

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.

Nury Campaz Payan (1)
Nurycampaz23@gmail.com

Stella Mary Montaña Olaya (2)
Stellamontanoolaya@gmail.com

Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Programa de Especialista Auditoría en Salud (1) Universidad Santiago de Cali, Facultad de Salud, Programa de Especialista Auditoría en Salud (2)

Resumen

Objetivo. Identificar las principales barreras de acceso al servicio de salud en el contexto colombiano a partir del reconocimiento de la salud como un derecho fundamental.

Materiales y métodos. Se realizó una revisión documental con matrices de análisis de carácter interpretativa y compresiva, a partir de estudios y documentos identificados en bases de datos biomédicas y especializadas a nivel nacional, con estrategia de búsqueda basada en palabras claves relativas a barreras de acceso. Se estableció como criterios de inclusión estudios a partir del 2012 cuando la legislación colombiana configura mecanismos para el derecho a la salud, y con tema principal de barreras de acceso a servicios de salud en Colombia.

Resultados. En Colombia las principales barreras de acceso a los servicios de salud que se presentan en el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Salud una vez aprobada la Ley Estatutaria de Salud, se relacionan con la oportunidad en el servicio, la falta de oferta de servicios de mediana y alta complejidad en municipios apartados lo que junto con la situación económica de los paciente afecta el acceso oportuno retrasando el diagnóstico y tratamiento. Las barreras administrativas por parte de las Entidades Promotoras de Salud reducen principalmente la oportunidad en la prestación de servicios especializados. También se encuentran barreras sociales y culturales que impiden el acceso a los servicios de salud especialmente en comunidades pobres o rurales.

Conclusión. Los estudios consultados documentan principalmente tres tipos de barreras de acceso a los servicios de salud posterior a la promulgación de la Ley Estatutaria de salud. La primera de tipo administrativo, que se derivan de procesos, políticas y/o requerimientos de las Entidades Promotoras de Salud; la segunda, las barreras geográficas que se relacionan con la oferta local y regional por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de salud, lo que obliga a pacientes y usuarios a desplazarse, implicando mayores costos, lo que a su vez deriva en barreras de tipo económico.

Palabras Clave: Barreras de acceso, sistema de salud, derecho a la salud.

INTRODUCCIÓN

En Colombia, la salud es un derecho fundamental, la Ley Estatutaria 1751 del 16 de febrero de 2015 (1) en su Artículo 2°, promulga que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud, indicando que el Estado adoptará 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. Igualmente la Ley 1438 del 19 de enero de 2011 en su Artículo 1° ya había establecido como objetivo el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) a través de un modelo de prestación del servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud que permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país (2).

Consciente de la gravedad de las barreras de acceso y otras problemáticas en la prestación de servicios, el Estado ha establecido unos niveles de complejidad de los servicios de salud, sin embargo, las instituciones de mayor nivel III y IV, que cuentan con servicios más especializados y complejos se ubican en las principales ciudades, generando con ello barreras de acceso para población de zonas apartadas, entre ellas las rurales que deben desplazarse desde sus domicilios para acceder a la atención requerida. (3). Considerando que el desplazamiento y movilidad de un paciente implica costos económicos esto genera una limitación o barrera para pacientes que no cuentan con recursos para desplazarse y financiar los gastos conexos. A pesar de que ha mejorado el aseguramiento en la población, aún no todos los colombianos pueden acceder a los servicios de salud en condiciones de una atención continua, integral e

integrada y con calidad. El sector salud se encuentra en crisis y uno de los principales problemas se asocia al acceso a los servicios.

Según los trabajos de Aday y Andersen (4) acerca de las barreras potenciales para no utilizar los servicios de salud, los motivos están relacionados con la calidad de los servicios entre los cuales la accesibilidad es una subdimensión. Se hace referencia a las características de la población, levedad del caso, falta de tiempo y dinero, a la accesibilidad geográfica, distancia a los centros, falta de atención, desconfianza en los médicos, poca capacidad resolutive y exceso de trámites.

De acuerdo con Bedoya, García, Pérez (3) entre las barreras de acceso a los servicios de salud figuran: a) barreras estructurales, relacionadas con la organización de SGSS; b) barreras administrativas, relacionadas con la prestación del servicio por parte de las aseguradoras y por la red pública hospitalaria; c) barreras económicas, relacionadas con el gasto de bolsillo; d) barreras relacionadas con el personal médico; e) barreras culturales; f) barreras relacionadas con los determinantes de la salud, originadas en determinantes estructurales (relacionadas con la posición socioeconómica, discriminación social y desconocimiento); y determinantes intermedios relacionadas con la ubicación geográfica, entorno laboral y el sistema de salud que en ocasiones no aplica los lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud.

El desarrollo normativo en materia de auditoría se ha realizado considerando que el Estado tiene la obligación de reglamentar todo aquello que sea necesario para que el derecho a la salud sea efectivo. Se ha constituido una legislación amplia, que va desde la Ley 100 de 1993 y de la sucesiva reglamentación (Decretos 2174 de 1996, 2309 de 2002 y 1011 de 2006), en los cuales se hace referencia a la auditoría como un componente del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), obligatorio para las partes como IPS y EPS y entidades que se les asimilen (5) . En este sentido, la auditoría se convierte en un mecanismo dentro del sistema de garantía de calidad con el que se busca alcanzar los objetivos de dicho sistema, entre ellos alcanzar la efectividad, para que todos los ciudadanos tengan acceso al servicio de salud como un

derecho y se eliminen circunstancias o factores que impiden acceder de manera oportuna. El presente estudio se propone identificar cuáles son esas barreras de acceso a la salud que aún se presentan en el sistema colombiano, a pesar de ser un derecho fundamental como lo estableció la ley 1751 desde el 2015 (1).

MATERIALES Y MÉTODOS

Este estudio corresponde a una revisión documental con matrices de análisis de carácter interpretativa y comprensiva. El proceso de revisión se fundamentó en los componentes teóricos del modelo de Aday y Andersen (4) acerca de las barreras potenciales para no utilizar los servicios de salud. Se adoptó la definición y clasificación de Bedoya, García, Pérez (3) sobre los tipos de barreras para el acceso a los servicios de salud, las cuales se constituyeron en las categorías de sistematización y análisis de la información, desde una perspectiva comprensiva del rol de los actores (EPS, IPS, Ente territorial, individuo); de, nivel de atención, y de acuerdo al enfoque poblacional y diferencial, como los elementos que establece la Política de Atención Integral en salud (PAIS) y el Modelo de Atención Integral de Salud (MIAS) desde una perspectiva de derecho a la salud.(ver tabla N°1).

La propuesta metodológica de investigación aborda la siguiente pregunta de investigación: Una vez se define en la legislación colombiana que la salud es un derecho fundamental, cuáles son esas barreras que aún impiden que los colombianos accedan de manera equitativa y oportuna a los servicios de salud?

Tabla No.1 Categorías de análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia en cumplimiento de la Ley Estatutaria de Salud

	Actor	Nivel de atención	Enfoque poblacional y diferencial
Tipo de barrera de acceso a los servicios de salud en Colombia	¿La barrera se presenta principalmente por medidas, normas, protocolos establecidos?	¿En qué nivel de atención es más crítica la presencia de este tipo de barrera?	¿Esta barrera es más crítica en la zona urbana, rural o rural dispersa?
	¿Qué actor está principalmente implicado en la configuración de la barrera?		¿Esta barrera se presenta principalmente en que poblaciones?
	¿Qué aspecto de la calidad de la atención afecta principalmente?		
	¿Esta barrera se agudiza o se ha superado con la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud, de la 1751?		

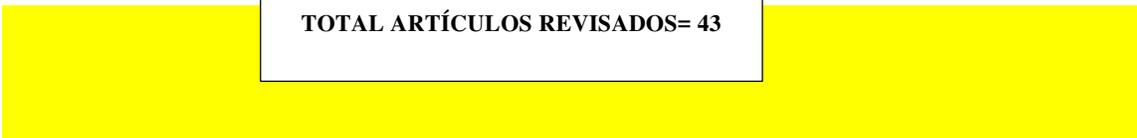
Fuente: Elaboración propia (2019)

El proceso de revisión se realizó a través de buscadores y bases de datos académicas, entre las que figuran: ScienceDirect, Scielo, Ebooks-7/24 (McGraw-Hill), EBSCO, MEDLINE, Google Academic. Para el proceso de búsqueda de la información de una manera más eficiente, se utilizaron las palabras claves: barreras de acceso, servicios de salud, sistema de salud Colombia. Se definieron dos criterios de inclusión: 1. Estudios y artículos publicados entre el 2012-2017 en consideración a la relación temporal de la Ley 1438 del 2011 y la 1751 del 2015. 2. Estudios publicados con información completa que permiten identificar metodología y objetivos de investigación vinculados directamente con barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia.

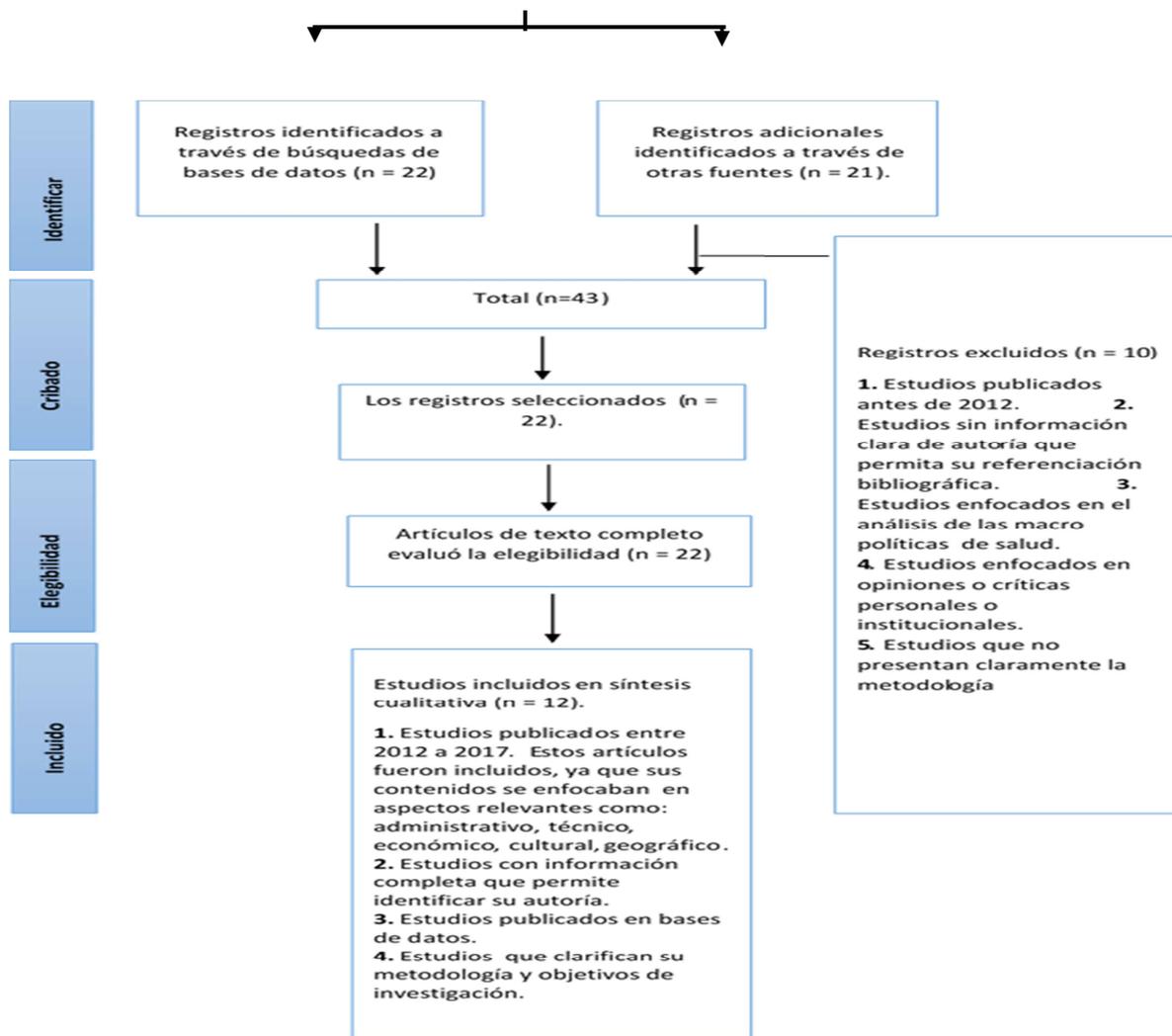
Se identificaron un total de 43 documentos entre estudios e informes en las bases de datos. Se excluyeron 21 de ellos por no cumplir los criterios establecidos. Finalmente se seleccionaron 12 de los 21 artículos revisados teniendo en cuenta que estos estudios profundizan sobre los tipos de barreras de acceso a la salud en el contexto de Colombia. Estos artículos fueron publicados entre el año 2012 a 2017 (ver tabla n°2).

Una vez identificados los estudios se pasó a la interpretación y comprensión a partir de las categorías de análisis establecidas. Se incorporó la revisión de documentos complementarios o confirmatorios de lo dicho por los autores revisados u otras fuentes en otros contextos. Los instrumentos de consulta, en donde se plasmaron los contenidos obtenidos de las diversas fuentes, requieren ser construidos de acuerdo con la naturaleza y alcance de la investigación. Se realizó una lectura de cada texto completo extrayendo los fragmentos que son relevantes para el posterior análisis, seguidamente se realizó una síntesis por categorías en un proceso analítico de las barreras de acceso a los servicios de salud. La figura (1) presenta el flujograma que explica el proceso de identificación y selección de los documentos identificados de acuerdo con los criterios de inclusión definidos.

Figura 1. Flujograma revisión de literatura.



TOTAL ARTÍCULOS REVISADOS= 43



Fuente. Elaboración propia (2019)

RESULTADOS

En los estudios revisados se evidencia que la población enfrenta barreras relacionadas con el acceso geográfico, de tipo económica, de oferta (cobertura) y barreras derivadas de la estructura y modelo administrativo del sistema de salud. Como señalan Bedoya y García (3), los pacientes se ven inmersos en un laberinto de trámites que se convierten en barreras de acceso a los derechos y beneficios que tienen dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta problemática les dificulta ser diagnosticados y por ende, obtener el tratamiento que requieran, en forma oportuna.

Como consecuencia, “se generan serias complicaciones en el estado de salud del paciente, quien ve deteriorada su calidad de vida” (3).

El tema de la cobertura en zonas aisladas es un tema que se ha catalogado como barrera, como lo indican Flórez, Campo, Trochez y Peña (15) dado que la situación geográfica limita el acceso de la población en la atención, por la distancia, vías de acceso. Además la condición económica de la población limita su movilización hacia los centros urbanos. Así mismo, estos autores indican que la problemática de la salud en Colombia, está relacionado de forma directa con el aseguramiento, es decir, la afiliación no garantiza una óptima atención porque se ha convertido en negocios burocráticos, debido a que no se prioriza la salud del usuario. Además, se identifica que las barreras inician con los funcionarios que brindan la atención ya que por desconocimiento de la norma en ocasiones no dan la información precisa y esto genera barreras administrativas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones (15).

Si bien en el país se ha logrado mejorar en temas de cobertura en aseguramiento en regiones apartadas, no existe una oferta de instituciones que presten los servicios según las necesidades de la población. En contextos como el Valle del Cauca, por ejemplo, la población tiene cobertura de afiliación del (89.81%) según el Ministerio de Salud y Protección Social (18) , sin embargo la oferta en salud, sobre todo en nivel especializado se concentra en ciudades como Cali, Tuluá, Palmira y otras ciudades principales, dejando a los pequeños municipios en desventaja, obligando a los pacientes a desplazarse hacia las ciudades donde se ubique la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), si a esto se le suma la condición socioeconómica de los pacientes se ve un panorama más complejo para acceder a los servicios de salud.

Según la Gobernación del Valle del Cauca en su Plan Territorial de Salud, en el año 2016 se tiene una cobertura de la población afiliada al sistema de seguridad social en salud, que en unos municipios llega al 100% mientras que en otros, se ubica cerca del 50%. Esto significa un reto para las autoridades de salud pública. En el municipio de

Cali, por ejemplo, se tiene una cobertura del 96,13%, mientras que en el municipio de Alcalá la cobertura llega al 53,93%. Un aspecto que representa una disparidad entre los municipios (19).

Restrepo y Andrade (7) identificaron diferentes visiones que se tienen de las barreras de acceso, además de las implicaciones que conllevan, dentro de las cuales se presentan las barreras geográficas que también están ligadas al tema económico, dado que la situación de pobreza le impide a los pacientes desplazarse hacia donde se encuentran las instituciones que brindan la atención y servicios. En este sentido las barreras deben ser abordadas desde un enfoque integral, donde se tenga en cuenta que una situación negativa puede conllevar al inicio de unas barreras. En muchos casos las barreras son tan frecuentes, que los usuarios consideran un hecho normal no ser atendido de forma oportuna al solicitar un servicio de salud. Así mismo, el autor refiere que la barrera geográfica aumenta de acuerdo con el régimen, en el subsidiado la oportunidad de la atención es más demorada, si se tiene en cuenta que la población afiliada a este régimen su economía es un factor bastante relevante. Por su parte, Agudelo, Gómez, Montes y Pelayo (8) observan diferentes barreras, alguna de las cuales guardan relación con la condición del paciente como el desconocimiento de los derechos en salud, lo que le impide exigir frente a las instituciones de salud para lograr una atención oportuna, continua y acorde a las necesidades de su condición clínica.

En el estudio de Ortega y López (17) se evidencia que los modelos de atención que no consideran los aspectos culturales del paciente constituyen barreras, en particular con grupos minoritarios como los indígenas o afrocolombianos. Se debe mejorar el modelo de atención para que se eduque al paciente y/o usuario sobre los derechos en salud, sobre los mecanismos para presentar quejas o solicitudes.

En la investigación de Rodríguez, Rodríguez y Corrales (6) se encuentran una serie de barreras administrativa, la más frecuentes fueron las autorizaciones, donde se tenía que disponer de recursos necesarios para los múltiples desplazamientos para obtención de citas de consulta médica general o especializada, epicrisis exigida para la

autorización; tiempos largos de espera, y remisiones a IPS sin convenio con la EPS. Además, si se requería una nueva cita se debía esperar un tiempo bastante prolongado para poder conseguir esa nueva cita argumentando que hay agenda (6). Dentro de las barreras más comunes se identificaron falta de oportunidad en 52% seguida de la negación de la autorización en un 41%. Cabe resaltar que todas estas situaciones permiten el aumento de morbimortalidad en el territorio colombiano que afectan la accesibilidad, oportunidad y continuidad del servicio de salud lo que va en detrimento de la salud y calidad de vida del paciente (6).

Flórez, Campos, Trochez y Peña (15) evidencian que la situación económica de la población afecta la calidad de servicio de salud y en sí genera una serie de barreras que limitan a la población acceder a un servicio oportuno, de calidad, especialmente en los niveles de alta complejidad. La situación geográfica limita el acceso de la población al acceso en la atención, por la distancia, vías de acceso, además la condición económica de la población limita su movilización hacia los centros urbanos. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales, acceso geográfico y oferta disponible relacionados con una financiación pública insuficiente. Por lo tanto estas diferencias podrían deberse por un lado a la accesibilidad geográfica y en la inequidad de la distribución de los recursos públicos ya que no se tiene cuenta el enfoque diferencial para la distribución de los mismos y sí poder brindar las acciones en salud necesarias para la población, esto sin tener en cuenta que cada gobernante de turno dispone de los mismos para cumplir cuotas políticas o pagar favores personales que conllevan a la disminución de la atención a los usuarios (15).

De acuerdo con Marín y Chávez (9) las barreras de salud en gran medida están vinculadas a la misma naturaleza del Sistema General de Seguridad Social, donde los servicios de salud enfrentan problemáticas como la falta de recursos, un tema que debe abordarse desde las políticas públicas, para que se asignen más recursos y se vigile la ejecución adecuada de los mismos. En la actualidad las normas se han enfocado más en la cobertura pero no hacen frente a temas como la calidad, donde se vaya suprimiendo las barreras de acceso, de continuidad y con esto realmente

garantizar que el paciente reciba diagnósticos y tratamientos, oportunos, acorde a su condición clínica (9).

Según Virguez (16) si bien, los factores socioeconómicos son determinantes en el acceso a los servicios de salud, éstos están mediados por la necesidad en salud de los jóvenes y las características de los servicios de salud apropiadas para ellos. Una de las principales barreras por las cuales los jóvenes no asisten a los servicios de salud son las fechas y los horarios de las citas, las cuales son consideradas por la población de estudio como muy demoradas, aspecto que sumado a los trámites para la obtención de las mismas son muy complejos debido a la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud. De acuerdo con Bedoya, García y Pérez (3) se evidencia un sistema de salud colombiano desarticulado en su estructura financiera y administrativa en el que persisten inequidades en el acceso y oportunidad para la utilización de los servicios, presentándose barreras que no solo deterioran la percepción de la calidad de la atención sino también conllevan al empeoramiento de la condición clínica del paciente lo cual trae consecuencias para el paciente, su familia, el sistema de salud y el estado.

Amado, Mantilla, Ospina, Maturana y Uribe (20) encontraron en su investigación que en Colombia, la fragmentación y segmentación del sistema de salud impone barreras en la atención de los adultos con cáncer gástrico ocasionando las disparidades en salud que impactan en su sobrevivencia. En este sentido, el impacto negativo de las barreras en la sobrevivencia por este tipo de cáncer marca un reto para las reformas del sistema de salud, cuya estructura se caracteriza por la fragmentación operativa y la segmentación institucional como en Colombia; ya que los cambios que se realicen deben aumentar la oportunidad de atención. En el caso de la investigación de Lemos y Carabalí (10) las barreras de acceso de la ruta de atención de servicios de salud en mujeres con fibromialgia es una problemática que requiere especial atención, ya que se evidencian situaciones relacionadas con el diagnóstico oportuno, los tiempos de espera para el acceso a las citas médicas, las remisiones a los especialistas y la entrega de medicamentos. Adicionalmente se resalta las barreras relacionados con la atención por

parte de los profesionales de la salud.

Barrero (21) encontró el desempleo como causal de barrera de acceso a los servicios de salud en Bogotá y Municipios aledaños, las personas al no tener empleo, no tienen capacidad de pago y por tanto no realizan aportes al sistema de salud; las razones de no afiliación que más predominaron en los encuestados fueron el no estar vinculado laboralmente a una empresa o entidad. Una de las razones de no afiliación que tomó importancia fue el estar a la espera de la encuesta del SISBEN convirtiéndose este proceso en una posible barrera de acceso al sistema de salud por la extensión en cuanto a tiempos de espera de aceptación de estas personas en el régimen subsidiado, mientras tanto buscan otras alternativas para tratar las enfermedades como la automedicación y no tendrán acceso al servicio farmacéutico (21) .

García (22) en su estudio encontró que los determinantes sociales tienen gran importancia en el acceso al Control Pre Natal (CPN), se calificó como no adecuado tener menos de cuatro CPN. Las variables con mayor asociación para este comportamiento fue la percepción de mala calidad en la atención, el inicio tardío del CPN (después del primer trimestre), tener bajos ingresos y la escolaridad de la madre, todos ellos asociados a las brechas sociales y a las inequidades en salud. Por otro lado, se evidenció la importancia de la empatía, humanismo y comunicación de los trabajadores de salud para generar adherencia al CPN, lo cual es vital y determina la percepción de calidad de la atención, por encima de variables como la infraestructura, la ubicación del servicio, los horarios de atención, etc.

Sánchez, Laza, Estupiñan y Estupiñan (11) encontraron que a pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer incluyendo la promulgación de la ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos), las mujeres con cáncer de mama enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, que están determinadas socialmente, y frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad. Este estudio permitió conocer, en primera persona, casos de mujeres de bajos recursos económicos que atribuyen a un fenómeno de discriminación social la

presencia de barreras, que complejizan los procesos y afectan los tiempos y la calidad de la atención.

Castro (23) encontró que las barreras de acceso al sistema de salud están asociadas a las características personales y socioculturales de las usuarias, a la atención en salud por parte del talento humano, a la infraestructura de los centros de salud y a la estructura del sistema de salud. También contempla la desarticulación de los niveles de atención, la falta de capacitación y formación del personal de atención y el desconocimiento de la normativa técnica y legal para la atención del cáncer de mama en el nivel de baja complejidad.

Por su parte, Rodríguez, Rodríguez y Corrales (6) enfatizan en un desconocimiento de la normatividad por parte de los usuarios, lo que ocasionó que fueran manipulados. Las justificaciones dadas por los funcionarios de las EPS a las barreras de acceso, giraron alrededor de aspectos estructurales del sistema de salud, del modelo económico y de barreras geográficas. Tal como se ha observado en otros escenarios, las barreras de acceso, han conllevado a efectos negativos en aspectos personales, emocionales, familiares, sociales, laborales y culturales; el estrés personal, emocional y familiar, son de las situaciones más frecuentes, al igual que las dificultades laborales por permisos reiterados.

Agudelo, Gómez, Montes y Pelayo (8) entre las barreras encontraron una mala atención de funcionarios, inoportunidad al entregar medicamentos, inoportunidad al prestar el servicio y falta de equipos por parte de la IPS. Del lado de la EPS la barrera asociada fue la tramitología, por demora y negación de autorizaciones. Una relación entre la edad y las dificultades en la atención en la EPS, se destacó en lo referente a la tramitología, donde a mayor edad, mayor fue la dificultad para poder acceder a la autorización de los servicios requeridos. El nivel de escolaridad también resultó ser un factor relacionado con las dificultades en la atención por parte de la EPS, donde a mayor escolaridad mayor posibilidad de acceso a los servicios.

Varios autores indican sobre las diferentes barreras de acceso a la salud que algunas guardan relación con la condición del paciente como el desconocimiento de los derechos en salud, lo que le impide exigir frente a las instituciones de salud para lograr una atención oportuna, continua y acorde a las necesidades de su condición clínica. Por su parte, Lemos y Carabalí (2017) (10) relacionan la norma, advirtiendo que se presentan situaciones relacionadas con el diagnóstico oportuno, los tiempos de espera para el acceso a las citas médicas, las remisiones a los especialistas y la entrega de medicamentos. Adicionalmente se resalta las barreras relacionados con la atención por parte de los profesionales de la salud.

DISCUSIÓN

En Colombia desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se ha establecido como una condición necesaria para alcanzar la calidad en salud, tener una atención oportuna lo que indica que la asignación de citas debe hacerse en menor tiempo posible desde que el paciente la solicita. Si bien esto es una premisa y en sí una obligación de carácter legal, las condiciones administrativas y funcionales conllevan a que la asignación de citas en distintas especialidades desde medicina general como en consultas especializadas llevan a que en la práctica exista demoras y por ende se comprometa el indicador de oportunidad.

Según el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención Salud (SOGCS) de Colombia, definido por el Decreto 1011 de 2006 en su artículo 3o la oportunidad se define como la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presente retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios (24). Así mismo el Ministerio de Salud y Protección Social refiere que el indicador de calidad generalmente se diseña para identificar áreas de mejoramiento este, por lo cual no es de extrañar que los resultados iniciales que arroje el indicador muestren una situación no deseable desde la perspectiva de la calidad de la atención.

Según la encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS en cuanto a la percepción de la facilidad de acceso a los servicios de salud fue de 54%, en 2014. Esto indica que el 46% de los usuarios consideran difícil acceder a los servicios de salud de su EPS. A pesar de esto, el indicador mejoró un 11% con respecto al año anterior. Entre tanto, la proporción de personas que reportaron que la EPS les negó un servicio se redujo a la mitad entre 2013 y 2014: pasó del 11% al 5% (18)

Ante las barreras que se puedan presentar para acceder a los servicios de salud que comprometen la vida, se tiene como recurso acudir a la acción de tutela la cual permite defender los derechos fundamentales y agilizar los procesos de salud con el objetivo de disminuir el deterioro en la salud del paciente. Para el año 2013, en total, el departamento del Valle del Cauca participó con el 10,76% de las 115.147 tutelas en salud a las que acudieron los colombianos. Esas cifras no reflejan la realidad, dado que las tutelas por salud fácilmente pueden sumar más de 40.000 en un año en el departamento. Solo en los juzgados de Cali y Palmira más del 50% de las tutelas que se tramitan tienen que ver con el tema de salud (19).

Para el año 2014, de acuerdo con la Superintendencia de Salud, de las 34 EPS del régimen subsidiado, en las que más se encontraron falencias tales como: No poder acceder a los servicios de salud que requiere, trámites administrativos (autorizaciones, asignación de citas médicas), oportunidad en la prestación del servicio, no reconocimiento de las prestaciones económicas, no disponibilidad del recurso humano fueron Cajacopi, Caprecom, Cafam y Comfandi y en las del contributivo: Salud Vida, Cruz Blanca, Café Salud y Saludcoop. Las que obtuvieron mejores desempeño son Sanitas, Nueva EPS, SOS y Coomeva del contributivo. Comfamiliar Nariño, Comfamiliar Cartagena, Ecoopsos y Comfaguajira del régimen subsidiado). Respecto a las EPS que más se niegan a autorizar oportunamente servicios de salud con el argumento de que la persona no ha presentado la solicitud respectiva ante el Comité Técnico Científico, las que registran mayor número de casos en el contributivo son Coomeva (89.044), Nueva EPS (19.039), Aliansalud (15420) y Salud Total (12723).

Para el caso del subsidiado, en promedio el 32.19% de EPS fue clasificada como “servicio ordenado por el médico tratante y no tramitado ante el CTC (NTR)”. (25). En el año 2015 Antioquia vuelve a aparecer como la región donde más se presentan tutelas para la salud, con 32.540, la Defensoría del Pueblo hace énfasis en la situación de La Guajira y el Chocó, dos de los departamentos con más problemas de índole social y de salud que, paradójicamente, fue donde menos se usó el recurso, con 7,5 y 10,26 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (26).

A la par de las barreras económicas, técnicas, geográficas y administrativas se debe considerar las barreras culturales, las cuales están ligadas a sus usos y costumbres, la educación y/o conocimiento del paciente y usuario del funcionamiento del sistema de salud, así como los derechos y deberes de los distintos actores, dado que esto último condiciona el uso que se hace de los mecanismos para presentar quejas y reclamos ante la negación oportuna de la atención (14). En cierta manera esta clase de barrera es corresponsabilidad de los actores; pacientes, EPS, IPS y autoridades en salud que deben profundizar para visibilizar derechos y deberes, dejando claro cuáles y cómo operan los mecanismos para presentar peticiones cuando se generan demoras o negaciones en la atención.

Conexo al tema cultura, la falta de modelos interculturales y/o reconocimiento de las particularidades culturales de la población, ha generado una barrera entre el paciente o usuario y las instituciones de salud, dado que perciben que esta no valora o tiene en cuenta aspectos propios de sus creencias y costumbres, aspecto más notable con grupos étnicos como pueblos indígenas y comunidades afro (11). Para reducir esta clase de barreras los modelos de atención deben reconocer la diversidad cultural de las regiones, así como las creencias particulares de la población dado que estas inciden en las prácticas y conductas de autocuidado. En regiones con mayor concentración de pueblos indígenas como afro, se debe adaptar la atención para que se genere empatía con la comunidad y se valore sus creencias dentro de la estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incorporada en el primer nivel de atención, con lo cual se espera generar un acercamiento y confianza para promover el uso oportuno y

continuo de servicios de salud.

CONCLUSIONES

Desde la expedición de la Ley 100 de 1993 el país viene trabajando por alcanzar una cobertura plena del acceso a la salud, si bien se ha logrado llegar a cifras deseables, el reto que se evidencia es lograr la calidad, en particular obtener una atención oportuna, continua e integral, es allí donde el sistema de seguridad social en salud, sigue presentando falencias y donde existen barreras que limitan el paciente y/o paciente para acceder a una atención sus necesidades y capacidades. Fenómenos como la concentración de las I.P.S y E.P.S en los grandes centros urbanos ha dejado a gran parte de la población limitada para acceder a servicios de manera oportuna, en particular cuando estos de tratan de mayor complejidad, siendo la población y de municipios apartados la más afectada. A la par, los costos derivados del desplazamiento se convierten en un barrera económica que impide encontrar en otras regiones la oferta que a nivel local no se encuentra. En este sentido, se concluye que la dinámica en cómo se ha estructurado la oferta en salud y se han configurado las redes de instituciones constituyen una barrera geográfica e incluso económica, porque la oferta no llega a las zonas más apartadas del país donde se ubica población de ingresos bajos. Para la supresión de esta clase de barreras se deberá ajustar la distribución de instituciones en distintos municipios, a la vez garantizar condiciones para la movilidad de pacientes, que implica mejorar rutas de acceso y transporte.

Las barreras de acceso a los servicios de salud, son de distintas naturaleza, las geográficas y económicas en gran medida se desprenden de la configuración del sector, sin embargo, las barreras de carácter administrativo obedecen a un sistema excesivamente burocrático que ha colocado por encima del interés y bienestar del paciente el cumplimiento normativo de la cada institución. Esto sin duda ha generado

un fuerte impacto en la oportunidad de los servicios prestados, generando para el paciente demoras en los diagnósticos y tratamientos, comprometiendo así el pronóstico respecto a la estado de salud y calidad de vida. Esta clase de barreras debe ser analizadas en el contexto de cada E.P.S para que se rediseñen los procesos y se evite recaer en procedimientos que limitan o demoran la atención. En este caso se concluye que desde la auditoría se pueden revisar puntualmente cada barrera y orientar medidas de mejora, evitando así que el paciente deba recurrir acciones jurídicas, como los derechos de petición, tutelas o demandas, que acarrear sanciones legales y económicas.

Las distintas barreras de acceso a la salud, van en contra de los principios de calidad que establece el sistema obligatorio de calidad en salud, así mismo, comprometen el garantizar el derecho fundamental a la salud, en este sentido se han pronunciado distintas autoridades del país, de igual manera se han formulado políticas y leyes que buscan erradicar dichas barreras. En este sentido se concluye que el país cuenta con un marco normativo que combate de manera frontal las barreras en salud, aspecto que la auditoría debe usar para identificar en cada instituciones situaciones o factores que configuran una barrera y formular recomendaciones para que sean suprimidas antes que generen afectaciones a los pacientes. Esto implica de cierta manera anticiparse a las situaciones para prevenir eventos no deseados por la instituciones como demandas de pacientes y las respectivas sanciones de los entes de control como la Superintendencia en Salud.

El tema de las barreras analizado desde una visión amplia, implica la corresponsabilidad de distintos autores, respecto a lo geográfico el sector público muchas veces no llega a los espacios o territorios donde la iniciativa privada es escasa, así mismo, la crisis del sector salud en materia financiera a derivado en barreras económicas para el paciente, siendo el Estado el responsable de financiar un sector crítico para el desarrollo. A la vez las E.P.S han colocado por encima intereses económicos y administrativos dejando relegados principios de la calidad en el servicio de salud. Considerando lo anterior, la solución a dichas barreras debe ser un esfuerzo coordinado de distintos sector, donde la auditoría en salud puede velar que se cumplan

los compromisos adquiridos y progresivamente vayan reduciéndose los distintos tipos de barreras.

Desde la auditoría es posible hacer frente a las barreras de acceso a los servicios de salud, así como aquellas que comprometan la calidad de la atención brindada. A nivel de EPS e IPS mediante la auditoría interna es posible identificar de manera temprana procesos y/o requerimientos que se cataloguen como barreras administrativas, lo cual favorece la oportunidad que se le brinda al paciente, a la vez que se reduce el riesgo legal que enfrentan las instituciones ante eventuales demandas o tutelas que se puedan emprender ante las falencias presentadas. De igual manera, la auditoría aporta a identificar otra clase de barreras como las culturales y técnicas al interior de EPS e IPS, aspecto que permite generar acciones de mejora continua, dando así cumplimiento a los principios del sistema obligatorio de garantía de calidad en salud.

Las autoridades en salud en el ámbito nacional, departamental y municipal a través de la auditoría a la estrategia de atención en salud, pueden detectar las barreras de orden geográfico y económico, de tal manera que se corrija las actuales falencias en cuanto a la oferta de servicios por municipio y región, para que se logre ubicar IPS en municipios apartados facilitando con ello el acceso a población de zona rural y se eviten desplazamientos hacia centros urbanos lo que representa mayores costos para el usuario. De igual manera es necesario que se audite de manera detallada el tipo de oferta por región para que mejore en especial la ubicación y/o distribución de las IPS con mayores niveles de complejidad de tal manera que el paciente o usuario tenga facilidades de acceder a servicios más complejos en proximidad a su domicilio evitando así desplazamientos que representa demoras y comprometen la oportunidad.

Tabla 2. Artículos de revisión sistemática.

TIPO DE BARRERA	AUTORES Y NOMBRE DEL ESTUDIO	RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS
ADMINISTRATIVO	Rodríguez H. J., Rodríguez R. D., Corrales B. J. (2016). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. (6)	Aunque los funcionarios de las EPS mostraron planes de mejoramiento para disminuir las barreras, varios no coincidieron con las PQRS existentes para cada una de ellas. Luego de una minuciosa revisión documental sobre el reemplazo de especialistas, para aumentar la oportunidad (médico internista por médico familiar; oftalmología por optometría), se encontraron diferencias en competencias y destrezas entre las especialidades originales y las sustitutas.
ADMINISTRATIVO	Restrepo y Andrade (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia (7).	El mayor número de barreras encontradas en el trabajo cualitativo corresponden al acceso real, sin restar importancia a barreras del acceso potencial como la situación económica de los usuarios, las distancias geográficas y las características del contexto y de la población. Se destacan las barreras al acceso real por trabas administrativas, falta de infraestructura, falta de recursos profesionales y demora en las autorizaciones.
ADMINISTRATIVO	Agudelo E. A., Gómez A. P., Montes G J., Pelayo G. B. (2013). Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander. (8)	La oportunidad en la atención solicitada por los usuarios que requirieron los servicios de medicina general y odontología fue mayor a tres días, con un 81,47% y 91,7% respectivamente; mientras que la atención en medicina especializada fue superior a quince días en un 74,1%. Además, Se encontraron dificultades en la atención a los usuarios, refiriéndose mala atención de los funcionarios, inoportunidad en la entrega de medicamentos, inoportunidad en la prestación del servicio y falta de equipos.
ADMINISTRATIVO	Marín O. Y., Chávez G. B. (2014). Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas (9).	Es necesario que los organismos de vigilancia del SGSSS garanticen el cumplimiento de la normatividad vigente; además se requiere de un cambio en la legislación que supere los vacíos normativos, y una transformación en la forma de vinculación de los ciudadanos al sistema de salud que garantice el acceso universal y la atención integral de manera independiente de la estabilidad de las relaciones laborales.
ADMINISTRATIVO	Lemos R. D., Carabalí L. (2017). Percepción de las barreras de acceso de la ruta de atención en servicios de salud en mujeres con fibromialgia de Santander de Quilichao (10).	Las barreras de acceso de la ruta de atención de servicios de salud en mujeres con fibromialgia es una problemática que requiere especial atención, ya que se evidencian situaciones relacionadas con el diagnóstico oportuno, los tiempos de espera para el acceso a las citas médicas, las remisiones a los especialistas y la entrega de medicamentos. Adicionalmente se resalta las barreras relacionados con la atención por parte de los profesionales de la salud.
TÉCNICO	Sánchez V. G., Laza V.C, Estupiñan G. C., Estupiñan L. (2014). Barreras de acceso a los servicios de salud: narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. (11)	A pesar de los esfuerzos del país por mejorar la oportunidad en prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer —incluyendo la promulgación de la ley 1384 de 2010 (Ley Sandra Ceballos) —, las mujeres con cáncer de mama enfrentan barreras de acceso a los servicios de salud, que están determinadas socialmente, y frente a las cuales el sistema muestra cierto nivel de incapacidad.
TÉCNICO	Sánchez V. G. (2013) Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario	Las personas en condiciones desfavorables presentan los casos más complejos y paradójicamente enfrentan la mayor cantidad de barreras de acceso. Estas barreras

	burocrático. Una experiencia colombiana (12) .	trascienden el sistema de salud, y no dependen exclusivamente de una reforma al sector.
TÉCNICO	Arrivillaga M., Aristizábal J. C., Pérez M., Estrada. V. E. (2016). Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos (13) .	En el caso de Jamundí, el Ministerio de Salud ha estimado una cobertura en salud del 80,89%. No obstante, los hallazgos de este estudio revelan debilidades institucionales tanto para promover servicios preventivos como para atender las enfermedades. Esto indica que cobertura en salud no significa acceso real y efectivo a los servicios.
ECONÓMICO	Betancur C. L. Hinestroza C. Y., Montes P. L. (2017). 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 (14) .	Se experimenta diversidad de barreras para el acceso efectivo a los servicios de salud en pacientes con discapacidad, tales como: los gastos en que deben incurrir las cuidadoras 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 al acceso a los servicios de salud. Está categoría se encuentra estrechamente relacionada con algunas subcategorías de las barreras de acceso y de disponibilidad como transporte, distancias, equipos, insumos y medicamentos.
GEOGRÁFICO	Flórez M. S., Campo R. C., Trochez G. M., Peña L. C. (2012). Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace, Cauca. 2012 (15)	La situación geográfica limita el acceso de la población al acceso en la atención, por la distancia, vías de acceso, además la condición económica de la población limita su movilización hacia los centros urbanos.
CULTURAL	Virguez M. L. (2016). Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén. (16)	Los resultados indican que las características sociodemográficas como: edad, sexo, nivel de escolaridad, estrato socioeconómico, son determinantes frente al acceso a los servicios de salud, ya que establecen patrones propios de comportamiento en los jóvenes.
CULTURAL	Ortega V. C., López D. V. (2016). Barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado hospital Engativá, 2016 (17) .	Se identificó como principal barrera de acceso, el desconocimiento en derechos en salud, seguida del tiempo de viaje en el desplazamiento hacia la IPS. Otra de las principales barreras de acceso es la falta de opciones que brinda la IPS que no generen conflictos con su cultura o religión lo que evidencia que los modelos de atención de salud del Hospital Engativá ESE no se encuentran enfocados desde una visión biopsicosocial por lo cual es de gran importancia implementar este modelo para dar integralidad a la prestación del servicio.

Fuente. Elaboración propia (2019)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso de la Republica de Colombia. *Ley Estatutaria 1751 dde 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá : Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015, 2015.
2. Congreso de la República de Colombia. *Ley 1438 del 19 de enero de 2011 . Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá : Diario Oficial No. 47.957 de 19 de enero de 2011, 2011.
3. Bedoya, C D, García , R Y y Pérez, C. *Barreras en el acceso a servicios de salud en pacientes con diagnósticos de enfermedades oncológicas en Colombia: revisión sistemática de la literatura*. Medellín : Monografía para optar el título de Especialista en Gerencia. Universidad CES. Facultad de Medicina., 2016.
4. Aday , L A y Andersen , R M. *A framework for the study of access to medical care*. s.l. : Health Serv Res: 1974;9 (3): 208-220.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud*. Bogotá. : Editorial Imprenta Nacional de Colombia., 2015.
6. Rodríguez, H J, Rodríguez , R D y Corrales, B J. *Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013*. s.l. : Ciência & Saúde Coletiva, 2016;20(6):1947-1958, 2015. págs. 1947-1958. Vol. 20.
7. Restrepo , Z J, y otros. *Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia*. s.l. : Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 242-265.
8. Agudelo, E R, y otros. *Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander*. Universidad Autónoma de Bucaramanga. Universidad CES. Facultad de Medicina Especialización. Bucaramanga. : Universidad CES. Facultad de Medicina Especialización en Gerencia de la Seguridad Social. , 2013.
9. Marín, O Y y Chávez, G B. *Inconsistencias en la afiliación al sistema de salud colombiano: barrera administrativa para la atención integral de las urgencias médicas*. s.l. : Revista Facultad Nacional de Salud Pública; 2014; 32 (1): 62-70. págs. 62-70. Vol. 32.
10. Lemos, R D y Carabalí, L. *Percepción de las barreras de acceso de la ruta de atención en servicios de salud en mujeres con fibromialgia de Santander de Quilichao*. Santiago de Cali : Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Maestría en Psicología de la Salud., 2017.
11. Sánchez , V G, Laza, V C y Estupiñan, L. *Barreras de acceso a los servicios de salud:*

narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia. Medellín : Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2014; 32 (3):305-313, 2014. págs. 305-313. Vol. 32.

12. Sánchez, G V. *Cáncer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocrático. Una experiencia colombiana*. s.l. : Rev. Salud pública. 2013; 15 (5): 671-683.

13. Arrivillaga, M, y otros. *Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos*. s.l. : Revista Gac Sanit. 2016;30(6):415–420.

14. Betancur , C L, Hinestroza, C Y y Montes, P 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*. Pereira : Grupo de investigación ZIPA Fundación Universitaria del Área Andina., 2017.

15. Flórez, M S, y otros. *Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca*. . Popayan : Universidad EAN. Universidad del Cauca. Especialización en auditoría y garantía de la calidad en salud. , 2012.

16. Virguez, M L. *Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaqué*. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias. Económi. Bogotá : Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de Ciencias. Económicas y Administrativas Posgrados en Administración en Salud. Maestría en Salud Pública., 2016.

17. Ortega V. C., López D.V. *Barreras de acceso en servicios de salud del régimen subsidiado hospital Engativa 2016*. Bogotá : Universidad Santo Tomás, Bogotá Posgrados en Seguridad Social y Salud Pública Programa de Especialización en Auditoría de salud, 2016.

18. Ministerio de la Salud y Protección Social. *Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud, 2015*. Bogotá : Imprenta Nacional, 2015.

19. Gobernación del Valle del Cauca. *Análisis de la situación de la salud del departamento*. Santiago de Cali : Secretaría de Salud Departamental, 2017.

20. Amado, N A, y otros. *Barreras para la atención en salud durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico*. s.l. : MedUNAB 2017; 19(3): 211-220]. págs. 211-220. Vol. 19.

21. Barrero, O O. *Caracterización de las barreras de acceso a los servicios de salud a partir de la encuesta multipropósito*. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales (U.D.C.A). Bogotá : Facultad de Ciencias. Programa de Química Farmacéutica., 2017.

22. García, B C. *Barreras de acceso y calidad en el control prenatal*. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. : Rev. Fac. Med. 2017; 65 (2): 305-10. págs. 305-10. Vol. 65.

23. Castro, V B. *Barreras y percepciones en el acceso a los servicios de salud para el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. consultantes y prestadores, Cartagena 2016*.

Barranquilla : Tesis para optar por grado de Magister de la Universidad del Norte en Salud Pública. Universidad del Norte. Departamento de Salud Pública., 2017.

24. Ministerio de Salud. *Decreto 1011 de 2006. Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud*. Bogotá : Diario Oficial, 2006.

25. El Espectador. *Las EPS que más servicios niegan*. [En línea] 2014. [Citado el: 10 de octubre de 2018.] <https://www.elespectador.com/noticias/salud/eps-mas-servicios-niegan-articulo-489713>.

26. El Tiempo. *Cada 3,5 minutos se presenta una tutela por la salud*. [En línea] 2015. [Citado el: 10 de octubre de 2018.] <http://www.eltiempo.com/vida/salud/tutelas-por-vulnerar-el-derecho-a-la-salud-en-colombia-48516>.

27. Ministerio de Salud. *Indicadores Calidad en Salud*. Bogotá : s.n., 2011.

28. Vargas L, I. *Barreras en el acceso en la atención en la salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia. tesis doctoral. Universitat Autònoma de Barcelona. Facultat de Medicina, Programa de doctorat en Pediatria, Obstetricia i ginecologia*. 2009.