto que no pueden asumir costos de desplazamiento, lo que refuerza entonces potencializar nuevos modelos de atención en salud; en este sentido el acceso a los servicios de salud es un indicador que permite evaluar la efectividad del sistema.

Reseña Histórica o Referencia Institucional.

La IPSI Totoguampa, nace en el año 2009 para prestar atención en salud desde el marco del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI) tanto a la población indígena como a sus familias; esta se crea a partir de las políticas y fortalecimiento organizativo que dio origen al programa de salud del consejo territorio indígena del oriente Caucano COTAINDOC, y actualmente cuenta con sedes en los municipios de Silvia, Piendamó, Totoro, Cajibío y Morales, en los cuales tiene un cobertura de 5 pueblos indígenas como lo son: Ampiuile, Kizweño, Misak, Nasas y Poliandras.

La IPSI Totoguampa tiene como objetivo prestar servicios de salud que satisfagan las necesidades de la población indígena o “Comuneros”, con personal altamente capacitado y comprometido con la calidad y con calidez humana, por otra parte, busca fortalecer los principios culturales indígenas, por lo que se apoyan en los saberes ancestrales complementándose con la medicina alternativa y la occidental, lo cual para ellos se convierte en un reto.

Actualmente dentro del marco del fomento, la protección y la recuperación presta los siguientes servicios intramural y extramural: Medicina General,

Medicina Tradicional, Enfermería, Odontología, Higiene Oral, Laboratorio, Vacunación, Farmacia, Medicina Alternativa y Psicología.

4.3 Bases Teóricas

Acceso en salud

El eje central de la salud pública es la salud de la población y esto incluye todos los aspectos de interés colectivo que contribuyan a optimizar o mantener la salud de los usuarios, tema que ha sido tratado desde múltiples aristas como la oferta y la demanda, la satisfacción del usuario, las necesidades y el derecho a la salud entre otros; sin embargo, el acceso a los servicios de salud es un tema que ha sido motivo de discusión entre los teóricos, por su complejidad a la hora de definirlo.

Como primera medida es importante abordar el concepto de accesibilidad enmarcada en el área de la salud; así Comes et al., (7) la define como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población, según Piedrahita et al (6) el acceso a la salud no solo es un indicador de salud pública para los gobiernos, sino que también mide el nivel de protección que tienen los individuos frente a la probabilidad de enfermar y las formas de hacer frente a diversas patologías en caso de darse su ocurrencia; por otra parte Fajardo et al., (8) afirma que es el resultado de cuantificar del número de personas que necesitan atención médica, cuantas ingresan al sistema y cuantas no ingresan.

Según Vargas (9) citando a la OMS, la accesibilidad debe estudiarse desde la oferta de los servicios geográfica, financiera, cultural y funcionalmente con el fin de que sea alcanzable para toda la comunidad y atienda todas sus necesidades; de esta manera el acceso geográfico significa que la distancia, el tiempo y los medios geográficos deben de ser aceptables, en términos financieros, significa que para cualquier método de pago los servicios deben de ser asequibles; en términos culturales significa que tanto los procedimientos como los métodos deben respetar la cultura de la comunidad y funcionalmente significa que se debe brindar la atención adecuada de manera continua en el momento en que los usuarios lo necesiten.

En este contexto, el acceso a la salud desde diferentes aristas revela claramente un problema que afecta la población desde la institución, es decir desde la oferta, mas no de demanda, sin embargo, no se puede desconocer que el tema también puede ser abarcado a partir de las siguientes vertientes (10):

Como parte del proceso de implementación de la política pública: mejora el bienestar de la sociedad a partir de la disminución de la brecha en acceso a servicios de salud.

Como un componente de la política pública integral de salud propuesta por la OMS: Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población, evitando ser discriminatoria, deben existir las condiciones para el acceso físico, accesible económicamente y se debe proporcionar toda la información necesaria para que la persona comprenda y pueda lograr una atención efectiva.

Como el eslabón que une los procesos de oferta y demanda: La accesibilidad es un tema de derechos y responsabilidades, bajo la perspectiva del proveedor de la oferta, pero también de los pacientes que constituyen la demanda, como factores importantes para entender la utilización de los servicios de salud, su desempeño y calidad. (11)

En este sentido y a partir de la tercer vertiente, como primera medida, es importante reconocer que el acceso a la salud desde el lado de la demanda, parte de una necesidad de los usuarios que requieren atención médica, aun cuando se reconoce que medir y comparar la necesidades relacionado a problemas de salud es complejo dado el carácter subjetivo del mismo; sin embargo autores como Goddard y Smith (12) logran determinar que el acceso a la salud por la vía de la necesidad es posible a partir del análisis de los grupos poblacionales específicos, que presentan características similares en términos de necesidades clínicas y que pertenecen a grupos sociales y culturales parecidos. Bajo este contexto de estandarización de la muestra, según los autores se podrá conocer y medir el acceso, la utilización, la calidad de los servicios de salud.

Según Restrepo et al., (13) el acceso a la salud se entiende como la capacidad que desarrollan las personas o grupos con el fin de buscar y obtener atención médica, de esta manera la capacidad está formada por las características que definen a los usuarios en términos de edad, el género y estado de salud; sin embargo también se debe de tener en cuenta que desde el sistema de salud, el acceso está determinado por el portafolio de servicios, la disponibilidad de recursos, los horarios de atención. Por otra parte, resulta importante el contexto en el que interactúan los usuarios, lo cual definen el acceso en función de su lugar de residencia, las facilidades de transporte, aspectos culturales.

Por otra parte, teorías como la Aday y Andersen (14), reafirman que el acceso a los servicios de salud está altamente relacionado con las características de la población, agregando este modelo elementos como los ingresos familiares, cobertura de seguro, actitudes hacia la atención médica, y por otra parte, se relaciona también con las entidades en términos de factores como la distribución y organización de la mano de obra y las instalaciones. Esta

teoría es denominada de acceso de multicausalidad: factores y niveles como ejes explicativos.

Este análisis de las dos posturas teóricas permite identificar dos aspectos importantes en relación al acceso a los servicios de salud, el cual está constituido desde la oferta (Instituciones) tal como lo propone Aday y Andersen y desde la demanda (usuarios) como lo propone Goddard y Smith.

Frente a esto la teoría de acceso de Tanahashi (15) muestra el punto donde convergen estas dos posturas, ya que para él, el acceso a los servicios de la salud es la interacción que se da entre el servicio de salud y los usuarios de dicho servicio, atraviesa por cuatro etapas hasta el logro de la atención en salud, este logro se busca que sea de calidad, este proceso además está influenciado por características propias del servicio de salud y características propias de las personas, así como por factores socio demográficos, lo cual permite finalmente que un grupo de personas pueda recibir atención eficaz.

Así, las 4 etapas para la atención en salud son:

Disponibilidad: entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información

Accesibilidad: asociada a accesibilidad:

Física: como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte.
Organizacional/administrativa: relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención.

Financiera: relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo.

Aceptabilidad de los servicios: que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros;

Contacto con el servicio: entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención;

Cobertura efectiva Barreras de acceso a la salud

Al estudiar la convergencia de los actores como instituciones y usuarios desde lo expuesto por Frenk (16) desde un contexto enmarcado en la economía, logra proponer una teoría que conjuga estos dos aspectos bajo los conceptos de disponibilidad y acceso y de resistencia que no es más que los obstáculos que se presentan para el acceso a los servicios de salud por el lado de los

recursos y el poder de utilización que es similar al poder de compra que tienen los usuarios en un mercado.

Es decir que Frenk, traslada los conceptos de salud bajo un contexto económico de mercado; en este sentido su gran aporte se refleja en la introducción de las barreras de acceso a los servicios de salud o factores de resistencia para la búsqueda y obtención de atención, los cuales se relacionan tanto con las características de la oferta como de la demanda; así, el modelo busca explicar que para que el nivel de acceso de los usuarios se mantenga constante tanto las barreras de acceso como los recursos a disposición deben mantener un efecto de compensación.

Partiendo de esto, Frenk propone tres tipos de obstáculos o barreras de acceso a la salud como lo son:

Ecológicos (demanda): relacionados con distancia y tiempos de transporte.

Financieros: relacionados con los precios que cobra el proveedor

Organizativos: relacionados con los tiempos de espera

Por lo anterior, este análisis puede reforzarse con lo expuesto por Betancurt et al., quienes afirman que las barreras de acceso a la salud pueden clasificarse desde las siguientes dimensiones (17):

Geográfica: relacionada con la distancia entre beneficiarios y servicios, y la posibilidad de cubrir ese recorrido a partir de las vías de comunicación existentes y los transportes disponibles.

Económica: relacionada con la capacidad financiera de las personas en relación con los costos asociados a atención y otros aspectos relacionados con esta.

Administrativa: referida a trabas burocráticas relacionadas con el acceso a los servicios.

Simbólico-cultural: hábitos y costumbres de la población, y las diferencias existentes a nivel cultural entre beneficiarios y prestadores de los servicios.

Por otra parte, existen también barreras de acceso a la salud, originadas a partir del nivel socioeconómico en el cual se encuentre el usuario, es decir que para aquellos con niveles bajos de ingreso según Restrepo et al., (13) se generan barreras como primera medida en términos de costo de medicamentos, consultas médicas y exámenes; seguidamente está el temor o vergüenza al ser atendido en un servicio de salud, además la desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, y finalmente estigma social, creencias y mitos

Finalmente, no se puede dejar de lado la importancia que tiene la satisfacción de los usuarios dentro de un modelo de oferta y demanda, aquí la calidad de la prestación de los servicios juega un papel fundamental frente al

acceso, porque esta permite que estos se ofrezcan cuando son requeridos y sin barreras que dificulten el acceso; partiendo de esto, el Ministerio de salud y protección social (18) dentro del marco del enfoque del monitoreo de la calidad reconoce la existencia de dimensiones o dominios que evalúan la calidad como lo son: i) efectividad; ii) seguridad, y iii) experiencia de la atención, asimismo como la iv) Gestión Integral del Riesgo. En este punto, resulta pertinente tener en cuenta que la dimensión experiencia de la atención, definida como un “conjunto amplio de atributos que se manifiestan durante el proceso de atención que incluye mediciones en temas de oportunidad, satisfacción y fidelidad” (18) se convierte en un elemento fundamental para la evaluación del acceso desde la oferta.

Por lo anterior, se puede afirmar que, para lograr una concepción integral del acceso a la salud, se deben estudiar en conjunto los diferentes factores que influyen en este proceso, así como las barreras, todos como parte de un mismo contexto, porque no solo se trata de un análisis desde la perspectiva de la oferta, sino también desde la demanda incluyendo no solo dimensiones de tipo geográfico y económico, sino también de tipo social y cultural.

4.4 Bases Legales

A continuación, se presentan brevemente las principales leyes y decretos que rigen el sistema de salud y la autonomía de los pueblos indígenas en Colombia:

En relación al acceso a la salud se tiene:

Constitución Política de Colombia de 1991 (19).

Art 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad.

LEY 1438 DE 2011 "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones" (20).

Art 2. Orientación del Sistema General de Seguridad Social en Salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud estará orientado a generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población. Para lograr este propósito, se unificará el Plan de Beneficios para todos los residentes, se garantizará la universalidad del aseguramiento, la portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país y se preservará la sostenibilidad financiera del Sistema, entre otros.

LEY 1751 DE 2015. "Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones" (21)

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) Disponibilidad. El Estado deberá garantizar la existencia de servicios y tecnologías e instituciones de salud, así como de programas de salud y personal médico y profesional competente; 2 b) Aceptabilidad. Los diferentes agentes del sistema deberán ser respetuosos de la ética médica, así como de las diversas culturas de las personas, minorías étnicas, pueblos y comunidades, respetando sus particularidades socioculturales y cosmovisión de la salud, permitiendo su participación en las decisiones del sistema de salud que le afecten, de conformidad con el artículo 12 de la presente ley y responder adecuadamente a las necesidades de salud relacionadas con el género y el ciclo de vida. Los establecimientos deberán prestar los servicios para mejorar el estado de salud de las personas dentro del respeto a la confidencialidad; c) Accesibilidad. Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información; d) Calidad e idoneidad profesional. Los establecimientos, servicios y tecnologías de salud deberán estar centrados en el usuario, ser apropiados desde el punto de vista médico y técnico y responder a estándares de calidad aceptados por las comunidades científicas. Ello requiere, entre otros, personal de la salud adecuadamente competente, enriquecida con educación continua e investigación científica y una evaluación oportuna de la calidad de los servicios y tecnologías ofrecidos

En relación a la salud en los pueblos indígenas se tiene:

Constitución Política de Colombia de 1991 (19).

Art. 7: El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

Ley 21 de 1991. Por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76a. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989 (22).

Artículo 1º El presente Convenio se aplica a) A los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional; b) A los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización.

Artículo 24º Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25º Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

Ley 691 de 2001: Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia (23).

Art 1: La presente ley Reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación. En alcance de su aplicación, reglamenta la forma de operación, financiamiento y control del Sistema de Seguridad Social en Salud, aplicable a los Pueblos Indígenas de Colombia, estos últimos definidos en el artículo 1o de la Ley 21 de 1991.

Acuerdo 326 del 15 de febrero de 2.006. Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y funcionamiento del Régimen Subsidiado de los pueblos indígenas (24).

Art 2°. De las obligaciones de las EPSI que administren recursos del Régimen Subsidiado. Las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, EPSI, que administren recursos del Régimen Subsidiado, deberán someterse a la normatividad vigente aplicable, salvo lo previsto en el presente Acuerdo para las Administradoras de Régimen Subsidiado Indígenas, ARSI.

Art 3°. Cobertura. Para la ampliación de cobertura del Régimen Subsidiado la Entidad Territorial atenderá en todos los casos los criterios de priorización establecidos en el Acuerdo 244 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estableciendo de manera expresa el número mínimo de subsidios destinados a la población indígena.

4.5 Definición de Términos Básicos.

IPS: Son las Instituciones encargadas de prestar los servicios de salud en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios dentro de los parámetros y principios señalados en la presente Ley. (25)

Cobertura en servicios de salud: la capacidad de los servicios de salud para brindar una atención que se adapte a las necesidades y exigencias de las personas, en consonancia con el conocimiento científico y tecnológico que mejore el estado de salud. (26)

Acceso a servicios de salud: proceso mediante el cual se puede lograr que una necesidad de atención se satisfaga completamente. Este incluye varias etapas o momentos claves, que pueden ser objeto de análisis: la necesidad, la búsqueda de servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación para resolver la necesidad; y en él intervienen varios agentes: personal de salud, administradores de los servicios, usuarios, entidades de regulación y financiamiento y otras (17).

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

La investigación es de enfoque mixto, toda vez que esta metodología permite analizar e integrar información de tipo cuantitativo como cualitativo, lo cual genera una mejor comprensión del problema de investigación, es especial en temas de ciencias de la salud.

Los métodos mixtos ofrecen un nuevo *marco* para pensar sobre investigación en servicios de salud con potencial para generar meta-

inferencias e *insights* únicos sobre fenómenos que se expresan de forma multifacética, relacionados al acceso, a la calidad y la prestación del cuidado en salud de forma segura (27)

Por otra parte, el estudio realizado es de tipo descriptivo, tal como lo afirma Hernández, Et Al (28) este tipo de estudios buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre las variables a las que se refieren. Esto es, su objetivo, no es como se relacionan éstas.

5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Fase cuantitativa.

Para la fase cuantitativa, se tomó como población objeto de estudio a los pacientes atendidos en el mes de junio del año 2022, que representan 630 usuarios que accedieron a consultas de medicina general en la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia; de esta manera para conocer el tamaño de la muestra se tomó en cuenta la fórmula para poblaciones finitas, según Aguilar (29).

$$n = \frac{N Z^2 S^2}{d^2 (N-1) + Z^2 S^2}$$

Donde:

N = Total de la población (630)

Z α = 1.645 al cuadrado (si la seguridad es del 90%)

S² = varianza de la población en estudio (0,05)

d = precisión (en su investigación use un 10%)

Reemplazando en la ecuación se tiene:

$$n = \frac{630 \times (1.645)^2 \times (0,05)}{(0,1)^2 (630-1) + (1,645)^2 \times (0,05)}$$

$$n = 239$$

Finalmente, la fórmula arrojó que el tamaño de la muestra para el estudio es de 239 usuarios, sin embargo, teniendo en cuenta los criterios de exclusión como el idioma y las dificultades de acceso para la aplicación del instrumento a los usuarios, la muestra real fue de 67.

Fase cualitativa.

Para la fase cualitativa, la unidad de análisis fue cuatro colaboradores de la IPSI Totogampa pertenecientes a las áreas administrativas, de gestión y operativas que desempeñan actualmente los cargos de coordinadores de administración y gestión y líderes de cuidado.

5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Fase cuantitativa.

Como instrumento de recolección de información se empleó la encuesta que sirvió para identificar las causas por las cuales los afiliados no acceden a los servicios de salud de la IPSI Totogampa. Para esto, el procedimiento de recolección de información se realizó mediante las siguientes etapas:

- Envío de cartas de autorización a la IPSI Totogampa para aplicación de encuesta a los afiliados.
- Adaptación de las preguntas de la encuesta basados en Arrivillaga et al (4) y aplicación a la muestra, previa revisión de la literatura académica sobre el problema de estudio
- Firma de consentimiento informado previo a la aplicación de los instrumentos a los usuarios de la IPSI Totogampa.
- Recolección de la información en la sede de Silvia de la IPSI Totogampa, según criterio de la entidad.
- Tabulación de la información y análisis de resultados: una vez extraída la información se procedió de a realizar un análisis cuantitativo de las encuestas.

Fase cualitativa

Como instrumento de recolección de información se empleó la entrevista estructurada con duración promedio de treinta minutos al personal de la entidad con el fin de profundizar en las experiencias de los actores en diferentes momentos del proceso de acceso. Para esto, el procedimiento de recolección de información se realizó mediante las siguientes etapas:

- Envío de cartas de autorización a la IPSI Totogampa para la realización de entrevistas a personal de la entidad.
- Adaptación de las preguntas de la entrevista basados en Vargas (9) y aplicación a la unidad de análisis previa revisión de la literatura académica sobre el problema de estudio.

- Recolección de la información en la sede de Silvia de la IPSI Totguampa, según criterio de la entidad.
- Selección de colaboradores de la entidad para hacer entrevistas semiestructuradas, previa adaptación de guía.
- Firma de consentimiento informado previo a la entrevista, al personal de la IPSI Totguampa.
- Análisis de resultados: una vez extraída la información se procedió de a realizar un análisis cualitativo de las entrevistas.

5.4 INSTRUMENTOS

Encuesta.

En esta fase cuantitativa se empleó la encuesta (Anexo 1) en base a las teorías expuestas por Frenk y Betancurt et al, y relacionadas con el abordaje de las barreras de acceso a la salud visto desde la demanda, soportado en el modelo del estudio de Arrivillaga et al (4), la cual presenta una encuesta compuesta por preguntas distribuidas en módulos que abarcan perfiles de tipo sociodemográfico, socioeconómico, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos y de rehabilitación y gasto de bolsillo.

Cabe aclarar que para la aplicación de las encuestas se tuvo en cuenta el permiso respectivo otorgado por el Consejo territorio indígena del oriente Caucano COTAINDOC para la aplicación de la herramienta y también el permiso de Arrivillaga, como autora del estudio.

Entrevista.

Para esta fase cualitativa se empleó la entrevista estructurada, la cual fue diseñada a partir de los factores que inciden en las barreras de acceso a los servicios de salud, visto desde la oferta según lo expuesto por Frenk y Betancurt et al, la cual se aplicó a cuatro integrantes de la organización, tomando como referencia algunas preguntas empleadas por Vargas (9) en su tesis doctoral. (Anexo 3)

5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Para el análisis de la información cuantitativa se realizó la tabulación de la información, por medio del uso de programa Excel, el cual inició con la creación de unas tablas dinámicas en las cuales se digitó de manera manual toda la

información recolectada en las encuestas. Posteriormente, se procedió a graficar estas variables de estudio a partir de la sumatoria de sus frecuencias, arrojando la información en porcentajes, lo cual facilitó su posterior análisis e interpretación.

Para la fase cualitativa se realiza el análisis de la entrevista, se empleó la técnica de análisis temático, la cual permite desde un esquema teórico ya propuesto identificar, analizar e informar patrones o temas, dentro de los datos recopilados empíricamente, con lo cual fue posible no solo organizar la información sino también interpretarla (30); En este sentido se segmentó la información por ejes temáticos en términos de barreras de acceso desde la oferta según lo expuesto por Aday y Andersen, Tanahashi, Frenk y Betancourt, sobre los cuales se contrastaron con la teoría y con lo expresado por los entrevistados.

Para el análisis conjunto de los resultados obtenidos en las fases cualitativa y cuantitativa tanto en la encuesta como en la entrevista, se utilizó el método de la discusión de datos, ya que este, según Eslava y Álzate (31) permite interpretarlos por el investigador, tanto a la luz de la hipótesis planteada, como a la de lo que otros autores dicen o han encontrado sobre el tema.

5.6 COMPONENTE ÉTICO

El componente ético que tiene el proyecto se basa en las normas morales que rigen la conducta humana, con lo cual los investigadores buscan resolver un problema que aqueja a los usuarios de la IPSI Totoguampa y también limita la prestación de los servicios de acceso de la organización, generando beneficios y no impactos ni daños a los actores a partir de la aceptación tanto legal como moralmente en la comunidad.

En este sentido se tendrá en cuenta lo expuesto en el artículo 4to numeral "e", de la resolución 8430 DE 1993 en el cual la investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al estudio de las técnicas y métodos que se en cuenta el artículo 5, se expresa que en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar (31).

En este sentido, aunque el nivel de riesgo al cual se enfrenta la población objeto de estudio es bajo, dado que las preguntas que componen las herramientas de recolección de información no afectan la privacidad de estos, es importante dejar claro que siempre prevalece por parte de los investigadores la intención de evitar o disminuir las posibilidades de que puedan sufrir algún tipo de daño derivado de la práctica bien sea en términos, físicos, morales o Psicológicos.

5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el desarrollo de esta investigación, fue importante llevar a cabo el consentimiento informado (CI) que se fundamenta en los derechos humanos y en el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud, en este sentido, se define como un “proceso de comunicación e información entre el profesional sanitario y la persona atendida; proceso que culmina con la aceptación o negación por parte del paciente, después de conocer los riesgos, beneficios y alternativas, para poder implicarse libremente en la decisión” (32).

Por lo anterior, el proceso que se adelantó para la realización el CI incluyo las siguientes etapas:

- La elaboración de la información por parte de los investigadores
- Análisis y discusión.
- Presentación del CI a los participantes del estudio (encuestados y entrevistados)
- La comprensión y valoración por parte del participante del estudio
- La aceptación o no del procedimiento propuesto.

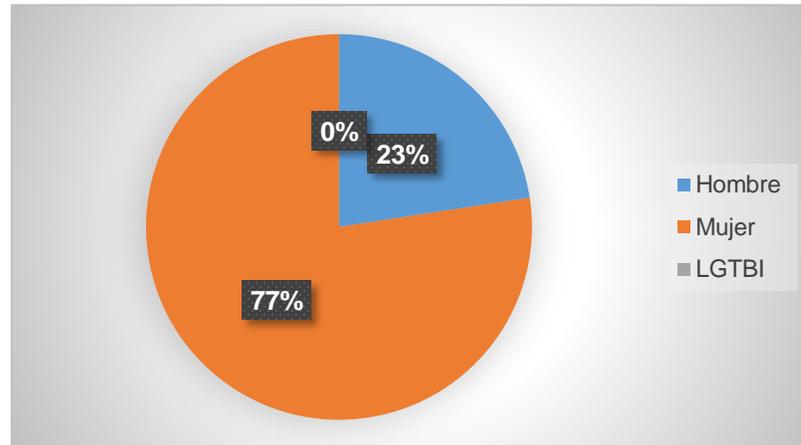
6. RESULTADOS Y DISCUSION

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de la aplicación de las encuestas y las entrevistas tanto a los usuarios como al personal administrativo de la IPSI Totoguampa, durante los días 16 a 26 de julio del año 2022.

6.1 Análisis de encuestas.

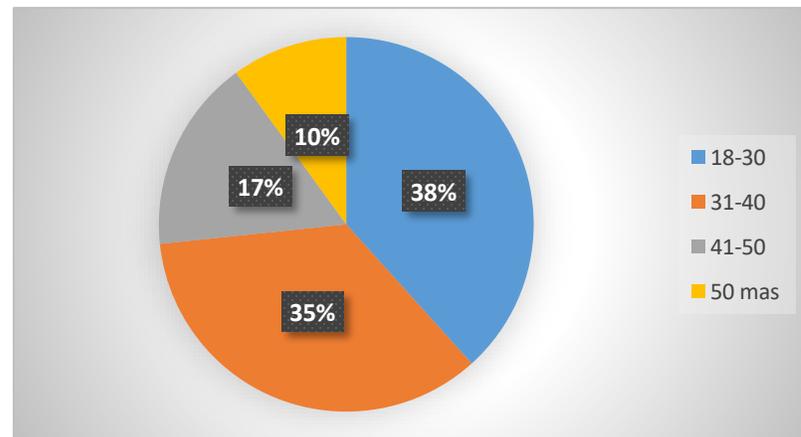
Datos sociodemográficos.

Figura 1 Género de los encuestados



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Figura 2. Edad de los encuestados



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

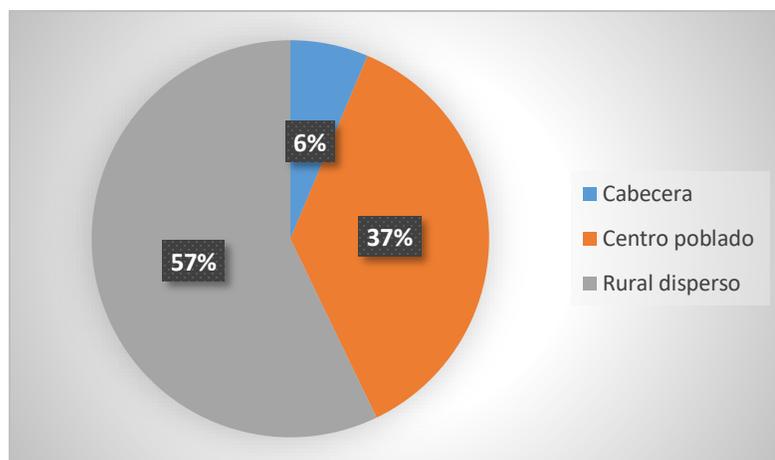
La figura 1 y 2 muestran la caracterización de los usuarios encuestados de la IPSI Totoguampa, de los cuales el 77% equivalente a 48 personas pertenecen al género femenino y el 23% restante que equivale a 14 personas pertenecen al género masculino; por otra parte, el 38% de ellos se encuentran en un rango de edad entre los 18-30 años, seguido por un 35% que esta entre los 31-40 años, el 17% está entre los 41 y 50 años y con más de 50 años, solo se encuentra el 10% de los encuestados.

Este panorama sociodemográfico muestra que los usuarios de la IPSI en su gran mayoría son mujeres, encontrando similitud a la composición nacional que según el Ministerio de Salud (2020) (33) para Colombia en el año 2019 el 48,8% eran hombres y el 51,2% eran mujeres; por otra parte, la distribución de la población por edades de los usuarios de la IPSI mantiene el mismo comportamiento que el nacional, pues el grueso de la población en Colombia se encentra entre los rangos de 15-19 años a 25-29 años, lo cual indica en términos generales que son personas jóvenes y que la población a nivel nacional presenta un acelerado relevo generacional.

Dimensión geográfica.

En términos geográficos, dada la dificultad de desplazamiento hacia los demás municipios donde opera la IPSI Totoguampa, es importante aclarar que el 100% de las encuestas se realizaron de manera presencial con usuarios que asisten a la IPSI de Silvia, motivo por el cual los resultados de la dimensión geográfica, solo reflejan la realidad de este grupo poblacional.

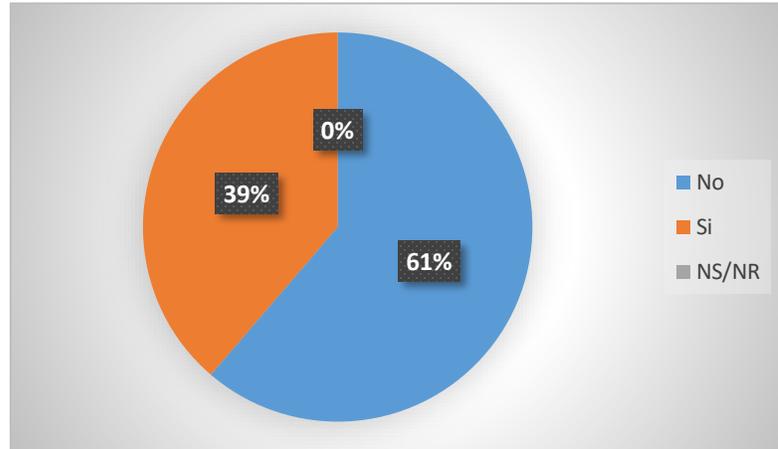
Figura 3. Zona de ubicación de la vivienda



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

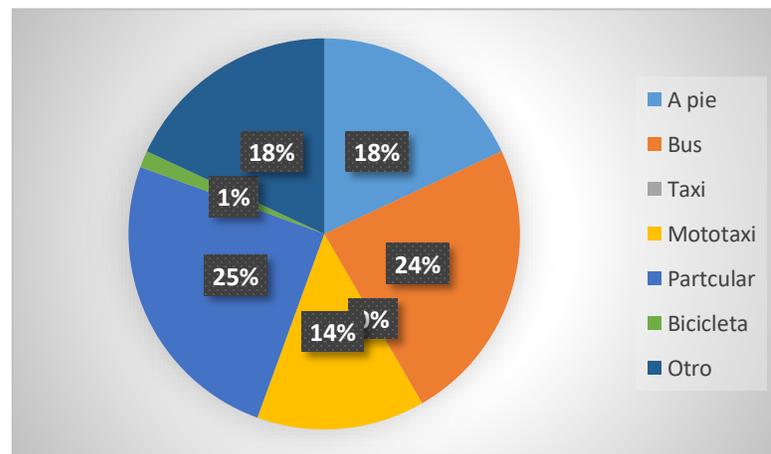
En lo que respecta al lugar donde habitan las personas que hicieron parte de la muestra, en la figura 3 se observa que el 57% que equivale a 36 encuestados viven en áreas rurales dispersas, seguido de un 37% que equivale a 23 encuestados que viven en centros poblados y solo el 6% equivalente a 3 encuestados en la cabecera municipal.

Figura 4. Uso de más de un medio de transporte



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

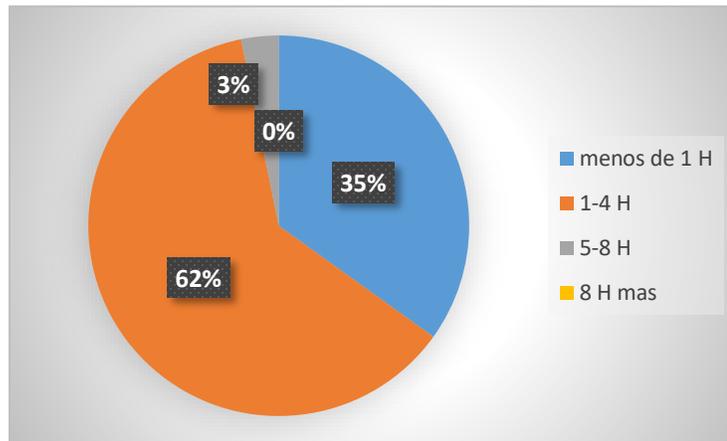
Figura 5. Medio de transporte utilizado



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Con relación al medio de transporte, de acuerdo a la figura 4 se encuentra que el 61% de los encuestados solo emplea un medio de transporte, el 39% restante emplea dos o más medios de transporte; por otra parte, la figura 5 muestra que el medio más utilizado por los usuarios es el transporte particular con un 25%, seguido de los buses particulares con un 24% y un 18% que afirma transportarse a pie dada la cercanía con el centro de atención, además de un 18% que también utiliza otro tipo de transporte como las chivas, jeeps o caballos.

Figura 6. Tiempo que tarda en llegar al lugar de la atención en salud



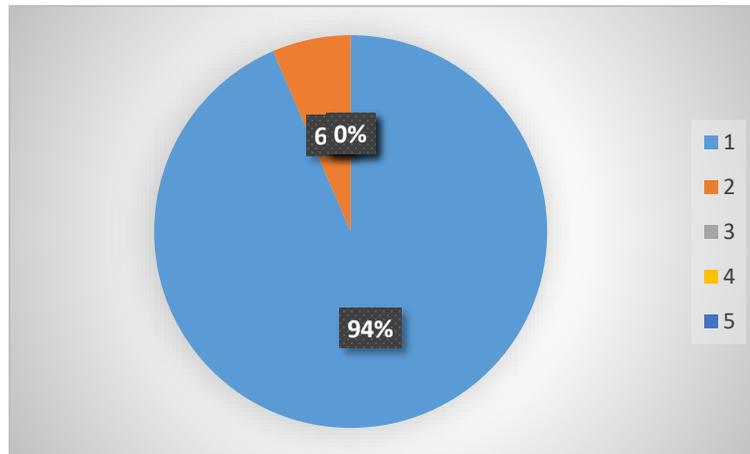
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Con relación al tiempo que tardan en llegar los usuarios a los centros de atención, según lo muestra la figura 6, el 62% de los encuestados tarda en promedio entre 1 y 4 horas, seguido de un 35% que gasta menos de una hora y solo el 3% tarda en llegar entre 5 y 8 horas.

La dimensión geográfica revela un panorama poco alentador para un gran porcentaje de los usuarios de la IPSI, quienes viven en lugares muy apartados y un número considerable de ellos deben usar al menos dos tipos de transporte para llegar al centro de atención entre los que se destacan el transporte particular y el público (bus), con tiempos de viaje estimados entre 1 y 4 horas, en este sentido, siguiendo a Piedrahita et al., (6) estos resultados demuestran la existencia de barreras de tipo geográfico que implican desplazamientos prolongados en tiempo y distancia para llegar a los puntos de atención dispuestos en la estructura sanitaria de la región.

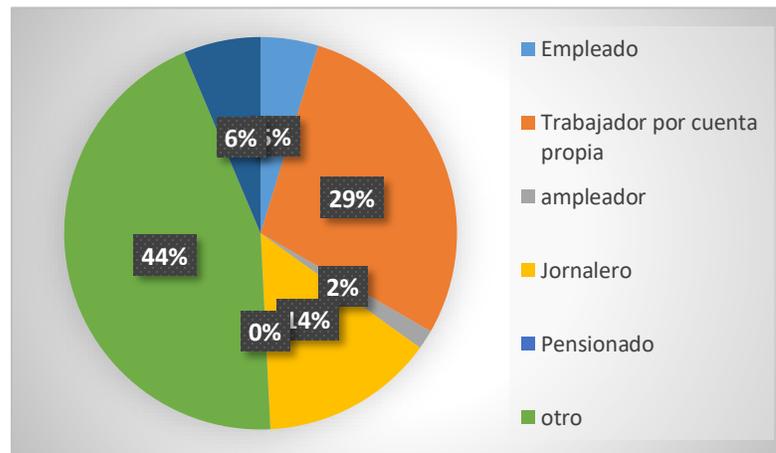
Dimensión económica

Figura 7. Estrato socioeconómico



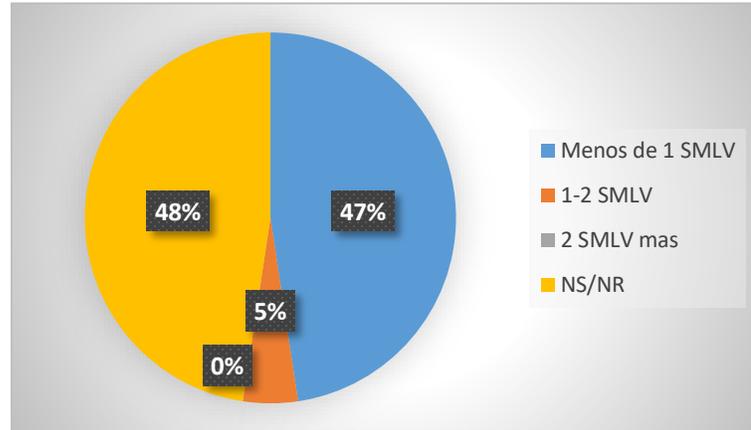
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Figura 8. Situación laboral



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

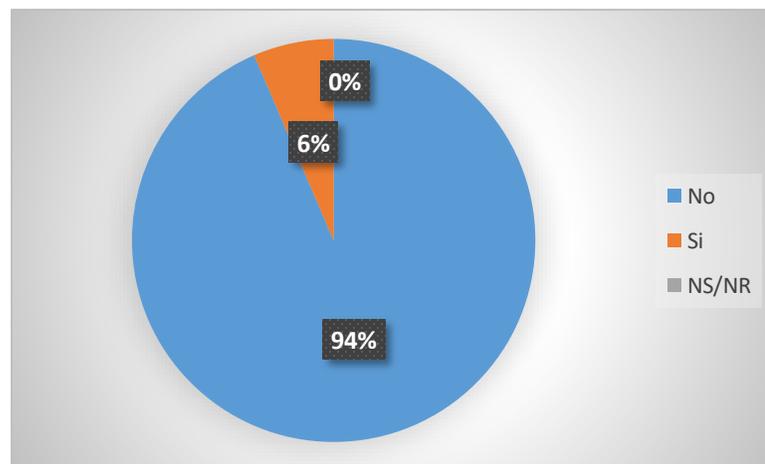
Figura 9. Nivel de ingresos



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

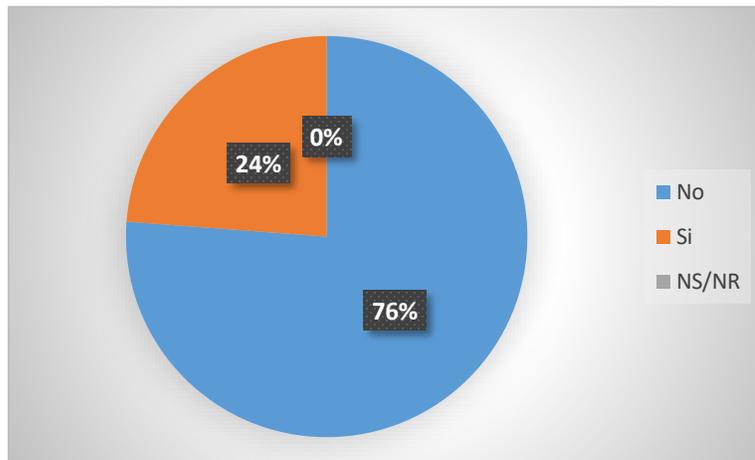
Como primera medida, en la dimensión económica como se muestra en la figura 7, el 94% de la población encuestada pertenece al estrato 1 y solo el 6% al estrato 2; por otra parte, en la figura 8 se observa que el 44% de los encuestados no desempeñan algún tipo de actividad laboral remunerada, destacándose como ocupación dentro de esta clasificación ser ama de casa o estudiante, seguido de un 29% que son trabajadores por cuenta propia, un 14% jornaleros, y en los últimos lugares están empleados y empleadores con un 5% y 2% respectivamente. Lo anterior conlleva a que tal como se puede apreciar en la figura 9, el 48% de los encuestados afirmen no percibir ingresos, el 47% solo tengan como ingreso menos de un SMLV y el 5% se encuentren dentro del rango de 1-2 SMLV.

Figura 10. Pago de cuota moderadora/copago por atención recibida



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

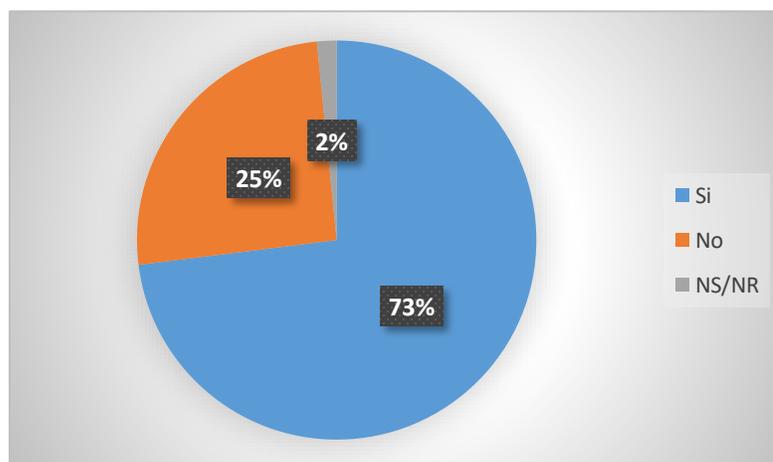
Figura 11. Pago de cuota moderadora/copago por medicamentos, exámenes o procedimientos no autorizados



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Cuando se analizan los resultados sobre los pagos que efectúan los usuarios de la IPSI Totoguampa, se encuentra que, con respecto al copago por atención recibida, el mayor porcentaje con un 94% no realizan pagos de cuota moderadora, solo el 6% restante de los usuarios hace un pago que oscila entre los \$3.500 y un máximo de \$90.000 pesos, como se observa en la figura 10; Sin embargo, este porcentaje de usuarios que pagan se incrementa a 24% cuando las cuotas moderadoras son por medicamentos, exámenes o procedimientos no autorizados, cuyos pagos se encuentran entre los \$25.000 pesos en promedio con un máximo \$500.000, y el 76% de los encuestados restantes afirman no realizar pagos por este concepto (figura 11).

Figura 12. Gastos extras



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Con relación a los gastos extras, como alimentación, transporte y estadía entre otros, un alto porcentaje, que corresponde al 73% de los encuestados afirman sí haber incurrido en estos gastos durante el proceso de atención médica, los cuales van desde los \$15.000 hasta máximo \$100.000 pesos; el 25% no han incurrido en gastos adicionales y el 2% no sabe o no responde acerca del tema, como se puede observar en la figura 12.

Posterior al análisis de cada uno de los ítems de la dimensión económica, se puede concluir que los usuarios de la IPSI Totoguampa son una población rural empobrecida perteneciente al estrato socioeconómico 1, limitada de ingresos teniendo en cuenta que en su mayoría son mujeres dedicadas a las labores del hogar, las cuales no son remuneradas y en el mejor de los casos, los que no pertenecen a esta clasificación trabajan por cuenta propia, recibiendo ingresos por debajo de un SMLV, es decir que ganan menos de \$1.000.0000 de pesos.

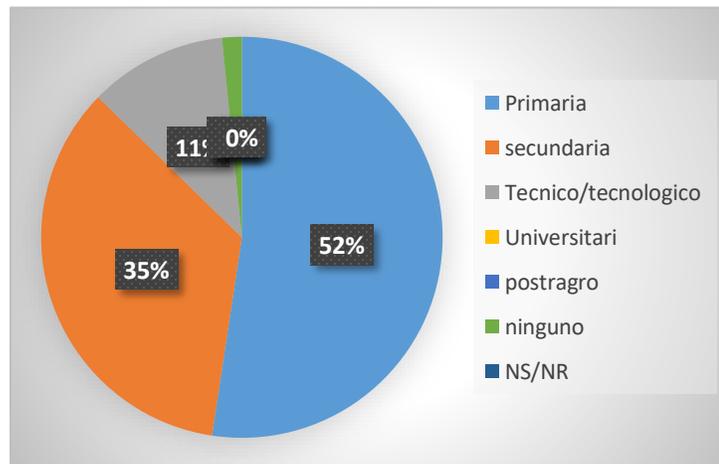
Bajo estas condiciones, la mayoría de los usuarios no paga cuotas moderadoras para la atención médica, sin embargo, cuando deben solicitar medicamentos exámenes o procedimientos deben tener disponible al menos \$25.000 pesos o más dependiendo de la necesidad del servicio, aunque cabe destacar que existen unos gastos extras como alimentación, transporte y estadía que deben ser tenidos en cuenta como barreras de acceso de los usuarios dado que sus ingresos son muy limitados.

Frente a esto, se pueda afirmar que los resultados de la dimensión económica contrastan con los expuestos por Piedrahita et al., (6), quien afirma que estas barreras son mayormente percibidas por parte de las poblaciones pobres y vulnerables, quienes por su condición de pobreza ya experimentan de manera más abrupta las barreras de tipo económico, que coartan sus posibilidades para asumir con recursos propios las contingencias que pueden derivar de las limitantes administrativas que presentan los sistemas.

Por otra parte, estos hallazgos corroboran lo concluido por Betancourt et al., (6), para quienes las principales barreras de acceso a la salud están ligadas a aspectos económicos que impactan directamente en las finanzas de los usuarios, al incurrir en gastos de bolsillo o extras como alimentación, transporte y hospedaje (figura12), además de las cuotas moderadoras por medicamentos, exámenes o procedimientos no autorizados (figura 10 y 11).

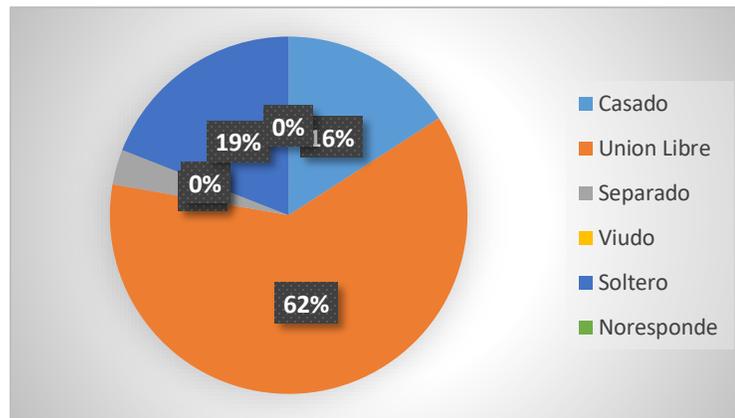
Dimensión Socio-Cultural

Figura 13. Nivel educativo



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Figura 14. Estado civil



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

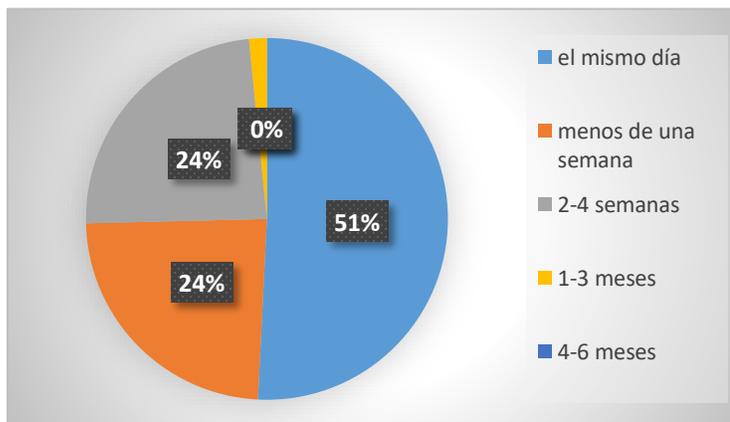
En las figuras 13 y 14 se muestra la dimensión sociocultural, donde se evidencia que el nivel educativo del 52% de los encuestados es básica primaria, seguido de básica secundaria con un 35% y un 11% no tiene ningún nivel de escolaridad; en cuanto al estado civil se encuentra que el 62% viven en unión libre, seguido de un 19% que están solteros y un 16% casados.

Bajo este contexto, los resultados permiten inferir que la mayoría de los usuarios rurales de la IPSI Totoguampa viven con sus parejas bajo la modalidad de unión libre y que se enfrentan a dificultades para acceder a la educación, lo cual explicaría que un alto porcentaje de la población tenga como nivel máximo de formación básica primaria, es decir que saben leer y escribir pero que carece

de conocimientos más específicos y avanzados. Además, se encuentra en un menor porcentaje, pero altamente significativo una población sin escolarizar.

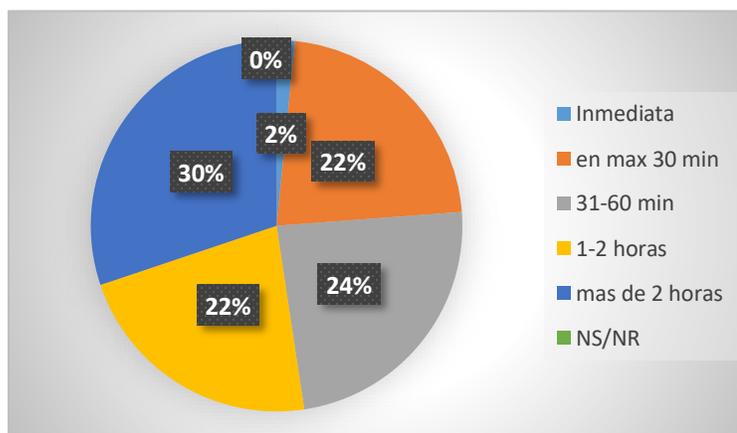
Dimensión acceso y calidad

Figura 15. Tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la consulta



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Figura 16. Tiempo transcurrido entre el momento de llegar al servicio y la consulta médica



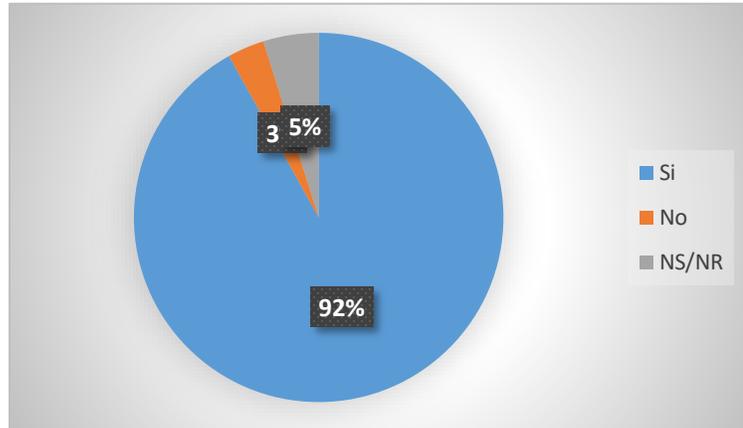
Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Con relación a los tiempos de atención entre la solicitud de la cita y la consulta (figura 15), el 51% de los encuestados afirman ser atendidos el mismo día, seguido de aquellos que afirman ser atendidos en menos de una semana y entre 2 y 4 semanas con un 24% de participación, respectivamente.

Por otra parte, al analizar el tiempo transcurrido entre el momento de llegar al servicio y la consulta médica, los resultados que arrojó la encuesta y que se

muestran en la figura 16 revelan que el 30% de los participantes del estudio deben esperar más de 2 horas, seguido de un 24% que debe esperar entre 31 y 60 minutos; además de esto aquellos que esperan entre 1 y 2 horas y máximo 30 minutos representan el 22% respectivamente y solo el 2% de los encuestados afirman que es atendido inmediatamente.

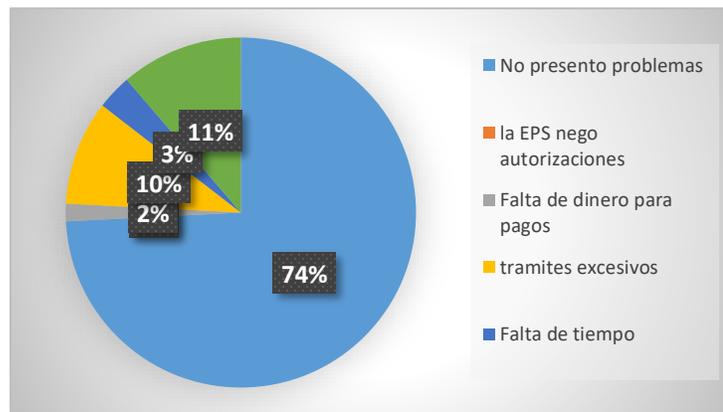
Figura 17. Fue brindada la atención necesaria para su problema de salud



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Con respecto a la atención médica y problemas posteriores a la misma, la figura 17 muestra que el 92% de los encuestados afirma que durante la cita médica fue resuelto su problema de salud, seguido de un 5% que no sabe o no responde y un 3% que considera que no fue resuelto su problema.

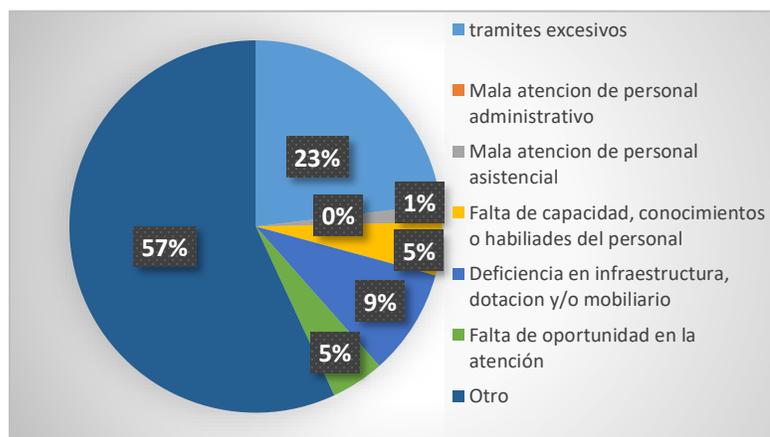
Figura 18. Problemas posteriores a la consulta



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

En este sentido, de manera congruente la figura 18 permite observar que el 74% de los participantes del estudio afirman que no se presentaron problemas posteriores a la consulta, seguido de un 11% que considera que dentro de los problemas más grandes se encuentran la demora en cuanto a entrega de autorizaciones, además de los tramites excesivos con un 10%, y la falta de tiempo y la falta de dinero para el pago con un 3% y 2% respectivamente.

Figura 19. Aspecto que influye sobre la calidad en la prestación del servicio

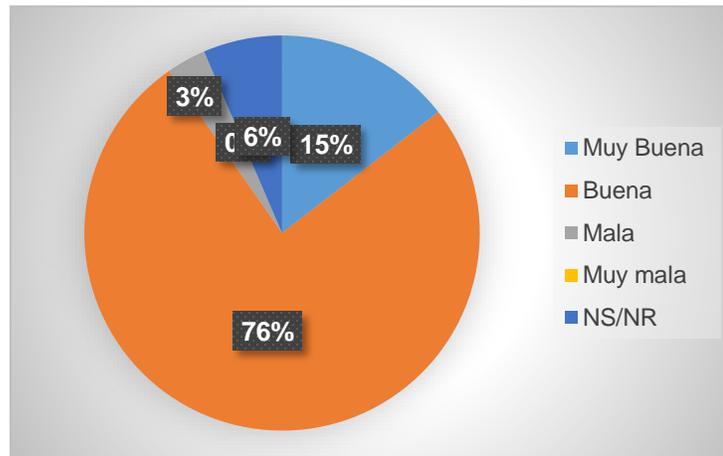


Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

La calidad en la prestación de los servicios de salud, es un aspecto importante para lograr la satisfacción de los usuarios; en este sentido, la figura 19 muestra como dentro de la clasificación de “otros” que tiene una participación del 57% dentro de las respuesta de los encuestados los aspectos que más influyen sobre la percepción de la calidad son: la falta de médicos, demoras en las órdenes de apoyo y autorizaciones y el despacho de usuario con medicamentos que no resuelven el problema de salud.

Además de estos se encuentra los tramites excesivos con un 23%, la deficiencia en infraestructura, dotación o mobiliario con un 9%, la falta de conocimientos del personal y la falta de oportunidad con un 5% respectivamente y finalmente la mala atención del personal asistencial con un 1%.

Figura 20. Medición de la calidad en los servicios



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados de las encuestas (2022)

Con respecto a lo anterior, la figura 20 refleja la percepción de la calidad sobre los servicios prestados por la IPSI Totoguampa por parte de los usuarios es en un 76% buena, seguido del 15% que la perciben como muy buena, un 6% no sabe o no responde y el 3% la califica como mala.

Finalmente, en relación a la calidad, la percepción que tienen la mayoría de los usuarios en términos generales es buena en respuesta al hecho que cuando asisten a las consultas médicas los problemas de salud son resueltos, la falta de personal médico y la deficiente infraestructura siguen siendo los puntos de inflexión en los cuales la calidad se ve deteriorada, de esta manera se convierten en aspectos de mejora para prestar un mejor servicio. Lo anterior va ligado con el hecho de que los tiempos entre la solicitud una cita y la atención se alarguen hasta 4 semanas y los tiempos de espera para ser atendido en el mismo día llegan a ser hasta de más de 2 horas.

A raíz de los datos analizados en párrafos anteriores, es posible afirmar que la población usuaria de la IPSI Totoguampa en su mayoría son mujeres jóvenes, con bajo nivel de escolaridad, que habitan en la zona rural dispersa del municipio de Silva, quienes para llegar a la atención medica deben de tomar al menos un medio de transporte, tardando de 1 a 4 horas en llegar al centro de atención; esta problemática racionada con el traslado hacia los centro de atención no es propia del departamento del Cauca, el estudio de Juárez et al., (3) en población indígena mexicana, muestra que aunque la distancia entre las localidades más alejadas y la ciudad donde están los hospitales, es relativamente corta (70km), puede implicar hasta 6 horas debido a la orografía de la zona y al terreno agreste, porque estas comunidades están dispersas en la sierra y no todas cuentan con carreteras pavimentadas, sumado a esto su condición de extrema pobreza, hace que su traslado sea mediante el servicio de transporte público, que tiene horarios restringidos y frente a una urgencia,

deben trasladarse en servicio privado, cuyo costo es excesivo para sus ingresos.

Por otra parte, en relación a la dimensión económica, es posible afirmar que los usuarios de la IPSI Totoguampa pertenecen al estrato socioeconómico 1 y perciben ingresos menores un 1 SMLV y aunque no cancelan copagos, si dejan en evidencia, que en ocasiones se presentan gastos extras como alimentación y hospedaje, a los cuales se enfrentan cuando la IPSI no les autoriza procedimientos o medicamentos o cuando deben ser remitidos a centros de atención de otro nivel.

Frente a esto, los hallazgos concuerdan con lo expuesto por Meave et al., (34) para quien los indígenas son una población que viven en comunidades por debajo del índice de pobreza, por ello las tarifas de los servicios de salud son una gran carga para la economía familiar y más aún cuando se presentan gastos de medicamentos y transporte que hay que pagar en efectivo; en este sentido, la pobreza se les convierte en un obstáculo para recibir atención médica.

Con respecto a la percepción de la calidad, los encuestados reconocen que tardan más de 2 horas en ser atendidos, deben enfrentarse a tramites excesivos sin dejar de lado la forma en que se ven afectados por la falta de médicos, demoras en las órdenes de apoyo y autorizaciones y el despacho de usuario con medicamentos que no resuelven el problema de salud

Esta cartelización de la población objeto de estudio, coincidió con lo expuesto por Piedrahita (6) y Betancourt (5), para quienes la población rural en Colombia es la más afectada por la incapacidad el sistema de brindarles condiciones para el acceso a los servicios de salud, lo cual se explica no solo por que residan en un área rural dispersa, lo que de entrada les dificulta la consecución de estos servicios, sino por las brechas que existen entre el sector rural y el urbano los ha dejado históricamente desprovistos de condiciones socioeconómicas aceptables para tener una buena calidad de vida.

6.2 Resultado Fase cualitativa:

Las entrevistas realizadas para esta investigación fueron realizadas al personal de la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia pertenecientes a las áreas administrativas, de gestión y operativas con el fin de poder identificar desde diversas perspectivas cuales son las barreras de acceso que existen desde la oferta para el acceso a los servicios de salud; a continuación se presenta los resultados a través de tres categorías de análisis: Dimensión organizativa, dimensión de trámites y servicios y dimensión de calidad, argumentadas desde los textos sociales de los actores.

Dimensión organizativa: Esta dimensión contempla cómo se encuentran establecido el servicio de atención en la IPSI frente a las necesidades de los usuarios y cuales podrían ser las posibles barreras de acceso desde la oferta.

A nivel organizativo, la IPSI Totoguampa cuenta con tres sedes en los municipios de Silvia, Totoro y Piendamó ubicación que favorece el acceso a los usuarios, ofreciendo servicios de baja complejidad, es decir de nivel 1, en respuesta a la política de salud integral indígena bajo la cual se rige (Sistema Indígena De Salud Propio E Intercultural - SISPI). En términos de la estructura organizacional, el entrevistado 2 afirma que *“primero que todo la estructura en el marco indígena siempre es más de tipo horizontal que vertical, en ese ejercicio pues estaría la consejería mayor, nuestra consejera es la consejera socio cultural ella es la que se encarga de salud, luego viene el coordinador del programa como tal, y el programa tiene cinco (5) componentes que es el Político Organizativo, Administración y Gestión, Cuidado de la Salud, Formación, Capacitación Generación uso del conocimiento y Sabiduría Ancestral, son los cinco componentes, cada componente tiene un coordinador”*.

En cuanto al proceso de asignación de citas, uno de los actores plantea *“en el municipio de Silvia se maneja de manera directa y también de manera telefónica, en el municipio de Piendamó se maneja de manera telefónica en el municipio de Totoró se maneja de manera directa”*, es decir que de acuerdo al texto social, en general las citas se asignan de manera presencial, lo que en sus palabras se denomina “directa”, indicando que son diferentes los procesos de asignación de citas de acuerdo a la sede en la que se solicita el servicio. Para el horario de atención, se realiza según el orden de llegada de los usuarios, para ello como medida para elevar el nivel de atención, se han extendido los horarios *“de lunes a jueves de 7:30 am – 4:00 pm, el viernes de 7:00 am – 2:00 pm y los sábados de 7:00 am – 2:00 pm”* (entrevistado 3) teniendo en cuenta los días de mercado y la disponibilidad de transporte para aquellos que viven en las zonas más apartadas de los municipios en que tiene presencia al IPSI.

En términos de las barreras de acceso, las opiniones de los entrevistados se encuentran divididas; porque si bien, al ser esta una actividad de tipo comunitario no es posible que existan barreras, por ello emplean estrategias como el uso de dinamizadores que hacen la demanda inducida cuando los pacientes no pueden desplazarse hasta lo centros de atención o, se apoyan en la labor de los comuneros cuando no hablan el idioma.

Por otra parte, algunos entrevistados están de acuerdo en que la geografía haciendo alusión a la falta de vías de comunicación entre regiones y la falta de profesionales son barreras que impiden a los usuarios el acceso a los servicios de salud, tal como lo afirma el entrevistado 2 para quien en *“odontología es*

donde más tenemos barreras por la dificultad del personal, tenemos un (1) solo odontólogo para la demanda de los pacientes”

Por otra parte, al hablar sobre como la ubicación de los puntos de atención facilitan el acceso de los usuarios a los servicios de salud, los entrevistados concuerdan que si es posible brindar la atención dado que *“los puntos son centrales y permite que el paciente pueda acceder al servicio que necesita”* (entrevistado 4) aunque *“en el municipio de Silvia estamos en una vía principal y siempre el estacionamiento de vehículos entorpece la entrada de los usuarios”* (entrevistado 1), en cuanto a infraestructura el entrevistado 3, reporta que para las personas con movilidad reducida *“desde la Secretaria de Salud Departamental hay algunas observaciones para mejorar el acceso a los segundos pisos de nuestras IPS, para las personas que tienen alguna discapacidad”* .

En respuesta a los horarios de atención que van de *“lunes a jueves de 7:30 am – 4:00 pm, el viernes de 7:00 am – 2:00 pm y los sábados de 7:00 am – 2:00 pm”* (entrevistado 2), el total de los entrevistados se encuentran de acuerdo que son adecuados, sin embargo reconocen las necesidades de los usuarios que se desplazan de las áreas rurales dispersas hacia la cabecera municipal y llegan temprano a solicitar el servicio; por tal motivo la nueva consejería puso en marcha una mejora denominada *“puertas abiertas”*, la cual consiste en ampliar los horarios, *“a petición de la comunidad, donde se tiene en cuenta los días de mercado”* (entrevistado 4)

En este sentido, al analizar los tiempos de espera del paciente frente a la atención médica, se reconoce la existencia de dificultades dado que, aunque las puerta se abren a las 7:00 am y la tención deben de comenzar desde esta hora, hasta las 4:00 pm, puede ocurrir que inicien a las 8:00 am, situación que retrasa la atención de pacientes; además, según lo afirma el entrevistado 4 *“los tiempos a veces son complejos porque llegan en montonera, llegan casi la mayoría juntos, la estrategia es que ellos hagan la fila y uno les va entregando la ficha para que vengan y facturen”*, sin embrago frente a esta dificultades se han implementado mejoras para mitigarlas como lo afirma el entrevistado 1:

“Los tiempos de espera están definidos de acuerdo a la normatividad debido a que cada profesional tiene un estimado de tiempo, a la comunidad inicialmente se le indica que debe tener una espera prudente, de acuerdo a los turnos que vayan llegando para que ellos tengan en cuenta, mientras tanto se van pasando a otras especialidades o algunos otros procesos porque ejemplo familia y la hora de vida que es para nosotros la mujer gestante, entonces que no solo sea a medico si no que pasa a psicología, pasa a laboratorio, odontología, mientras hace el transcurso de esos servicios va tomando su tiempo para que llegue la hora de su atención”

Dimensión de trámites y servicios: el análisis de esta dimensión está relacionada a que tan amplio es el portafolio de servicios de la IPSI, si atiende las necesidades específicas de los usuarios, además a identificar barreras en cuanto a trámites administrativos y autorizaciones.

En cuanto a los servicios la IPSI, cuenta con un variado portafolio integrado por medicina general y alternativa de esta manera, “*los servicios que se ofrecen cumplen con la necesidad de la gente*” (entrevistado 3), a partir de una atención extramural y de mediana complejidad, tal como lo afirma el entrevistado 2.

En este caso tenemos medicina general, odontología, laboratorio, vacunación, tenemos especialidades en pediatría, ginecología, medicina interna, psicología, nutrición y también ahorita tenemos el acceso a un ecógrafo que se consiguió a través de la nación y el cual tenemos servicios para las maternas y otras especialidades que nos ofrece el ecógrafo, de igual manera tenemos medicina alternativa con los médicos alternativos que se rotan entre Silvia, Totoro y Piendamó y que se hacen las salidas a campo, el servicio no solamente es intramural sino que también se hace a través de los Planes de Intervención Familiar que se ejecutan de acuerdo a la caracterización que se hace en la ficha familiar y en la planeación de estos procesos que se hacen en cada uno de los territorios acudiendo esencialmente para donde se identifican las madres gestantes, los adultos mayores, los niños y en complementariedad se hace a través del programa de sabiduría ancestral a través de los médicos tradicionales con el programa de autonomía alimentaria para lo que es la parte de huertas, proyectos productivos y saneamiento básico, de igual manera también tenemos el servicios del médico tradicional en la Tulpa que tiene la IPS en donde se hacen atenciones diarias, en donde ya se han hecho 17 partos en casa con la ayuda con la complementariedad de la medicina occidental, no contamos con rayos X.

Frente a estos servicios ofrecidos actualmente, los entrevistados afirman que permiten una atención integral a los usuarios, porque según lo manifestado por el entrevistado 1 “*Hemos venido coordinando a través de los procesos que a medida que pase los momentos se vayan integrando de una mejor manera, lo que se pretende por ejemplo ahora con la consecución del ecógrafo es subir más procesos que permitan que la comunidad no se desplace hasta Popayán si no que toda su integralidad se haga aquí, (...) ahorita por ejemplo estamos en el proceso de laboratorio propio, ya se construyó el laboratorio ya se tienen todos los elementos necesarios para hacer el procesamiento de medicamentos propios ósea la transformación de las plantas y ya ese proceso en unos tres meses estará a disposición de la comunidad*”; es decir que partir de las necesidades identificadas la IPSI Totoguampa, intenta subsanarlas mediante contratación de personal médico profesional especializado, aun cuando

“económicamente no es que tenga mucha ganancia, (...) porque los especialistas son costosos, porque los laboratorios de media son costosos, los reactivos, bueno, además que los laboratorios que tenemos aquí de mediana pero algunos no cubrimos, con tal de ayudar a la gente” (entrevistado 3)

Con respecto a los trámites administrativos, cuando un usuario requiere de atención, especializada según el entrevistado 3 *“primero debe sacar la cita y pasar a verificación de afiliación por parte de los facturadores”*, si esta cita es de nivel 2, será atendido en clínicas de la ciudad de Popayán, por lo tanto la IPSI se encarga de realizar todos los trámites correspondientes a autorización y ordenes de apoyo con el fin de garantizar el acceso efectivo a los servicio de salud de manera ágil y eficiente:

“Ya para segundo nivel los compañeros que hacen punto de atención AIC pues hacen todos los trámites pertinentes para la consecución de las citas en segundo nivel, en las clínicas también propias en las occidentales, pero aquí se les hace todo el trámite a cada uno de los comuneros, las autorizaciones se les hace todo el proceso aquí y se les entrega toda la documentación necesaria para que ellos no más lleguen a hacer su consulta” (entrevistado 1)

Sin embargo, las demoras de estos procesos se dan a partir de la disponibilidad de los especialistas que se requieren; para el entrevistado 4 *“En tema administrativo se tramita las ordenes de apoyo para segundo nivel, la AIC tramita la orden de apoyo que tiene un tiempo de 8-10 días a las diferentes especialidades, ya dependiendo a lo que se los remita”*; en este sentido, el acceso adecuado a los servicios a partir de los tramites se ve afectado por las demoras en la clínicas occidentales, constituyéndose esta como una berrera y como una debilidad que según concuerdan los entrevistados se debe fortalecerse.

Dimensión de calidad: esta última dimensión analizada, tiene como objetivo identificar si la atención brindada por el IPSI Totoguampa está centrada en las necesidades de los usuarios y su satisfacción, frente al acceso equitativo y eficiente de los servicios médicos.

Finalmente, cuando se hace referencia al acceso en función de la calidad, los entrevistados afirman que, al existir una humanización de los procesos, se mejora el nivel de satisfacción de los usuarios y con ello su percepción sobre la calidad de los servicios, aunque no se desconoce que existen algunos problemas y muchas veces dependerá del lugar en el que se preste el servicio y porque el marco regulatorio bajo el cual se opera es diferente al de la medicina occidental.

Con respecto al conocimiento que tienen los usuarios sobre los servicios de salud a los que tiene derecho, los entrevistados afirman que el proceso es

complejo, aun cuando han existido puntos de información, estos no contaban con la capacidad para transmitir de manera correcta los mensajes, además la existencia de barreras como el idioma, también dificulta la comunicación con los usuarios; en este sentido, *“la mayoría de población de nosotros es indígena por eso se ha tratado de que las personas que trabajen para nuestra organización también sean bilingües, porque depende de nuestros territorios, porque hay personas que vienen de territorio de Utumburao, necesitan que les expliquen en el idioma propio o que necesitan que les expliquen de manera más pausada”* (entrevistado 3).

En cuanto a la satisfacción de los usuarios es claro que ellos consideran buenos los servicios prestados por IPSI, toda vez que según lo afirma el entrevistado 2, *“la mayoría si se sienten satisfechos y se pueden evidenciar en algunas de las entrevistas que se hacen con la comunidad, nosotros también tenemos algunos procesos donde se hacen encuestas de satisfacción tanto del punto de atención AIC como la unidad de cuidado Totoguampa, entonces ahí cuando uno hace la relación y los análisis pues se nota que el punto de satisfacción es bastante alto”*, aunque se reconoce que existen también usuarios que no están satisfechos dados los altos números de PQR en respuesta a la atención de los dinamizadores que nos cumplen con las tareas de visita.

Por lo anterior como estrategia de mejora se reconoce la importancia de humanizar aún más los procesos de atención, estar en constante comunicación con las comunidades, educándolas sobre la IPSI y ruta de manejo de servicios, ya que según el entrevistado 3 *“la mayoría de los comuneros conocen específicamente cuales son las acciones que se deben hacer, sin embargo, tenemos un tema de confusión en lo que es la EPS y lo que es la IPS”*.

Con respecto a la dimensión organizativa, cabe destacar que las comunidades indígenas emplean un estilo organizacional de tipo horizontal más que vertical, es decir menos jerárquico con lo cual se fomenta el diálogo entre los diversos grupos de trabajo y la productividad, al igual que la comunicación, aspectos relevantes para la vida en comunidad; bajo esta perspectiva, la consejería mayor que está representada por un grupo de líderes elegidos en asamblea, es la encargada de brindar los servicios de salud a la comunidad campesina e indígena de los municipios donde opera la IPSI.

Partiendo de esto y entendiendo su carácter comunitario, han buscado brindar atención de nivel 1, es decir servicios de baja complejidad a los usuarios del sistema que viven tanto en el área rural dispersa como en el casco urbano, implementado un mecanismo de asignación de citas que funciona de manera directa es decir presencial en función del orden de llegada y vía telefónicas; sin embargo, aunque la IPSI busca de manera incansable ampliar su cobertura, los

directivos de la institución reconocen que tanto desde el interior como de manera externa se generan barreras que no son posibles de controlar.

Cabe destacar aquí el estudio de Maeve et al., (34), el cual muestran como la población indígena en Guatemala al igual que en Silvia, debe madrugar mucho para llegar a la consulta en el centro de salud. así los pacientes deben llegar antes de la hora en la que se abre el centro, obtener un número y formarse, por otra parte, los transportes son escasos y no hay acceso a las carreteras y solo pocos indígenas que viven en las comunidades tienen automóviles; sin embargo, existe transporte colectivo, pero no es suficiente y por la noche no hay servicio.

En términos de la oferta, las barreras asociadas a la falta de personal médico, horarios de atención y tiempos de espera se convierten en limitantes para que los usuarios no accedan de forma adecuada a los servicios médicos, sin embargo como estrategia para ampliar la atención se implementaron horarios extendidos, los días de mercado, que es cuando más confluye personas en el municipio de Silvia; por otra parte el idioma y la geografía, que son variables externas a la institución y que de igual manera limitan el acceso, han intentado ser subsanadas por la IPSI, por medio del uso de dinamizadores y comuneros que presten los servicios de manera extramural y en el idioma autóctono con el fin de poder superar el problema.

A nivel de trámites y servicios y calidad de los mismos, se destacan los intentos de la IPS Totoguampa, en primera medida por incrementar el nivel de satisfacción de los usuarios atendiendo las necesidades especializadas, por medio de la ampliación del portafolio de servicios y vinculando personal profesional en áreas específicas como ginecología, pediatría, nutrición y medicina interna; sin embargo, cuando no es posible atenderlos en la IPSI, los colaboradores tramitan las ordenes de apoyo para segundo nivel con un tiempo estimado de respuesta de 8-10 días, lo cual depende directamente de la disponibilidad de atención en la ciudad de Popayán. En este sentido, para la IPSI la satisfacción es lo más importante, por ello adelantan procesos de humanización en los colaboradores a partir de la capacitación y formación para que puedan prestar un adecuado servicio a la comunidad.

Triangulación de la información.

Una vez analizada y recolectada la información de las encuestas y las entrevistas, a continuación, se presenta su triangulación con respecto a las teorías expuestas en el apartado 4.

Según Goddard y Smith (12) para estudiar el tema del acceso a la salud teniendo en cuenta las necesidades de los usuarios, se debe realizar, partiendo de un análisis de grupos poblacionales específicos, que cuenten con

características similares y pertenezcan a grupos sociales y culturales parecidos. Referente a este tema, es posible afirmar que este estudio alcanzó un grado de validez que le aporta el modelo, para la fase cuantitativa, caracterizada por pertenecer a grupos poblacionales indígenas/campesinos, residentes del municipio de Silvia y ser usuarios de la IPSI Totoguampa, además de esto, los actores que hicieron parte de la fase cualitativa pertenecían al área administrativa de la organización de la sede del municipio de Silvia, así bajo este contexto se logró estandarizar las muestras.

De otro lado, fue posible corroborar las dos posturas teóricas en relación al acceso a los servicios de salud, es decir que estos se pueden analizar desde la oferta (Instituciones) propuesta por Aday y Andersen y desde la demanda (usuarios) propuesta por Goddard y Smith, en las voces de los diversos actores que interviene en el proceso.

Con la información recolectada en la encuesta y en la entrevista, triangulada con el marco teórico, se identificaron barreras de acceso existentes en la IPSI Totoguampa que proviene de aspectos tanto organizacionales, como externos a la institución como se exponen a continuación:

- **Geográfica:** los usuarios afirman que, para acceder a los servicios de salud, deben tomar más de un transporte que tiene horarios limitados e incluso tardan en llegar hasta 4 horas al centro de atención, además la ubicación de su vivienda está en mayor porcentaje situada en el área rural dispersa del municipio de Silvia, motivo por el cual, ésta se constituye una barrera de tipo ecológico como lo denomina Frenk (16). La IPSI, para solucionar esta barrera, han desarrollado como estrategia emplear dinamizadores que induzcan la demanda con el fin de atender usuarios a quienes no les es posible tomar de manera presencial el servicio.
- **Económica:** esta es una de las principales barreras de acceso a los servicios de salud que se pudo identificar con el estudio, toda vez que muchos usuarios perciben ingresos menores a 1 SMLV, posee un bajo nivel de escolaridad y consideran que pagos extras por medicamentos o tratamientos que no cubra la entidad, afectan su economía familiar.
- **Simbólico-cultural:** bajo esta perspectiva el idioma es considerado como una barrera de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de la oferta, porque la IPSI atiende grandes grupos de comunidades indígenas que pertenecen a territorios como el de Utumbarao, Nasa, Kichu, Ampiu y Misak y con los cuales el trato debe de ser diferencial entendiendo que requieren de un mayor tiempo de atención, motivo por el cual gran parte del personal que labora actualmente en la organización debe de ser bilingüe.
- **Organizativos:** finalmente desde la perspectiva de la demanda, los usuarios consideran que existen barreras de tipo organizativo que impiden su acceso a los servicios de salud; estas se reflejan en limitados

horarios, bajo número de profesionales, largos tiempos de espera para acceder a una atención médica y un no muy eficiente sistema de asignación de citas mediante fichas que tiene en cuenta el orden de llegada del paciente para su posterior atención.

7. CONCLUSIONES

Se obtuvo información relevante para estudiar el acceso a partir de datos derivados de las encuestas, y poder caracterizar sociodemográficamente los usuarios de la IPSI Totoguampa del municipio de Silvia; cabe destacar que este modelo conductual adaptado de Arrivillaga reflejan el uso de servicios de salud, a partir de las características individuales y contextuales que intervienen en el acceso a la atención de poblaciones específicas como en este caso, la indígena y campesina, a partir de variables demográficas, económicas y culturales que afectan la capacidad de obtener la atención o acceso ante una necesidad de salud.

El punto de partida de este estudio fue la revisión sistemática de la literatura donde se analizaron los modelos conceptuales en acceso a servicios de salud desde una perspectiva de la oferta (Instituciones) propuesta por Aday y Andersen y desde la demanda (usuarios) propuesta por Goddard y Smith. De esta manera se logró identificar cuáles eran las barreras específicas que tanto para los usuarios como para la organización están impidiendo el acceso.

Partiendo de esto, la muestra tomada para este estudio que corresponde a la población rural indígena y campesina, quienes actualmente son usuarios de la IPSI Totoguampa, no son más que el reflejo de la realidad que vive esta comunidad que se extiende a lo largo y ancho del continente americano, pues los estudios de Juárez en México y Maeve (34) en Guatemala concuerdan con que la pobreza es la principal característica y también el mayor obstáculo para acceder a los servicios de salud, sin dejar de lado que la ubicación de sus viviendas en áreas dispersas y la ausencia de vías de comunicación sumado a los medios de transporte, contribuyen a que el proceso de atención sea más difícil. Resulta importante no dejar de lado que el bajo nivel de ingresos hace que gastos extras en medicamentos no autorizados, transporte, alimentación e incluso hospedaje, se conviertan en una carga para la economía familiar.

Con respecto a esto, es posible concluir que si existe barreras de acceso desde la oferta aun cuando los funcionarios de la IPSI Totoguampa no los reconozcan, pero que si son percibidos por los usuarios como por ejemplo los limitados horarios de atención, el bajo número de personal médico, los tiempos de espera, los costos de medicamentos o procedimientos no autorizados y el

proceso de asignación de citas; sin embargo se debe de reconocer el esfuerzo de la organización para ampliar los servicios de especialidad, tramitar autorizaciones en entidades de medicina occidental en la ciudad de Popayán, desplazar dinamizadores de campo que atiendan la demanda inducida de la población vulnerable y a emplear comunales para romper las barreras del idioma, con lo cual buscan subsanar las deficiencias en atención y ampliar el nivel de acceso y cobertura de los usuarios.

Por el lado la demanda, las barreras de acceso a los servicios de salud fueron claramente identificadas con lo expuesto por la muestra en los resultados de la encuesta; de esta manera desde la perspectiva de Frenk y Betancourt, la distancia y los tiempos de llegada a los centros de atención sumado a los gastos extras se constituyen como barreras de tipo ecológico/geográfico y financiero/económico respectivamente, situación que se asocia a las características propias de la población rural indígena campesina en Colombia y en América latina.

8. RECOMENDACIONES

Como primera recomendación se tiene que la IPSI Totoguampa realice la socialización de los resultados de este estudio con los demás consejeros mayores pertenecientes al área de salud, con el propósito no solo de poder identificar las fallas en los procesos de tipo organizativo, sino de conocer el nivel de satisfacción de los usuarios frente a la prestación de los servicios.

Por otra parte, es importante que la IPSI Totoguampa reconozca que no solo se trata de garantizar que todos los usuarios estén cubiertos, sino que esto se traduzca en acceso efectivo a servicios de salud integrales, es decir no solo de nivel 1 sino también de especialidad y que a su vez se tenga en cuenta la importancia que tiene la calidad en el momento de atender las necesidades de las personas, sin que esto signifique afectación en la economía familiar de los usuarios.

Teniendo en cuenta que los servicios ofrecidos por la IPSI Totoguampa son de nivel 1, lo cual supone una mayor cercanía a los usuarios en etapas tempranas de enfermedad, se recomienda realizar una inversión en atención primaria para fortalecer y ampliar el acceso a los servicios de promoción, prevención, rehabilitación y los cuidados paliativos, con el fin de prevenir hospitalizaciones, mejorar los resultados de salud e incrementar su esperanza de vida de los indígenas y campesinos del municipio de Silvia.

Diseñar estrategias que le permita a la IPSI Totoguampa mejorar los niveles de calidad en la prestación del servicio, toda vez que la satisfacción de los

usuarios es primordial para garantizar el acceso a los servicios de salud; estas estrategias deberán estar basadas en una adecuada combinación de recursos humanos, tecnológicos y físicos para evitar las no conformidades en los procesos.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. IPSI Totoguampa. Reseña Historica. , Departamento de Archivo; 2020.
2. Gutierrez J, Heredia I, Hernandez M, Palcastres B, Torres P, Reyes H. Desigualdades en el acceso a servicios, base de las políticas para la reducción de la brecha en salud. Salud pública de México. 2021 mayo 3; 61(6).
3. Juarez C, Villalobos A, Saucedo A, Nigenda G. Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. Gaceta Sanitaria. 2020 Noviembre-Diciembre; 34(6).
4. Arrivillaga M, Ariztizaval J, Perez M, Estrada V. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gaceta Sanitaria. 2016 Noviembre-Diciembre; 30(6): p. 415-420.
5. Betancurt C, Hinestroza Y, Montes L. BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DEL PROGRAMA HOGAR GESTOR EN LA CIUDAD DE PEREIRA, SEGÚN PERCEPCIÓN DEL CUIDADOR. Grupo de investigación ZIPA; 2020.
6. Piedrahita L, Valencia A, Palacios L, Gómez S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia la promoción de la Salud. 2020 junio; 25(2).
7. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA

RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. Anuario de Investigaciones. 2007; 14: p. 201-209.

8. Fajardo G, Gutierrez J, Garcia S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Salud pública de México. 2015 marzo; 57(2).
9. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestioanda : un estudio de caso en Colombia. Tesis doctoral. Bellaterra;; 2009.
10. Sanchez D. Accesibilidad a los servicios de salud, determinantes e implicaciones. Revista Medica Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55(1): p. 82-89.
11. Rivera O, Rivera I, Bonilla C. Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de la tuberculosis. Revista Cuba de Salud Publica. 2020 Octubre-diciembre; 46(4).
12. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc Sci Med. ; 53(9).
13. Restrepo J, Silva C, Andrade F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2014 julio- diciembre; 13(27): p. 242-265.
14. Aday L, Andersen R. A Framework for the Study of Access. Health Services Research. 1973;; p. 208-220.
15. Tanahashi T. Cobertura de los servicios de salud y su evaluación. Toro Organo Munadial de la Salud. 1978; 56(2): p. 295-303.
16. Frenk J. El concepto y a medicion de accesibilidad. Salud Pública de Mexico. 1985 septiembre-octubre; 27(5): p. 438-453.
17. Fuentes S. El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. Revista cubana de salud pública. 2017 abril-junio; 43(2).
18. Ministerio de salud y protección social. Orientaciones técnicas para la gestión de los resultados del monitoreo de la calidad. Ministeriao de salud y protección social; 2016.

19. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Política de la República de Colombia. 1991..
20. Congreso de la República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. 2011..
21. Congreso de la Republica de Colombia. Ley 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 2015..
22. Congreso de la República de Colombia. ley 21 de 1991. por medio de la cual se aprueba el Convenio número 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, adoptado por la 76ª. reunión de la Conferencia General de la O.I.T., Ginebra 1989. 1991..
23. Congreso de República de Colombia. Ley 691 de 2001. Mediante la cual se reglamenta la participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia. 2001..
24. Ministerio de la protección social. Acuerdo Número 00326 DE 2005. Por medio del cual se adoptan algunos lineamientos para la organización y. 2005..
25. Ministerio de salud y proteccion social de Colombia. Glosario. [Online]. [cited 2021 diciembre 1. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Glosario.aspx>.
26. Giasper E, Florit P, Lozano A. Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Revista Cubana Salud Pública. 2016 abril-junio; 42(1).
27. Lorenzini E. INVESTIGACIÓN DE MÉTODOS MIXTOS EN LAS CIENCIAS DE LA SALUD. Cuidarte. 2017 Mayo/Agosto; 8(2).
28. Hernadez R, Fernandez C, Baptista P. Metodologia de la Investigación. sexta ed. Mexico D. F: Mc Grall Hill; 2014.
29. Aguilar S. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. 2015; 11(1-2): p. 333-338.
30. Sied G. Procedimientos para el análisis cualitativo de entrevistas. Una propuesta didactica. In V Encuentro Latinoamericano de

- Metodología de las Ciencias Sociales (ELMeCS); 2016; Mendoza. p. 1-24.
31. Ministerio de Salud. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. 1993..
 32. Carreño J. Consentimiento informado en investigación clínica: un proceso dinámico. *pers.bioét.* 2016; 20(2): p. 232-243.
 33. Ministerio de Salud. Boletines Poblacionales. Bogota;, Cundiamarca; 2020.
 34. Maeve M, Zunzunegui M, Vissandjee B. Las barreras de acceso a los servicios de salud en la población indígena de Rabinal en Guatemala. *Salud pública México.* 2007; 49(52).
 35. Consejo Privado de Competitividad. Consejo Privado de Competitividad. [Online].; 2021 [cited 2021 10 23. Available from: https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/.
 36. García-Rodríguez JF, García-Fariñas A, Priego-Hernández O, MartínezPérez L. Salud desde una perspectiva económica. Importancia de la salud para el crecimiento. *Salud en Tabasco.* 2012 Enero-Agosto; 23(1-2): p. 44-47.
 37. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. DANE; 2019.
 38. Ena J. Telemedicina aplicada a COVID-19. *National Center for Biotechnology Information.* 2020 Noviembre: p. 501-502.
 39. World Health Organization. *TELEMEDICINE Opportunities and Developments in Members States.* ; 2010.
 40. Valbuena F, Miranda P. Análisis del ausentismo de pacientes a citas médicas programadas en una IPS de Plan Complementario durante el primer trimestre del 2019. In Bucaramanga UAd, editor. 1er. Encuentro Interinstitucional de Semilleros de Investigación; 2019; Bogotá. p. 62-74.
 41. Arcentales N, Chachapoya E. Factores que influyen en el Ausentismo de las citas médicas en consulta externa del Hospital General Docente de Calderón. Tesis de pregrado. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR; 2019.

42. Jabalera ML, Morales JM, Rivas M, Porras MH. Análisis del coste económico del absentismo de pacientes en consultas externas. ELSEVIER. 2017 Julio-Agosto; 32(4): p. 194-199.
43. Hernández A, Chaure J, Moliner P, Prieto R, Mareca T, Giménez H, et al. Absentismo, y factores asociados, en las citas programadas de una consulta externa de Medicina Preventiva. ELSEVIER. 2018 Marzo-Abril; 33(2): p. 82-87.
44. Campas N, Montaña S. Barreras de acceso al servicio de salud en el contexto colombiano a partir de la promulgación del derecho a la salud en la legislación colombiana. Cali: Universidad Santiago de Cali; 2019.
45. Andreu J. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Universidad de Granada; 2018.
46. Martínez M. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD EN LA METODOLOGÍA CUALITATIVA. Paradigma. 2006 diciembre; 27(2): p. 1-20.
47. Eslava J, Alzate J. Cómo elaborar la discusión de un artículo científico. Col Or Tra. 2011 marzo; 25(1): p. 14-17.

ANEXOS:

1. CARTAS DE AUTORIZACIÓN.



Universidad Católica de Manizales
Radicado No: 2738
Fecha: 2022-07-11 14:05

PEAS-623,1-070,6/2738

1 de 2

Manizales, 11 de julio de 2022

Doctor
JESÚS HULCHUR
Coordinador IPS I TOTOGUAMPA
Municipio de Silvia Calle principal
Teléfono: 3148114460- 3147350502
Silvia, Cauca

Asunto: Carta solicitud autorización Trabajo de Investigación IPS I TOTOGUAMPA

Cordial saludo:

En atención al plan institucional 2018-2025 y teniendo en cuenta la mega a la mega 5; desarrollar programas académicos pertinentes que fortalezcan la formación integral y el desarrollo humano y social, con estándares internacionales de calidad como referentes, de la manera más atenta me permito solicitar su autorización para la elaboración del Trabajo de Investigación de las estudiantes de la Especialización en Administración de Salud: "Barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud para los usuarios de la IPS I TOTOGUAMPA en el departamento del cauca, 2022".

El tiempo del proyecto para la fase de recolección de información será durante el segundo semestre del año 2022, a través de la aplicación de entrevistas al personal administrativo y asistencial con el fin de profundizar en las experiencias de los actores en diferentes momentos del proceso de acceso y aplicación de encuestas a los usuarios que hayan recibido servicios para identificar las causa por las cuales los afiliados no acceden a los servicios de salud de la IPSI Totoguampa.

El proyecto permitirá determinar la percepción externa de la calidad de los servicios de salud en la institución de prestación de servicios de salud IPS I Totoguampa.

Los beneficios para la institución están orientados a conocer la relación que tienen variables como la motivación, la participación, el liderazgo y la reciprocidad medida en los funcionarios administrativos y asistenciales, como parte del clima organizacional. Dimensiones como tangibles (relacionado con la apariencia de las instalaciones físicas, equipo, personal, material de comunicación), confiabilidad, velocidad de respuesta, aseguramiento y empatía medidos en el usuario externo; así poder mediante las recomendaciones conocer los aspectos para orientar las acciones de mejora en dicho sentido al interior de la organización.

Los estudiantes entregarán a la Institución los resultados del proyecto con sus respectivas recomendaciones. Es importante aclarar que, desde el componente ético, el desarrollo del proyecto de investigación no implica ningún tipo de riesgo para los pacientes, pues no se llevará a cabo ningún proceso de intervención directa que impacte variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos.

Los investigadores se comprometen a manejar la confidencialidad frente a la información recopilada y los nombres de los participantes que suministrarán dicha información, pues esta será manipulada solo con fines investigativos.

El trabajo de investigación estará orientado por Mabel Ibarra Luna, docente de Investigación del Posgrado.

Relaciono las estudiantes interesadas en realizar este trabajo de investigación:

YRINA IVONNE MUÑOZ SILVA C.C 34.659.180 de Timbío Cauca

JUAN PABLO MUÑOZ VALENCIA C.C 76.313.980 de Popayán

SIDNEY ADRIANA NOGUERA MUÑOZ C.C 25.290.676 de Popayán

DANIELA PABON GUERRERO C.C 1.061.791.638 de Popayán

De antemano agradezco su amable atención y colaboración.

Atentamente,



NIDIA MARCELA ZULUAGA LONDOÑO
Director (a) Especialización en Administración en Salud

Transcriptor: Angela Cristina Hincapie Botia



**ASOCIACIÓN DE AUTORIDADES INDÍGENAS
DEL ORIENTE CAUCANO "TOTOGUAMPA"**

**RESOLUCIÓN N° 0112 DE NOVIEMBRE 22 DE 2001, MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS INDÍGENAS
NIT 817.004.984 De4**

Silvia – Cauca, julio 14 de 2022

Doctora:
NIDIA MARCELA ZULUAGA LONDOÑO
Directora Especialización en Administración en Salud

**Asunto: Aceptación para Trabajo de Investigación UNIDAD DE CUIDADO
TOTOGUAMPA - Municipio de Silvia**

Cordial saludo,

Dando respuesta al oficio PEAS-623, 1-070.6/2738, del 11 de julio de 2022, *donde refieren el Plan Institucional 2018-2015 y teniendo en cuenta la mega a la mega 5; desarrollar programas académicos pertinentes que fortalezcan la formación integral y el desarrollo humano y social, con estándares internacionales de calidad como referentes y atendiendo la solicitud de autorización para la elaboración del trabajo de investigación de los estudiantes de la Especialización en Administración de Salud: " BARRERAS DE ACCESO EN LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD PARA LOS USUARIOS DE LA IPS I TOTOGUAMPA EN EL MUNICIPIO DE SILVA DEPARTAMENTO DEL CAUCA, 2022.*

Por lo anterior, y teniendo en cuenta que es una investigación que ayuda a la Unidad de Cuidado TOTOGUAMPA a encontrar falencias y así mismo se obtiene resultados de recomendaciones de mejoramiento en la prestación de servicios para los comuneros en la atención para la recuperación de la salud, respetuosamente me permito **AUTORIZAR** al grupo de estudiantes de tercer semestre de la especialización en Administración de la Salud de la Universidad Católica de Manizales, que a continuación se relacionan, para que ingresen a la Institución y hagan uso de la información requerida para dicho trabajo de investigación, así mismo para que interactúen con los pacientes y funcionarios de la IPS I TOTOGUAMPA

YRINA YVONNE MUÑOZ SILVA, CC. 34.659.180 de Timbío
JUAN PABLO MUÑOZ VALENCIA, CC. 76.313.980 de Popayán
SIDNEY ADRIANA NOGUERA MUÑOZ, CC. 25.290.676 de Popayán
DANIELA PABON GUERRERO, CC. 1.061.791.638 de Popayán

Atentamente,


JESUS ULCHUR
Coordinador Programa de Salud COTAINDOC
Municipio de Silvia – Departamento del Cauca
Dirección Calle Principal
Teléfono: 314 811 4460 – 314 735 0502

2. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

Consentimiento Informado

Para optar al título de Especialista en Administración de la Salud de la Universidad Católica de Manizales, se está desarrollando el proyecto de investigación denominado "barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud para los usuarios de la IPS TOTOGUAMPA en el departamento del Cauca, 2022". Este documento describe la investigación y proporciona información acerca de su participación. Lo invitamos a leerlo cuidadosamente:

Para cumplir los objetivos propuestos en el proyecto de investigación, se realizará una entrevista a los coordinadores de la IPS. En este sentido, queremos invitarlo a que usted haga parte de este estudio; su aporte será un insumo muy importante para la investigación.

Si usted acepta participar, se iniciará entregando la encuesta y los instrumentos, con los cuales usted no se demorará más de 25 minutos respondiendo. Sus respuestas serán ingresadas posteriormente en una base de datos que será solamente manejada por los investigadores, quienes accederán a los datos de forma anónima, sus respuestas no serán publicadas ni compartidas bajo ninguna circunstancia. Su participación será voluntaria y no implicará riesgos de ningún tipo por completar la entrevista y usted podrá solicitar el retiro de sus datos o abstenerse de responder alguna pregunta sin necesidad de dar explicación alguna y sin que genere algún tipo de inconveniente. Sus datos personales serán manejados de acuerdo con la política de datos de la Universidad Católica de Manizales y no se asociarán con los resultados de la entrevista, porque dichos resultados se presentarán de manera agregada y anónima para asegurar la confidencialidad de sus respuestas. Si desea obtener información adicional con respecto a este proceso, no dude en contactar a los estudiantes (investigadores) Yrina Ivonne Muñoz Silva, Juan Pablo Muñoz Valencia, Sidney Adriana Noguera Muñoz y Daniela Pabón Guerrero a través del correo electrónicos tesistotoguampa@gmail.com.

¿En qué se beneficia participando en este estudio? Su participación es muy importante para el avance en este campo de conocimiento, con el fin de poder diseñar e implementar estrategias que permitan disminuir las barreras de acceso que se presentan en la institución.

Con su aprobación usted certifica que: ha leído el presente formato de consentimiento informado y ha tenido tiempo para tomar la decisión; acepta participar voluntariamente en el presente estudio, además acepta que la información recolectada sea utilizada en este estudio investigativo, bajo previa autorización del Comité de Ética de la Universidad Católica de Manizales.

¿Acepta usted participar en el estudio?: Si No

Fecha: día 26 mes 07 año 22

Nombre / Firma: Keyin Calambor

Cédula: 10.721.151

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES
FACULTAD DE CIENCIAS PARA LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD

Consentimiento Informado

Para optar al título de Especialista en Administración de la Salud de la Universidad Católica de Manizales, se está desarrollando el proyecto de investigación denominado "barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud para los usuarios de la IPS TOTOQUAMPA en el departamento del Cauca, 2022". Este documento describe la investigación y proporciona información acerca de su participación. Lo invitamos a leerlo cuidadosamente:

Para cumplir los objetivos propuestos en el proyecto de investigación, se realizará un cuestionario a los usuarios de la IPS. En este sentido, queremos invitarlo a que usted haga parte de este estudio; su aporte será un insumo muy importante para la investigación.

Si usted acepta participar, se iniciará entregando el instrumento, con los cuales usted no se demorará más de 25 minutos respondiendo. Sus respuestas serán ingresadas posteriormente en una base de datos que será solamente manejada por los investigadores, quienes accederán a los datos de forma anónima, sus respuestas no serán publicadas ni compartidas bajo ninguna circunstancia. Su participación será voluntaria y no implicará riesgos de ningún tipo por completar el cuestionario y usted podrá solicitar el retiro de sus datos o abstenerse de responder alguna pregunta sin necesidad de dar explicación alguna y sin que genere algún tipo de inconveniente. Sus datos personales serán manejados de acuerdo con la política de datos de la Universidad Católica de Manizales y no se asociarán con los resultados de la encuesta, porque dichos resultados se presentarán de manera agregada y anónima para asegurar la confidencialidad de sus respuestas. Si desea obtener información adicional con respecto a este proceso, no dude en contactar a los estudiantes (investigadores) Yrina Ivonne Muñoz Silva, Juan Pablo Muñoz Valencia, Sidney Adriana Noguera Muñoz y Daniela Pabón Guerrero a través del correo electrónicos tesistotoguampa@gmail.com.

¿En qué se beneficia participando en este estudio? Su participación es muy importante para el avance en este campo de conocimiento, con el fin de poder diseñar e implementar estrategias que permitan disminuir las barreras de acceso que se presentan en la institución.

Con su aprobación usted certifica que: ha leído el presente formato de consentimiento informado y ha tenido tiempo para tomar la decisión; acepta participar voluntariamente en el presente estudio, además acepta que la información recolectada sea utilizada en este estudio investigativo, bajo previa autorización del Comité de Ética de la Universidad Católica de Manizales.

¿Acepta usted participar en el estudio?: Si No

Fecha: día 06 mes 07 año 2022

Nombre / Firma: x No sabe firmar

Cédula: 25692159

3. INSTRUMENTOS UTILIZADOS.

Encuesta para determinar las barreras de acceso a los servicios de salud en la IPSI Totoguampa desde el enfoque de la demanda

Nombre del encuestado: _____

Género: 1. _____ Hombre 2. _____ Mujer 3. _____ (LGTBI)

Edad: _____

C.C. _____

Teléfono: _____

Fecha de la encuesta: _____

Consentimiento informado: 0. _____ No 1. _____ Sí

a) Dimensión geográfica

1. Municipio en el cual reside

1. _____ Silvia

2. _____ Piendamó

3. _____ Morales

4. _____ Totoro

5. _____ Cajibío

2. Zona de ubicación de la vivienda.

1. _____ Cabecera municipal (urbano)

2. _____ Resto (centro poblado, corregimiento, inspección, caserío)

3. _____ Resto (rural disperso)

3. ¿En el desplazamiento para llegar al servicio de atención básico, usted utiliza más de un medio de transporte?

0 _____ No

1. _____ Sí

2. _____ NS/NR 11)

4. ¿Cuál(es) utiliza más frecuentemente?

1. _____ A pie 2. _____ Bus 3. _____ Taxi 4. _____ Mototaxi
5. _____ Vehículo propio (Carro o Moto) 6. _____ Bicicleta 7. _____ Otro

5. ¿En cuánto tiempo llega al lugar de la atención en salud?

1. _____ Menos de 1 hora 2. _____ De 1 a 4 horas
3. _____ De 5 a 8 horas 4. _____ Más de 8 horas

b) Dimensión económica

6. Estrato socioeconómico.

1. _____ uno 2. _____ dos 3. _____ tres
4. _____ cuatro 5. _____ Cinco

7. Situación laboral

1. _____ Empleado
2. _____ Trabajador por cuenta propia
3. _____ Empleador (empresa con 5 trabajadores o más)
4. _____ Jornalero o peón.
5. _____ Pensionado
6. _____ Otro. Cual _____
7. _____ NS/NR

8. Nivel de ingreso

1. Menos de 1 SMMLV (< \$ 1.000.000)
2. Entre 1 y 2 SMMLV (\$ 1.000.000 hasta \$ 2.000.000)
3. más de 2SMMLV (> \$ 2.000.000)
4. _____ NS/NR

9. ¿Usted pagó cuotas moderadoras y/o copagos por la última atención recibida?

0. _____ NO
1. _____ Si → Valor (cantidad en pesos) \$ _____

2. ____ NS/NR

10. ¿Cuánto pagó en total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados?

0. ____ NO

1. ____ Si → Valor (cantidad en pesos) \$ _____

2. ____ NS/NR

11. ¿Se presentaron gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?

0. ____ NO

1. ____ Si → Valor (cantidad en pesos) \$ _____

2. ____ NS/NR

c) Dimensión Socio-Cultural

12. Nivel de educación más alto alcanzado

1. ____ Primaria

2. ____ Secundaria

3. ____ Técnica o tecnológica

4. ____ Universitaria

5. ____ Posgrado

6. ____ Ninguno

7. ____ NS/NR

13. Estado civil actual

1. ____ Casado

2. ____ Unión libre

3. ____ Separado

4. _____ Viudo
5. _____ Soltero
6. _____ No responde

d) Dimensión de acceso y calidad

En su última visita al médico:

14. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta?

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

15. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio y la consulta médica?

1. _____ Lo atendieron inmediatamente
2. _____ En máximo 30 minutos
3. _____ Entre 31 minutos y una hora
4. _____ Entre una y dos horas
5. _____ Más de dos horas
6. _____ NS/NR

16. ¿El médico le brindó la atención necesaria para su problema de salud?

1. ____ Sí
0. ____ No
2. ____ NS/NR

17. Luego de la consulta médica tuvo alguno de los siguientes problemas para el tratamiento?

- ____ No tuvo problemas para el tratamiento
- ____ La EPS no le autorizó medicamentos, exámenes o procedimientos
- ____ Falta de dinero para pagar copagos de medicamentos, exámenes y procedimientos
- ____ Tramites excesivos para gestionar medicamentos, exámenes o procedimientos no POS
- ____ Falta de tiempo
- ____ Otras. ¿Cuales? _____

18. ¿Cuál es el aspecto que más influyó en su percepción sobre la calidad de la prestación del servicio?

- ____ Trámites excesivos y/o dispendiosos
- ____ Mala atención del personal administrativo (vigilante, recepcionista, cajera, etc.)
- ____ Mala atención del personal asistencial (médicos, enfermeras, etc.)
- ____ Falta de capacidad, conocimientos o habilidad del personal asistencial o administrativo
- ____ Condiciones deficientes de infraestructura, dotación y/o mobiliario
- ____ Falta de oportunidad en la atención
- ____ Otro. ¿Cuál? _____

19. Considera que la calidad de los servicios prestados es:

1. ____ Muy Buena
2. ____ Buena
3. ____ Mala

4. ____Muy mala

5. ____NS/NR

Guía de entrevista sobre barreras de acceso a los servicios de salud desde la oferta.

Nombre: _____

Edad: _____

Género: _____

Titulación: _____

Cargo: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora de inicio: _____

Hora de finalización: _____

Duración de la entrevista: _____

Dimensión organizativa

1. ¿Como está organizada la IPSI y que niveles de atención cubre?
2. ¿Cómo es el sistema de petición de citas? ¿Considera que existen barreras de acceso que no permitan la atención de los usuarios de la IPSI Totoguampa?
3. ¿Considera que la ubicación de los puntos de atención de la IPSI Totoguampa está facilitando el acceso de los usuarios los servicios de salud?
4. ¿Reconoce usted algunas berreras que impidan a los usuarios acceder a los servicios de salud?
5. ¿Considera que son adecuados los horarios de atención de los servicios?
6. ¿Qué opinión le merece los tiempos de espera del paciente frente a la atención medica?

Dimensión tramites y servicios.

7. ¿Qué servicios ofrece la IPSI Totoguampa a los usuarios?
8. ¿Considera que la cantidad de servicios ofrecidos actualmente por la IPSI Totoguampa permiten una atención integral a los usuarios?
9. ¿Qué trámites administrativos y que criterios de autorización existen en la IPSI Totoguampa para la prestación de un servicio?
10. ¿Qué opina de este proceso desde la perspectiva del usuario? ¿Considera que le permite acceder de manera adecuada a los servicios de salud teniendo en cuenta las necesidades del paciente?

Dimensión calidad en los servicios

11. ¿Cómo cree que influye la calidad de la prestación de los servicios de salud en el acceso de los usuarios al mismo?
12. ¿Cree usted que los usuarios pueden obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud?
13. ¿Qué opina sobre el conocimiento que tienen los usuarios sobre los servicios de salud a los que tiene derecho? Y ¿Qué opina de los conocimientos que tienen los usuarios sobre cómo acceder a los servicios en los distintos niveles asistenciales?
14. ¿Considera usted que los usuarios de la IPSI Totoguampa se sienten satisfechos con los servicios prestados?
15. ¿Qué estrategias o mecanismos de acción considera que podrían implantarse para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud?

4. Evidencia fotográfica





Universidad[®]
Católica
de Manizales

VIGILADA MINEDUCACIÓN

*Obra de Iglesia
de la Congregación*



Hermanas de la Caridad
Dominicas de La Presentación
de la Santísima Virgen

Universidad Católica de Manizales
Carrera 23 # 60-63 Av. Santander / Manizales - Colombia
PBX (6)8 93 30 50 - www.ucm.edu.co

