BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, MEDICINA GENERAL, HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN.

YESIKA ANDREA FIALLO SUÁREZ

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.

FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA.

ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD

BUCARAMANGA

2017

BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, MEDICINA GENERAL, HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN.

YESIKA ANDREA FIALLO SUÁREZ

MONOGRAFIA

DIRECTORA: CLAUDIA AMAYA CASTELLANOS

PSICOLOGA, ESPECIALISTA EN RECURSOS HUMANOS, MAESTRA EN SALUD PUBLICA CON ENFASIS EN CIENCIAS SOCIALES, Y DEL COMPORTAMIENTO.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER.

FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE SALUD PUBLICA.

ESPECIALIZACION EN ADMINISTRACION EN SERVICIOS DE SALUD.

BUCARAMANGA

2017.

INDICE DE CONTENIDO

INTRODRUCCIÒN. 12

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA. 14

2. MARCO TEORICO. 16

2.1 BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SEVIVIOS DE SALUD EN COLOMBIA. 18

2.2 MODELOS DE INVESTIGACION SOBRE EL ACCESO. 21

3. OBJETIVOS. 23

3.1 OBJETIVO GENERAL. 23

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS. 23

4. METODOLOGIA. 26

4.1 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÒN. 27

5. RESULTADOS. 29

5.1 CARACTERIZACION DE LA POBLACIÒN. 29

5.2 CLASIFICACION DE LÑAS BARRERAS ENCONTRADAS SEGÚN EL MODELO TANAHASHI. 29

5.3 BARRERAS D E ATENCION Y CARACTERIZACION SOCIODEMOGRÀFICAS. 32

6. DISCUSION DE RESULTADOS. 36

6.1 ANÀLISIS DIAGRAMA CAUSA EFECTO FRENTE A LAS BARRERAS DE ACCESO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA , MEDICINA GENERAL, HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÀN. 38

6,2 ACCESIBILIDAD. 39

6.3 DISPONIBILIDAD. 40

6.4 CONTACTO. 40
6.5 ACEPTABILIDAD. 40
7. RECOMENDACIONES. 42
BIBLIOGRAFIA. 45
RECOMENDACIONES 46
ANEXOS. 48

LISTA DE TABLAS.

Tabla 1. Variables de clasificación según el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi. 27

Tabla 2. Razones por las cuales se afecta la accesibilidad al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán. 30

Tabla 3. Razones por las cuales se afecta la disponibilidad al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán. 31

Tabla 4. Razones por las cuales se afecta el contacto al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán. 31

Tabla 5. Razones por las cuales se afecta la aceptabilidad al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán. 32

Tabla 6. Relación diagrama causa-efecto con la clasificación de Tanahashi 38

LISTA DE GRÀFICOS

Gráfico 1. Barreras de atención vs Edad 32

Gráfico 2. Barreras de atención vs Sexo. 33

Gráfico 3. Barreras de atención vs procedencia. 33

Gráfico 4. Barreras de atención vs escolaridad. 34

Gráfico 5. Diagrama de “Causa- Efecto” frente a barreras de 37

Acceso en al servicio de consulta externa, medicina general,

Hospital Regional Manuela Beltrán.

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Quejas escritas en el formato institucional de morbilidad y programas de promoción y prevención del régimen subsidiado. 48

Anexo B. Formato institucional de quejas Hospital Regional Manuela Beltrán. 57

Anexo C. Autorización por parte del área administrativa del Hospital Regional Manuela Beltrán, para la realización del estudio. 58

RESUMEN

TITULO: BARRERAS DE ACCESO AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, MEDICINA GENERAL, HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRÁN.*

AUTOR: YESIKA ANDREA FIALLO SUAREZ.**

PALABRAS CLAVES: BARRERAS, ACCESO, SALUD, CONSULTA EXTERNA.

DESCRIPCIÒN: La presente monografía identifica las principales barreras de acceso a los servicios médicos de consulta externa, medicina general del Hospital Regional Manuela Beltrán, con el fin de plantear estrategias orientadas a mejorar la oportunidad y calidad del servicio. Para ello se realizó un análisis de las quejas escritas interpuestas en el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) institucional, considerando como variables la edad, la procedencia, el sexo, la escolaridad, y las características sociodemográficas de los usuarios. Las barreras de acceso identificadas se clasificaron según el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, el cual considera cuatro factores para eliminar las barreras en salud: disponibilidad, accesibilidad, contacto y aceptabilidad. El análisis de las barreras se realizó a partir del diagrama de Causa – Efecto, una herramienta administrativa que permitió la generación de recomendaciones para el Hospital Regional Manuela Beltrán, orientados a la mejora en la oportunidad y la calidad del servicio.

El estudio se realizó entre agosto de 2015 y junio de 2016. Se incluyeron todas las quejas escritas en los formatos institucionales de morbilidad y programas de promoción y prevención del régimen subsidiado. Se excluyeron las quejas correspondientes a especialidades médicas.

Los resultados mostraron una mayor prevalencia de las barreras relacionadas con la Accesibilidad, seguidas por la Disponibilidad, las barreras de Contacto, y finalmente las barreras de Aceptabilidad. En cuanto a la caracterización de la población que interpuso las quejas, se identificó una mayor prevalencia del sexo femenino, procedencia urbana, y escolaridad secundaria.

. *Monografía
**Facultad de Medicina. Administración en servicios de Salud. Directora: Claudia Amaya Castellanos. Psicóloga, Especialista en Recursos Humanos, Maestría en Salud Publica, con énfasis en ciencias Sociales y del comportamiento.

ABSTRAC

TITLE: BARRIERS OF ACCESS TO THE EXTERNAL CONSULTATION SERVICE, GENERAL MEDICINE, MANUELA BELTRÁN REGIONAL HOSPITAL. *

AUTHOR: YESIKA ANDREA FIALLO SUAREZ. **

KEY WORDS: BARRIERS, ACCESS, HEALTH, OUTPATIENT MEDICAL SERVICES.

DESCRIPTION: This monograph identifies the main barriers to access to outpatient medical services, general medicine of the Manuela Beltrán Regional Hospital, in order to propose strategies aimed at improving the opportunity and quality of the service. For this purpose, an analysis of written complaints filed in the Institutional Information and Customer Service System (SIAU) was carried out, considering age, origin, sex, schooling, and sociodemographic characteristics of users. The identified barriers to access were classified according to Tanahashi's effective coverage model, which considers four factors to eliminate health barriers: availability, accessibility, contact and acceptability. The analysis of the barriers was made from the Cause and Effect diagram, an administrative tool that allowed the generation of recommendations for the Manuela Beltrán Regional Hospital, aimed at improving the opportunity and the quality of the service.

The study was conducted between August 2015 and June 2016. All written complaints were included in the institutional formats of morbidity and programs of promotion and prevention of the subsidized regime. Complaints related to medical specialties were excluded.

The results showed a higher prevalence of Accessibility barriers, followed by Availability, Contact barriers, and finally Acceptability barriers. As to the characterization of the population that filed the complaints, a higher prevalence of female gender, urban origin, and secondary schooling was identified.

* Monograph
**School of Medicine. Administration in Health Services. Director: Claudia Amaya. Psychologist, Specialist in Human Resources, Master in Public Health, with emphasis in social and behavioral sciences.

INTRODUCCIÓN

Desde hace siglos, la humanidad se ha dedicado a buscar condiciones que le permitan tener un bienestar físico, psicológico, social, y ambiental; comprendiéndose esto como la búsqueda persistente e incansable de un estado llamado "Salud". En Colombia la salud como un derecho fundamental e integral debe incorporar diferentes actores que contribuyan a mantener altos niveles de calidad en la prestación del servicio, y garantizar este derecho como universal e intransferible, con igualdad, equidad, continuidad y accesibilidad para todos[1].

Sin embargo, el acceso a los servicios de salud ha sido un tema de gran preocupación en los países latino americanos como en el caso de Colombia, dado a que pese a los esfuerzos y la implementación de diferentes políticas orientadas a aminorar las barreras de acceso a los servicios de salud, estás continúan predominando en nuestros contextos.

El Hospital Regional Manuela Beltrán, ubicado en el municipio de Socorro, pionero en la prestación de servicios de salud en Santander y a nivel nacional, pese a la continua renovación y actualización para la adecuada atención de sus usuarios; no se escapa a esta realidad. Es por ello que la presente monografía pretende identificar las barreras de acceso en medicina general en el servicio de consulta externa, para el posterior análisis administrativo, con el fin de contribuir en el abordaje de esta problemática, generando recomendaciones y estrategias que permitan aminorar las barreras de acceso en esta institución y mejorar la prestación del servicio con oportunidad, equidad, calidad y calidez.

En el primer capítulo, se abordará el concepto de Barreras de Acceso e importancia de este concepto en el contexto de salud, además de los modelos de Acceso existentes y la situación actual tanto a nivel nacional e internacional. Posteriormente se presentará la caracterización socio demográfica de la población que planteó sus quejas mediante el Sistema de información y atención al usuario, en el servicio de consulta externa del Hospital Regional "Manuela Beltrán" durante periodo comprendido entre Agosto 2015 a Junio 2016. Adicionalmente se presentarán las principales barreras de acceso identificadas en el Hospital y clasificadas según el modelo de Tanahashi, en el que se proponen cuatro factores para lograr la cobertura efectiva: Aceptabilidad, Accesibilidad,

Contacto y Disponibilidad[4.]

De igual manera se presentarán los resultados mediante el diagrama de “Causa – Efecto”, una herramienta administrativa, que permitió el análisis de las barreras en el contexto del Hospital Regional Manuela Beltrán y la generación de las recomendaciones, como aporte de la presente trabajo.

Esta monografía, además de favorecer a la institución objeto del presente estudio, pretende beneficiar particularmente a los usuarios que asisten al servicio de consulta externa, las recomendaciones planteadas pretenden contribuir en el avance de la implementación de políticas en salud orientadas a lograr el acceso a los servicios de salud, como derecho fundamental de todo ciudadano. Aunque aún falta mucho por hacer, el deseo con este trabajo, es lograr que a futuro tengamos una sociedad en la que la salud sea de todos y para todos.

1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La ley estatutaria 1750 de 2015 en Colombia, garantiza el derecho fundamental a la salud, regulando y estableciendo mecanismos de protección. Dicha ley afirma en su artículo segundo, que el Estado aportará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas[1]. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos gubernamentales en la generación de estas políticas, diariamente se presentan barreras de acceso que impiden o dificultan la atención oportuna de la población en los servicios de salud, creando inequidad y desvirtuando las estadísticas de cobertura e igualdad en Colombia[2], al igual que el acceso a la salud como derecho fundamental. Cabe señalar, que si bien, las barreras en el acceso pueden impedir que la población llegue a los servicios de salud, también aquellos que pueden acceder a la atención, en ocasiones se enfrentan a barreras de tipo administrativo, político y/o cultural, las cuales finalmente impactan en el acceso[3].

En el caso de Santander, el porcentaje de población con aseguramiento en salud durante los años 2011-2014 ha sido variable. El más bajo se dio en el año 2013, con un 92,8% de aseguramiento, y el más alto en el 2014, con un 95,7% de población asegurada[4]. En lo que respecta al aseguramiento por régimen, el porcentaje de afiliación en este departamento fue mayor en el régimen contributivo frente al subsidiado.[4]

Específicamente en el municipio del Socorro, donde se ubica el Hospital Manuela Beltrán, objeto del presente estudio, la población afiliada al régimen subsidiado es de 15.807, frente a la población contributiva que para el 2015 fue de 13.385[5]. Esto podría suponer que en el régimen subsidiado, dada la cantidad de población afiliada y las características de la misma (nivel socio económico bajo, mayores dificultades de trasportes, distribución geográfica, conectividad, horarios, y creencias socio - culturales), los afiliados puedan enfrentarse a un mayor número de barreras para acceder a la atención o experimentar barreras durante la prestación del servicio.

Al respecto, el hospital regional Manuela Beltrán, uno de los principales prestadores de salud y responsable de una alta afluencia de pacientes, no solo del nivel municipal sino

también del nivel departamental y nacional, evidencia algunas de estas barreras, a pesar de ser destacado por su compromiso institucional y de atención al paciente.

Actualmente en el área de consulta externa, el hospital atiende mensualmente un promedio de 2.480 pacientes, y aunque el número de pacientes atendidos es alto, no se alcanza a satisfacer la demanda, lo que representa una barrera para acceder al servicio; del mismo modo, los pacientes encuentran otros tipos de barreras en todo el proceso de atención, que comprende desde el mismo momento en que el usuario requiere los servicios, hasta el momento donde fueron satisfechas sus necesidades.

Dicho problema ha sido evidenciado de manera personal por la autora de esta monografía, quien como médico general del servicio, lo vivencia diariamente. Además es soportado por las quejas reportadas al Sistema de Información y Atención al Usuario –SIAU- del hospital. Estos reportes hasta entonces no se han analizado, lo que representa una oportunidad para identificar dichas barreras de acceso en el Hospital Manuela Beltrán, a través del uso del SIAU, y poder generar recomendaciones en aras de mejorar la atención y brindar un servicio integral, que promueva la salud como derecho fundamental, y favorezca al individuo, como el beneficiario máximo de dichos los servicios sanitarios.

2. MARCO TEÓRICO

El mejoramiento del acceso a los servicios de salud constituye una importante preocupación para diferentes países y organizaciones, por ello es uno de los Objetivos del Milenio incluidos en la agenda mundial para el desarrollo sostenible, donde se afirma que se debe garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, enfatizando en el acceso efectivo en términos de responder a las prestaciones médicas y protección financiera a toda la población[8]. Sin embargo, pese al interés de diferentes actores orientados al desarrollo de políticas y al mejoramiento de los sistemas de salud, a garantizar un acceso que no dependa de factores como la condición socioeconómica o el género, entre otros, así como lograr igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos, estos objetivos continúan siendo un reto para Colombia al igual que para otros países de mediano y bajo ingreso[9].

Comprender de manera clara y precisa este fenómeno, implica una aproximación detallada al concepto de "acceso", el cual con frecuencia suele ser mal definido y a menudo confundido con términos como accesibilidad, o búsqueda de atención[5].

En la literatura se encuentran posturas planteadas por autores que se refieren al acceso a los servicios de salud, como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención médica[10], mientras que para otros teóricos destacados en el campo de la salud, como Donadebian, el acceso es un "factor mediador" entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios. No debe ser limitado únicamente a contar con el servicio, implica abarcar las posibilidades de uso, y las características de este; comprendidas desde los factores demográficos y socio-organizativos[11].

Aproximaciones con un enfoque más integral, como las propuestas por Penchansky y Thomas, interrelacionan diferentes dimensiones para referirse al acceso. Señalan que este debe comprender: la disponibilidad, entendida como la relación entre las necesidades y el tipo de servicios existentes; la accesibilidad, determinada por la localización de la oferta y la de los pacientes; la adaptación, analizada como la forma en que se disponen los recursos para atender a la comunidad; la asequibilidad, referida al sector económico

y financiero, y la aceptabilidad, enfocada hacia las actitudes de los profesionales de la salud frente a la población[2].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha definido la accesibilidad, como la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad. De esta manera, la atención tiene que ser adecuada en cantidad y contenido para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para la misma[12].

En contraste con lo anterior; han surgido otras aproximaciones que definen el acceso teniendo en cuenta el rol de los individuos, es decir estas aproximaciones consideran que hablar del acceso sólo desde la oferta, es omitir el hecho de que los individuos también son constructores de acceso. Así, el acceso comprendido como la unión entre los sujetos y los servicios, incorpora una dimensión que obliga a pensar este concepto como una relación, en la que tanto unos como otros, contienen en sí mismos la posibilidad o imposibilidad de encontrarse[13].

Ampliando este enfoque, una definición de acceso que involucre al individuo, debe destacar como aspecto central, la existencia de la capacidad para iniciar la búsqueda de los servicios de salud y para dar respuesta a las necesidades y deseos colectivos o individuales. Adicionalmente, se requiere considerar que esta capacidad se desarrolla a partir de la interacción de diferentes dimensiones: características propias del individuo como el sexo, la edad o su estado de salud; sistema de salud a través de la disponibilidad de recursos, los servicios ofrecidos, los horarios de atención entre otros; y del contexto en donde se desenvuelve la persona, como aspectos culturales, convivencia o facilidades de transporte[10]. Por consiguiente desde esta visión el acceso debe ser visto como un proceso en el que hay momentos claves como la necesidad, la búsqueda de los servicios, el inicio de la atención y la continuidad en el sistema de prestación del servicio[10].

En resumen, las diferentes definiciones expuestas permiten evidenciar que la definición de acceso posee un carácter multidimensional, lo cual posibilita acercamientos multidisciplinarios y transversales desde campos como la salud pública, la antropología, la psicología y la economía, entre otras. Este hecho, ha sido resaltado por la OMS como una oportunidad para que el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud, vaya más

allá de las declaraciones políticas y el compromiso de los gobiernos, y se propenda por la elaboración de una agenda de investigación como se sugirió en el Informe sobre la salud en el mundo de 2013, cuyos resultados ayuden en la adopción de buenas políticas y generen innovación tanto a nivel tecnológico como social[14].

2.1 BARRERAS EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA.

Durante varios años en Colombia se ha buscado responder a las necesidades relacionadas con el "acceso" a los servicios de salud. Esta búsqueda ha implicado una reforma de más de veinte años, que hoy en día tiene al país cerca de lograr una cobertura universal como una estrategia para lograr el mejoramiento del acceso[10]. Sin duda, este es un panorama esperanzador para la población colombiana, no obstante, dadas las características sociales, políticas y económicas del país, se debe tener en cuenta que existen poblaciones que viven en zonas desfavorecidas, en dónde la infraestructura sanitaria es inexistente o tiene problemas de funcionamiento. Es decir que existe un problema generalizado de exclusión, lo que implica que al hablar de expansión o ampliación de cobertura, se debe pensar en aquellas zonas rurales, pobres y distantes, en las cuales el desarrollo de redes sanitarias aún es incipiente, o sigue existiendo sólo sobre el papel[15].

Puede decirse entonces, que en Colombia la preocupación por el acceso sigue latente así como por la equidad y la calidad. Esta preocupación ha dejado como resultado diferentes acciones, la mayoría de estas de tipo legislativo, orientadas a hacer explícito el propósito esencial de garantizar el acceso. Una de estas acciones fue reconocer la salud como un derecho humano fundamental mediante el Artículo 48 de la constitución política, el cual estipula que la seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que debe ser prestado bajo la coordinación, dirección y control del Estado, y de acuerdo a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad[16]. Así mismo con la Ley 100 de 1993, se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), cuyo objetivo consiste en garantizar los derechos irrenunciables de las comunidades y las personas para obtener una calidad de vida conforme a la dignidad humana, mediante la protección de las eventualidades que la afecten[17].

Más recientemente, la Ley Estatutaria 1751 del 16 de Febrero de 2015, enfatiza la necesidad de que los servicios de salud se presten de manera oportuna, eficaz y con

calidad, para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, así como el deber del Estado para que todos los ciudadanos accedan a las actividades de diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación, así como actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad[1]. Por último, con la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el gobierno colombiano busca optimizar el uso de los recursos, garantizar el acceso y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población[18].

Ahora, en lo relacionado con el Sistema General de Seguridad Social en Salud, varios elementos deben ser precisados ya que las características del mismo hacen visible una vez más, la influencia de factores sociales y económicos en el acceso a la salud como se mencionó previamente. El Sistema General de Seguridad Social comprende dos esquemas de aseguramiento: el régimen subsidiado para las personas con menos capacidad económica, y el régimen contributivo para la población asalariada y con capacidad de pago. Adicionalmente, el sistema fue diseñado a partir de un modelo de competencias gestionado, esto quiere decir, que las funciones del mismo, están separadas y son llevadas a cabo por actores independientes, la gestión del aseguramiento, depende de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el Régimen Contributivo, y Subsidiado. Las funciones de rectoría y financiación son responsabilidad directa del Estado, y la provisión es efectuada por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)[3].

Específicamente en el régimen subsidiado (esquema de aseguramiento que se analizará en la IPS seleccionada para este estudio), los entes territoriales juegan un papel importante dentro del SGSSS. Distritos, municipios y departamentos poseen funciones específicas frente a la inversión, contratación y seguimiento de los recursos que financian el régimen, así como sobre la identificación y afiliación de la población objeto. Los entes territoriales, además deben vigilar y hacer un seguimiento efectivo del acceso a los servicios contratados por las EPSS, por parte de la población beneficiaria, en otras palabras, sobre la ejecución misma de los contratos celebrados con las EPSS[19].

En conclusión, el SGSS junto con cada uno de los actores que permiten su adecuado funcionamiento, constituyen una de las posibles respuestas a los retos que en materia de salud y específicamente de acceso, han ido surgiendo en el país. Por consiguiente, resulta interesante considerar cuál ha sido su impacto. Lo primero que debe decirse al respecto, es que actualmente en Colombia el acceso a la salud se entiende, como el porcentaje de

personas que utiliza los servicios médicos al momento de necesitarlos[20]. En cuanto a las cifras, el Ministerio de Salud y Protección Social, indica que el número de afiliados al SGSS, al 31 de Mayo de 2012, ascendía a 44.213.829 personas, que equivale a una cobertura del 94,92% frente a la población total[21].

Un análisis comparativo sobre la utilización de servicios de salud basado en datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV), muestra que el número de personas que requirió servicios médicos y no los recibió al momento de necesitarlos, aumentó en el 2012 en algo más de 173.000 en relación a 1997. En lo correspondiente al período 2013-2015 la información aportada por el Ministerio de Salud permite evidenciar variaciones en el porcentaje de aseguramiento, siento del 91,69% en el 2013, 95,45% para en el 2014 y 94,49% en el 2015[22], Así mismo se puede observar que en los últimos tres años el régimen subsidiado mantuvo un porcentaje de afiliación estable y superior al del régimen contributivo, manteniéndose por encima del 48%[22].

En relación al mejoramiento de la cobertura, el Ministerio de Salud y Protección Social, ha manifestado, que sin desconocer el aumento en la misma, en el país no existen estadísticas sobre el acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud de la población asegurada[23]. En el caso específico de Santander, el porcentaje de población con aseguramiento en salud durante los años 2011-2014 ha sido variable, siendo el más bajo el del año 2013 con un 92,8% y el más alto de un 95,7% para el 2014. En lo que respecta al aseguramiento por régimen, se encontró que a diferencia del panorama que se expuso previamente, el crecimiento en el porcentaje de afiliación en este departamento fue mayor en el régimen contributivo[4].

Queda claro que la cuestión sobre el acceso a servicios de salud en el contexto colombiano es un asunto complejo, cuya comprensión involucra la revisión de una gran variedad de elementos. Es por ello que el presente estudio busca identificar las causas de las barreras de acceso en una IPS de un Municipio del Departamento de Santander, como una forma de ampliar el conocimiento sobre el tema. La exploración de esta área, se encuentra justificada no sólo por la generación de conocimiento, sino por la gran variedad de normas que consideran a la salud como un servicio universal y como un derecho básico, la realidad muestra que no todas las personas acceden a los servicios de salud cuando los necesitan. Se espera que con cada nuevo estudio las entidades de salud y su cuerpo

administrativo se sientan motivados para desarrollar estrategias que permitan disminuir las barreras y minimizar su impacto, y que los ciudadanos por su parte, empiecen a asumir un rol más activo como constructores de acceso.

2.2 MODELOS DE INVESTIGACION SOBRE EL ACCESO.

Son diversos los modelos que analizan el acceso: el modelo de accesibilidad de Julio Frenk[24], el modelo de dimensiones y satisfacción de Pechansky y Thomas[10], el modelo de dimensiones y habilidades de Levesque, Harris y Russell[24], el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi [3] y las propuestas de Enthoven de servicios básicos de salud y atención mínimamente decente de Wlazer[24]. Sin embargo, estas aproximaciones en su conjunto se resumen en tres posturas. En un extremo se encuentran aquellos modelos en los cuales el acceso es un derecho que no requiere acciones por parte del gobierno para que se garantice la igualdad de atención de toda la población. En el medio, se encuentra el "derecho" a un mínimo decente que se considera "adecuado" para la atención. Finalmente, en el otro extremo, se propende por la igualdad y son los gobiernos los responsables de garantizar el acceso real y efectivo a los servicios de salud[23].

Particularmente el modelo de cobertura efectiva, propuesto por Tanahashi, entre otros autores, considera que obtener una cobertura efectiva y eliminar las barreras de acceso en salud, implica un proceso de cuatro factores: I) Disponibilidad, entendida como la disposición de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información; II) Accesibilidad, relacionada a las personas que pueden utilizar los servicios incluyendo las barreras físicas, como distancia, conectividad, 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, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo; III) Aceptabilidad, entendida como las personas que desean utilizar los servicios. Depende de la percepción de las prestaciones y está influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad. IV) Contacto con el servicio, que corresponde a las personas que ya utilizan los servicios; y V) Cobertura efectiva, configurada en las personas que reciben atención efectiva[3].

Dadas las características de Colombia, donde el acceso a los servicios de la salud se enmarca dentro de los principios de equidad y el Estado juega un papel determinante en la posibilidad de que la población pueda verse beneficiada por los servicios preventivos, diagnósticos y de tratamiento[15-16], el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi, puede ser un modelo para el presente estudio, ya que facilita la identificación de grupos particulares con necesidades insatisfechas, y también permite detectar las barreras y facilitadores que existen para lograr la cobertura efectiva en cada uno los grupos[24], lo cual sin duda beneficia el cumplimiento de los objetivos planteados en este trabajo.

Por su parte, las investigaciones realizadas en torno a la identificación de barreras para el acceso a los servicios de salud, se concentran en su mayoría, en estudios realizados en países con mayor desarrollo económico[25]. Dentro de estas, una revisión sistemática señala que las barreras más recurrentes y que suelen afectar de forma significativa a personas de un nivel socioeconómico bajo son: el costo de exámenes, medicamentos o consultas médicas, la vergüenza o temor al recibir atención en salud, el estigma social y poca confianza tanto en los tratamientos prescritos como en los equipos de salud[25].

Al respecto, algunos autores consideran que las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser clasificadas como barreras de demanda y barreras de oferta[10]. En la primera pueden hallarse los costos asociados a la demanda de los servicios, por ejemplo: poco dinero o la falta de tiempo, la percepción que cada individuo tiene sobre la gravedad de su problema de salud y también la cultura y el conocimiento sobre cómo funciona el sistema de salud. Por su parte, en las barreras de oferta se encuentran las que tienen que ver con aspectos de las organizaciones o instituciones de salud, tales como los trámites necesarios para obtener una cita o los requisitos para recibir la atención, disponibilidad de recursos médicos, así como la calidad del servicio asociado a rapidez en la atención y eficiencia en la asignación de citas [20].

Lo anterior guarda relación con los hallazgos de la revisión sistemática de Vargas, Vázquez y Mogollón[2] llevada a cabo en Colombia en el año 2010, en la cual se observó que existen diferentes factores que dificultan el acceso a los servicios de salud. Dentro de los relacionados con las características de la población, aparecen el lugar de residencia y el nivel socioeconómico, siendo la barrera económica una de las causas más recurrentes para que la población no asegurada y la del régimen subsidiado, no utilicen los servicios.

Con respecto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios se encuentran la accesibilidad geográfica, los trámites administrativos, tiempos de espera y la percepción de una mala calidad en la atención[2].

Así mismo, una investigación basada en los registros de Peticiones, Quejas, Reclamos y Sugerencias que llegaron a la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia, entre enero-2012 y Junio-2013, dirigida a usuarios y funcionarios de las Empresas Promotoras de Salud y de los Puntos por el Derecho a la Salud de la Secretaría de Salud de Bogotá, confirma que las barreras para acceder a los servicios de salud en Colombia son variadas. Los usuarios deben superar limitaciones desde la entrada y búsqueda de atención producto de fallas en la comunicación con las EPS e IPS, dificultades en la continuidad del servicio, demoras en autorizaciones, bajas oportunidades para acceder a citas médicas con especialistas y procedimientos quirúrgicos, hasta la entrega de medicamentos; situaciones que dejan como resultado percepciones negativas no sólo en el usuario sino en su familia[26]. Puede decirse que estas barreras son generadas principalmente por el diseño del SGSS y los comportamientos inapropiados de las EPS, cuyos funcionarios creen que el acceso a los servicios de salud muchas veces está determinado por el nivel adquisitivo. Esta premisa va en contra de los principios de equidad en salud y significaría, que debido a la realidad social de una gran parte de la población colombiana, muchas personas tendrían pocas posibilidades de tener acceso a servicios de salud[26].

El anterior panorama pone de manifiesto la necesidad de diseñar y ejecutar políticas en salud de tipo participativo y que involucren a diferentes sectores, con el objetivo de reducir o eliminar las barreras del sector de salud que impiden un acceso equitativo a los servicios de salud en Colombia. A su vez, es pertinente que los prestadores de salud ajusten la oferta de servicios a las necesidades específicas de la población que atienden, y que diseñen e implementen estrategias para facilitador el acceso a los mismos. En lo administrativo deben medir y analizar los costos de inversión en calidad y aquellos que se derivan de las múltiples fallas que existen en los procesos, es decir los costos de no calidad, los cuales muchas veces son significativamente altos e injustificados[25].

Se debe tener presente que las barreras de acceso relacionadas con fallas en los procesos que no son detectados por la entidad, pueden derivar en reclamaciones o glosas por parte de los usuarios, y tienen consecuencias directas para la rentabilidad de la organización al

afectar la contratación, la imagen corporativa y el futuro uso de los servicios ofrecidos por parte del cliente afectado. Algunos ejemplos son: quejas por problemas en la atención de pacientes hechas por las EPS, requerimientos de la Superintendencia Nacional de Salud por errores en la atención de salud y reclamación de pacientes por mala atención[27]. Por esto, y con el objetivo de mejorar la calidad y disminuir los costos relacionados con falencias en la misma, el análisis desde un punto de vista administrativo de las quejas reportadas por los pacientes, puede constituir una estrategia que apoye el proceso de toma de decisiones de mejoramiento, y la selección de las mecanismos más efectivos para que las IPS tengan viabilidad financiera y obtengan excedentes operativos para su desarrollo tecnológico y científico.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las principales barreras de acceso a los servicios médicos de consulta externa, por medio de la revisión de quejas interpuestas en el Sistema de información y atención al usuario (SIAU) institucional durante el periodo comprendido entre Agosto 2015 a Junio 2016.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1- Revisar y clasificar las quejas interpuestas en el SIAU de acuerdo al Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi

2- Analizar las barreras de acceso a partir del uso del diagrama de Causa-Efecto

3- Describir las características sociodemográficas de los usuarios que interpusieron quejas en el SIAU durante Agosto 2015 y Junio 2016, en el servicio de consulta externa en el área de consulta médica general.

4- Establecer recomendaciones de mejora para el servicio de consulta externa Medicina General a partir de los hallazgos encontrados.

4. METODOLOGIA

Para identificar las principales barreras de acceso en el servicio de consulta externa, medicina general del Hospital Regional Manuela Beltrán, se realizó un estudio durante agosto de 2015 y junio 2016. Para ello, se incluyeron todas la quejas escritas en este periodo, y registradas en el formato institucional de morbilidad y programas de promoción y prevención del régimen subsidiado (Ver anexo 1), manejado por el Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU) del servicio de consulta médica ambulatoria del Hospital Regional Manuela Beltrán. Únicamente se excluyeron las quejas correspondientes a especialidades médicas.

El procedimiento para la obtención de los datos, implicó la revisión de todas las quejas interpuestas por los usuarios del régimen subsidiado de Agosto de 2015 a Junio de 2016. Posteriormente se procedió a seleccionar las correspondientes al servicio de Consulta Externa, incluyendo morbilidad y programas de promoción y prevención. Seguido a este proceso se excluyeron las quejas correspondientes a especialidades médicas, para la obtención final de quejas y reclamos de consulta externa por medicina general.

Es de resaltar que solo los usuarios alfabetas tienen la posibilidad de dejar su queja, ya que el único medio para la interposición de quejas es el escrito.Para esto se cuenta con una persona en el área de consulta externa que informa a los pacientes acerca de su derecho a quejarse, sin que esto afecte su atención. Los datos de identificación solicitados en el formato se utilizan únicamente para dar una respuesta posterior a los usuarios, si así se amerita. Del mismo modo, es importante destacar que los formatos se encuentran disponibles en todos los horarios de atención, en la oficina del Sistema de información y atención al usuario (SIAU), la cual se encuentra en el servicio de consulta externa.

Para la organización de la información, se construyó una base de datos en Excel a partir del formulario original de las quejas interpuestas (Ver anexo 2). Se realizó la caracterización de la población que interpuso las quejas y estaban registradas de forma escrita en los formatos institucionales. Se tuvieron en cuenta variables como la edad, sexo, procedencia y escolaridad, para las cuales se describieron frecuencias absolutas y

relativas con su respectivo análisis estadístico.

Desde el inicio se contó con la autorización por parte del área administrativa del Hospital Regional "Manuela Beltrán" para la realización del estudio (Ver anexo 3), y el acceso a la información. Se explicó que el uso de los datos serán utilizados única y exclusivamente para fines del estudio y se enfatizó en el manejo de la confidencialidad de los mismos por parte de la investigadora del estudio.

4.1 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

El análisis de las quejas se enmarcó en el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi[3], el cual identifica 4 factores para lograr la cobertura efectiva y eliminar las barreras de acceso. En la tabla 1 se resume el modelo.

Tabla 1. Variables de clasificación según el Modelo de Cobertura Efectiva de Tanahashi.

Factor	Definición conceptual	Características
I. Aceptabilidad	Depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros	-Desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito -Creencias y mitos -Estigma social -Diferencias en la concepción de la práctica médica y de los tratamiento
II.Accesibilidad	Relacionada a las personas que pueden utilizar los servicios, incluyendo 3 subgrupos.	a)Barreras físicas: -Distancias largas entre residencia y HMB -Escasez y dificultad de trasporte b)Barreras organizacionales: -Dificultades administrativas

		-Horarios de atención inadecuados -Largas filas y tiempos de espera excesivos c) Barreras Financieras: -Costos medicamentos -Costos de traslado
III. Contacto	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	-Inadecuada atención. -Atención impersonal
IV. Disponibilidad	Disposición de servicios del programa o centro de atención.	-Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención. -Escasez de información. -Escasez de médicos -No disponibilidad de atención telefónica

Esto significó que la información obtenida, de acuerdo a las características planteadas por el modelo, fue clasificada en los 4 factores: Aceptabilidad, Accesibilidad, Contacto y Disponibilidad, y a la vez analizada según la caracterización socio demográfica (edad, sexo, procedencia y escolaridad), previamente establecida.

Para profundizar en las posibles causas de barreras de acceso a los servicios de consulta externa, identificadas y poder generar recomendaciones orientadas al mejoramiento en la oportunidad y calidad en el servicio, se utilizó como herramienta administrativa un diagrama de “Causa- Efecto”.

5. RESULTADOS

Inicialmente se encontrará la caracterización de la población que emitió las quejas y, posteriormente se presentará la clasificación según el modelo de cobertura efectiva de Tanahashi. De igual manera se presentará la asociación entre la caracterización de la población y las barreras de atención según los 4 factores del modelo de Tanahashi (Ver tabla 1). Se captaron un total de 62 quejas escritas y diligenciadas en el formato del Sistema de información y atención al usuario (SIAU).

5.1 CARACTERIZACIÒN DE LA POBLACIÒN.

De las 62 quejas revisadas, la media aritmética para la edad fue de 54,5 años y la mediana fue igualmente de 54,5 años con un rango entre 19 y 80 años (Tabla 2). El 64,5% (Frecuencia Absoluta (FA):40) pertenecían al sexo femenino, mientras el 35,4% (FA: 22) pertenecía al sexo masculino (Tabla 3). La Frecuencia Relativa (FR) para procedencia urbana fue mayor, 61,2% comparada con la Frecuencia Relativa para el área rural 38,7% (Tabla 4).

En cuanto al nivel de escolaridad se pudo evidenciar que el 40,3% de los pacientes realizaron estudios secundarios, seguidos de estudios primarios con el 32,2%, técnico 12,9%, ninguna escolaridad 8,0% y universitaria 6,4% (Tabla 5).

5.2 CLASIFICACION DE LAS BARRERAS ENCONTRADAS SEGÚN EL MODELO TANAHASHI.

Para cada uno de los 4 factores, se encontraron los siguientes resultados:

I. **Accesibilidad**

Se presentó como la barrera de acceso más frecuente, con un 50%, y una frecuencia absoluta de 31 quejas (Tabla 2). Respecto a este aspecto se destacan las largas filas y los tiempos de espera extensos, con una frecuencia absoluta de 11 quejas, seguida de horarios de atención inadecuados, con una frecuencia absoluta de 8 quejas. Las demás características del factor se presentaron en el siguiente orden: costos de traslado (FA:4),

escasez y dificultad de trasporte (FA:3), distancias largas entre residencia y Hospital Regional Manuela Beltran (FA:2), Dificultades administrativas (FA:2), y por ultimo costos de medicamentos (FA:1).

Tabla 2. Razones por las cuales se afecta la accesibilidad al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán.

Razones que afectan la accesibilidad	Frecuencia Absoluta (FA)	Frecuencia Relativa % (FR)
Largas filas y tiempos de espera excesivos	11	17,7
Horarios de atención inadecuados	8	12,9
Costos de traslado	4	6,4
Escasez y dificultad de trasporte	3	4,8
Distancias largas entre residencia y Hospital Regional Manuela Beltrán	2	3,2
Dificultades administrativas	2	3,2
Costos medicamentos	1	1,6
Total	31	50%

II. Disponibilidad.

Esta barrera presentó una frecuencia relativa de 33.8% (Tabla 3). Se posicionó como la segunda barrera de acceso con sus respectivas sub variables, destacándose la escasez de médicos como la principal barrera de disponibilidad, determinada por las quejas interpuestas por los pacientes de consulta externa medicina general (FA: 9). Como segunda sub variable, con una frecuencia absoluta de 6 quejas, se encontró la no disponibilidad de atención telefónica, seguida de la escasez de recursos, infraestructura y horas de atención, con una frecuencia absoluta de 4 quejas, y escasez de información como última sub variable (FA: 2).

Tabla 3. Razones por las cuales se afecta la disponibilidad al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán.

Razones que afectan la disponibilidad	Frecuencia Absoluta (FA)	Frecuencia relativa % (FR)
Escasez de médicos	9	14,4
No disponibilidad de atención telefónica	6	9,6
Escasez de recursos, infraestructura, horas de atención	4	6,4
Escasez de información	2	3,2
TOTAL	21	34%

III. Contacto.

Este factor corresponden al 11,2% del total de las quejas (Tabla 4), con sus dos sub variables: inadecuada atención en facturación (FA: 5) y atención impersonal (FA:2).

Tabla 4. Razones por las cuales se afecta el contacto al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán.

Razones que afectan el contacto con el servicio	Frecuencia Absoluta (FA)	Frecuencia Relativa % (FR)
Inadecuada atención en facturación	5	8
Atención impersonal	2	3,2
TOTAL	7	11,2

IV. Aceptabilidad.

Los resultados muestran este factor como la barrera de acceso a consulta externa menos determinante por los pacientes, 11,2% (Tabla 5), esto tanto en la sub variable de Estigma social (FA:2) como en la sub variable de desconfianza del equipo de salud, con una frecuencia absoluta de 1.

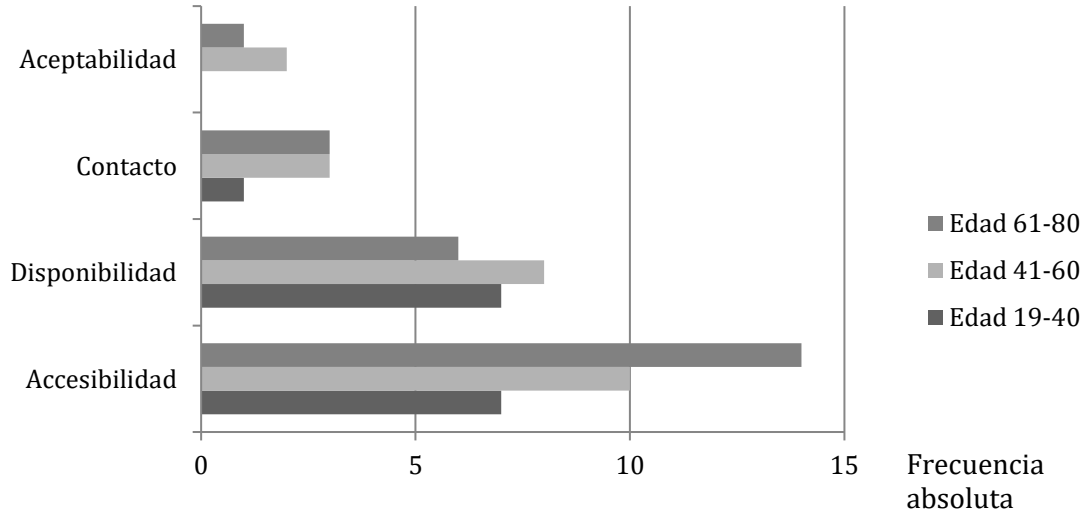
Tabla 5. Razones por las cuales se afecta la aceptabilidad al servicio de consulta externa, medicina general Hospital Regional Manuela Beltrán.

Razones que afectan la aceptabilidad al servicio	Frecuencia Absoluta (FA)	Frecuencia Relativa % (FR)
Desconfianza equipo de salud	1	1,6
Estigma social	2	3,2
TOTAL	3	4,8

5.3 BARRERAS DE ATENCIÒN Y CARACTERIZACIÒN SOCIO DEMOGRAFICAS.

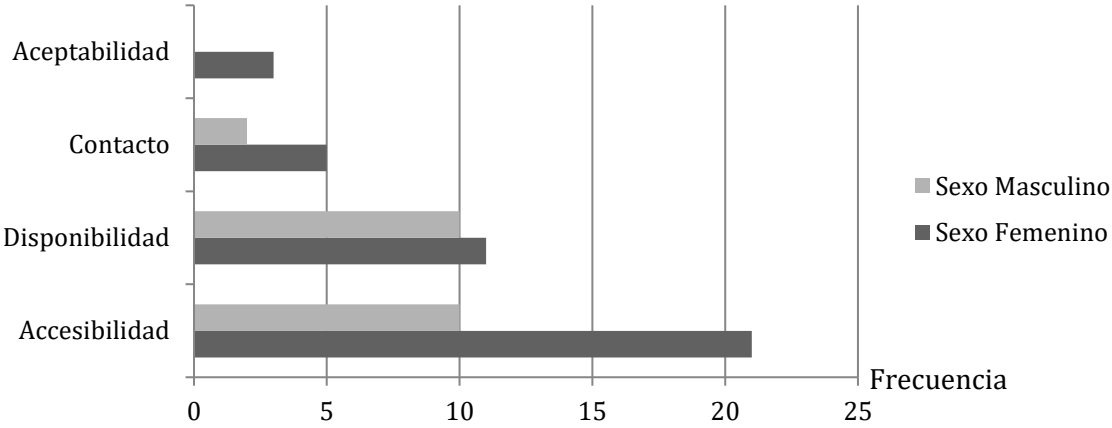
En cuanto a la combinación de las características socio demográficas de la población y las barreras de atención se encontró que para el factor de Accesibilidad, la población con un rango mayor de edad fue la que más quejas presento, con un predominio de los adultos mayores de 61 años (Grafico 1).

Gráfico 1. Barreras de atención vs Edad



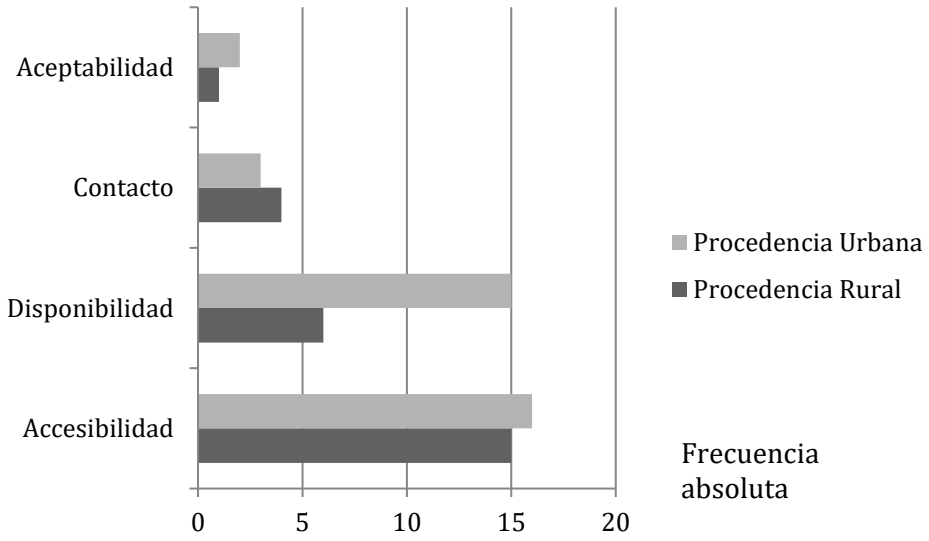
De igual manera se encontró que el sexo femenino predominó con las quejas interpuestas en esta barrera de Accesibilidad y en todas las barreras de atención (Gráfico 2)

Gráfico 2. Barreras de atención vs Sexo.



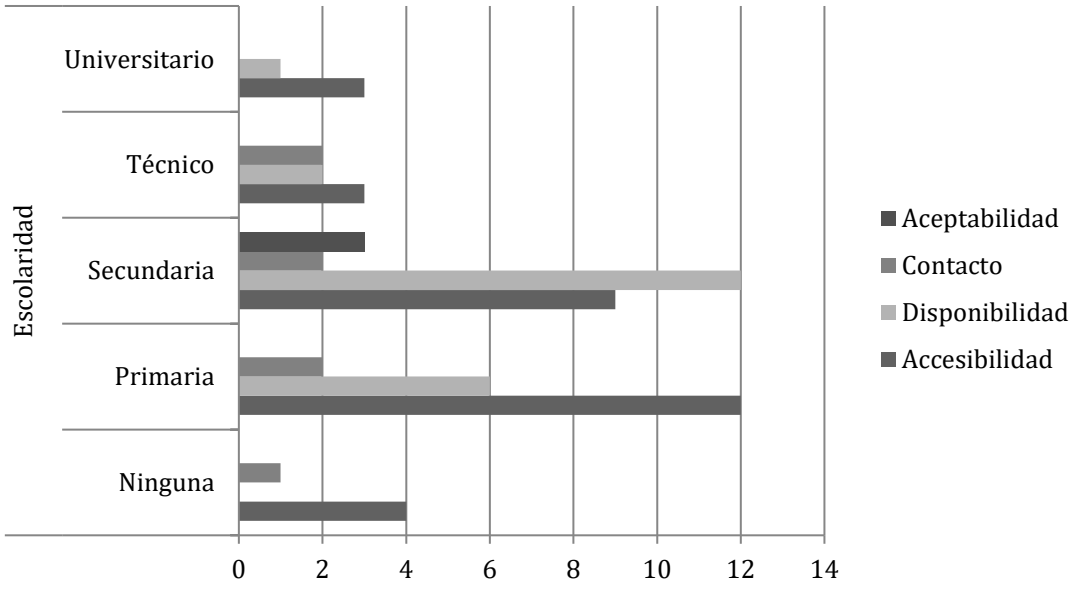
En cuanto a la procedencia respecto a este mismo factor de *Accesibilidad*, no se encontró diferencia entre población urbana, (FA: 16) y población rural (FA:15) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Barreras de atención vs procedencia.



Respecto a la escolaridad, la mayoría de quejas fueron presentadas principalmente por población con educación primaria, seguida de educación secundaria, ninguna escolaridad, nivel técnico y por último, nivel universitario (Gráfico 4).

Gráfico 4. Barreras de atención vs escolaridad.



En cuanto al factor de *Disponibilidad*, se encontró similar para todos los grupos etarios, con leve inclinación a la población entre 41- 60 años. La procedencia para esta barrera fue significativamente mayor para el nivel urbano, y la escolaridad en la que más quejas se encontraron fue de usuarios con escolaridad de nivel de secundaria, seguida de escolaridad primaria, nivel técnico y por último de nivel universitario. Para esta variable no se encontró quejas de personas sin escolaridad.

Frente al factor de *Contacto*, persiste la tendencia de los demás factores, en que la mayoría de las quejas se encuentran en la población mayor a 41 años, y de sexo femenino, con una frecuencia absoluta de 5. En cuanto a la procedencia de las quejas relacionadas a contacto, se puede observar que fue en la única barrera en que predomino la población rural, con una frecuencia absoluta de 4, frente a la población urbana con frecuencia absoluta de 3. La escolaridad para esta barrera fue igual para nivel de primaria, secundaria

y nivel técnico, con una frecuencia absoluta de 2. Solo se presentó 1 queja de un paciente sin escolaridad, y no se presentaron quejas de personas con nivel universitario .

Finalmente se encontró, que al igual que en los demás factores, en la *Aceptabilidad*, la población que predominó fue la de los adultos mayores de 41 años, de sexo femenino y procedencia urbana. Frente a la escolaridad las 3 quejas que se encontraron en esta barrera, pertenecían a usuarios con escolaridad de nivel de secundaria .

A nivel general de los 4 factores, se encontró que las barreras que mayor percibieron las mujeres fueron aquellas relacionadas con la Accesibilidad, mientras que los hombres, además de la Accesibilidad, presentaron por igual quejas relacionadas con Disponibilidad, con una frecuencia absoluta de 10. Así mismo se evidencio una tendencia a que los mayores de 41 años presentaran quejas en su mayoría relacionadas con la Accesibilidad. En cuanto a la procedencia, se encontró que la población urbana interpuso quejas en su mayoría de Disponibilidad y Accesibilidad, mientras que la población rural presento menos quejas de Disponibilidad y más de Accesibilidad.

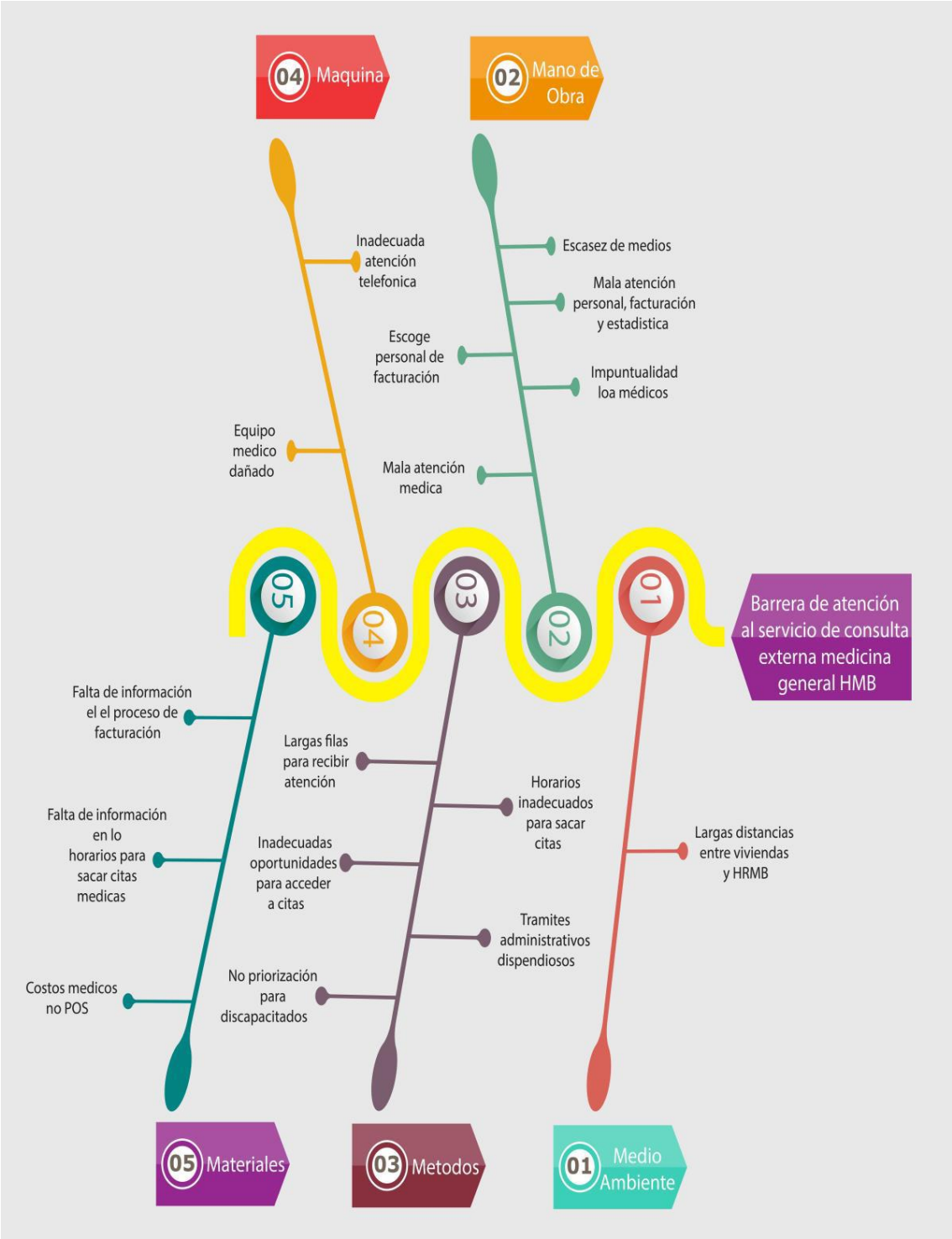
Las personas sin ninguna escolaridad al igual que los usuarios con nivel de escolaridad de primaria, técnico, y nivel universitario, basaron sus quejas en la Accesibilidad, mientras que los pacientes con escolaridad de nivel de secundaria se centraron en las quejas relacionadas con las barreras de Disponibilidad .

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El análisis de la información se realizó a partir del diagrama "Causa- Efecto", también conocido como diagrama de Ishikawa (Grafica 5), una herramienta administrativa que facilitó el análisis de las posibles causas de las barreras de acceso identificadas, a partir del Modelo de de Tanahashi.

La riqueza de haber utilizado la clasificación de Tanahashi, como modelo teórico, y el diagrama de Ishikawa, como herramienta administrativa, es haber logrado un abordaje completo de la situación, permitiendo no solo identificar y clasificar las barreras de acceso en el servicio de consulta externa, sino profundizar en las posibles causas y efectos de éstas barreras, y a partir de ello generar recomendaciones específicas que permitan mejorar los estándares de oportunidad y calidad del servicio en esta área del Hospital Regional Manuela Beltrán.

Gráfico 5. Diagrama de "Causa- Efecto" frente a barreras de Acceso en al servicio de consulta externa, medicina general, Hospital Regional Manuela Beltrán.



6.1 ANALISIS DIAGRAMA CAUSA EFECTO FRENTE A BARRERAS DE ACCESO EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA, MEDICINA GENERAL,HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN.

Según el diagrama de Causa- Efecto se encontró que las 62 quejas pertenecían diferentes categorías, las cuales se procedieron a clasificar para poder encontrar posibles causas, y de esta manera encontrar soluciones administrativas .

Se clasificaron las quejas en 5 grupos según el tipo de barrera : medio ambiente, mano de obra, método, máquina y materiales (Ver gráfico 5). Posteriormente se relacionaron con el modelo de Tanahashi y establecieron las posibles causas de su presencia (Tabla 6). A partir de ello, se generaron recomendaciones administrativas orientadas a mejorar la oportunidad y calidad del servicio

Tabla 6. Relación diagrama causa-efecto con la clasificación de Tanahashi

Factor según Tanahashi	Categoría según Diagrama De Ishikawa	Posibles Causas Primarias	Frecuencia Absoluta
Accesibilidad	Materiales	Falta de información en el proceso de facturación	3
		Costos de medicamentos no POS	1
	Métodos	Horarios inadecuados para sacar citas	7
		Largas filas para recibir atención	5
		Inadecuada oportunidad para acceder a citas	3
		No priorización para discapacitados	3

		Trámites administrativos dispendiosos	1
	Medio ambiente	Largas distancias entra vivienda y HRMB	6
Disponibilidad	Materiales	Falta de información acerca de los horarios para sacar citas medicas	1
	Maquina	Inadecuada atención telefónica	9
		Equipos médicos dañados	1
	Mano de obra	Escasez de médicos	8
		Escasez de personal de facturación	1
Contacto	Mano de obra	Mala atención del personal de facturación y estadística	9
		Impuntualidad de los médicos	3
Aceptabilidad	Método	Desconfianza del equipo de salud	1

6.2 ACCESIBILIDAD.

Se observó que las barreras de accesibilidad son las más frecuentes y las más evidenciadas por la población, encontrándose en su mayoría dentro de la categoría métodos y destacándose las largas filas y los tiempos de espera como la principal queja de esta barrera, atribuyéndose a ser este un hospital de tercer nivel que reúne la provincia comunera y guanentina, con un alto volumen de pacientes, en el cual se deben crear estrategias para brindar un servicio efectivo y eficaz.

Los horarios de atención inadecuados fue otra variable de acceso frecuente, por lo tanto

debe ser punto de análisis para encontrar medidas que faciliten la atención a los usuarios. En relación a la Accesibilidad y el medio ambiente se encontró que al manejar población rural, esta tiene dificultades para el desplazamiento hacia el Hospital Regional Manuela Beltrán como su centro principal de atención en salud. La no priorización de discapacitados es causal de barrera de acceso para la población, siendo este importante factor de análisis para mejoras en el servicio.

6.3 DISPONIBILIDAD.

Las quejas por barreras de Disponibilidad puntuaron como segundo factor influyente, de predominio en las categoría mano de obra y máquina. La inadecuada atención telefónica constituyo la barrera de máquinas predominante, ya que las líneas telefónicas no se contestan o no son efectivas al momento de sacar una cita, lo que dificulta y hace que los pacientes se tengan que acercar al hospital y realizar grandes filas de espera. Por otra parte, la escasez de personal médico se vio reflejada como queja frecuente de disponibilidad y mano de obra; ya que como se había mencionado, solo se cuenta con la atención de 3 médicos generales para la atención de toda la población, lo que ocasiona que la oportunidad este a 4 o 5 días, generando barreras de atención.

6.4 CONTACTO.

La percepción de las prestaciones en cuanto a la mala atención del personal de facturación, estadística y personal médico, fueron las quejas encontradas en cuanto a contacto. La percepción de la mala calidad de la atención del personal de facturación/ estadística puede explicarse también por el alto flujo de pacientes en estas oficinas, ya que no está separado la atención por medicina general de las especialidades. Todas las barreras de contacto se presentaron en la categoría mano de obra; siendo este un factor de análisis para futuros cambios institucionales.

6.5 ACEPTABILIDAD.

Dentro de las quejas que fueron analizadas se encontraron muy pocas relaciones con la barrera de aceptabilidad, evidenciando en una sola queja desconfianza con los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, debido a estigmas sociales y creencias.

Para finalizar, es importante destacar como elemento importante dentro del análisis, el número total de quejas que se encontraron, ya que la cantidad (baja) no corresponde con el alto volumen de pacientes que maneja el Hospital Regional “Manuela Beltrán”, lo cual se constituyo como una barrera para la presente monografía , debido a que inicialmente se debió aumentar el tiempo de recolección de información, por la escases de quejas escritas que documentaba el Sistema de Información y Atención al Usuario.

Sin embargo pese a esta limitante y a partir de los resultados encontrados y el análisis realizado y descrito anteriormente, se plantean una serie de recomendaciones para la institución, las cuales se presentan en el siguiente apartado. Estas recomendaciones se pondrán en conocimiento del Hospital “Manuela Beltrán”, con el fin de que se generen estrategias de mejora que beneficien directamente a los pacientes y eleven los estándares de calidad del Hospital.

7. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones que a continuación se presentan están dadas para cada uno de los factores del modelo de cobertura efectiva de Tanahashi:

Accesibilidad: Con el fin de eliminar las barreras de accesibilidad que fueron las más frecuentes, se propone trabajar con el equipo asistencial, con familia pacientes y cuidadores.

Con el equipo asistencial se proponen capacitaciones enfocadas en habilidades no técnicas: Comunicación, coordinación y apoyo. Dentro de las estrategias, cabe destacar que las largas filas puede ser debidas a que las instrucciones no se dan con claridad, de manera que los pacientes no entienden, para esta problemática se podría llevar a cabo una serie de capacitaciones que incluyan teoría y un entrenamiento in situ, que favorezcan la comunicación la coordinación y el apoyo entre el cliente interno y el cliente externo; dichas capacitaciones pueden ser llevadas a cabo por el psicólogo institucional.

Otra estrategia es mejorar la circulación de pacientes en el hospital, mediante sistemas de señalización más claros de modo que los pacientes reciban una especie de mapa o material didáctico que los oriente en los procesos básicos que se llevan a cabo en el Hospital Regional Manuela Beltrán. Por otra parte y no menos importante, es indispensable buscar instituciones aliadas como las EPS para que hagan circular la información acerca de horarios de atención, las nuevas estrategias, y los mecanismos de acceder a las citas medicas d e medicina general etc.

Es importante contar con personal entrenado, que este de forma continua en las filas para resolver inquietudes y orientar a la población, según sus necesidades

Disponibilidad. En el tema de la disponibilidad nos centramos en la parte administrativa y financiera. Una estrategia innegable es incrementar el personal médico asistencial, con el previo estudio financiero y de necesidades, ya que tres médicos como se evidencia en las quejas no suplen la demanda de pacientes para la consulta externa .

En cuanto la comunicación telefónica, se evidencia que el personal que se encarga este proceso es el mismo de atención presencial, lo que dificulta este mecanismo para sacar citas medicas de consulta general, por lo tanto seria útil disponer de personal especial para agenda citas telefónicas , ya que como se evidencia en la monografía, existe un gran número de población rural sobre la cual se pueden establecer estas estrategias y mejorarían el acceso al servicio.

Así mismo intentar crear un servicio para la obtención de citas vía internet, ya que existe una población con estudios secundarios, universitarios y técnicos que se podrían ver favorecidos con este tipo de recursos.

Contacto: Para disminuir las barreras de contacto se pueden llevar a cabo evaluaciones de satisfacción con los pacientes, familias y cuidadores por áreas, y dependiendo lo que se identifique, se seleccione la estrategia, por ejemplo capacitación o mejora de procesos, entre otros. Las evaluaciones constantes mejoran la percepción del usuario frente al personal medico, administrativo y en general frente al servicio. Es posible crear un programa de incentivos al personal institucional según la mejora en la calidad de la atención, de acuerdo a los reportes de los pacientes y apoyado en las encuestas que reflejen disminución de quejas.

Aceptabilidad: Se pueden crear programas de alfabetización en salud, procurando que el hospital sea pionero en la educación del paciente. Crear material educativo (pequeñas cartillas, folletos, videoclips) en donde por ejemplo, se le explique al paciente como pedir citas, como presentar una queja, como es el proceso de facturación, entre otros, y de estas manera disminuir barreras de atención.

Finalmente, una recomendación importante es considerar la creación de otro tipo de estrategia para interponer quejas, que permita que el lenguaje escrito no sea el único medio de comunicación, logrando con esto la inclusión de la población analfabeta, la cual constituye una población usuaria importante para el Hospital. Al respecto, una

herramienta útil podría ser la creación Útil de un tablero o material didáctico por medio del cual los pacientes por ejemplo, puedan dibujar las barreras de acceso frente al servicio.

BIBLIOGRAFIA.

1. Alcaldía de Socorro Santander. 2016 [En línea]. Disponible en: http://www.socorro-santander.gov.co/quienes_somos.shtml [Último acceso: 05 10 2016].
2. Hernández, J, Rubiano, D, Barona, J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 20(6):1947-1958.
3. Hirmas, M, Poffald, L, Jasmen, A, Aguilera, J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención en salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Salud Publica Panam 2014; 33(3): 223-229.
4. Jiménez, R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Revista cubana de salud pública 2004; 30(1).
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. 2012 [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos [Último acceso: 09 08 2016].
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 del 16 de Febrero de 2015. 2015 [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo /Ley%201751%20de%202015.pdf. [Último acceso: 09 08 2016].
7. Penchansky, R, Thomas, J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981; 19(2), 127-140.
8. Restrepo, J, Silva, C, Andrade, F, Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2014; 13(27), 242-265.
9. Seguimiento al Sector Salud en Colombia: Así vamos en Salud. Análisis - Aseguramiento – Georeferenciado [actualizado Noviembre 2015; citado 11 Agosto 2016] Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15
10. Vargas, I, Vasquez, L, Mogollon, A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista de Salud Publica 2010; 12(5): 701-710.

REFERENCIAS.

1. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley Estatutaria 1751 del 16 de Febrero de 2015. 2015 [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo /Ley%201751%20de%202015.pdf. [Último acceso: 09 08 2016].
2. Penchansky, R, Thomas, J. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Medical Care 1981; 19(2), 127-140.
3. Vargas, I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Trabajo de grado] Universidad Autónoma de Barcelona; 2009.
4. Hirmas, M, Poffald, L, Jasmen, A, Aguilera, J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención en salud: una revisión sistemática cualitativa. Revista Salud Publica Panam 2014; 33(3): 223-229.
5. Vargas, I, Vasquez, L, Mogollon, A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista de Salud Publica 2010; 12(5): 701-710.
6. Seguimiento al Sector Salud en Colombia: Así vamos en Salud. Indicadores aseguramiento en salud por departamento 2011-2014. 2015 [En línea]. Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/media/santafe/grafica/90fb8846ca3214ca2c5b2b8600cfb4dc.pdf [Último acceso: 11 08 2016].
7. Alcaldía de Socorro Santander. 2016 [En línea]. Disponible en: http://www.socorro-santander.gov.co/quienes_somos.shtml [Último acceso: 05 10 2016].
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2013. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. 2013 [En línea]. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s22233es/s22233es.pdf. [Último acceso: 09 08 2016].
9. Sánchez, G, Laza, C, Estupiñán, C, Estupiñán, L. Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2014; 32(3), 305-313.
10. Restrepo, J, Silva, C, Andrade, F, Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2014; 13(27), 242-265.
11. Jiménez, R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: una mirada actual. Revista cubana de salud pública 2004; 30(1).
12. Gulzar, L. Access to health care. Image: the Journal of Nursing Scholarship 1999; 31(1), 13-19.
13. Comes, Y, Solitario, R, Garbus, P, Mauro, M, Czerniecki, S, Vázquez, A, Stolkiner, A. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones Secretaría de Investigaciones de la Facultad de Psicología, 2007; (15).
14. Organización de Naciones Unidas . Realizing the Future We Want for All. Report to the Secretary General. 2012 [En línea]. Disponible en: http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/Post_2015_ UNTTreport.pdf. [Último acceso: 09 08 2016].

15. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008 [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/es/ [Último acceso: 09 08 2016].

16. República de Colombia. Constitución política de Colombia 1991, Articulo 48.
17. República de Colombia. Ley 100 de 1993 Sistema de Seguridad Social Integral.
18. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005 [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents /Politica%20Nacional%20de%20Prestación%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf [Último acceso: 09 08 2016].
19. Agudelo, A, Gómez, P, Montes, J, Pelayo, G. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del Municipio de San Gil–Santander [Tesis Doctoral] Universidad Autónoma De Bucaramanga; 2013.
20. Ayala, J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. 2014 [En línea]. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/
21. Martínez, F. La crisis de la seguridad social en salud en Colombia ¿Efectos inesperados del arreglo institucional? 2013. [En línea]. Disponible en: http://www.fedesalud .org/documentos/EstudiosFD_15_Crisis-seguridad-social-salud-Colombia .pdf. [Último acceso: 09 08 2016].
22. Seguimiento al Sector Salud en Colombia: Así vamos en Salud. Análisis - Aseguramiento – Georeferenciado [actualizado Noviembre 2015; citado 11 Agosto 2016] Disponible en: https://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis y propuesta para el desarrollo de la Atención Primaria, la Promoción de la Salud y el enfoque de determinantes orientados a la reducción de las inequidades, articulado al sistema de salud colombiano. 2012 [En línea]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Documentos [Último acceso: 09 08 2016].
24. Arrivillaga, M, Borrero, Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cadernos de Saúde Pública, 2016; 32(5).
25. Adauy, H, Angulo, P, Sepúlveda, J, Aguilera, S, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev. Panam Salud Publica. 2013;33(3):223–9.
26. Hernández, J, Rubiano, D, Barona, J. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. Ciência & Saúde Coletiva, 2015; 20(6):1947-1958.
27. Arango Cardona, L. Importancia de los costos de la calidad y no calidad en las empresas de salud como herramienta de gestión para la competitividad. Revista EAN, 2009;(67):75-94.

ANEXO A. QUEJAS ESCRITAS EN EL FORMATO INSTITUCIONAL DE MORBILIDAD Y PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCION DEL REGIMEN SUBSIDIADO.

FECHA	EDAD	ESCOLARIDAD	SEXO	DIRECCION	QUEJA
2/08/16	61	Primaria	F	Calle 17 número 8A-22	Los adultos mayores tenemos que hacer la misma fila de todos, deberían haber filas prioritarias para sacar las citas
2/08/15	76	Primaria	F	Barrio Comuneros	Hay que venir dos ves para sacar una cita, el trasporte es caro y uno no puede venir todos los días porque vive lejos
9/08/15	71	Primaria	F	Vereda alto de chochos	Debe haber prioridad en la hora de llegada para las personas que vivimos en el campo, el trasporte es difícil, y a veces hay que venir a pie
10/08/15	48	Secundaria	M	Calle 12 7-22	Se necesitan mas médicos en la consulta
10/08/15	59	Secundaria	M	Barrio Centro	Las filas son eternas y cuando llega el turno ya se han acabado, se necesita mas personal en facturación
24/08/15	71	Primaria	F	Vereda Árbol Solo	Las citas están muy lejos y los que somos de la tercera edad nos toca llegar a las 4:00 am para encontrar una sola cita
28/08/15	49	Secundaria	F	Carrera 7 numero 14 -22	Siempre hay citas con el medico que atiende mal, nunca hay citas con buenos médicos
12/09/15	78	Secundaria	F	Carrera 9A-14 -16	Las citas deberían estar disponibles por teléfono , pero uno llama y timbra y timbra y no contestan
17/09/15	37	Técnico	F	Vereda Berdín	Mi abuela de 88 años tuvo que esperar casi 3 horas para que la viera el médico y venimos viajando desde una vereda lejana.
17/09/15	55	universidad	M	Vereda Berdin	Se demoran mucho en la atención medica

18/09/15	69	Ninguna	F	Vereda Alto de Chochos	El hospital queda a 2 horas y media de mi vereda , deben volver a funcionar los puestos de salud con las enfermeras.
21/09/15	48	Secundaria	F	Finca la Aurora	Pocos médicos y mucha gente para atender en el hospital
21/09/15	33	Técnico	F	Barrio Comuneros	Mi padre es un adulto mayor y tiene que hacer mucho papeleo para sacar una cita , lo administrativo hace que la atención sea muy lenta, en este Hospital
21/09/15	77	ninguna	F	Carrera 11- 14 - 22	En las tardes no dan citas , la gente que trabajamos nos queda mas fácil que los médicos nos atiendan en la tarde.
22/09/15	66	Primaria	F	Calle 7 - 15-22	Estoy en silla de ruedas y vine a una consulta medica y en la mañana hay mucha gente que uno no puede ni pasar, debería haber un trato especial para nosotros los discapacitados
1/10/15	46	Secundaria	F	Carrera 9 -16 -11	Muchos de los medicamentos que dejan los médicos generales hay que comprarlos y no es justo cuando no hay los recursos
3/10/15	45	Primaria	F	Vereda Canchón	El medico llego 1 hora tarde, fuera uno que llega tarde no lo atienden
3/10/15	59	Secundaria	F	Vereda Barro Hondo	Las niñas de facturación tratan la gente con grosería, no tienen paciencia para nada.
13/10/15	62	Secundaria	F	Calle 9a N 10 30	Mientras s e hacen tantas filas se pierde la cita con el medico
14/10/15	52	Secundaria	M	Carrera 11-15-22	Las líneas telefónicas para sacar citas nunca las responden, y llega uno y ve ese teléfono timbrando a toda hora y las señoritas no contestan.
25/10/15	19	Universidad	F	Calle 18 A 9-48	Hay mucha gente sacando citas, y pocos

					médicos generales, las citas son muy escasas
25/10/15	22	universidad	F	Carrera séptima N 24 31	Llegue tarde porque no pasaba el carro y no me atendieron
27/10/15	19	Técnico	F	Vereda Alto de chochos	Dan números telefónicos que nunca contestan para sacar cita, los que vivimos lejos nos beneficiaríamos de este servicio
1/11/15	47	Secundaria	M	Calle 10 A N 16-36	Llegue a la 6:00 a.m a sacar citas y ya no habían. A que hora hay que llegar para una cita con medico general?
3/11/15	39	Secundaria	F	Finca santa Isabel vereda Morario	Perdí mi cita por que no saben facturar, es injusto con el paciente que se presenten estas situaciones , uno viene porque esta enfermo, no porque quiere, pésimo servicio.
11/11/15	55	Técnico	F	Carrera séptima número 15B 18	No hay prioridad en la fila para las personas discapacitadas , yo estoy embrazada y no me dejaron pasar adelante, las embarazadas tenemos prioridad.
15/11/15	55	Técnico	F	Barrio primero de Mayo	Las señoritas de facturación cometen muchos errores, casi pierdo mi cita por culpa de ellas, les falta mas compromiso con su trabajo
2/12/15	76	Primaria	M	Vereda Cinco mil	Las citas con médico general están a 15 días, lo atienden cuando uno ya está muerto
11/12/15	34	Secundaria	F	Carrera 11 N 18 -15	Siempre que llego nunca hay citas y cuando hay me llaman tarde. Hoy llegue a las 6:30 am y me llamaron hasta las 9:00 am yo trabajo y no tengo tiempo para perder
11/12/15	68	Primaria	M	Vereda Cinco mil	Muy mala atención por parte de cierto personal , no de todos, hacia mi

					como usuario, y como ser humano.
17/12/15	45	Técnico	F	Barrio el Diamante	No le dieron cita doble a mi hijo y por error de facturación perdí mi cita con el medico general
18/12/15	34	Secundaria	M	Vereda Barro Hondo	Mucha fila para pedir una cita de medico general
21/12/15	76	Primaria	F	Carrera 10 - 12A - 8	He venido toda la semana a sacar cita y nunca hay, pongan mas médicos.
21/12/15	72	Secundaria	F	Barrio Primera de Mayo	Perdí la cita, con el medico general por llegar 15 minutos tarde, yo vivo lejos y no pasaba el bus, es injusto que no me atiendan por eso
23/12/15	63	Primaria	F	Carrera 9 N 8 - 53	hay que venir dos veces para una misma cita , un día a sacarla y otro día a la cita, es difícil para los que vivimos lejos y no tenemos plata para venir dos veces
30/12/15	49	Secundaria	M	Vereda Canchón	No hay citas con médicos generales , uno llega el lunes y las citas están hasta el viernes deberían poner más médicos en consulta
30/12/15	36	Primaria	M	Calle 13 N 8-53	Las filas para facturación son muy largas, y cuando uno termina de hacer la fila ya ha perdido la cita con el medico
30/12/15	54	Primaria	M	Vereda Alto de Chochos	Las citas telefónicas son imposibles de sacar, esos teléfonos nunca los contestan
10/01/16	29	Técnico	F	Calle 8 N 3-29	Ingrese a las 6:00 am y son las 9:15 y no me han atendido, no hay suficientes médicos, no vengo acá de caridad
15/01/16	74	Secundaria	F	Carrera 15 N3-57	Hay un solo médico atendiendo, faltan más médicos, llevamos

					mucho tiempo esperando que nos atienda
25/01/16	78	Primaria	F	Vereda Buenavista	Llegue a buscar una cita, le dije a la señora que yo tenia discapacidad y era urgente y no podía hacer una fila tan larga, finalmente no pude sacar mi cita
19/02/16	80	ninguna	M	Vereda Popoa Puente Nacional	Me citaron a cita a las 7:50 am y son las 8:50 esperando que me atiendan, porque no ha llegado el medico, si uno que llega algo tarde no lo atienden, Favor tomar correctivos
19/02/16	67	Primaria	M	Carrera 16 N 6-61	Llegue a solicitar la historia clínica de consulta externa son las 7:15 am y estoy esperando que llegue la encargada
19/02/16	39	Secundaria	F	Calle 12 N11 28	Llegue a facturar la cita, llegue 9:10 am y alas 9.32 am espere para que me atendieran, si tiene hora de refrigerio, pues que se turnen y no dejar la caja sola
19/02/16	38	Secundaria	M	Carrera 9 N11 - 21	Falta de orientación por parte de las cajeras, no dan solución inmediata a los usuarios, sino que el tema de ellas es no saber
1/03/16	37	Secundaria	F	Carrera 10 13-11	He venido 3 veces seguidas ha solicitar una cita y siempre me dicen que no hay
1/03/16	33	universidad	F	Gambita	Mi hijo Geert Depak Vargas tiene cita alas 9:00am y lo atendieron a las 11:00 am para que tengan en cuenta d e cumplir ya que venimos de Gambita, y el trasporte es escaso
1/03/16	48	Secundaria	F	Vereda Canchón	Falta de atención al publico juegan con los pacientes y los abandonan no vale reclamar y madrugar

1/03/16	64	Primaria	F	Calle 8 -02	Falta de respeto con el usuario que digan que las citas las dan un día del mes, y uno llega y que ya no hay citas
1/03/16	77	ninguna	M	Carrera 15 11 -43	Nos dicen que venir para sacar cita, nos hacen madrugar y no hay porque las han dado antes
24/03/16	69	Primaria	M	Guadalupe	Por teléfono es imposible sacar citas
16/03/16	65	Primaria	M	Carrera 8 5a 34	Solo hay 2 médicos para hospital cabeza de provincia y alto nivel
8/04/16	78	Primaria	M	Vereda Alto de Chochos	Hay que llagar a las 4:00 am para sacar una cita de consulta externa y hacer unas filas muy largas
15/04/16	49	Secundaria	F	Calle 7a 9-69	Las citas con médicos generales se llenan desde el Lunes , no se puede venir ningún otro día de la semana
18/04/16	50	Secundaria	M	Calle 14 No. 16a- 21	Soy usuario de cafesalud, me formularon un examen de radiografía de colon por enema con doble contraste. El único que tiene convenio es el hospital manuela Beltrán socorro, y hace aproximadamente (no dice el tiempo) estoy tratando de sacar la cita y me dicen en RX que el aparato se encuentra en reparación o dañado, me estoy viendo afectado ya que la orden esta caducando, y no quiero volver a haber todo el procedimiento para que me autoricen nuevamente. Gracias
2/05/16	45	Primaria	M	Guadalupe	Que por favor la línea telefónica sea mas efectiva, para solicitar cita medica, ya que a veces toca venir personalmente y por motivos económica

					queda difícil y la distancia.
3/05/16	49	Primaria	F	Carrera 6 No 10-19 el Samán	Dan números telefónicos que nunca contestan para sacar citas, y somos persona que vivimos a 8-10 hora de distancia, teniendo que venir solamente para sacar las citas personalmente, cosa que nos implica tiempo, dinero que no poseemos, por favor tengan mas consideración y caridad con los pacientes especialmente los pobres y campesinos.
3/05/16	56	Secundaria	F	El Peñón	Los números telefónicos que dan para sacar citas nunca los contestan. Vivimos lejos del socorro y nos toca viajar solamente para sacar la citas personalmente, cosa que implica tiempo y dinero que no poseemos
3/05/16	75	Secundaria	M	El Peñón	Dan números telefónicos que nunca contestan para sacar citas, y somos persona que vivimos lejos, teniendo que venir solamente para sacar las citas personalmente, cosa que nos implica tiempo, dinero del que no poseemos, por favor tengan mas consideración y caridad con los pacientes especialmente los pobres y campesinos.
25/05/16	34	Técnico	F	Carrera 2 N2 38	Mi padre, Como persona mayor de 65 años, solicito que se tenga en cuenta a las personas de la tercera edad, demasiado tiempo para pedir un cita, demasiado desorden en lo de los fichos, demasiado desorden y no hay quien organice,

13/06/16	76	ninguna	M	Calle 13 No 2-46	Me siento inconforme con el servicio debido a que la señorita Julia de caja es demorada con su labor. No les da paso a las personas discapacitadas y a las señoras en gestación. Dándole prioridad a esas personas
21/06/16	47	Secundaria	F	Vereda el Bosque	Los profesionales de estadística no tienen claro los horarios de los doctores y son desorganizados.

ANEXO B. FORMATO INSTITUCIONAL DE QUEJAS HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN.

	ESE HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRAN SOCORRO	Cód: RG01-PC13001	Versión: 03
		Fecha: 21/07/2016	Página: 1 de 1
FORMATO DE QUEJAS, INQUIETUDES, PETICIONES, SUGERENCIAS Y FELICITACIONES			

Respetado usuario: para la E.S.E. Hospital Regional Manuela Beltrán del Socorro es importante conocer su opinión acerca de nuestros servicios y la atención ofrecida por nuestro equipo de colaboradores.

Complete los siguientes datos:

Fecha: D__ M __ A__	Servicio en el que fue atendido:
Nombre del Paciente:	
Nombre de quien diligencia el formato:	
Correo electrónico:	
Dirección:	Teléfono:

Escriba su comentario:

ANEXO C. AUTORIZACION POR PARTE DEL ARA ADMINISTRATIVA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUELA BELTRA, PARA LA REALIZACION DEL ESTUDIO.

Doctor
ALVARO JAVIER IDROVO VELANDIA
Director
Departamento de Salud Pública.
Escuela de Medicina
Universidad Industrial de Santander

Respetado Doctor.

Reciba un cordial saludo, en atención a la solicitud presentada me permito informarle que la estudiante YESIKA ANDREA FIALLO SUAREZ, fue autorizada para la realización de su trabajo de grado "identificación de barreras en la atención en el Hospital Manuela Beltrán del municipio del Socorro" para lo cual se coordinarán las acciones tendientes al suministro de información relacionada con su trabajo de grado que será utilizada para el cumplimiento de su proyecto y se deberá guardar la confidencialidad de dicha información. Lo anterior no establece ninguna relación laboral con la estudiante que desarrollará su proyecto de grado.

Atentamente,

JOSUE CALA CALVETE
Coordinador de Sistemas de Gestión
Hospital Manuela Beltrán Socorro.