



**Propuesta de Estrategia para el Mejoramiento del Acceso a los Servicios de Salud de los
Usuarios del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. en el Departamento de Arauca**

Rafael Gustavo Galíndez Reyes

Iván Darío Castro Bayona

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas

Maestría en Administración de Salud

Bogotá, Colombia

2023



**Propuesta de Estrategia para el Mejoramiento del Acceso a los Servicios de Salud de los
Usuarios del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. en el Departamento de Arauca**

Rafael Gustavo Galíndez Reyes

Iván Darío Castro Bayona

Trabajo de Grado presentado para optar por el título de Magister en Administración de Salud

Tutora:

Gloria Inés Osorio Rojas

Pontificia Universidad Javeriana

Facultad De Ciencias Económicas Y Administrativas

Maestría En Administración De Salud

Bogotá D.C, Colombia

2023

Agradecimientos

Agradecer primero a Dios por darnos la oportunidad de realizar esta maestría y poder llevar a cabo este trabajo el cual pretende mejorar la calidad de la salud. En segundo lugar, a nuestras familias que han sido un apoyo constante e incondicional en este camino. Por último y con mucha gratitud a todos nuestros docentes que nos brindaron sus conocimientos de manera profesional e invaluable, en especial a nuestra tutora de Investigación la Dra. Gloria Osorio y a nuestro Director de Maestría el Dr. Nelson Ardón.

Resumen

El presente proyecto de gestión busca proponer una estrategia de intervención que permita mejorar el acceso a la prestación de los servicios de salud de la población usuaria del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. del Departamento de Arauca, a través de actividades encaminadas a mejorar la accesibilidad, que permitan ser implementadas en el corto plazo, para lograr una mayor eficiencia de los servicios de salud, beneficiando a la población Araucana. La estrategia que se propone favorecerá el mejoramiento continuo de los procesos de prestación de servicios de salud tanto internos como externos, buscando potenciar la contribución de este a la comunidad, y generando un impacto positivo en las condiciones de salud de la población Araucana. A través del reconocimiento de la situación actual de la institución y los referentes bibliográficos analizados, se realiza la construcción de una propuesta de implementación de la estrategia 5S-5M-5C con la que se espera impactar los indicadores de calidad de la gestión institucional por medio de la ejecución de actividades encaminadas a la mejora del acceso a los servicios de salud.

Palabras clave:

Acceso. Servicios de Salud. Estrategias. Oportunidad. Usuarios. Calidad.

Tabla de contenido

1. Descripción del problema	8
1.1 Pregunta de investigación	11
2. Objetivos	12
2.1 Objetivo general	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. Propósito	12
4. Justificación	12
5. Marco referencial	16
6. Contexto institucional	19
7. Metodología	25
7.1 Fase 1: Análisis de la información institucional y demográfica	25
7.2 Fase 2: Revisión de literatura	26
7.3 Fase 3: Construcción de la propuesta	28
8. Consideraciones éticas	28
9. Resultados	29
9.1 Fase 1: Estado del acceso a los servicios de salud de los usuarios del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. del departamento de Arauca	29
9.1.1 Indicadores en salud pública	30
9.1.2 Análisis de contexto institucional	45
9.1.3 Indicadores institucionales	55
9.1.4 Encuesta de percepción	60
9.1.5 Entrevista con el Doctor Jorge Vargas Salamanca	69
9.2 Fase 2: Revisión de literatura a nivel mundial y nacional sobre estrategias para el mejoramiento de acceso en los servicios de salud	72
9.3 Fase 3: Construcción de una propuesta para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.	86
9.3.1 Principales hallazgos y discusión	87
9.3.2 Recomendaciones a la institución	90
9.3.3 Estrategia 5S-5C-5M	91
9.3.4 Plan de implementación	95
10. Conclusiones	100
Referencias	103

Lista de figuras

Figura 1 Población por sexo y grupo de edad del municipio de Arauca, 2022

Figura 2 Mapa de procesos del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E

Figura 3 Servicios habilitados de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

Figura 4 Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, Municipio de Arauca (2005 – 2020)

Figura 5 Comparación entre la Tasa de crecimiento natural y las Tasas brutas de natalidad y mortalidad del Municipio de Arauca (2005 – 2020)

Figura 6 Tasa de mortalidad ajustada por edad en el municipio de Arauca trazabilidad desde el año 2005 al 2020.

Figura 7 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en el Mcpio. Arauca (2005 – 2020)

Figura 8 Tasa ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 OPS general del Municipio de Arauca (2005 – 2020)

Figura 9 Tasa de mortalidad infantil de Arauca (2005 – 2020)

Figura 10 Razón de mortalidad materna a 42 días, por área de residencia del Municipio de Arauca (2009- 2020)

Figura 11 Capacidad Instalada del Hospital San Vicente de Arauca 2022

Figura 12 Servicios habilitados y sus horarios registrados

Figura 13 Servicios habilitados y sus horarios registrados

Figura 14 Distribución por sexo

Figura 15 Distribución porcentual por aseguramiento

Figura 16 Ubicación de la vivienda

Figura 17 Distancia de la vivienda a la E.S.E.

Figura 18 Presencia de Enfermedad Crónica

Figura 19 Facilidad para obtener cita por consulta externa para Md. Interna, Pediatría o Ginecología

Figura 20 Percepción acerca del servicio que presta el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Arauca.

Figura 21 Servicios más utilizados por los usuarios en el HSVA E.S.E

Figura 22 Percepción acerca de la demanda inducida en el HSVA E.S.E

Figura 23 Canales que usan los usuarios para el agendamiento de citas

Figura 24 Resultados de revisión documental

Figura 25 Esquema 5S-5M-5C

Lista de tablas

Tabla 1 Proporción población por ciclo vital, Arauca, 2005, 2015, 2022 y 2025

Tabla 2 Caracterización del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

Tabla 3 Resultados calificación de la autoevaluación de la acreditación según Resolución 5095 de 2018, vigencia año 2021

Tabla 4 Oportunidades de mejora resultado de autoevaluación 2021

Tabla 5 Atenciones del tercer trimestre de 2022 en el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E

Tabla 6 Revisión de la literatura con metodología PRISMA

Tabla 7 Ecuaciones de búsqueda utilizadas en PubMed

Tabla 8 Ecuaciones de búsqueda utilizadas en BVS

Tabla 9 Revisión documental

1. Descripción del problema

A partir de la Constitución Política de 1991, Colombia es un Estado Social de Derecho y su artículo 48 establece la Seguridad Social como un servicio público de carácter obligatorio, posicionando la salud como un derecho social (Constitución Política de Colombia, 1991), que más adelante se establecería como un derecho fundamental por conexidad con el derecho a la vida gracias a la Sentencia T760 de 2008, asignándole al Estado la obligación de garantizar la cobertura universal en salud, llamando a la igualdad del derecho para los colombianos. Por lo dispuesto en la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, entre otras, se ha consolidado en el país un Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que garantiza el aseguramiento de los usuarios por medio de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y quienes suscriben contratos con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) para la atención de la población en los municipios y ciudades (Ley 100, 1993), (Ley 1122, 2007).

Desde 1993, la proporción de la población con algún tipo de cobertura en salud ha aumentado, de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social (2022) el 99,6% de la población está afiliado al régimen contributivo o al régimen subsidiado. A su vez, el gasto de bolsillo de las familias colombianas disminuyó al 20,6% en 2016, evidenciando un impacto positivo en el gasto corriente en salud (Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network, 2019).

La Constitución Política de 1991 estableció también una serie de mecanismos jurídicos y administrativos que le permitirían a los ciudadanos demandar el efectivo cumplimiento de sus derechos, por lo que se crearon figuras como los derechos de petición y las tutelas. Algunos entes de control como la Defensoría del Pueblo (2019) han emitido alertas sobre la cantidad de peticiones ciudadanas para el acceso a servicios especializados y oportunidad en la atención médica, sin

embargo, esto no logra una transformación estructural del sistema y no garantiza el acceso efectivo a toda la población.

Las discusiones sobre la calidad en la atención también ponen sobre la mesa estadísticas de muertes atribuibles al sistema que equivaldrían, según la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia en 2019, a 33.917 muertes, de las cuales el 65% se debe a atenciones de baja calidad y el 35% a un acceso deficiente (The World Bank, 2019). También se suma a esto la disparidad que existen entre las zonas rurales y las zonas urbanas, el acceso diferenciado que tienen mujeres y hombres, y la brecha que existe por razones socioeconómicas para la población.

Colombia, al hacer parte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desde el 2020, ha construido nuevos indicadores de medición, así como metas y estrategias para alcanzar los estándares que allí se consideran, sin embargo, “la entidad multilateral también consultó a los ciudadanos sobre lo satisfechos que están con sus sistemas de salud, a lo que solo el 47 % de los colombianos respondió que estaba satisfecho” (Revista Semana, 2021).

Por ejemplo, la tasa de mortalidad materna sigue siendo más alta que en los demás países de la OCDE, condición que empeora si se trata de regiones rurales, hospitales públicos e ingresos más bajos, encontrando que existe una diferencia importante entre el acceso al control prenatal en las mujeres de las áreas urbanas donde se alcanza un 73% y en las áreas rurales cae al 63% (The World Bank, 2019).

Para la Gobernación de Arauca en la propuesta de Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado ESE (PTRRM) del Departamento de Arauca (2017) son notorios los “problemas de accesibilidad, resolutividad, continuidad,

integralidad, oportunidad e inequidad que han estado acompañando a los usuarios del sistema en los últimos años y que no han permitido lograr el máximo beneficio para los pacientes” (Gobernación de Arauca, 2017, p. 2), por lo que se requieren medidas claras que le permitan a los entes territoriales y a las IPS mejorar la calidad de los servicios, para así garantizar una atención integral de las comunidades.

Frente a la oferta y cumplimiento de estándares de la atención normativos del Hospital San Vicente E.S.E., verificando los reportes de indicadores del sistema de información para la salud (Resolución 256 de 2016) e información para la gestión hospitalaria (Decreto 2193 de 2004), es claro que existen oportunidades de mejora en el sistema de información, reportes normativos, y la necesidad de implementación de indicadores para evaluar oportunidad y cobertura para pediatría, ginecología y medicina interna, necesidades relacionadas con la capacidad instalada de talento humano entre otros.

Lo anterior está en directa relación con los resultados en salud evidenciados por el ASIS; se observa que los indicadores de eventos de interés en salud pública presentan comportamientos con tendencia al deterioro o por debajo de la meta país o incluso por debajo del comportamiento del Departamento de Arauca, como se evidencia en los indicadores de bajo peso al nacer, mortalidad por desnutrición y enfermedades respiratorias en menores de un año y menores de cuatro años (Gobernación de Arauca, 2021).

Los retos que se logran identificar en el corto y largo plazo están directamente relacionados con la infraestructura social dispuesta para el acceso oportuno y de calidad, superando también las barreras geográficas de las regiones más apartadas del país, la formación del talento humano, la disponibilidad de estructuras públicas de la red de hospitales y la distribución de los ingresos que cubran de manera suficiente los costos en la prestación del servicio, impactando de manera clara

a los usuarios en indicadores como el gasto de bolsillo para el acceso a servicios de salud o la reducción de indicadores de interés en salud pública.

Así, se empieza a vislumbrar la divergencia que existe entre la cobertura y el acceso efectivo a los servicios de salud, pues aunque el sistema ha tenido grandes avances en términos de aseguramiento, es necesario evaluar la calidad y la posibilidad efectiva del acceso de la población a una atención oportuna, continua y humanizada, atributos que se deben evaluar de manera integral en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Es entonces donde se requiere hacer una revisión minuciosa sobre los indicadores tanto desde el nivel nacional como desde los territorios, ubicando de manera clara las oportunidades de mejora y las actividades que se deben promover para atender situaciones que afectan la calidad de vida de las comunidades, de manera individual y colectiva.

Es claro que para incidir en estos indicadores de impacto se deben surtir diferentes estrategias en la prestación de servicios que permitan mejorar el desempeño de las entidades y los resultados en salud, dentro de ellas contar con la oferta suficiente de servicios y especialistas, acorde a las necesidades de los usuarios en términos de facilidad en el acceso, oportunidad en la atención, calidad en la prestación de los mismos, el acercamiento a los servicios de aquellos pacientes que no han sido atendidos o con riesgos individuales específicos y el seguimiento de los riesgos identificados y patologías crónicas no infecciosas conforme al establecimiento de cohortes de gestión del riesgo realizando la priorización de la población.

1.1 Pregunta de investigación

¿Cuál podría ser la estrategia de mejoramiento para el acceso a los servicios de salud de la población del Departamento de Arauca del Hospital San Vicente de Arauca ESE?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Proponer una estrategia para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, partiendo del análisis del contexto institucional, nacional e internacional teniendo en cuenta las experiencias referenciadas.

2.2 Objetivos específicos

- Determinar el estado actual del acceso a los servicios de salud de los usuarios del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.
- Analizar la literatura referenciada a nivel nacional e internacional sobre estrategias de mejoramiento del acceso en los servicios de salud que permita comprender la situación actual del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.
- Identificar los elementos que deben considerarse en la propuesta de estrategia que mejore el acceso a los servicios de salud del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

3. Propósito

Fortalecer la capacidad institucional del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud y así robustecer la garantía de derechos de la población, por medio del impacto de indicadores de salud pública, de gestión institucional y de calidad.

4. Justificación

El acceso a los servicios de salud se ha convertido en uno de los grandes retos de los sistemas sanitarios a nivel mundial, sin embargo, para contextualizar el por qué de su importancia

hay que remitirse al concepto Cobertura Sanitaria Universal (CSU) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta

Implica que todas las personas puedan acceder a toda la gama de servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas. Abarca toda la gama de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos a lo largo del curso de la vida (Organización Mundial de la Salud, 2022).

Este concepto subyace de la equidad misma de la universalidad del derecho a la salud y orbita dentro de múltiples definiciones dadas por algunos autores. Para Andersen, se trata de la “capacidad de utilizar los servicios de salud cuando y donde sea necesario”; para Cromely y McLafferty el acceso es el “poder de disponer de los recursos del servicio de salud”; para Dixon-Woods et al., la forma más útil de entender el acceso es a través del concepto de candidatura, o candidacy, que describe la elegibilidad de las personas para la asistencia sanitaria, determinada por ellas mismas y por los servicios de salud (Restrepo-Zea et al., 2014).

Según el último estudio del seguimiento a la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) hecho por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial se muestra que “al menos la mitad de la población del planeta sigue careciendo de acceso a los servicios de salud esenciales. Además, unos 800 millones de personas gastan en atención sanitaria más del 10 % del presupuesto familiar” (OMS, 2018, p. 4), lo que refleja unas cifras alarmantes, suponiendo la necesidad de un mayor compromiso de todas las naciones para entender el acceso a los servicios de salud como un derecho humano y no como un privilegio de algunos pocos con poder adquisitivo.

La preocupación mundial por el acceso oportuno a los servicios de salud se encuentra inmersa dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) trazados por la Asamblea de las

Naciones Unidas en su agenda 2030, específicamente en el objetivo 3 “Salud y Bienestar” en su meta 3.8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”, siendo la meta más sensible ya que es la clave para alcanzar el objetivo en su totalidad, así como las metas relacionadas con la salud de los demás ODS (Organización de las Naciones Unidas, s.f.).

En general, el número de afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura ha crecido desde el 29.21% en 1995 hasta el 99.6% registrado al cierre del 2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022). Sumado a lo anterior, en la normatividad vigente correspondiente al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de Atención en Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SOGCS), Decreto 780 de 2016, se contempla la accesibilidad como una de las características principales del sistema, siendo la definición principal como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud a los que tiene derecho, siendo además un elemento a tener presente para la gestión y mejora permanente.

Según lo descrito por el Banco de la República se ha evidenciado que “aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS, persisten ciertas barreras que pueden evitar que reciba atención médica en caso de necesitarlo” (Ayala García, 2014, p. 1) por lo que es importante considerar los atributos de calidad más allá del aseguramiento, reconociendo “que algunas de estas barreras están relacionadas con la oferta, como la falta de centros de atención o una mala calidad del servicio, y otras están relacionadas con la demanda, como la falta de dinero” (Ayala García, 2014, p. 1).

Por lo anteriormente enunciado, se puede establecer como conclusión preliminar que en Colombia la cobertura del aseguramiento universal no es el único factor que garantiza el acceso oportuno a los servicios de salud, de tal manera que se debe profundizar en los determinantes del acceso, pues “uno de los caminos que hace falta recorrer (...) es el de mejorar el acceso a los servicios médicos, para lo cual es necesario conocer cuáles son sus principales determinantes y qué herramientas de política se pueden utilizar” (Ayala García, 2014, p. 1).

El Observatorio Nacional de Salud (ONS) perteneciente al Instituto Nacional de Salud de Colombia (INS) publicó en el 2019 un estudio sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia, el cual se aborda con una mirada general pero alarmante de la realidad

La falta de médicos en los puestos de salud, la necesidad de desplazamiento por río y los costos asociados a estos, el cobro de servicios por falta de afiliación, la ausencia de medicamentos, la presencia del conflicto armado, la desviación de recursos y aspectos de orden cultural, son hechos que las notas resaltan y que revelan distintas dimensiones del acceso a la salud y a los servicios de salud y lo que está detrás de la complejidad de su comprensión (Instituto Nacional de Salud, 2019, p. 5).

En cuanto al acceso a los servicios de salud en el Departamento de Arauca, su ubicación geográfica, la situación socioeconómica, el desplazamiento de indígenas y campesinos, la problemática del conflicto armado, los desastres naturales y la movilización de migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela, factores que agregados a la falta de recursos fundamentales, al mal manejo de los recursos, la ausencia de instituciones de tercer nivel, la presencia de instituciones hospitalarias de complejidad mediana con una ocupación muy alta y la falta de coordinación suficiente entre las diferentes empresas sociales del estado como de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios del territorio, son causas negativas que

contribuyen a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, llevando a la desigualdad e inequidad en la prestación de estos (Gobernación de Arauca, 2017).

Por otro lado, como lo describe el grupo de Investigación en Ingeniería en Salud de la Universidad Nacional, desde la perspectiva de vías, se puede evidenciar que Arauca ha construido y pavimentados kilómetros para la comunicación intermunicipal mayor al promedio nacional; ésta inversión fue dada por las regalías y produjo resultados que buscaron mejorar el nivel de vida de los araucanos, incluido el acceso a los servicios de salud, sin embargo en la inversión de regalías intervinieron ciertos factores que propiciaron errores y desaciertos y omisiones que ayudaron al desequilibrio social, dentro de los que se encuentran la falta de acompañamiento y vigilancia de la administración central, la falta de madurez y preparación de la clase política y la presencia de actores de violencia en el proceso (Universidad Nacional de Colombia, s.f.).

5. Marco referencial

El acceso universal a la salud ha sido definido como “la ausencia de barreras geográficas, económicas, socioculturales, organizacionales o de género que impidan que todas las personas tengan un uso equitativo de los servicios integrales de salud y una vida saludable que promueva su desarrollo y bienestar” (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Este concepto fue respaldado por primera vez por los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2014 con la adopción unánime de la Resolución CD53.R14, Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la cobertura Universal de Salud.

Los gobiernos de las Américas han reconocido además la importancia de comunicar datos procesables sobre el progreso hacia la reducción de las barreras para acceder a los servicios de salud. Este compromiso se demostró recientemente con el lanzamiento del Pacto Regional de Atención Primaria de Salud (APS) para la Salud Universal, APS 30-30-30, que tiene como objetivo

reducir las barreras de acceso a la salud en al menos 30% para 2030 (Organización Panamericana de la Salud, 2019). Una meta similar para reducir las barreras de acceso se prioriza en el nuevo Plan Estratégico de la OPS para 2020-2025. (Pan American Health Organization, 2019).

El monitoreo del progreso hacia la reducción de las barreras de acceso es particularmente relevante ya que el compromiso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de “no dejar a nadie atrás”, ha asegurado que la acción para reducir la discriminación y las desigualdades, incluida la identificación de quién se está quedando atrás y por qué, ha aumentado en el ámbito internacional y en agendas nacionales. La medición de la cobertura de la intervención (personas que usan los servicios de salud que necesitan) junto con las barreras de acceso y las desigualdades en ambos, puede brindar un panorama completo de quién puede usar los servicios de salud, qué necesitan y las razones específicas por las que no se accede a la atención. (Báscolo et al., 2018).

Se ha documentado que las disparidades en las barreras para acceder a los servicios de salud varían según el país y las medidas de acceso, particularmente en los países de ingresos altos. Un estudio realizado por Báscolo, et al. (2018) muestra que alrededor de un tercio de las personas, en promedio, experimenta múltiples barreras, incluso en áreas de disponibilidad, accesibilidad geográfica y financiera, alojamiento, aceptabilidad, contacto y cobertura efectiva. Además, es más probable que la población en los quintiles de riqueza más pobres experimente barreras relacionadas con la aceptabilidad, razones financieras, disponibilidad inadecuada de recursos y acceso geográfico.

Un estudio transversal basado en encuestas domiciliarias en ocho países de América Latina y el Caribe mostró que, en promedio, un tercio de las personas informaron haber experimentado una o más barreras para buscar la atención adecuada (que oscila entre el 5 % y el 66 % en todos los países) (Báscolo et al., 2018). El informe de disparidades entre las medidas de desigualdades

en Colombia, El Salvador, Paraguay y Perú mostró que el porcentaje de personas que informan haber renunciado a la atención adecuada fue consistentemente más alto entre los quintiles de ingresos más pobres en los cuatro países (Houghton et al., 2020). Otro estudio que adaptó la Encuesta Internacional de Políticas de Salud del Commonwealth Fund a 6 países de América Latina y el Caribe mostró que alrededor de un tercio de los encuestados experimentaron múltiples barreras para acceder a la atención primaria, asociadas con el costo, la programación de citas y los largos tiempos de espera. (Macinko et al., 2016).

A nivel Colombia, existen muchas opiniones encontradas y debates respecto a la oportunidad y suministro de los servicios de salud, lo que no se puede desconocer es el gran avance que se tuvo en el año 2015 con la implementación de la Ley 1751 de 2015:

que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección y brinda mayor claridad sobre las características del acceso a los servicios, señalando que deben ser integrales, iguales para todos y sin barreras administrativas (Instituto Nacional de Salud, 2019, pág 6),

y que en la actualidad Colombia cuenta con una cobertura del aseguramiento del 99,6% del total de la población (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2022)

con un único plan de beneficios que comprende un gran espectro de tecnologías y un sistema de financiación complementario para aquellas no gestionadas a través de este mecanismo; la de protección financiera, evidenciada a través de un gasto de bolsillo del 15,9%, el segundo de la región después de Uruguay (13,8%) y muy inferior al de países como Brasil (31,4%) o Chile (33%) (Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá, 2019), sin embargo y a pesar de las cifras anteriormente planteadas,

la liquidación de Empresas Promotoras de los Servicios (EPS), las denuncias de robo de los recursos del sector, las millonarias deudas de las EPS a sus proveedores, la crisis financiera de los hospitales públicos, el gran número de tutelas que reclamen la garantía del derecho fundamental a la salud, las quejas constantes de los usuarios por los engorrosos trámites administrativos, la negación de servicios, dejan la sensación de un oscuro panorama de los servicios de salud, a pesar de los esfuerzos, no solo desde el nivel nacional, sino también desde los niveles locales (Instituto Nacional de Salud, 2019, pág. 7).

Esta relación de problemáticas está relacionada directamente con el acceso a los servicios de salud, las cuales son de interés general tanto para la población de usuarios como para los directivos y hacedores de políticas de Salud.

6. Contexto institucional

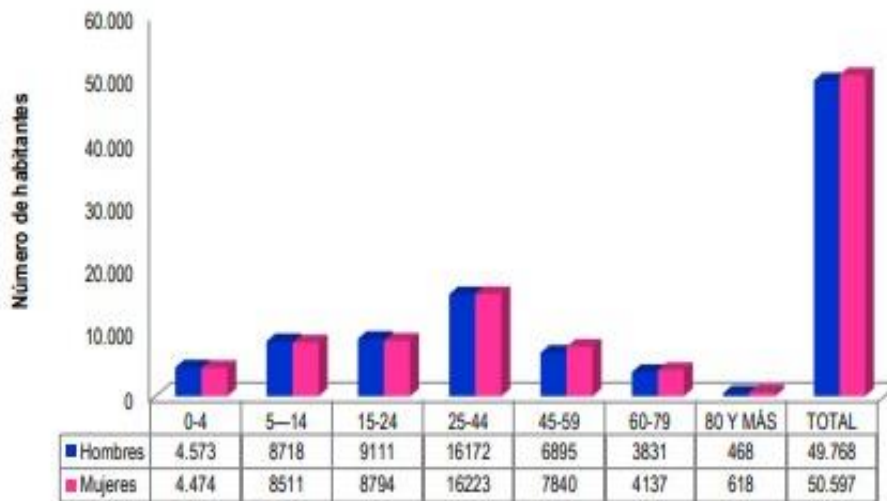
Analizando el Departamento de Arauca, está ubicado al nororiente de Colombia en la Región Orinoquía. Su ubicación geográfica y su situación social favorecen que se asienten la problemática del conflicto armado, los desastres naturales y la movilización de migrantes provenientes de la República Bolivariana de Venezuela. Esta sumatoria de condiciones económicas, sociales y culturales negativas, agregado a la falta de recursos fundamentales, contribuyen a la dificultad en el acceso a los servicios de salud, llevando a la desigualdad e inequidad en la prestación de los servicios de salud (Gobernación de Arauca, 2021).

Al detallar la distribución urbana y rural, se encuentra que el municipio de Arauca es el que mayor concentración urbana presenta con un 82% de la población en su cabecera municipal. Para el año 2023 el municipio de Arauca cuenta con 24.171 afiliados al régimen contributivo de acuerdo con la Base de Datos Única de Afiliados BDU, SISPRO, para un 21.6%, con 87.509 en el régimen subsidiado para un 78% y 1% en régimen de excepción; al verificar la base de afiliados

por departamento del régimen contributivo son 48.154 usuarios, mientras que para el subsidiado 272.568 usuarios y del régimen de excepción 2 usuarios (Municipio de Arauca, 2022).

La figura 1 y gráfica 1 relacionan la distribución por sexo y grupo de edad o curso de vida para el municipio de Arauca, encontrando una distribución por sexo entre hombres y mujeres muy similar 49% y 51% respectivamente y una concentración de la población en el curso de vida adultez en el rango de 27 a 59 años para un 44% del total de la población, seguida del grupo de niñez, y en menor proporción adultos mayores tan solo para un 10%, lo que indica es una población joven (Municipio de Arauca, 2022).

Figura 1 Población por sexo y grupo de edad del municipio de Arauca, 2022



Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

Tabla 1 Proporción población por ciclo vital, Arauca, 2005, 2015, 2022 y 2025

Grupos de edad	Años							
	2005		2015		2022		2025	
	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa	Número absoluto	Frecuencia relativa
Primera infancia (0 a 5 años)	9.978	13,72	8.859	11,29	10.862	10,82	10.095	10,7
Infancia (6 a 11 años)	9.982	13,72	8.960	11,42	10.396	10,35	10.667	10,4
Adolescencia (12 a 18 años)	11.228	15,4	10.889	13,88	11.837	11,79	11.929	11,7
Juventud (14 a 26 años)	18.646	25,6	19.788	25,22	23.501	23,41	23.081	23
Adultez (27 a 59 años)	26.111	35,9	31.294	39,89	43.207	43,04	45.756	43,4
Persona mayor (60 años y más)	4.658	6,4	6.483	8,26	9.054	8,02	10.351	9,3
Total Población	72.717	100,00	78.436	100,00	100.365	100,00	103.365	100

Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

El Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. es una entidad del orden nacional de la red de prestadores de salud del departamento de Arauca siendo una de las cuatro Empresas Sociales del Estado que se encuentran actualmente en funcionamiento en esta zona del país. En el documento Reorganización, rediseño y modernización de redes de las ESES (PTRRM) de la Gobernación de Arauca, esta institución está caracterizada así (Gobernación de Arauca, 2017)

Tabla 2 Caracterización del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

Ámbito	Zona urbana en el municipio de Arauca, en el Barrio Cristo Rey.
Referente	Hospitales de tercer nivel en Bucaramanga, Cúcuta, Yopal y Bogotá principalmente.
Recurso humano	Médico general, Odontólogo, Enfermera Profesional, Auxiliar de enfermería, auxiliar de farmacia, higienista, auxiliar salud pública, psicóloga, Bacterióloga. Médico Internista, Cirujano General, Cirujano Plástico, Dermatólogo, Neurocirujano, Psiquiatra, Oftalmólogo, Otorrinolaringólogo, Anestesiólogo, Nutricionista, Ortopedista, Pediatra, Ginecobstetra, Urólogo, Ginecólogo oncólogo, Gastroenterólogo.

Portafolio de servicios	<p>de Consulta Externa: Anestesia, Cirugía general, cirugía maxilofacial, cirugía plástica y estética, Dermatología, Gineco Obstetricia, Ginecología oncológica, Medicina Interna, Nutrición y Dietética, Neurocirugía, Oftalmología, Ortopedia y traumatología, Otorrinolaringología, pediatría, Psicología, Psiquiatría, Urología, Enfermería. Urgencias: Servicio de Urgencias. Internación: General adultos, general pediátrico, cuidado intermedio neonatal, cuidado intensivo neonatal, cuidado intensivo adulto, cuidado básico neonatal, Servicios Quirúrgicos: Cirugía general, cirugía ginecológica, cirugía maxilofacial, cirugía neurológica, cirugía ortopédica, cirugía oftalmológica, cirugía otorrinolaringológica, cirugía oncológica, cirugía plástica y estética, cirugía urológica, cirugía dermatológica. Apoyo diagnóstico y complementación terapéutica: endoscopia digestiva, radiología e imágenes diagnósticas, transfusión sanguínea, laboratorio de patología, servicio farmacéutico, toma de muestras de laboratorio clínico, laboratorio clínico, ultrasonido, terapia ocupacional, terapia respiratoria, fisioterapia, fonoaudiología y/ o terapia del lenguaje.</p>
Procesos	<p>Proceso de esterilización, Transporte asistencial: Transporte Asistencial Básico y Transporte Asistencial Medicalizado. Protección Específica y Detección Temprana: vacunación, atención del parto y atención del recién nacido.</p>

Tomado de: Reorganización, rediseño y modernización de redes de las ESES (PTRRM) de la Gobernación de Arauca (2017).

Figura 2 Mapa de procesos del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E



Fuente: Tomado de Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2022c). Programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en salud (PAMEC).

De acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) la siguiente es la capacidad instalada que tiene la institución para prestar los servicios que tiene habilitados ante la Secretaría de Salud departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social (2023).

Figura 3 Servicios habilitados de acuerdo con el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud.

DATOS DE LA SEDE												
Departamento		Arauca		Municipio								
Código de la Sede		8100100077		- 01								
Nombre de la Sede												
CAPACIDAD INSTALADA												
Grupo												
Concepto												
Información de la base de datos de las Entidades Departamentales y Distritales de Salud, en la cual se efectúa el registro de los Prestadores de Servicios de Salud con fecha de corte: martes 24 de enero de 2023 (7:38 p.m.)												
Excel Word Texto												
(21) registros encontrados.												
Departamento	Municipio	Código Sede	Sede	Nombre Sede	Prestador	Grupo	Concepto	Cantidad	Número de Pílica	Modalidad	Modelo	Tarjeta de propiedad
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	AMBULANCIAS	Básica		1	OEUB29	TERRESTRE	2015	10008171511
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	AMBULANCIAS	Básica		1	OYX012	TERRESTRE	2013	10004649442
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	AMBULANCIAS	Medicalizada		1	HK5118	AEREA	2014	KING AIR C90 GTI
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	AMBULANCIAS	Medicalizada		1	OEUB30	TERRESTRE	2015	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Pediátrica		16			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Adultos		45			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Paciente crónico con ventilador		1			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Paciente crónico sin ventilador		1			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Intermedia Adultos		4			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Incubadora Intensiva Neonatal		2			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Intensiva Adultos		7			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Cuna Intermedia Neonatal		6			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMAS	Cuna Básico Neonatal		14			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMILLAS	Observación Pediátrica		18			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMILLAS	Observación Adultos Hombres		22			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CAMILLAS	Observación Adultos Mujeres		21			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CONSULTORIOS	Urgencias		5			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	CONSULTORIOS	Consulta Externa		15			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	SALAS	Partos		1			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	SALAS	Procedimientos		1			0	
Arauca	ARAUCA	8100100077	01	HOSPITAL SAN VICENTE ESE	SALAS	Sala de Cirugía		3			0	

Fuente: Tomado de Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Siguiendo el documento de Reorganización, rediseño y modernización de redes de las ESES (PTRRM) de la Gobernación de Arauca, es importante reconocer que, de acuerdo con su complejidad, el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. no sólo atiende a los 111.680 habitantes del municipio de Arauca, también garantiza la prestación de servicios a 320.724 usuarios de los otros seis municipios del departamento, dentro de los que se encuentra población que requiere atención diferencial como las víctimas del conflicto armado, la población con discapacidad y las personas mayores (Gobernación de Arauca, 2017).

También se identifica que específicamente en el Departamento de Arauca, las IPS de la red Pública ofertan más del 90% de la capacidad instalada y habilitada de internación, tanto de adultos como pediátricos, por lo que su rol como única IPS que tiene habilitados estos servicios es de vital importancia para el departamento. Así, uno de los retos más grandes que tienen que afrontar es la necesidad de aumentar los servicios de salud que requiere la población con una oferta muy limitada

e insuficiente o que no se presta en el territorio y de esta forma contribuir en mejorar la oportunidad de la atención (Gobernación de Arauca, 2017).

Otro objetivo planteado por dicho documento corresponde a mejorar la eficiencia, así como lograr la disminución del número de pacientes remitidos a otros departamentos, buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes y adicionalmente lograr una sostenibilidad financiera de cada IPS, además de garantizar las actividades de promoción y prevención en todos los territorios, fortaleciendo el modelo de Atención Primaria en Salud (Gobernación de Arauca, 2017).

7. Metodología

El presente documento es un proyecto de gestión, realizado a partir de una investigación descriptiva, analítica y de carácter cualitativo, constituida principalmente por tres fases: La primera, que consiste en una revisión contextual donde se analizan los indicadores de salud pública, gestión institucional y calidad del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, una encuesta de percepción de usuarios y una entrevista a un experto. La segunda, que contiene la revisión de literatura en la que se espera encontrar elementos para la comprensión del fenómeno a estudiar, analizando las experiencias de otros países o instituciones. Finalmente, la tercera, que consolida todos los elementos abordados durante las fases previas y presenta una propuesta que contiene la estrategia que podría implementarse para mejorar la calidad de los servicios.

7.1 Fase 1: Análisis de la información institucional y demográfica

Para identificar la situación actual de la institución se tuvo en cuenta información documental solicitada a la institución y disponible en los repositorios institucionales tanto de las entidades territoriales como de la misma institución. Para este análisis se consideraron los reportes de indicadores de calidad normativos, los documentos de Análisis de Situación de Salud (ASIS) tanto del departamento como del municipio, el Programa de Auditoría para el Mejoramiento

Continuo de la Calidad en Salud el (PAMEC) y el documento de Reorganización, rediseño y modernización de redes de las ESES (PTRRM) del Departamento de Arauca 2017.

Por otro lado, se realizó un sondeo por medio de una encuesta que se identificó como un instrumento de recolección de información eficaz para conocer la percepción de los habitantes del municipio de Arauca sobre la percepción de los servicios del Hospital, realizando una serie de preguntas que le permitieran a los investigadores contrastar los resultados institucionales contra la opinión que tiene la población sobre la institución.

Finalmente, se realiza una entrevista estructurada a un experto que se encuentra vinculado al Ministerio de Salud y Protección Social y quien es el Asesor de Redes de esta entidad para el departamento de Arauca, donde se esperan identificar elementos valiosos para reconocer la situación actual de la prestación de servicios del Hospital San Vicente de Arauca y las medidas que se han implementado para mejorar el acceso, oportunidad y continuidad de los servicios.

7.2 Fase 2: Revisión de literatura

Con el fin de tener una comprensión académica y teórica más amplia de la problemática identificada, se realizó una revisión documental de textos académicos nacionales e internacionales que permitieron profundizar en el análisis realizado y construir los enlaces que se requieren en este caso para proponer una estrategia que le permita a esta institución mejorar el acceso de la población a los servicios de salud.

Para esta revisión de literatura, se utiliza como guía los postulados generales de la metodología PRISMA que se define como una herramienta de investigación cualitativa que permite identificar y analizar la producción escrita que existe sobre un determinado tema, en general, posibilita sistematizar la información de una manera más clara con el fin de obtener una visión global de los autores y sus posturas.

De acuerdo con su sitio web oficial, la metodología PRISMA se define como:

un conjunto mínimo de elementos basado en la evidencia para presentar revisiones sistemáticas y metaanálisis. PRISMA se centra en la presentación de revisiones que evalúan los efectos de las intervenciones, pero también se puede utilizar como base para presentar revisiones sistemáticas con objetivos distintos a la evaluación de intervenciones.

(PRISMA TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES, s.f.)

Si bien es cierto que esta metodología se publicó en el año 2009, como sucesora de la metodología QUOROM publicada en 1999, la metodología PRISMA fue objeto de actualización en el año 2020 y presenta "una nueva guía de presentación de las publicaciones que refleja los avances en los métodos para identificar, seleccionar, evaluar y sintetizar estudios" (Revista Española de Cardiología, 2021).

Fundamentalmente, esta metodología cuenta con tres fases: en primer lugar, la planificación de la revisión, donde se delimita con claridad y precisión la pregunta de investigación, se seleccionan las bases de datos a utilizar, se definen los criterios de inclusión y exclusión, y por último, se formulan las ecuaciones de búsqueda.

En segundo lugar, se realiza la revisión de los resultados de búsqueda a través de la selección de los estudios primarios. Posteriormente se lleva a cabo la extracción y síntesis de los datos mediante un diagrama de flujo donde en cuatro etapas se describe la identificación, el cribado, la elegibilidad y la inclusión de los resultados de la búsqueda.

En tercer lugar, se elabora el informe de la revisión de manera crítica, objetiva y razonable teniendo en cuenta la literatura examinada, de acuerdo con los resultados obtenidos será posible

contestar la pregunta de investigación o identificar lagunas en el conocimiento para futuros estudios sobre el tema.

7.3 Fase 3: Construcción de la propuesta

En esta fase se desarrolló un análisis comparativo del diagnóstico situacional del problema descrito frente a la información recolectada en la revisión de literatura donde se encontraron puntos comunes. En este último apartado se formula la estrategia que se entregará como producto final al Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, junto a las recomendaciones que deberá tener en cuenta para su ejecución, entre ellas, un cronograma que le permitirán materializar de una manera más orientada esta estrategia y el plan de trabajo que podrán ajustar en la medida que lo consideren necesario.

La construcción de esta propuesta recoge elementos valiosos encontrados en el análisis realizado durante la construcción de este proyecto de gestión, considerando la situación institucional, geográfica, social y demográfica, además de los referentes teóricos analizados y los principales hallazgos que se consideran relevantes en la administración de los servicios de salud de la institución.

8. Consideraciones éticas

De acuerdo con lo definido en la Ley 100 de 1993, la Sentencia T760 de 2008 y ratificado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, se define la universalidad y la equidad como principios fundamentales del derecho a la salud para todos los residentes, se dispone la base legal para la Cobertura Universal en Salud y con este el acceso a los servicios de salud.

Este proyecto de gestión al no ser una investigación sobre seres humanos no se registrará por la totalidad de lo definido en la Resolución 008430 de 1993; este proyecto de gestión se desarrolló con los siguientes criterios:

Se ubica dentro de un marco bioético ya que durante su realización se tuvieron en cuenta valores principales como la transparencia y objetividad por parte de los autores y el sentido de la protección de la vida humana, ya que por medio de este proyecto se busca plantear una estrategia que mejore el acceso de los servicios de salud en el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. Fundamentado en los principios de universalidad y equidad definidos en la Ley 100 de 1993 de Colombia como mecanismo para garantizar el acceso a los servicios de salud en Colombia.

Según la Resolución 008430 de 1993 (Artículo 11 – categoría A), el tipo de estudio no representó ningún riesgo para los involucrados ya que se usaron métodos documentales y retrospectivos. Y si un beneficio razonable y asegurado ya que la estrategia tiene como objeto mejorar directamente los resultados e indicadores de salud de la población que accede a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 1993).

Durante todos los procesos de recolección y análisis de la información para el planteamiento del proyecto de gestión se garantizará la privacidad y confidencialidad de los datos suministrados. Los resultados del proyecto de gestión serán entregados a la Gobernación de Arauca y al Hospital San Vicente de Arauca.

9. Resultados

9.1 Fase 1: Estado del acceso a los servicios de salud de los usuarios del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. del departamento de Arauca

De acuerdo con la información obtenida se analizaron varios aspectos que están asociados con el acceso a los servicios de salud que oferta el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, como la oportunidad, indicadores de procesos y resultados en salud, entre otros, desde un enfoque sistemático normativo, estructural, de salud y políticas públicas. Esta institución es uno de los dos hospitales de mediana complejidad de atención en salud que se encuentra ubicado en el municipio

de Arauca, lo que implica que es centro de referencia para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud – IPS de baja complejidad del departamento. Adicionalmente, se entendería que debe tener resolutivez efectiva y suficiente, dado que el departamento no cuenta con una institución de alta complejidad.

La entidad territorial considera en el documento de modernización de la red hospitalaria de Arauca (Gobernación de Arauca, 2017) que lo anterior corresponde a una barrera de acceso, dado que la ocupación es muy alta por no contar con dicho nivel de complejidad, y se puede generar una problemática mayor de accesibilidad, problemas de satisfacción y el riesgo en la seguridad del paciente. La alta ocupación también está asociada a que algunas IPS de baja complejidad se encuentran cerradas. Otra debilidad que se describe en dicho documento es la inexistente coordinación entre las E.S.E y las Entidades Administradoras de Planes de La alta ocupación también está asociada a que algunas IPS de baja complejidad se encuentran cerradas.

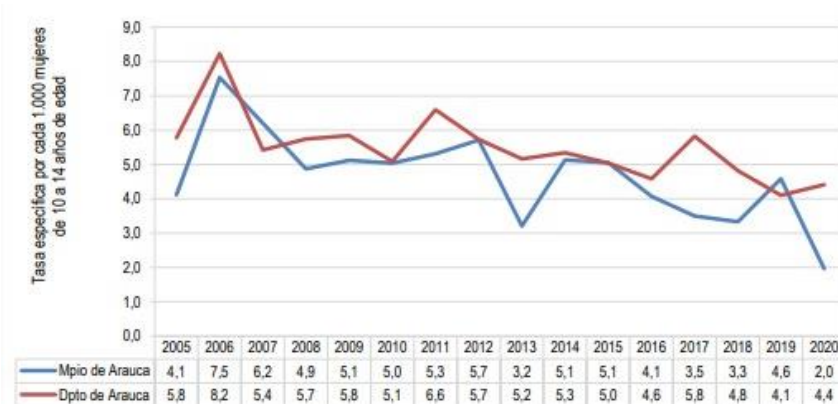
9.1.1 Indicadores en salud pública

De acuerdo a lo establecido en los ODS de la Organización de Naciones Unidas en su objetivo 3, “Salud y Bienestar” en su meta 3.8 “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (Organización de las Naciones Unidas, s.f.), respaldado por la Organización Mundial de la Salud y que finalmente se articulan por medio de la Resolución No. 1536 del año 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, por medio de la cual se dan los lineamientos técnicos para la construcción del ASIS y se realiza la caracterización de la población y el perfil de salud, trazabilidad y relacionan los principales problemas de salud a ser intervenidos. Dichos resultados en salud están asociados con diversos factores desde el punto de vista geográfico,

estructural, social, económico y del sistema de atención, los cuales son transversales a la problemática de acceso. Desde la visión de salud pública se evidencia en el ASIS de 2021 (Gobernación de Arauca, 2021) y 2022 (Municipio de Arauca., 2022), que los resultados en salud están asociados con diversos factores desde el punto de vista estructural, social y de sistema de atención, en el que es relevante el acceso a los servicios de salud. Algunos de estos casos son los siguientes:

Tasa específica de fecundidad en mujeres entre 10 y 14 años: Se ha venido presentando un comportamiento decreciente entre el 2005 y el 2020 con 5,79 a 2 nacidos por cada 1000 niñas de este rango de edad, presentando un comportamiento similar al del resultado del país, sin embargo, es un indicador alarmante, pues son casos considerados como abusos sexuales, que además incrementa la deserción escolar, embarazos no deseados, casos de enfermedad mental (depresión y ansiedad), enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes y obesidad) y riesgo de mortalidad intrahospitalaria entre otros (Municipio de Arauca, 2022).

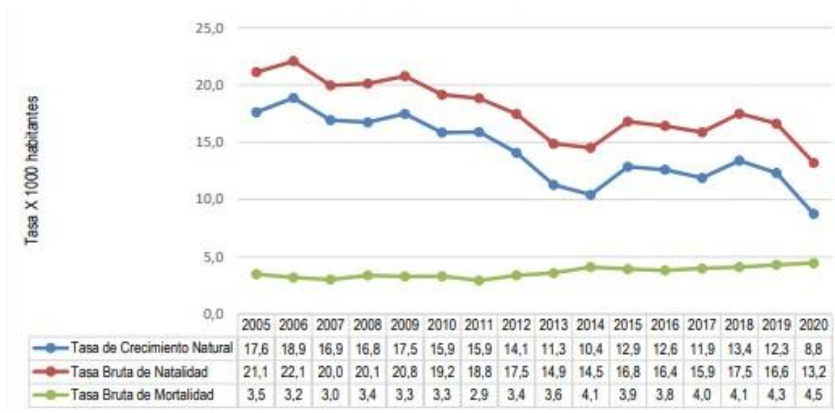
Figura 4 Tasa específica de fecundidad en mujeres de 10 a 14 años, Municipio de Arauca (2005 – 2020)



Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

La **tasa de mortalidad bruta** en el municipio de Arauca es de 4,5 muertes por cada 1000 habitantes en 2020, ocupando el primer lugar del resto de municipios del departamento, con un incremento en las vigencias anteriores como se evidencia en la figura 5. (Municipio de Arauca, 2022).

Figura 5 Comparación entre la Tasa de crecimiento natural y las Tasas brutas de natalidad y mortalidad del Municipio de Arauca (2005 – 2020)



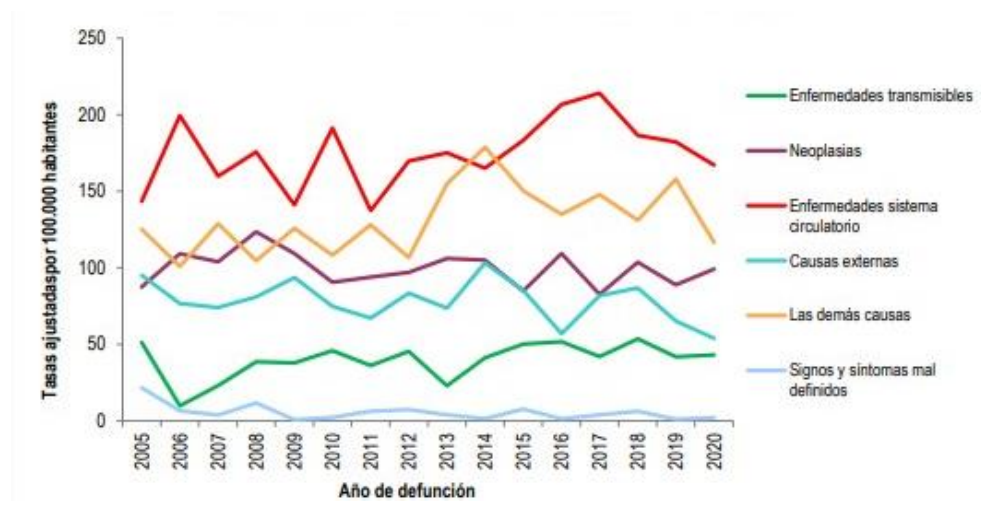
Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

Conforme a lo expuesto en el documento ASIS 2022 (Municipio de Arauca, 2022), el municipio de Arauca presenta una de las tasas más altas de mortalidad del departamento; en dicho documento se evidencia que al analizar las seis grandes causas de mortalidad en general según la lista 6/67 de la OPS, en el municipio de Arauca desde el año 2005 al 2020, predominan las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa ajustada de 143,4 por cada cien mil habitantes en el 2005 y una tasa de 167 en el 2020 con una tendencia creciente en los últimos tres años, (siendo para el año 2020, las enfermedades isquémicas del corazón la primera causa de muerte con un total de 73 muertes por cada cien mil habitantes, seguida de las enfermedades hipertensivas para una tasa de 38,5 muertes por cada cien mil habitantes, y en tercer lugar las enfermedades cerebrovasculares con una tasa de 36 muertes por cada cien mil habitantes).

En segundo lugar, se encuentra la mortalidad por las demás causas, con una tasa ajustada de 125 muertes por cada cien mil habitantes en el 2005 y una tasa de 116,5 muertes por cien mil habitantes para el 2020. En tercer lugar, se encuentran las neoplasias, con una tasa ajustada de 87,5 para el 2005 y una tasa ajustada de 99,1 muertes por cien mil habitantes para el 2020. Lo cual se relaciona con el comportamiento del país, donde las enfermedades del sistema circulatorio y las de causa externa se ubican en primer y segundo lugar respectivamente, pero que en Arauca están muy por encima a las cifras encontradas en el territorio nacional.

La figura 6 relaciona la **tasa de mortalidad ajustada por edad** para el municipio de Arauca; se evidencia la trazabilidad y la tendencia donde la agrupación de las condiciones crónicas no infecciosas ocupa un lugar preponderante, indicando esto la necesidad de intervenciones y estrategias para la prestación de los servicios de salud. En el mismo documento ASIS se describe que este se convierte en uno de los problemas priorizados del territorio en general porque se observa con este resultado que la atención primaria en salud es deficiente desde lo individual y lo colectivo; la institución objeto del presente estudio es el centro de referencia de mediana complejidad de atención para los que prestan servicios de primer nivel de atención, al igual que es el soporte para aquellos que cuentan con las puertas cerradas, por lo que cuenta con servicios de primer nivel de atención, segundo y algunos de tercer nivel, y debe manejar desde la prevención hasta la rehabilitación, actividades que van desde la atención del médico general hasta la atención de diferentes especialidades y supra especialidades y así poder dar cobertura a necesidades de atención de usuarios de otros municipios.

Figura 6 Tasa de mortalidad ajustada por edad en el municipio de Arauca trazabilidad desde el año 2005 al 2020.



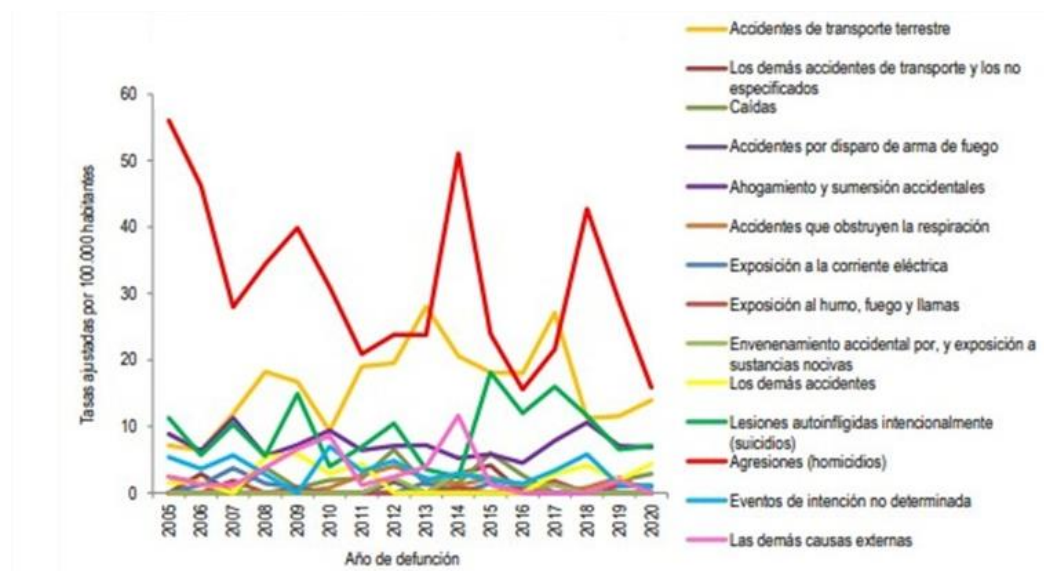
Fuente: Tomado de *Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca*.

Otra problemática evidenciada en el ASIS 2022 (Municipio de Arauca, 2022) corresponde a la **mortalidad por grupo de causas externas** en la población general para la vigencia 2020; evidenciándose que las agresiones (homicidios) se ubican como la primera causa de muerte con un total de 15,9 muertes por cada cien mil habitantes. Los accidentes de transporte terrestre ocasionaron la muerte con una tasa de 14 por cien mil habitantes; el evento lesiones autoinfligidas intencionalmente (suicidios) fueron responsables de 7,1 muertes por cada cien mil habitantes ocupando el tercer lugar. Según el análisis de 2005-2020 el evento que más mortalidad le ha aportado al grupo de causas externas en el municipio de Arauca, son los homicidios, con una mayoría en el rango de 15 a 59 años, predominantemente en los hombres.

En el 2020, los homicidios tuvieron una disminución importante con un 44,7% en la tasa frente al 2019. La muerte por causa de accidentes de transporte terrestre ha ocupado el segundo lugar durante casi todo el período de estudio desde el 2006 hasta el 2020. Al comparar el indicador de tasa de mortalidad ajustada por edad por agresiones (homicidios) contra el Plan Decenal de

Salud Pública 2012-2021, el municipio de Arauca registra una tasa de 40 defunciones, siendo esta 2.3 veces mayor a la tasa que registra el departamento de Arauca, evidenciando una diferencia estadísticamente significativa para la vigencia 2020 (Municipio de Arauca, 2022).

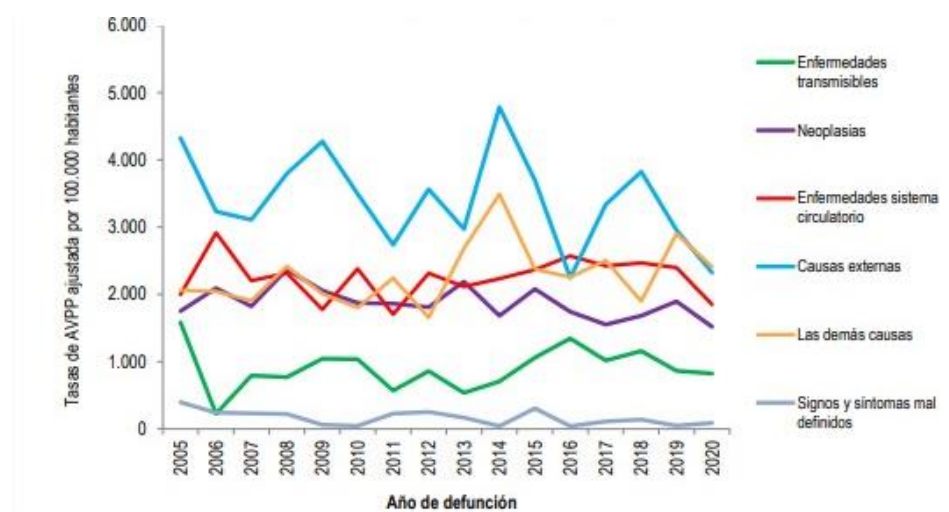
Figura 7 Tasa de mortalidad ajustada por edad para las causas externas en el Mcipio. Arauca (2005 – 2020)



Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

Esto indica la necesidad que la E.S.E en estudio, al igual que el resto del territorio, fortalezcan su red y los servicios para que se permita la respuesta efectiva frente a la problemática planteada. Complementando lo anterior el indicador de tasas ajustadas de los **Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP)**, se relaciona directamente con las causas de morbilidad y mortalidad en una región, siendo las principales causas de mortalidad según las tasas de AVPP ajustadas, las siguientes: Causas externas, seguido de las demás causas, en tercer lugar, el grupo de las enfermedades del sistema circulatorio y en cuarto lugar las neoplasias, como se evidencia en la figura 8.

Figura 8 Tasa ajustada de AVPP por grandes causas lista 6/67 OPS general del Municipio de Arauca (2005 – 2020)



Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

Al realizar revisión del comportamiento de las grandes causas de morbilidad se encontró que la gran causa que ocupó el primer lugar durante la vigencia 2021 fueron las enfermedades no transmisibles con el 67%, el segundo lugar fue para las condiciones mal clasificadas con el 13,6%, y en tercer lugar para la gran causa, corresponde a las condiciones transmisibles y nutricionales con el 11%. Para el año 2021, la mayor proporción de atenciones correspondió a enfermedades no transmisibles en todos los cursos de vida, alcanzando una mayor representación en el curso de vida de persona mayor de 60 años y más con un 85,2%, seguido del grupo de adultez con un 76,2% (Municipio de Arauca, 2022).

En cuanto a la **morbilidad específica** por subgrupos durante el 2021, se observó que en el grupo de las enfermedades no transmisibles, las condiciones neuropsiquiátricas ocuparon el primer lugar con un 20,6% (20.426 atenciones en salud), que corresponden a trastornos mentales y del comportamiento, trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas y epilepsia; seguido de las enfermedades cardiovasculares con un 14,6% (14.506

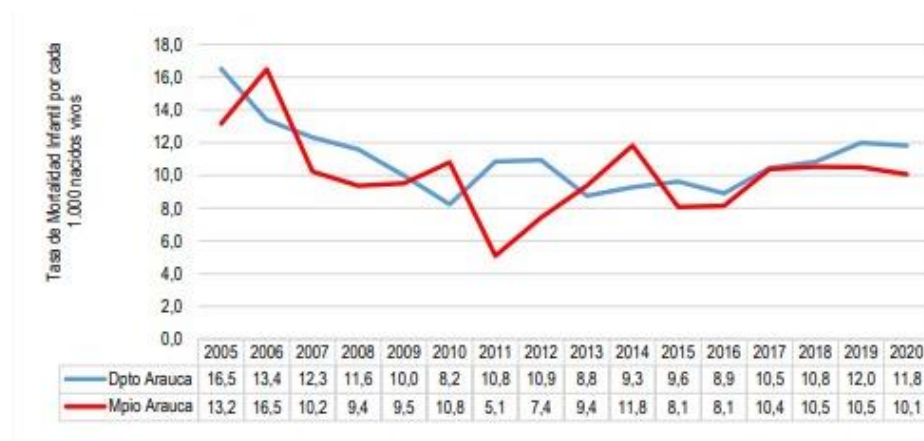
atenciones en salud), estas agrupan las condiciones de HTA, diabetes mellitus, cardiopatías, nefropatías y otras complicaciones derivadas de estas patologías, las cuales se relacionan con la necesidad de fortalecimiento de la RIA cardio cerebro vascular metabólica; y en tercer lugar las enfermedades de los órganos de los sentidos con un 12,8% (12.673 atenciones en salud) (Municipio de Arauca, 2022).

Se evidencia un comportamiento prácticamente estacionario del **indicador de mortalidad infantil en menores de 1 año** en el municipio de Arauca, con una tasa de 10.1 muertes por cada mil nacidos vivos, ubicándose 1.7 puntos por debajo del indicador del departamento, con una tendencia al crecimiento desde el año 2011, prácticamente duplicando la tasa; al comparar con las estadísticas nacionales, se evidencia en el documento presentado por el Ministerio de Salud del año 2022, para el año 2020 una tasa de mortalidad infantil para Colombia de 8.21, estando Arauca 1.8 puntos por encima del resultado del país. La Mortalidad Infantil (MI) es un indicador de bienestar y desarrollo de un país, e indica el acceso, la eficiencia y la eficacia del sistema de salud; así como se define en el documento Determinantes y factores asociados con la tasa de Mortalidad Infantil del DANE del año 2021 (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021a).

Es preocupante el indicador de **mortalidad por enfermedad diarreica aguda** en el departamento de Arauca para 3.4 casos por 100.000 menores de 5 años vivos para la vigencia 2020, 0 casos en el municipio de Arauca. En relación a **mortalidad por enfermedad respiratoria aguda**, se presentó un pico para el año 2018 con 27.1 casos por 100.0000 menores de 5 años, con disminución para la vigencia 2020, sin embargo el indicador presenta un comportamiento variable en las diferentes vigencias. En la tasa de mortalidad de IRA y desnutrición en menores de 5 años, el municipio presenta un aumento en 4,5 puntos en ambas tasas de mortalidad frente al indicador del departamento, con una diferencia relativa de 1,67 en ambos casos (Municipio de Arauca, 2022).

El indicador de **tasa de mortalidad en menores de 5 años por desnutrición** en el municipio de Arauca, para la vigencia 2020 fue de 11.6 casos por 100.000 menores de 5 años, con un comportamiento de 4.5 casos más que el comportamiento del departamento, lo cual amerita continuar reforzando acciones de intervención institucional, inter y transectorial (Municipio de Arauca, 2022).

Figura 9 Tasa de mortalidad infantil de Arauca (2005 – 2020)



Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

En el caso de la **razón de mortalidad materna (RMM)** se encuentran 65.6 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2019 (Gobernación de Arauca, 2021), y en la cabecera municipal 77.8, contrastando contra la RMM de país en la misma vigencia la cual fue de 50.7, con un resultado muy por encima del comportamiento del país. Sin embargo, para el año 2020 no se registraron muertes maternas en el municipio de Arauca, las muertes presentadas los años anteriores sucedieron en la cabecera municipal como se evidencia en la siguiente tabla.

Figura 10 Razón de mortalidad materna a 42 días, por área de residencia del Municipio de Arauca (2009- 2020)

Área geográfica	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Razón de mortalidad Materna por 100.000 nacidos vivos												
Cabecera	0,0	73,80	72,78	0,0	90,01	89,05	153	0,0	0,0	0,0	77,8	0,0
Centro poblado												
Área rural dispersa												
Total General	0,0	63,53	63,61	0,0	78,13	78,86	134,5	0,0	0,0	0,0	65,4	0,0

Fuente: Tomado de Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2022, Municipio de Arauca.

A pesar de que para la vigencia 2020 no se presentaron casos, el comportamiento del indicador es variable con lo cual teniendo en cuenta el impacto que significa para una familia y la sociedad algún caso de mortalidad materna, se debe garantizar la realización de actividades que permitan la eficiencia de las acciones de demanda inducida, captación oportuna, acceso a los controles y servicios requeridos y calidad en la atención, entre otros. Como afirma el DANE en el documento mortalidad materna en Colombia en la última década (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021b) este es un indicador de desarrollo, ya que refleja las diferencias de ingreso, acceso a los servicios de salud y la desigualdad entre los países y regiones.

A nivel global se destacan algunos estudios que buscan analizar la situación de mortalidad materna en diferentes regiones, o comparando grupos de países de acuerdo con sus características. Este es el caso de Nour (Nour, 2008), que se centra en los países de bajo ingreso, encuentra que la mortalidad materna en estos países se ha atribuido a las “3 demoras”: demora en decidir buscar atención, demora en llegar la atención y demora en recibir el tratamiento adecuado, lo que nos indica la línea de las intervenciones a fortalecer.

Del mismo estudio se concluye que existen dos factores a nivel departamental que podrían considerarse como protectores: el porcentaje de madres casadas o en concubinato y el porcentaje

de madres con cuatro o más consultas prenatales. El primer factor, se relaciona con las redes de apoyo; a mayor red de apoyo menor Razón de mortalidad materna (RMM), el segundo factor, por su parte, es un indicador de la calidad del servicio de salud; las estimaciones evidencian la relación inversa entre el porcentaje de madres que asistieron a controles prenatales y la RMM (Nour, 2008).

A raíz de lo anterior en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, como en el Plan Decenal de Salud Pública 2022 – 2031, dentro de los territorios priorizados se prioriza Arauca para desarrollar un plan específico de aceleración para la reducción de la mortalidad materna, que permita superar los determinantes de estas inequidades territoriales y ajustar la tendencia para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible - ODS de 32 muertes por 100.000 nacidos vivos para el 2030.

Por otro lado, a partir del 2012 se realiza seguimiento o vigilancia a la morbilidad materna extrema (MME) la cual es considerada como una complicación obstétrica severa que pone en riesgo la vida de la gestante y que requiere una intervención médica urgente, con el fin de prevenir la mortalidad materna y perinatal; ya que esta proporciona evidencia sobre las causas y factores sociales contribuyentes; estructuras, procesos y resultados de la calidad para la toma de decisiones en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). La razón de morbilidad materna extrema para el 2021 (preliminar) es de 48,4 casos por cada 1.000 nacidos vivos, con respecto al 2020, de 39,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos, un incremento de casi 10 casos más por 1.000 nacidos vivos en Colombia, con un resultado preliminar para Arauca para la vigencia 2021 de más de 47 casos por 1.000 nacidos vivos siendo clasificada como zona de observación, con un resultado preliminar de 56.6 casos por 1.000 nacidos vivos para el 2021 con un total de 234 casos notificados en SIVIGILA y un incremento de 24 casos en relación al año 2020 (Departamento de Arauca, 2022). Al verificar el criterio de notificación de MME, se observa que durante el 2021 las razones

más altas corresponden a falla cardiovascular, seguida de preeclampsia severa y hemorragia obstétrica severa.

En cuanto a la morbilidad en población migrante, Arauca es un departamento fronterizo, que presenta un incremento en las atenciones a esta población; en el año 2021 registró un total de 36.860 atenciones a población migrante, de las cuales el municipio de Arauca aportó el 49,4% (18.215). En el municipio de Arauca el mayor número de atenciones se registró en el servicio de consulta externa presentando un 32%, seguido del servicio de procedimientos con el 26%, y en el tercer lugar, está el servicio de medicamentos con un 24%. El porcentaje de atenciones más bajo tanto para la ciudad como para el departamento lo representan los nacimientos; evidenciando como problemática limitaciones para el acceso dado por problemas de afiliación principalmente, para un 55.8% de la población y condiciones crónicas que requieren atención continua y multidisciplinaria (Municipio de Arauca, 2022).

En cuanto a los eventos de notificación obligatoria llama la atención que la incidencia de dengue en el 2019 (279,6) fue significativamente mayor que la que presentó el país, pero mejorando su comportamiento para el año 2020; se ha identificado que la problemática de este evento desde la óptica de los determinantes sociales tiene una relación desde la asociación de diversos factores. Para el 2020 el análisis se realiza a través de los principales eventos que registran mayor letalidad en el municipio de Arauca en el 2020: Chagas crónico y agudo y en menor proporción está el evento de infección respiratoria aguda (Municipio de Arauca, 2022).

Según el Registro de Localización y Caracterización de Personas con Discapacidad (RLCPD), durante el 2022, se mantiene el registro de 3.451 personas en situación de discapacidad con algún tipo de alteración permanente, lo que representa el 3,44% del total

de población del municipio, con una distribución porcentual de 52.4% para hombres y 47.6% mujeres (Municipio de Arauca, 2022, pág. 135).

Por otra parte, de acuerdo con los datos de la ENSIN 2015 (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al, 2105) la prevalencia de obesidad en hombres de 18 a 64 años en el departamento de Arauca es de 22%, estando 3,9 puntos por encima de la prevalencia en las mujeres, por lo que es necesario que el Hospital cuente con un programa de Detección temprana y Protección específica fortalecidos desde el ámbito de la Atención primaria en salud.

Los determinantes socioculturales y el acceso a los servicios de salud son parte fundamental por intervenir para generar un impacto positivo en los resultados de los indicadores de efectividad anteriormente relacionados, en el caso de la mortalidad infantil es mayor cuando hay deficiencias en los servicios de salud. Los servicios que influyen principalmente en dicha actividad son: a. Educación sobre hábitos saludables, lactancia y cuidado del bebe, b. Atención prenatal, obstétrica y postnatal de la madre, c. Asistencia del parto por personal cualificado, d. Alimentación adecuada y e. Atención al recién nacido.

Se debe propender por los partos naturales antes que las cesáreas también por los riesgos que pueden generar para los niños sobre bajo peso o prematurez, conforme a lo expuesto, claramente las acciones de intervención del acceso a la salud son costo efectivas para incidir en los indicadores de mortalidad. Como conclusiones del estudio del DANE de determinantes en mortalidad infantil (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2021a) existe una relación directa y muy clara con dos de los indicadores socioeconómicos: los porcentajes de madres con un nivel educativo inferior a secundaria completa y de personas con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Lo mismo ocurre con dos indicadores del servicio de salud, estos son los porcentajes de nacidos vivos cuyas madres tuvieron menos de cuatro controles prenatales y de

partos atendidos por un profesional distinto a un médico, lo que se representa en acceso a los servicios.

Revisando los análisis del DANE con relación al indicador Años de Esperanza de Vida Perdidos – AEVP en el documento de igual nombre de la vigencia 2019 se sugiere la aplicación de programas efectivos para la prevención y disminución, de la incidencia de la mortalidad prevenible, sin embargo con estas intervenciones la mortalidad no se elimina, solo se pospone la edad de ocurrencia, por lo tanto determinar el número de años de esperanza de vida restringidos o perdidos por dicha causa, es una alternativa para conocer el estado de salud de una población y las implicaciones a nivel social y económico, entre otros (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2022),

Como conclusiones de este primer análisis, se puede establecer que:

- 1) Al considerar el promedio de muertes entre 2017-2019, los hombres perdieron 10.64 años de esperanza de vida y las mujeres 6.21.
- 2) Las regiones en donde los hombres pierden el mayor número de AEVP son Orinoquía y Amazonía (13.22).
- 3) Entre los 15 y 44 años, los accidentes de transporte terrestre y los homicidios se encuentran entre las cinco principales causas de muerte que aumentan los AEVP tanto para hombres como para mujeres.
- 4) Los suicidios, por su parte, son la tercera y cuarta causa que más contribuye a los AEVP entre los hombres y las mujeres de 15 a 29 años, respectivamente, y está entre las 10 primeras causas de los de 5 a 10 años. Lo que es una alerta para las instituciones educativas y los padres, principales orientadores y cuidadores de la población de 5 a 17 años.

5) El estudio también evidencia la importancia de los programas de acceso a salud sexual y reproductiva, y del cuidado gineco-obstétrico; por un lado, el VIH (SIDA) es la tercera causa de mortalidad que le quita más años de vida a la población de hombres adultos entre 30 y 44 años, por el otro, la primera y segunda causas que disminuyen la esperanza de vida de las mujeres en este rango de edad son el tumor maligno de mama y los tumores malignos del cuello uterino. Adicionalmente, la tercera causa de muerte entre mujeres jóvenes (15 a 29 años) está asociada al embarazo, parto y puerperio (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2022).

6) Otra de las conclusiones del estudio (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2022), es que, entre los adultos de 45 a 60 años, se observa que enfermedades crónicas como la diabetes son las que más aumentan los AEVP. En especial esta enfermedad ha impactado negativamente la esperanza de vida de la población mundial, principalmente la de las mujeres, y Colombia no es la excepción, situación que es evidente en la Orinoquía, (Arauca).

Estas observaciones derivadas del análisis realizado a los mencionados indicadores, permiten inferir que existen problemas en la prestación de los servicios médicos que deben ser sujetos de análisis profundizados a través de los diferentes actores responsables de las prestación de los servicios y los usuarios, de esta manera determinar las acciones de mejora a implementar; por lo anterior, se considera importante que se deben crear espacios para hacer el análisis puntual de los indicadores mencionados con grupos focales y de expertos, ya que estas problemáticas están relacionadas directamente con el acceso.

Aunado a lo anterior, la entidad territorial considera en el documento de modernización de la red hospitalaria de Arauca (Gobernación de Arauca, 2017) que lo anterior corresponde a una barrera de acceso, dado que se conserva una alta ocupación de los servicios por no contar con un mayor nivel de complejidad, generando nuevas y más difíciles barreras de acceso, problemas de

satisfacción y el riesgo en la seguridad del paciente, situaciones que tendrán que reconocerse y definir nuevas estrategias que permitan su mitigación.

9.1.2 Análisis de contexto institucional

Continuando con el desarrollo del primer objetivo, y una vez analizados los principales indicadores de salud pública incluidos en el ASIS 2022, relacionados directamente con el acceso de la población a la provisión de servicios médicos y con el fin de robustecer el estado actual del Hospital en cuestión, se procede a desarrollar el análisis del Plan de Desarrollo Institucional 2020-2023 del Hospital San Vicente de Arauca, el mapa de procesos, donde se articulan los elementos de la plataforma estratégica, evidenciando una relación del cliente o usuario, el aprendizaje continuo y crecimiento, el talento humano, la financiera y la de gestión de la información, las cuales se alinean con el Sistema Único de Acreditación (SUA) y el desarrollo de sus estándares como elemento de la mejora continua de la entidad, el cumplimiento y la exigencia de los estándares más altos de calidad.

Como elemento fundamental de gestión, la plataforma estratégica establece las diferentes acciones a realizar en el período de gestión de la Gerencia y define objetivos relacionados con mejoras en procesos de atención y optimización de recursos; dicha plataforma fue aprobada por Junta Directiva mediante Acuerdo, debiéndose tener en cuenta que para junio de 2020 se presenta el Plan de Desarrollo 2020-2023 con 6 objetivos estratégicos y posteriormente se realiza un ajuste de la plataforma con un total de 8 objetivos estratégicos.

En la misión estratégica de la entidad es evidente el compromiso de prestación de servicios integrales de mediana complejidad y donde se reflejan los elementos de calidad, seguridad, innovación y responsabilidad social como parte estructural de la misma, los cuales permiten cumplir con la satisfacción y las necesidades y expectativas, del usuario y su familia.

Mediante el cumplimiento de los diferentes objetivos estratégicos, al igual que de los diferentes planes de desarrollo, operativos, programas, políticas, se pretenden para el año 2030 el reconocimiento en la prestación de los servicios enfocados en “la seguridad del paciente, de sus trabajadores y cuidadora del medio ambiente, propendiendo por un trato humano al usuario y un equilibrio financiero” (Hospital San Vicente de Arauca ESE, 2020b).

Dentro de la plataforma, el código de integridad y el modelo integrado de planeación y gestión se relacionan los principios y valores institucionales, pero son relevantes para el presente estudio, aquellos que dentro de su definición apuntan al mejoramiento continuo de la calidad, los cuales se definen como gestión de la calidad y humanización, al igual que los principios de orientación y resultados, excelencia y calidad, y articulación interinstitucional. Este último fundamental para lograr la cooperación entre diferentes entidades y lograr estrategias conjuntas para resolver las diferentes necesidades de la entidad.

El principio institucional definido como aprendizaje e innovación tiene como propósito principal la mejora permanente, incorporando la innovación, aprovechando la creatividad de sus grupos internos y en lo posible de los grupos de interés de la entidad, dejando abiertamente la posibilidad de explorar nuevas alternativas de gestión para el mejoramiento continuo de la entidad el cual puede ser propuesto por personas externas.

Dentro de los 8 objetivos estratégicos institucionales se encuentran cuatro relacionados directamente con la misionalidad de la entidad, los cuales se listan a continuación:

1. Aumentar la eficiencia y calidad en el desempeño de los procesos, mediante la prestación de servicios de salud oportunos, seguros y continuos.

2. Brindar servicios de salud, centrados en el usuario y su familia, cumpliendo cada uno de los atributos de la calidad y orientados a la satisfacción de las necesidades de salud de las personas pensando en atención humanizada a todos los usuarios del hospital.
3. Lograr la plena satisfacción de los usuarios del hospital San Vicente como instrumento de fidelización a los servicios en salud que el hospital brinda.
4. Fortalecer la gestión de los procesos asistenciales y administrativos en pro de la mejora continua de la institución.

La plataforma estratégica de la institución articula la misión, la visión, los objetivos y estrategias en cinco perspectivas; perspectiva cliente o usuario, aprendizaje continuo, talento humano, financiera y gerencia de la información, las cuales se alinean con los objetivos mediante la elaboración de la matriz estratégica dispuesta en el documento institucional, Plan de desarrollo Institucional 2020-2023 (Hospital San Vicente de Arauca ESE, 2020b).

Sin embargo, teniendo en cuenta lo analizado en el plan de desarrollo con sus objetivos estratégicos, se observa que fueron propuestos promoviendo la prestación de los servicios médicos de manera integral pero, se puede inferir que la formulación de los indicadores se limitó a los establecidos en la Resolución 408; por lo tanto, la formulación de los indicadores podría tener oportunidades de mejora en relación a las desviaciones de atributos de calidad u otras necesidades específicas de la institución que pudiesen requerir monitoreos y seguimiento por parte de la gerencia y su grupo directivo; por lo cual, se dejó de lado otros indicadores relacionados con la medición del acceso como el de la demanda insatisfecha el cual puede indicar desviaciones en el acceso a los servicios de consulta externa.

Dentro del Plan de Acción Institucional de la vigencia 2022, para dar cumplimiento al objetivo estratégico No 2, se encuentran 3 indicadores relacionados con el cumplimiento de la

oportunidad para la asignación de citas para las especialidades de medicina interna, obstetricia y pediatría, sumado a lo anterior en la matriz elaborada se indica como compromiso de la Gerencia “garantizar especialista para atender oportunamente a pacientes y mejorar la calidad de este servicio.” Y se establecen 3 actividades para cumplir con estos indicadores, las cuales corresponden a: 1. Garantizar la contratación de personal especialista que permita satisfacer la demanda de pacientes. 2. Implementar estrategias para mejorar la prestación de este servicio y evitar la demanda insatisfecha del mismo. 3. Hacer seguimiento a la ejecución de agenda médica por esta especialidad y la oportunidad en la asignación de la cita brindando oportunidades flexibles para la atención. Debe tenerse en cuenta que como línea base se toma la presentada en la evaluación del plan de gestión del año 2019.

Al verificar el seguimiento realizado desde la Gerencia y la evaluación con corte al 30 de septiembre de 2022 del Plan de Gestión, se encuentra cumplimiento de los 3 indicadores de oportunidad, siendo de 1.9 días para la especialidad de pediatría, 2 días para ginecoobstetricia y 5.2 días para medicina interna, sin embargo, no hay información relacionada con demanda insatisfecha y suficiencia de horas para el talento humano especializado (Hospital San Vicente de Arauca ESE, 2020c).

La evaluación de cumplimiento del Plan Operativo Anual para la vigencia 2022 se realizó por procesos encontrando el de consulta externa, un cumplimiento de 79% para el primer semestre del año relacionado y con una tendencia negativa para el segundo semestre con un cumplimiento del 71%, lo que corresponde según los estándares de cumplimiento institucional como aceptable.

La oferta de servicios de la entidad por CIP se relaciona a continuación:

Figura 11 Capacidad Instalada del Hospital San Vicente de Arauca 2022

CAPACIDAD INSTALADA 2022

8100100077ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA Año: 2022

Excel Word Texto ;

Recurso	Cantidad
Camas de hospitalización	103
Camas de observación	61
Consultorios de consulta externa	15
Consultorios en el servicio de urgencias	3
Salas de quirófanos	2
Mesas de partos	1
Número de unidades de odontología	0

Grabar Buscar Eliminar Ayuda

Fuente: Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2022b). Capacidad instalada.

La tabla anterior relaciona la capacidad instalada por infraestructura en la entidad; para este estudio se hace referencia al número de consultorios de consulta externa el cual corresponde a 15; al verificar contra REPS con corte al 23 de marzo se encuentran habilitados los mismos 15 consultorios y verificando en dicho aplicativo, en el ítem *servicios*, se encuentran 22 códigos habilitados para consulta externa relacionando diferentes especialidades, dentro de ellas las agrupadas como *otras especialidades*.

Realizando el análisis de la ocupación de los consultorios conforme a la información disponible en el REPS vigente (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2023), 4 consultorios están destinados para vacunación, medicina general, enfermería y nutrición y dietética, quedando 11 disponibles para las especialidades y supra especialidades, sin embargo al verificar horarios de atención se encuentran 20 códigos habilitados en el horario de consulta de 7am a 7pm de lunes a sábados, y de esos 7 códigos incluye horario de atención de 7am a 7pm incluso los domingos, situación que no es posible por suficiencia de consultorios mínimo, deberían

existir 20 y no 15 como se encuentran reportados en los dos aplicativos mencionados anteriormente.

Esto indicaría la capacidad de producción de alrededor de 19.728 consultas al mes y un promedio de 236.736 consultas electivas en un año. Mientras que al realizar el ejercicio de proyección de consultas mes por los 15 consultorios habilitados, sería máximo una capacidad de 16.200 consultas promedio mes, una diferencia de 3.528 consultas menos al mes. Al comparar con población del Municipio de Arauca sería una proyección de frecuencia de uso promedio de 2 actividades por habitante en consulta externa, lo cual también es poco probable.

Figura 12 Servicios habilitados y sus horarios registrados

serv_nombre	ambu ia	hararia or	hararia or	hararia_mi or	hararia or	hararia or	hararia da	hararia_de qa
363 CIRUGÍA DE MANO	SD							
356 OTRAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD	SD							
420 VACUNACIÓN	SD	00:07A00:19	00:07A00:19	00:07A00:19	00:07A00:19	00:07A00:19	00:07A00:19	00:07A00:19
388 NEUROPEDIATRÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00
387 NEUROCIURUGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00
386 NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00
379 GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
369 CIRUGÍA PLÁSTICA Y ESTÉTICA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
355 UROLOGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
344 PSICOLOGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
342 PEDIATRÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
340 OTORRINOLARINGOLOGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
339 ORTOPEDIA Y/O TRAUMATOLOGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
333 NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
329 MEDICINA INTERNA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
328 MEDICINA GENERAL	SD	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00
320 GINECOBSTERICIA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
316 GASTROENTEROLOGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
312 ENFERMERÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00
308 DERMATOLOGÍA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
304 CIRUGÍA GENERAL	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	
301 ANESTESIA	SI	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A19:00	07:00A13:00	07:00A17:00

Fuente: Tomado de <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/servicios> Corte 25 de marzo de 2023

Figura 13 Servicios habilitados y sus horarios registrados

Variable	Ene-Dic 2019	Ene-Dic 2020	Ene-Dic 2021	Ene -Jun 2022	Ene-Dic 2019 - 2021	Ene-Dic 2020 - 2021
Camas de hospitalización*	67	97	45	45	-33%	-54%
Total de egresos	14.722	13.792	21.161	11.483	44%	53%
Porcentaje Ocupacional	68%	46%	53%	57%	-15%	7%
Promedio Dias Estancia	2,2	1,9	2,0	1,9	-10%	7%
Giro Cama mes	18,3	11,8	39,2	85,1	114%	231%
Consultas Electivas	17.704	11.031	13.217	5.424	-25%	20%
Consultas de medicina general urgentes realizadas	33.277	19.070	22.674	13.005	-32%	19%
Consultas de medicina especializada urgentes realizadas	779	570	895	6.537	15%	57%
Consultas de odontología	0	0	0	0	0%	0%
Total de cirugías realizadas (Sin incluir partos y cesáreas)	9.034	7.694	9.313	4.005	3%	21%
Numero de partos	2.277	1.967	2.192	981	-4%	11%
% Partos por cesárea	44%	43%	34%	37%	-24%	-22%
Exámenes de laboratorio	99.131	99.996	135.618	55.427	37%	36%
Número de imágenes diagnósticas tomadas	19.346	21.747	24.335	35.241	26%	12%
Dosis de biológico aplicadas	4.915	4.290	4.599	1.961	-6%	7%
Citologías cervicovaginales tomadas	0	0	0	0	0%	0%
Controles de enfermería	0	0	0	0	0%	0%
Producción Equivalente UVR	2.571.311	2.202.868	2.946.768	1.506.717	15%	34%

*El número de camas del periodo trimestral de 2022 corresponde a la vigencia 2021

[Ficha Técnica Trimestral](#)
[Consultar Código](#)
[Carta por deudor](#)

Fuente: *Ficha Técnica IPS a Junio 2022, Ministerio de Salud*

Al comparar la capacidad instalada posible versus producción conforme a lo reportado en el documento Ficha Técnica IPS a junio de 2022 se observa una producción de 11.961 consultas entre electivas y consulta de urgencias especializadas para un promedio mes de 1.993 consultas, pero para consultas electivas en dicho período se realizaron 5.424 lo que corresponde a 904 consultas electivas mes, lo que difiere de manera muy importante con la proyección según servicios habilitados y horarios de atención por especialidad. Para la especialidades de pediatría, medicina interna y gineco obstetricia, según lo reportado en REPS (Ministerio Nacional de Salud y Protección Social, 2023) se contaría con una capacidad de 1.008 consultas promedio mes por cada especialidad, sin embargo la producción reportada en la entidad se encuentra entre 50 y 130 consultas por cada especialidad promedio mes desvirtuando lo anterior.

Conforme a lo expuesto anteriormente y también dando cumplimiento a lo establecido en el estándar de talento humano de la Resolución 3100 de 2019, se debe adelantar un ejercicio riguroso de análisis de capacidad instalada por infraestructura y por suficiencia de talento humano para fortalecer el ejercicio de planeación y una real determinación de necesidades de atención especializada. Es importante resaltar que el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. no está gestionando o registrando la demanda insatisfecha, los servicios con oferta deficiente ni las barreras de acceso de los servicios en los planes estratégicos ni planes de mejoramiento, por lo que no es posible definir de manera clara la demanda de la atención y así determinar la presunta insuficiencia.

Conforme al documento de PAMEC 2022 del hospital (Hospital San Vicente de Arauca ESE, 2022c), para la vigencia 2021, el promedio de la autoevaluación de los estándares conforme al Manual de Acreditación en Salud Ambulatorio y Hospitalario de Colombia Versión 3.1 correspondió a 1.56, con un promedio del grupo de estándares del proceso de atención al cliente asistencial de 1.72 y el de mejoramiento continuo 1.8, siendo los estándares con mayor calificación, sin embargo requieren del ejercicio de eficiencia y cumplimiento de los planes de mejora definidos para la calidad continua y poder a futuro pensar en la postulación ante el ente acreditador.

Tabla 3 Resultados calificación de la autoevaluación de la acreditación según Resolución 5095 de 2018, vigencia año 2021

Grupo de estándares	N° de estándares por grupo	Estándares Evaluados	Promedio por estándar
Cliente Asistencial	75	52	1.72
Direccionamiento	13	12	1.5

Gerencia	15	14	1.8
Talento Humano	17	17	1.51
Gerencia del Ambiente Físico	11	11	1.51
Gestión de la Tecnología	10	8	1.23
Gerencia de la Información	14	14	1.43
Mejoramiento Continuo	5	5	1.8
Resultado de la autoevaluación			1.56

Fuente: Tomado del documento PAMEC 2022, Hospital San Vicente de Arauca E.S.E

Posteriormente y conforme al documento de PAMEC se evidencian 23 acciones priorizadas por la metodología riesgo-costo-volumen del grupo de estándares del proceso asistencial, de acuerdo con la autoevaluación realizada, la cual corresponde a la calidad observada, y se definió como calidad esperada el cumplimiento de niveles superiores de calidad de los estándares definidos en el sistema único de acreditación, resolución 5095 de 2018. A las oportunidades de mejora calificadas como prioritarias, se les realizará seguimiento mediante la evaluación de indicadores de calidad y propios de cada proceso. En dicho documento también se formulan los planes de mejora para cada grupo de estándares co relacionándolos con los procesos (Hospital San Vicente de Arauca ESE, 2022c),

Para la implementación de los planes de mejora la entidad aseguró que cada plan de mejora tenga un responsable, un cronograma cumplible y que convierta sus planes de mejora en una gestión sistemática y continua.

Al revisar el listado de oportunidades de mejoras propuestas, claramente se evidencia cómo algunas de ellas se relacionan con el acceso y la accesibilidad; una corresponde a identificar las barreras de acceso administrativas y realizar las acciones de mejora relacionadas con dichas barreras, también se encuentra determinar los ciclos de atención en salud hasta su egreso incluyendo los componentes asistencial y administrativo; estableciendo los ciclos de atención, es

evidente la necesidad de implementar y definir indicadores adicionales para la medición de la gestión y efectividad en los diferentes procesos de atención del cliente asistencial.

En cumplimiento de varios estándares se deja como oportunidad de mejora la verificación de cumplimiento de las agendas de especialistas; lo cual se relaciona directamente con indicadores de oportunidad, demanda inducida y su efectividad, demanda insatisfecha, inasistencia, inatención entre otros (Hospital San Vicente de Arauca ESE, 2022c),

A continuación, se relacionan las oportunidades de mejora producto de la priorización realizada relacionados con el desarrollo del trabajo.

Tabla 4 Oportunidades de mejora resultado de autoevaluación 2021

Estándar	Oportunidad de mejora
Estándar Código: (AsAC 1)	9. Evaluar el acceso de admisión a la institución mediante lista de chequeo para identificar las barreras de acceso administrativas y realizar plan de mejora
Estándar Código: (AsAC 3)	11. Documentar los ciclos de atención del usuario desde que llega a la organización hasta su egreso, en sus diferentes momentos de contacto administrativo y asistencial
Estándar Código: (AsAC 5)	13. Evaluar trimestralmente mediante lista de chequeo el cumplimiento del especialista a su agenda.
Estándar Código: (AsAC 8)	16. Establecer una estrategia para confirmar las citas médicas disminuyendo así las inasistencias
Estándar Código: (AsR EG3)	19. Revisar y ajustar protocolos y guías teniendo en cuenta las primeras causas de egreso en cada servicio

Fuente: Tomado del documento PAMEC 2022, Hospital San Vicente de Arauca E.S.E

Para realizar el seguimiento se programa el plan de auditorías institucionales para evaluar el progreso institucional o para detectar oportunidades de mejora y así orientar las auditorías a lo que se requiere verificar en el proceso de mejoramiento continuo (Hospital San Vicente de Arauca,

2022c). El seguimiento a las acciones de mejora planteadas para cada una de las oportunidades de mejora priorizadas se realiza apoyados en:

- Auditoría interna al proceso: La institución tiene definido su procedimiento de auditoría interna, a través del cual se planean y ejecutan auditorías de proceso.
- Se realiza acompañamiento y asesoría a cada uno de los procesos en relación con la ejecución de las acciones de mejora programadas.
- Evaluación y seguimiento al cumplimiento de las acciones programadas en el documento PAMEC.
- Proceso de mejoramiento continuo de la Institución: Realiza seguimiento y evaluación semestral al desempeño de los procesos.
- Coordinación y control de resultados y planes de mejoramiento: A través de la evaluación de procesos se determinan planes de mejora que permiten corregir desviaciones encontradas.

Conforme a lo anterior este ejercicio y la autoevaluación con sus respectivos planes de mejora, permite evaluar de manera integral la gestión de la entidad en sus diferentes procesos siendo también un insumo importante para las decisiones en el presente trabajo.

9.1.3 Indicadores institucionales

El Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. cuenta con un plan anticorrupción en el marco del Modelo Integrado de Planeación y gestión (MIPG) (Hospital San Vicente de Arauca, 2022d), que para la vigencia 2022 propone la implementación de estrategias para mejorar la calidad de la prestación de servicio el cual es un factor asociado a la accesibilidad al igual que el acompañamiento a los proyectos de inversión, los cuales también permiten mejorar la accesibilidad de los usuarios.

En el Plan de Gestión del Hospital 2020 – 2023 (2020c), se cuenta con 20 indicadores entre estratégicos y operativos de los cuales 9 corresponden al componente misional y dentro de ellos 4 están relacionados con el acceso. Debe tenerse en cuenta que la entidad es centro de referencia del Departamento de Arauca para la prestación de servicios de salud de mediana complejidad dado que tiene servicios de segundo nivel de atención y algunos de tercer nivel, por lo cual se definen indicadores que se relacionan con el mayor nivel de complejidad. A continuación, se relacionan estos 4 indicadores:

- El indicador: Oportunidad en la realización de apendicectomía.
- El indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Pediatría.
- El indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Obstetricia.
- El indicador: Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de Medicina Interna.

Se realiza revisión de los indicadores de oportunidad para el agendamiento de citas de las especialidades básicas de medicina interna, pediatría y ginecoobstetricia de la entidad, los cuales hacen parte del monitoreo por parte de la gerencia como indicadores estratégicos, dichos indicadores deben ser reportados en cumplimiento de la Resolución 408 de 2018 mediante la cual se realiza evaluación de la gestión de directores o gerentes de las ESES al igual que hacen parte del reporte de la Resolución 256 de 2016: *“Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud”*.

Estos a su vez, se encuentran relacionados en el Plan de Desarrollo Institucional vigente, Plan Operativo Anual, Plan de Gestión y Plan de Acción, para el seguimiento y monitoreo periódico. Sumado a lo anterior, se verifica la información reportada en el Observatorio Nacional

de Calidad en Salud (ONCAS) buscando el comportamiento y la trazabilidad anual de estos indicadores.

El tablero de indicadores de la institución (2022) indica el comportamiento del tercer trimestre del año 2022, no encontrándose desviaciones en los estándares normativos y la meta definida como entidad. Al verificar en el ONCAS, este se encuentra como un indicador de experiencia en la atención.

Para oportunidad en el servicio de pediatría, el tablero institucional del proceso de gestión de calidad reporta en el tercer trimestre 2,4 días con un cumplimiento satisfactorio; al contrastar información con el reporte en el ONCAS, se ve un comportamiento con tendencia a la disminución y por debajo del estándar normativo, con excepción del año 2021.

Para la especialidad de obstetricia el reporte del tercer trimestre del año 2022 corresponde a 2.4, sin embargo, al comparar y verificar el reporte de ONCAS el mismo período muestra un reporte de 7.2 días, con trazabilidad desde el año 2017, y un incremento en la oportunidad en los diferentes períodos. Es decir, que está alrededor de 3 días por encima del comportamiento en el mismo trimestre.

Para la especialidad de Medicina Interna el reporte del tercer trimestre del año 2022 corresponde a 5.2 días, comparando con la información oficial del ONCAS, se encuentra para el período referido una oportunidad de 10.65 días con una variación en relación con el tablero de indicadores institucional de 5 días. Al comparar con el comportamiento del departamento, la ESE está por encima 3 días en el período indicado. Sin embargo, al comparar desde el año 2017 se encuentra un incremento en el número de días para la asignación de citas en esta especialidad, aunque el comportamiento es adecuado ya que se encuentra debajo de la meta establecida.

Con base a los datos anteriormente mencionados, se evidencia que la información entregada por la institución tiene variaciones respecto a la información reportada oficialmente al Ministerio de Salud con una variación de casi 5 días con lo cual se puede inferir que la confiabilidad de la información no es la esperable y puede indicar la necesidad de revisar y ajustar el proceso de manejo y custodia de los indicadores en la entidad.

La evaluación de acceso a las especialidades solo por el indicador de oportunidad para asignación de citas no es del todo objetiva, ya que puede ser fácilmente ajustada de acuerdo a como se captura la información, a cómo se realiza el manejo de las agendas, al procedimiento de agendamiento, o al uso de los diferentes aplicativos de asignación de citas entre otros, razón por la cual para determinar barreras en su acceso o necesidades de ajuste del procedimiento o de oferta de las horas para cubrir la demanda del servicio se deben medir indicadores adicionales como son la demanda insatisfecha, evaluación de quejas, reclamos o sugerencias tipificadas por oportunidad, estimación de necesidades de horas de especialista conforme a la caracterización de la población asignada o capitada en condiciones de edad, momentos del curso de vida, lo cual se alinea con la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) de mantenimiento y promoción, cohortes de gestión del riesgo – condiciones crónicas, que corresponden a las denominadas rutas de grupos de riesgo RIAS cardio cerebro vascular metabólica y los grupos de eventos específicos de atención como son las gestantes o embarazadas; ya que con dicha caracterización y las frecuencias de uso estimadas para la atención de las actividades a realizar a cada uno se estimará la oferta de las diferentes especialidades.

Debe adicionalmente tenerse en cuenta la información presentada por el Ministerio de Salud en relación con el Registro de Talento Humano en Salud (RETHUS) sobre el déficit de especialistas en Colombia. En el documento “Aproximaciones a la estimación de la oferta y la

demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030” del Observatorio de Talento Humano en Salud se realiza una estimación de la demanda encontrando que para 2016 se observó una demanda de 39 mil médicos especialistas para atender las necesidades de salud dentro de un plazo esperado (oportunidad) (Restrepo D. y Ortiz L., 2017).

Cerca del 60% de la demanda de especialistas correspondió a las áreas clínicas, seguida por las quirúrgicas (34%) y los diagnósticos (6%). Según la especialidad, en 2016 Medicina Interna mostró la mayor demanda (13% de los especialistas), seguida por Medicina Familiar, Pediatría y Anestesiología (12% cada una), Ginecología y Obstetricia (8%), la diferencia entre la oferta y la demanda para 2016 se estimó en cerca de 16 mil médicos especialistas. (Restrepo D. y Ortiz L., 2017, p. 14),

Las especialidades con mayor diferencia en 2016 fueron Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría y Anestesiología. Conforme a lo expuesto con las proyecciones sobre oferta y demanda de talento humano, los análisis de percepción de quienes gerencian las instituciones de salud en el país y la información sobre oportunidad de la consulta y los procedimientos especializados, se concluye que hoy en Colombia la oferta de médicos especialistas no es suficiente para atender de manera adecuada la demanda de servicios que presta este talento humano, situación que se mantendría en los siguientes años si no se modifican las condiciones actuales que inciden en la oferta y demanda de médicos especialistas.

En general, se considera que el análisis sobre los indicadores institucionales no es completo, pues no se encuentra disponible información sobre indicadores de acceso, barreras de acceso, medición de demanda insatisfecha de la entidad entre otros, pues desde la institución se refiere no contar con la sistematización de esta información.

En el informe de *Auditoría de seguimiento al estado de las PQR, demanda insatisfecha y satisfacción del usuario del Hospital San Vicente de Arauca ESE del año 2014 (2015)* se indica que la “Demanda insatisfecha se presentó en las siguientes especialidades: Ginecología, Ortopedia, medicina interna, otorrino, dermatología, pediatría, urología”, sin embargo, no se cuantifica la totalidad de usuarios pendientes de agendamiento en las especialidades mencionadas, y tampoco se encuentra información más reciente.

9.1.4 Encuesta de percepción

Como instrumento para realizar la recolección de esta información, se establece la encuesta, que es una herramienta sencilla pero eficaz a la hora de obtener información de un grupo poblacional determinado. Se toma la estadística de las atenciones del tercer trimestre de 2022 y el promedio de las atenciones realizadas como se evidencia en la siguiente tabla.

Tabla 8 Atenciones del tercer trimestre de 2022 en el Hospital San Vicente de Arauca

E.S.E

ESPECIALIDAD	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	PROMEDIO
MEDICINA INTERNA	114	135	73	322	107
PEDIATRIA	68	85	41	194	65
GINECOOBSTETRICIA	252	299	242	793	264
TOTAL ACTIVIDADES CONSULTA EXTERNA (INCLUYE APOYO DX Y TX)	1890	3024	2229	7143	2381
CONSULTA DE URGENCIAS	1672	1783	1511	4966	1655
EGRESOS HOSPITALARIOS	712	904	794	2410	803
CIRUGIAS PROGRAMADAS	212	232	307	751	250
TOTAL ATENCIONES	4486	5943	4841	15270	5090

Fuente: Tomado de Informe de reporte resolución 256 tercer trimestre de 2022 - Hospital San Vicente de Arauca- Proceso de Gestión de Calidad.

Se consideró utilizar un muestreo no probabilístico, aplicando el instrumento a 140 personas. Como criterios de inclusión para la aplicación de esta encuesta, se consideró que podría ser contestada por personas sin distinción de género, sexo, raza, orientación sexual, orientación

política o relación con el sistema de salud. También se consideró que debían ser personas que habitaran en el municipio de Arauca, sin exclusión del tiempo de residencia o el vínculo que pudiese tener con la institución objeto del presente estudio.

Como criterios de exclusión se consideró que las personas que no fuesen usuarios de los servicios de salud del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E. no podrían ser incluidas en la muestra poblacional a quienes se aplicó la encuesta, además, que debían haber hecho uso de los servicios habilitados en al menos una oportunidad los últimos tres meses, garantizando así que hicieran parte del universo seleccionado.

Se identifican elementos que aportan al mejoramiento del acceso a los servicios de salud, razón por la cual se proponen para las preguntas a realizar en el sondeo aquellos elementos o estrategias que apuntan a esto, considerando que la capacidad de respuesta de una institución promueve la calidad en la atención, por ejemplo, un número mayor de controles prenatales impactan la morbilidad materna, esto se traduce como la adecuada oportunidad para el agendamiento, la disponibilidad permanente de las citas, y el seguimiento de los pacientes con una demanda inducida efectiva.

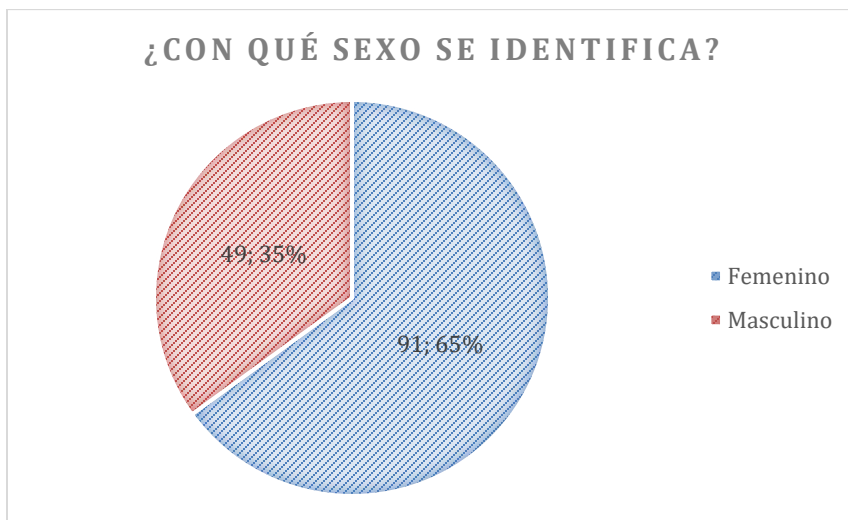
La edad y sexo son fundamentales para identificar mujeres en edad fértil, población adulto mayor que requiere un mayor uso de los servicios de salud al igual que la distancia al servicio de salud dado que hay artículos en la literatura que indican que hay una mayor limitación al acceso en mujeres y en personas que se encuentran viviendo a mayor distancia del servicio de salud.

Dentro de las consideraciones evaluadas para la construcción del instrumento también se encuentra la importancia del desarrollo de herramientas para medir de manera confiable la experiencia de los usuarios de atención primaria y como generar oportunidades de mejora con los resultados obtenidos.

Conforme a lo expuesto anteriormente, el instrumento solicita la relación de ciertos datos personales que son relevantes para identificar el tipo de población y el acceso a los servicios de salud, tales como edad, sexo, condiciones de salud y área de ubicación geográfica; posteriormente se realizan preguntas para evaluar la percepción en relación con la facilidad para el acceso a los servicios y acciones de demanda inducida encaminadas a optimizar el acceso.

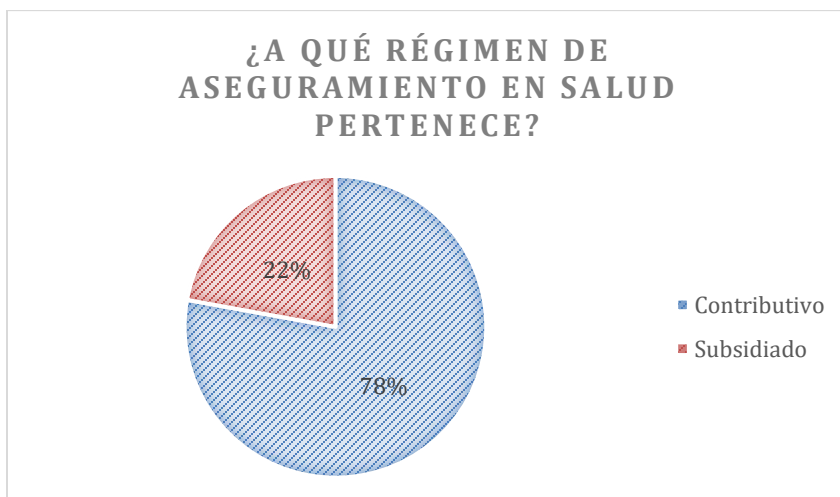
En total, el instrumento se aplicó a 140 personas, y se decanta la siguiente información:

Figura 14 Distribución por sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

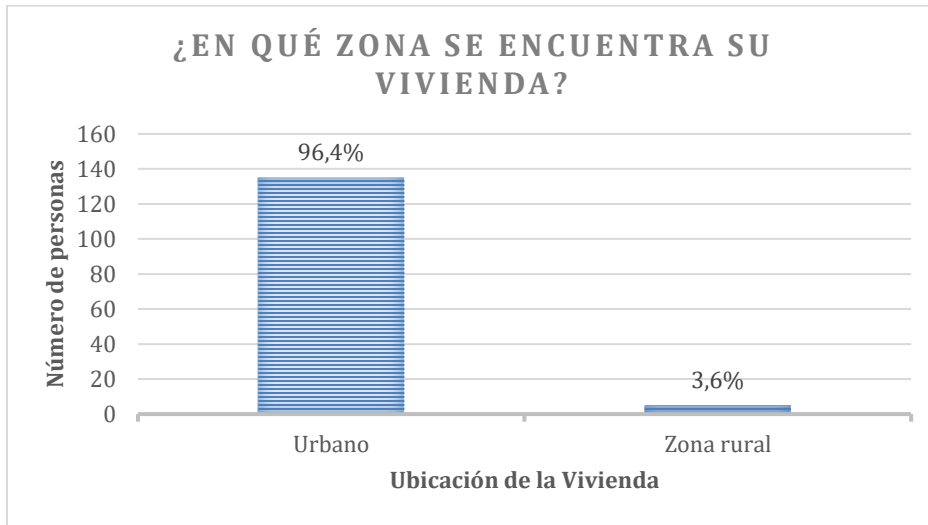
Figura 15 Distribución porcentual por aseguramiento



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

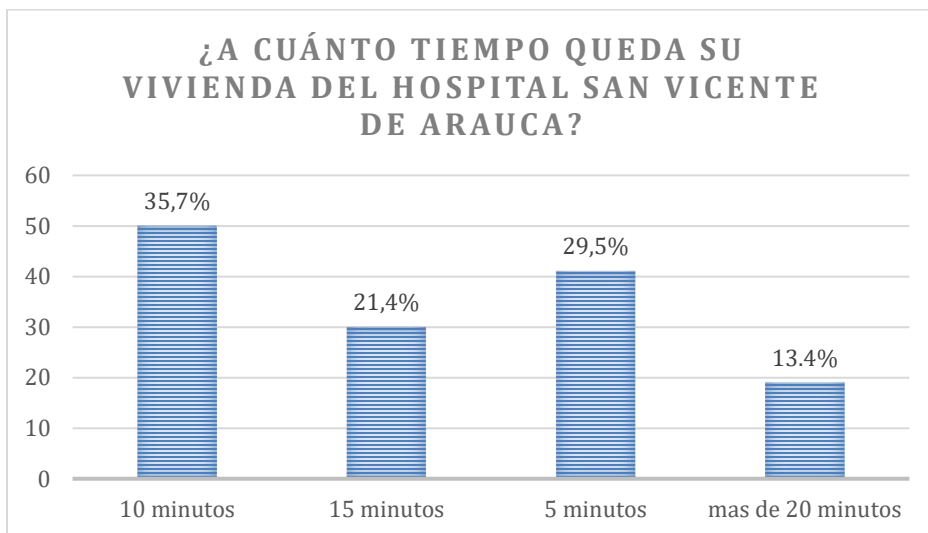
Se identifica entonces que de quienes hicieron parte de la muestra establecida para el sondeo son mayoritariamente mujeres que representan el 65% de la población, además que la mayoría hacen parte del régimen contributivo de salud, ubicándose en el 78%, sin embargo, se conserva representación tanto de hombres como de personas del régimen subsidiado de salud.

Figura 16 Ubicación de la vivienda



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

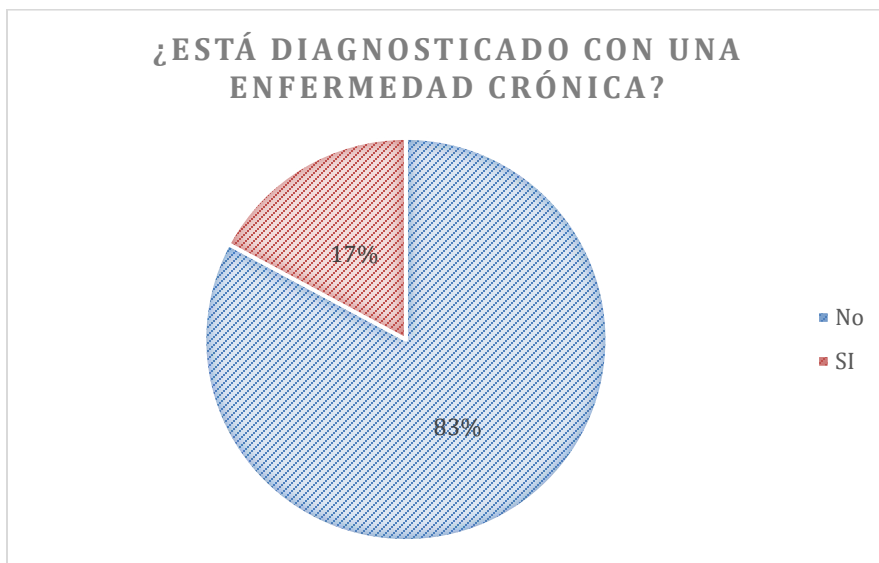
Figura 17 Distancia de la vivienda a la E.S.E.



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

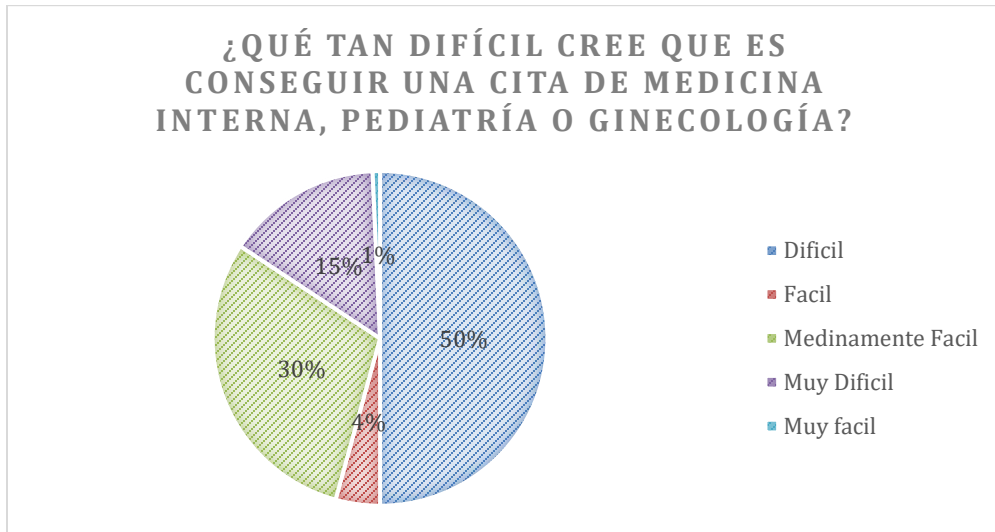
Ahora, se considera que la mayoría de las personas que contestaron la encuesta son residentes del casco urbano del municipio, siendo la representación de la zona rural solo igual al 3,6% por lo que no es posible identificar información clara sobre tiempos de desplazamiento de esta población, para así identificar la barrera que esto puede constituir.

Figura 18 Presencia de Enfermedad Crónica



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

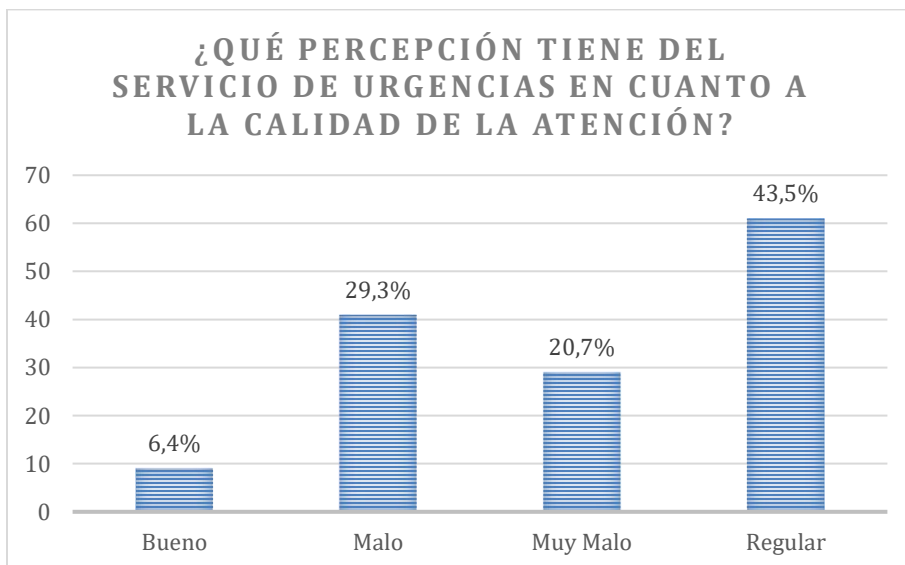
Figura 19 Facilidad para obtener cita por consulta externa para Md. Interna, Pediatría o Ginecología



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

91 usuarios (65%) manifestaron que el acceso a las consultas especializadas de Medicina Interna, Ginecoobstetricia y Pediatría era difícil o muy difícil y solo un 5% (7 usuarios) manifestaron que era fácil o muy fácil.

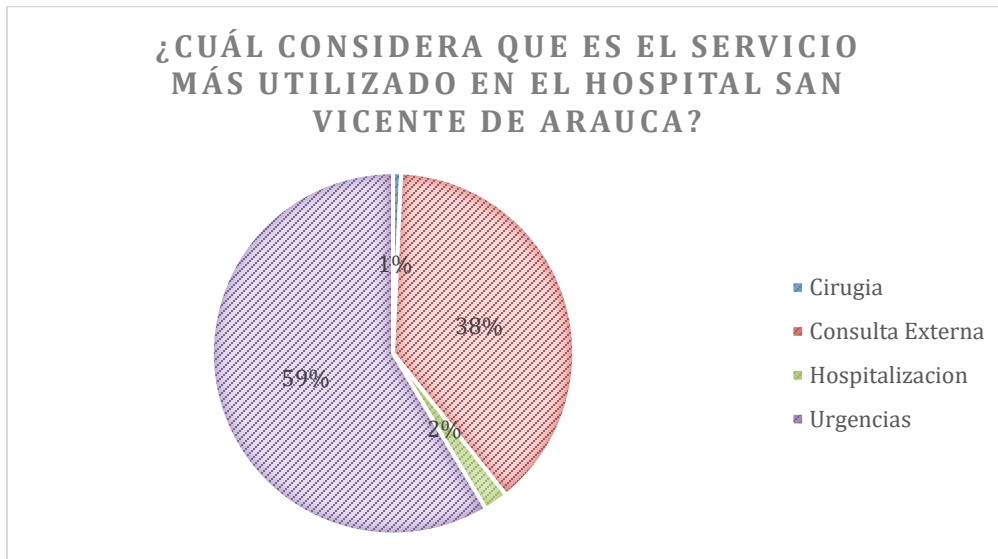
Figura 20 Percepción acerca del servicio que presta el servicio de urgencias del Hospital San Vicente de Arauca.



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

70 usuarios (50%) indican que el servicio de urgencias ofertado por el hospital está entre malo y muy malo, y solamente 9 usuarios consideraron que presta un buen servicio (6.4%)

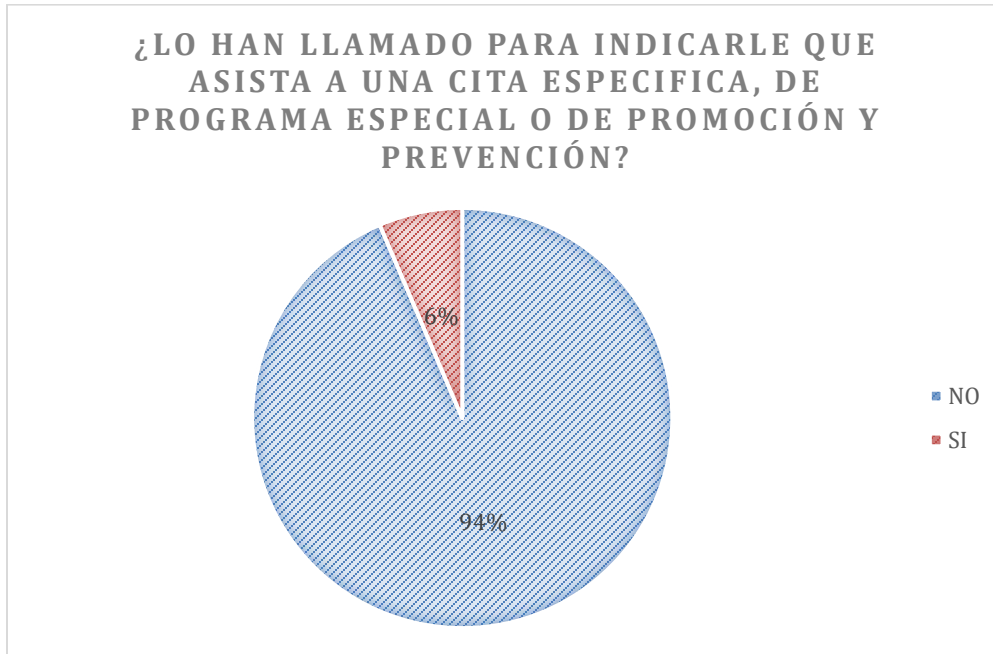
Figura 21 Servicios más utilizados por los usuarios en el HSVA E.S.E



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

El 59% (82 usuarios) manifestaron que el servicio del hospital más utilizado es urgencias y el 38% (54 usuarios) indicó que consulta externa. Este comportamiento es inusual dado que la vía de ingreso más frecuente se considera habitualmente consulta externa; esto puede indicar dificultades en la oferta de talento humano de las especialidades, baja resolutivez médica, baja adherencia a los programas de crónicos, gestantes o promoción y mantenimiento de la salud, e incluso debilidades en la demanda inducida y oportunidad en la asignación de las citas.

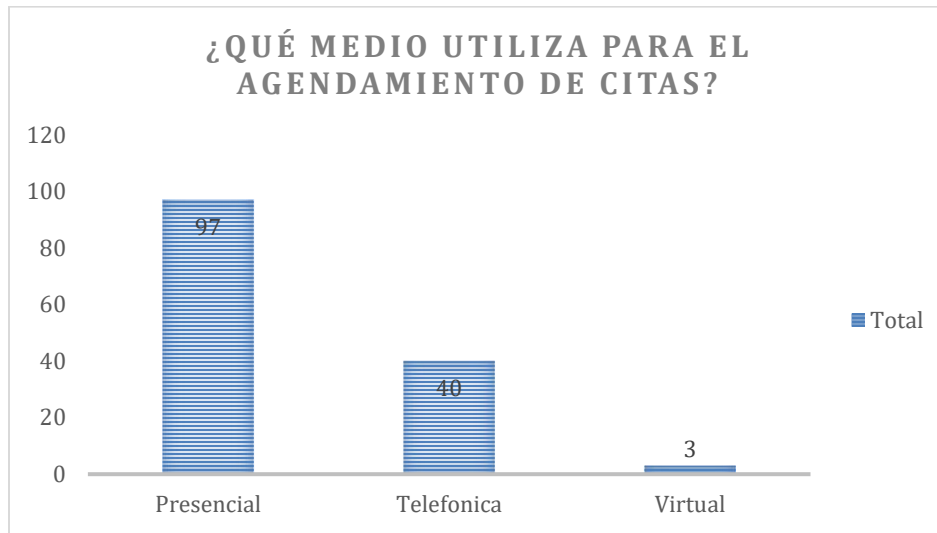
Figura 22 Percepción acerca de la demanda inducida en el HSVA E.S.E



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

Esta pregunta específica hace referencia a la demanda inducida en consulta externa, la cual es una herramienta fundamental de garantía para el acceso a los servicios y refleja que solo 9 de 140 usuarios, lo que corresponde a un 6%, ha sido objeto de demanda inducida a los servicios por vía telefónica; contrastando con la caracterización realizada, 24 usuarios presentan una condición crónica, lo que amerita incluirlos en un programa de atención específica y deben ser objeto de este tipo de estrategia.

Figura 23 Canales que usan los usuarios para el agendamiento de citas



Fuente: Elaboración propia a partir de encuesta de percepción.

En relación con los canales de agendamiento, la forma presencial para un 69% de los usuarios sigue siendo la forma más frecuente seguida de la telefónica.

De acuerdo con los resultados de la encuesta realizada se puede inferir que existen oportunidades de mejora en relación con el acceso a los servicios indicados y en el proceso de demanda inducida, lo cual debe ser sujeto de análisis y de evaluación por parte de la entidad para implementar y/o fortalecer; al igual que la realización de una propuesta de construcción de indicadores y levantamiento de líneas base para la mejora continua.

Los usuarios encuestados reconocen oportunidades de mejora especialmente en la calidad de los servicios prestados, pues la mayoría tiene una percepción regular de la atención y consideran que el acceso a las citas médicas, para el caso de los servicios ambulatorios, es difícil. En general, se considera que esto es un elemento valioso pues respalda la necesidad de implementar estrategias efectivas que posibiliten mejorar la atención de los habitantes.

9.1.5 Entrevista con el Doctor Jorge Vargas Salamanca

Con el fin de complementar la información recolectada y analizar desde una perspectiva técnica la situación del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E., se realiza una entrevista estructurada con el doctor Jorge Vargas Salamanca quien es el asesor de redes para el departamento de Arauca del Ministerio de Salud y Protección Social, esta se realiza de manera virtual el día 27 de enero de 2023, manifestando que la información recolectada es con fines académicos e investigativos.

¿De acuerdo con su experiencia y conocimiento que percepción tiene sobre el funcionamiento del Sistema de salud en Arauca actualmente?

Para el doctor Vargas, una problemática que existe es la baja resolutivez que tiene el sistema con la consecuente afectación de atributos de seguridad, dados por la no continuidad en la atención principalmente por problemas de accesibilidad, y falta de oportunidad. Para lo cual desde el Ministerio se está liderando el fortalecimiento de las RISS (Redes integrales de servicios de salud), contando con una propuesta documento de red año 2019, la cual es organizada por el departamento en cumplimiento de la ley 715 de 2001, artículo 44.

¿Cuáles serían las prioridades para intervenir en la red pública del municipio de Arauca?

Considera que en el municipio de Arauca se deben intervenir los siguientes componentes:

- Fortalecimiento del segundo nivel de atención en Hospital San Vicente
- Mejoramiento de dotación biomédica
- Mejoramiento de la Dotación industrial
- Mejoramiento de la Infraestructura
- Fortalecimiento y/o adquisición de los Sistemas tecnológicos

- Fortalecimiento de la APS
- Fortalecimiento sistemas de información

¿Qué tan avanzada está la implementación de las diferentes RIAS en el municipio, comparado con los avances del país, empezando por la ruta de mantenimiento y promoción de la salud y la ruta cardio cerebrovascular metabólica?

El doctor Vargas manifiesta que existe una dependencia del Ministerio encargada del tema específico, sin embargo, se han presentado avances de APS. Además, refiere que existen recursos del plan de intervenciones colectivas para apoyar el ejercicio de fortalecimiento de las RIAS y que se cuenta con convenios de cooperación con organismos internacionales como son la Cruz Roja y la OIM (Organización Internacional para las Migraciones), para el desarrollo de programas. También afirma que debe fortalecer la infraestructura de puestos de salud.

¿En relación con la prestación de los servicios por parte de la ESE Hospital San Vicente de Arauca tiene conocimiento sobre dificultades para el acceso a los servicios de salud y las causas?

Reconoce que existen dificultades de acceso y de infraestructura dado por malas condiciones físicas, también baja capacidad resolutiva, falta de oportunidad y falta de talento humano especializado.

¿Cuáles considera usted que son las prioridades por intervenir u oportunidades de mejora para mejorar el acceso y la oportunidad a los servicios del Municipio de Arauca?

- Fortalecer el primer nivel de atención en Arauca
- Fortalecer la construcción de los programas de PYD
- Fortalecer APS
- Fortalecer intersectorialidad

- Revisar la implementación de grupos de medicina preventiva y predictiva con la reforma de la salud – operación de grupos en territorio
- Fortalecer demanda inducida de usuarios a programa

Conforme a lo anteriormente mencionado, podemos afirmar que las dificultades en el acceso a los servicios de salud en el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E, del Departamento de Arauca es una problemática que se visibiliza con algunos resultados de indicadores de salud como son los trazadores, de eventos de interés de salud pública, de alto costo y precursores, en algunos casos superando los resultados del país con diferencia estadística significativa.

Además, están los indicadores asociados a la gestión clínica asistencial y algunos de gestión administrativa que también se plantean como punto de mejoramiento en el plan de acción de la institución lo que permitiría garantizar la prestación de los servicios que tienen habilitados, dado la importancia que tiene como centro de referencia. Es decir, es una prioridad por parte de la Institución realizar las acciones correspondientes para fortalecer esta debilidad. También hay factores que impulsan la necesidad de mejora, como son las víctimas que sufren lesiones causadas directa o indirectamente por el orden público y la presencia de grupo al margen de la Ley.

Al revisar los elementos y resultados planteados en los puntos anteriores, claramente se reflejan debilidades en los sistemas de información, inconsistencias de los indicadores, ausencia de indicadores para controlar la accesibilidad de los usuarios y resultados negativos de indicadores de eventos de interés en salud pública, que de manera directa e indirecta se asocia con resultados desfavorables que muestran las dificultades para el acceso a los servicios de salud.

A su vez, al contrastarlo con los resultados del sondeo realizado, que muestra la percepción de los usuarios en relación al acceso, principalmente con el servicio de consulta externa el cual es el servicio principal para promover todas las conductas y pautas de educación, promoción de la

salud, prevención de la enfermedad y control de las patologías que pueden contribuir al desarrollo de enfermedades de alto costo que afectan la concentración de todos los servicios, la calidad de vida de los pacientes, el aumento en las frecuencias de uso de los servicios con el consecuente aumento del gasto en salud, el cual debe ser controlado también por parte del prestador.

El garantizar el acceso a la población general, pero principalmente a las poblaciones priorizadas, como son las gestantes, los niños y los pacientes con condiciones crónicas en los términos de oportunidad, frecuencias establecidas y el seguimiento y control de las cohortes de gestión del riesgo permite resultados positivos en salud, acciones y estrategias que deben ser costo efectivas, por lo cual revisando la situación de la entidad, si se fortalecen y desarrollan las acciones de demanda inducida a los diferentes servicios realizando acciones de gestión del riesgo y si se optimiza el actuar de los médicos especialistas básicos como son los pediatras, gineco obstetras y médicos internistas, todo esto sumado al control de los indicadores de oportunidad, midiendo la demanda insatisfecha, conformando las cohortes de gestión del riesgo mediante programas de atención organizados con su respectivo seguimiento y definiendo la capacidad instalada de talento humano requerido conforme a la planeación de la atención de dichas cohortes, se podrían obtener resultados positivos en salud para la población Araucana.

9.2 Fase 2: Revisión de literatura a nivel mundial y nacional sobre estrategias para el mejoramiento de acceso en los servicios de salud

Para ello, y siguiendo los postulados de la metodología, se establecen una serie de ecuaciones de búsqueda utilizando términos MeSH y DeCS en los buscadores PubMed y BVS - Biblioteca virtual en salud, que podrán ser procesadas por los repositorios documentales, procurando obtener información clara y precisa sobre la temática abordada en este proyecto de gestión, como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 6 Revisión de la literatura con metodología PRISMA

No.	DeCS (español)	MeSH (inglés)
1	Accesibilidad a los Servicios de Salud	Health Services Accessibility
2	Estrategias	Planning Techniques Research Design
3	Atención Primaria de Salud	Primary Health Care
4	Mejoramiento de la Calidad	Quality Improvement
5	Telemedicina para Zonas Rurales y Remotas	Telemedicine
6	Hospitales Públicos	Public Hospitals

Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con los términos y la correspondiente base de datos, los números de citas por cada ecuación de búsqueda fueron los siguientes:

- a) En PubMed utilizando los filtros de idioma español e inglés, máximo 5 años de publicación y texto completo disponible de manera gratuita.

Tabla 7 Ecuaciones de búsqueda utilizadas en PubMed

Ítem	Ecuación de búsqueda	No. Artículos
1	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh]) OR "Quality Improvement"[Mesh]) AND "Telemedicine"[Mesh]	117
2	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh]) AND "Quality Improvement"[Mesh]) AND "Telemedicine"[Mesh]	0
3	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh])	0
4	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh]) AND "Quality	0

	Improvement"[Mesh] AND "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh])	
5	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh]) AND "Quality Improvement"[Mesh] OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh])	832952
6	((("Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh])	832952
7	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh])	5
8	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Planning Techniques"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh])	0
9	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh])	88
10	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh])	87
11	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) AND "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh])	8
12	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh])	18676
13	((("Health Services Accessibility"[Mesh]) AND "Hospitals, Public"[Mesh]) OR "Health Care Quality, Access, and Evaluation"[Mesh]) AND "Primary Health Care"[Mesh]) OR "Telemedicine"[Mesh]	29070

Fuente: Elaboración propia.

- b) En BVS -Biblioteca virtual en salud se utilizaron los mismos filtros idiomas español e inglés, máximo 5 años de publicación y texto completo disponible de manera gratuita.

Tabla 8 Ecuaciones de búsqueda utilizadas en BVS

Ítem	Ecuación de búsqueda	No. Artículos
1	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Estrategias) AND (Mejoramiento de la Calidad) OR (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud) AND (Telemedicina para Zonas Rurales y Remotas)	0
2	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Estrategias) AND (Mejoramiento de la Calidad) AND (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud) AND (Telemedicina para Zonas Rurales y Remotas)	0
3	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Estrategias)	9
4	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Estrategias) AND (Mejoramiento de la Calidad) AND (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud)	0
5	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Estrategias) AND (Mejoramiento de la Calidad) OR (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud)	0
6	Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud	620
7	(Estrategias) AND (Accesibilidad a los Servicios de Salud)	243
8	(Estrategias) AND (Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos)	0
9	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos)	112
10	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud)	3
11	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos) AND (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud) AND (Atención Primaria de Salud)	0

	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos)	
12	OR (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud) AND (Atención Primaria de Salud)	79
	(Accesibilidad a los Servicios de Salud) AND (Hospitales Públicos)	
13	OR (Calidad, Acceso y Evaluación de la Atención de Salud) AND (Atención Primaria de Salud) OR (Telemedicina para Zonas Rurales y Remotas)	432

Fuente: Elaboración propia.

c) Para la selección de citas se determinaron como criterios de inclusión aquellos relacionados con: Acciones de mejoramiento en procesos de atención, estrategia de mejoramiento en servicios de salud, políticas públicas para mejorar el acceso a la atención y mejoramiento a la oportunidad de la atención en salud. Los criterios de exclusión fueron aquellos relacionados a estudios clínicos, estudios microbiológicos, estudios econométricos de dispositivos médicos o fármacos, adherencias a guías o protocolos de atención; determinación de frecuencia, incidencia o prevalencias de complicaciones clínicas, al igual cuyos resúmenes o textos completos no contaban con la disponibilidad gratuita.

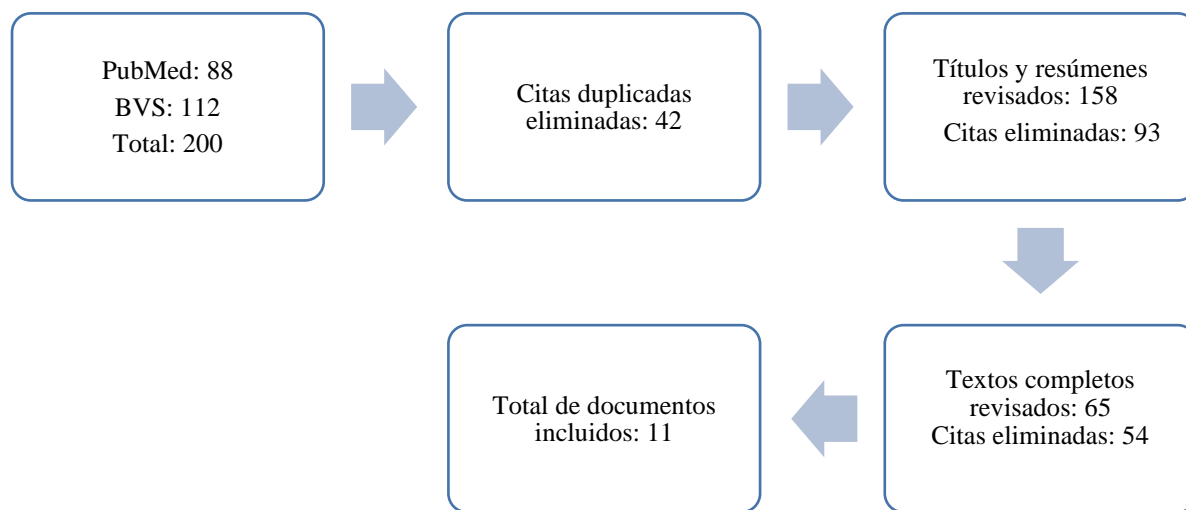
La revisión de literatura se realizó teniendo en cuenta el desarrollo del objetivo del presente proyecto de gestión, incluyendo documentos nacionales e internacionales que consideran la gestión del acceso a servicios de salud como aporte a la comprensión del fenómeno estudiado, y así obtener información que permita considerar las estrategias a implementar en el Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

Los resultados concernientes con la revisión de literatura indexada de acuerdo con las categorías establecidas se encuentran relacionados en el Anexo 1. La revisión de literatura gris de estudios de índole nacional como es la Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector de la Salud en Colombia por parte del Grupo Banco Mundial identifica que algunos

indicadores trazadores, tienen resultados peores en áreas rurales, hospitales públicos y regiones con ingresos más bajos, tales como la proporción de mujeres embarazadas con cuatro visitas prenatales, entre otros (The World Bank, 2019)

Además, que la estructura de políticas públicas del Sistema de salud no es coincidente con una actividad incrementada, enfocada y efectiva, por lo que se deben iniciar las mejoras desde el fortalecimiento directo a las IPS de atención primaria en salud especialmente a los hospitales, en un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad de la atención y los resultados en salud. Por otro lado, se resalta que la estrategia nacional de calidad debe estar enfocada en los resultados en salud, por lo que deben reflejarse en las metas, proyectos, rendición de cuentas, entre otros por parte de las instituciones, es decir con un enfoque sistémico organizacional.

Figura 24 Resultados de revisión documental



Fuente: Elaboración propia.

Teniendo en cuenta todas las categorías, se identifican las siguientes estrategias o acciones que pueden contribuir a la accesibilidad a los servicios de salud, teniendo en cuenta los principios del Plan Decenal de Salud Pública y los lugares comunes entre los documentos incluidos.

- Provisión de servicios
- Gobernanza
- Prestación de servicios individuales
- Prestación de servicios colectivos

A nivel nacional se refleja una problemática para el acceso a los diferentes servicios de salud, lo cual es más evidente en zonas rurales o zonas de dispersión geográfica, razón por la cual el estado reconoce una prima adicional del valor de la UPC (Unidad de Pago por Capitación), dentro de ellas Arauca la cual se clasifica como área dispersa, sumado a esto se evidencia que diferentes elementos del acceso en el departamento y/o en el municipio se encuentran por fuera de las metas definidas a nivel país, tales como cobertura de atención, aseguramiento, oferta deficiente de especialistas, indicadores de impacto con resultados preocupantes en población priorizada tales como gestantes, niños, morbilidad relacionada con condiciones crónicas entre otros e infraestructura vieja e insuficiente.

Tabla 9 Revisión documental

Categoría	Subcategoría	Artículos	Autores	País	Observaciones
Provisión de servicios	Disponibilidad de suministros médicos.	Readiness of public health facilities to provide quality maternal and newborn care across the state of Bihar, India: a cross-sectional study of district hospitals and primary health centers.	Kaur J, Franzen SRP, Newton-Lewis T, Murphy G.	India	El acceso deficiente a una atención médica de calidad es una de las razones más importantes de la alta mortalidad materna y neonatal en la India, por lo que han puesto en marcha iniciativas para promover los partos maternos institucionales, garantizar que los centros de salud estén adecuadamente equipados y dotados de personal para proporcionar atención de calidad. Se debe fortalecer el análisis de capacidad instalada, dotación, crear intervenciones para mejorar la calidad en los servicios.
		Live-interactive tele dermatology program in Taiwan: One-year experience serving a district hospital in rural Taitung County.	Lee CH, Huang CC, Huang JT, Wang CC, Fan S, Wang PS, Lan KC.	Taiwan	El envejecimiento de la población y la accesibilidad desigual a la atención de salud son cada vez más importantes en los países desarrollados. Una estrategia para superar estos problemas es utilizar la telemedicina. Se puede poner en práctica esta modalidad para mejorar la oferta y ofrecer mejor oportunidad de los servicios.

Gobernanza	Inversión financiera	Evaluation of systems reform in public hospitals, Victoria, Australia, to improve access to antenatal care for women of refugee background: An interrupted time series design.	Yelland, J; Mensah, F; Riggs, E; McDonald, E; Szwarc, J; Dawson, W; Vanpraag, D; Casey, S; East, C; Biro, M; Teale, G; Willey, S; Brown, S.	Australia	Las desigualdades en la salud materna y neonatal persisten en muchos países de altos ingresos, incluso para las mujeres refugiadas. El programa de asociación Bridging the Gap en Victoria, Australia, fue diseñado para encontrar nuevas formas de mejorar la capacidad de respuesta de los servicios universales de salud de la maternidad y la primera infancia.
	Inclusión en la agenda política territorial y nacional	Impact of the Venezuelan migration in the routine of a referral hospital in Roraima, Brazil.	Loeste de Arruda-BarbosaAlberone Ferreira Gondim SalesMilena Ellen Mineiro Torres	Brasil	El impacto en la demanda por la migración de la población venezolana en un hospital de Brasil, aumentando los problemas crónicos que existían previamente en este hospital, haciendo énfasis en el déficit de profesionales de la salud, lo que limita el acceso a la salud para toda la población. Importante gestión de demanda inducida, seguimiento de pacientes y control de oportunidad.
	Vigilancia				

Prestación de servicios individuales	Servicios de protección específica o detección temprana.	Health system responsiveness in maternity care at Hadiya zone public hospitals in Southern Ethiopia: Users' perspectives.	Abdo, Ritbano Ahmed; Halil, Hassen Mosa; Kebede, Biruk Assefa; Anshebo, Abebe Alemu; Ayalew, Minychil Demelash; Nedamo, Selamu Abose; Helill, Shamill Eanga.	Etiopía	<p>Muestra el impacto de la capacidad de respuesta del sistema de salud como indicador para medir la atención adecuada de la población gestante.</p> <p>Importante la calidad en el control prenatal, un mayor número de controles más de 4, por atención por ginecoobstetra impactan la morbimortalidad materna y perinatal positivamente, soporta las estrategias de fortalecimiento de demanda inducida y oportunidad en la consulta de gineco obstetricia.</p>
	Servicios asistenciales diferentes a los servicios de protección específica o detección temprana.	Evidence and advocacy in Melbourne maternity care during the COVID-19 pandemic.	Hui, Lisa; Whitehead, Clare; Walker, Susan P.	Australia	<p>El artículo muestra las estrategias que se tuvieron que implementar en Australia durante la pandemia por Covid 19 para poder cumplir con un adecuado acceso a la salud de la población gestante.</p> <p>Puede extrapolarse el seguimiento mensual y continua a las gestantes de alto riesgo donde el elemento de demanda inducida y oportunidad son fundamentales para los resultados.</p>

		Development and validation of measurement tools for user experience evaluation surveys in the public primary healthcare facilities in Greece: a mixed methods study.	Daphne Kaitelidou, Charalambos Economou, Petros Galanis, Olympia Konstantakopoulou, Olga Siskou, Silviu Domete, Dolf de Boer, Wienke G. Boerma, Peter P. Groenewegen	Grecia	Este estudio describe el desarrollo de herramientas para medir de manera confiable la experiencia de los usuarios de atención primaria en Grecia y como generar oportunidades de mejora. Permite identificar elementos clave de APS para implementar, medir y mejorar.
		Integration of Chronic Oncology Services in Noncommunicable Disease Clinic in Rural Rwanda	Rutayisire R, Mutabazi F, Bayingana A, Miller AC, Gupta N, Ngoga G, Ngabireyimana E, Borg R, Rusingiza E, Bavuma C, Bigirimana B, Nkikabahizi F, Muhimpundu MA, Bukhman G, Park PH.	Ruanda	Atención integrada de las ENT crónicas graves, incluidas las neoplasias malignas, en un hospital de primer nivel en la zona rural de Ruanda. La retención de pacientes a corto plazo fue alta con este enfoque de prestación de servicios. La retención de pacientes se logra con demanda inducida, seguimiento de pacientes, suficiencia del talento humano y adecuada oportunidad.
Prestación de servicios colectivos	Demanda inducida Educación e información en salud	Accessing medicines for non-communicable diseases: Patients and health care workers' experiences at public and private health facilities in Uganda.	Tusubira, Andrew K; Akiteng, Ann R; Nakiryia, Brenda D; Nalwoga, Ritah; Ssinabulya, Isaac; Nalwadda, Christine K; Schwartz, Jeremy I.	Uganda	Evidencia el impacto sobre la salud de la población al tener un acceso adecuado y constante a los medicamentos apropiados para el manejo de las enfermedades no transmisibles. El acceso mejora con demanda inducida a las consultas, seguimientos para disponer de medicamentos de manera constante.

<p>Evaluation of systems reform in public hospitals, Victoria, Australia, to improve access to antenatal care for women of refugee background: An interrupted time series design.</p>	<p>Yelland, Jane; Mensah, Fiona; Riggs, Elisha; McDonald, Ellie; Szwarc, Josef; Dawson, Wendy; Vanpraag, Dannielle; Casey, Sue; East, Christine; Biro, Mary Anne; Teale, Glyn; Willey, Sue; Brown, Stephanie J.</p>	<p>Australia</p>	<p>El programa de asociación Bridging the Gap en Victoria, Australia, fue diseñado para encontrar nuevas formas de mejorar la capacidad de respuesta de los servicios universales de salud de la maternidad y la primera infancia para mujeres y familias de refugiados con el diseño conjunto y la implementación de iniciativas iterativas de demostración y mejora de la calidad. Implementar y evaluar estrategias de intervención codiseñadas en hospitales de maternidad y servicios de salud de la primera infancia para mejorar el acceso a la atención.</p>
---	---	------------------	--

Al finalizar el análisis de los documentos, y analizando los aportes que ellos generan sobre otras experiencias en el acceso a los servicios de salud, presentando las estrategias implementadas en distintos países ante distintas situaciones que dificultan la atención oportuna y de calidad a sus respectivas poblaciones. Así, es importante reconocer que cada país o institución realizó unas acciones que responden a su contexto y le permitían dar solución a su problemática específica, evidenciando la necesidad de hacer una lectura integral del contexto para plantear un camino para la búsqueda de una solución.

Inicialmente, es importante reconocer el carácter sociodemográfico de los países que analizan estos documentos, en casos como el de Brasil se trata del aumento de población migrante sin el consecuente aumento de recursos humanos o técnicos para la atención; o en casos como el de Australia donde se analiza el impacto de la reforma al sistema de salud en la atención de gestantes de menores ingresos y migrantes. Entonces, es completamente valioso pensar en el tipo de población y las dificultades o retos que esto representa en el caso de Arauca, pues se deben reconocer las barreras geográficas en cuanto a vías, por ejemplo, o las situaciones de seguridad por la presencia de actores armados que representan una amenaza adicional en la atención de la población, reconociendo el poder que ejercen en la población y también la carga que pueden generar al sistema de salud con sus acciones bélicas.

Desde un análisis de la gobernanza se reconoce que esta situación debe estar inscrita en la agenda política regional y nacional, pues requiere de un esfuerzo administrativo por parte de los entes territoriales para garantizar la vigilancia en la efectividad de las acciones ejecutadas en pro del acceso a los servicios, así como de la inversión financiera que esto amerita para fortalecer a las instituciones, vinculando a todos los actores que convergen en el sistema.

En cuanto a la provisión de los servicios, se revisa de manera puntual la disponibilidad de suministros médicos en los casos de India con la atención materna y neonatal en hospitales públicos, y de Taiwán en la implementación de la telemedicina para la atención en un hospital rural público. Se reconoce aquí que al garantizar una atención de calidad en los centros asistenciales, se impacta de manera positiva los indicadores de salud pública, como los relacionados con cuidado materno y neonatal, pues la dotación suficiente de suministros y equipos biomédicos fortalecen la confianza de la población para la búsqueda oportuna de la atención (mitigando las demoras). Por otro lado, se considera la implementación de estrategias novedosas como la telemedicina, que permite ampliar la oferta de servicios, reduciendo los tiempos de espera y garantizando el acceso oportuno a la atención, lo que finalmente mejora la oportunidad e impacta de manera clara la prestación de los servicios de salud.

Por su parte, la prestación de los servicios individuales, que considera los postulados relacionados con los servicios de protección específica y detección temprana, haciendo énfasis en los servicios asistenciales que se requieren para ello. Para este caso, se analizan los textos de Etiopía, Ruanda, Australia y Grecia donde se incluyen elementos clave sobre la experiencia de los usuarios y la atención médica durante la pandemia por el Covid 19, identificando las formas o estrategias que se pueden implementar para fortalecer la prestación de servicios individuales.

Desde el caso de Etiopía, se identifican estrategias para garantizar la atención materna y prenatal durante la pandemia, pues se considera que un indicador de calidad importante es el acceso a controles prenatales relacionado con la oportunidad en las consultas y en la demanda inducida efectiva para el ingreso de las pacientes a las rutas de atención, sumado a lo que plantea el caso Australiano, que plantea el seguimiento mensual y continuo de las maternas, para mitigar el alto

riesgo obstétrico, donde se depende especialmente de la oportunidad y posibilidad de acceso a los servicios.

Aunado a esto, se incluye la perspectiva directa de los usuarios, que valora la experiencia que tienen los pacientes en los diferentes servicios ofertados por la institución, en el caso de Grecia, se puede vincular esta satisfacción con las oportunidades de mejora que se requiere implementar, además permite identificar elementos clave de APS para implementar, medir y mejorar, reconocidos desde el cliente externo. Y finalmente la experiencia de Ruanda incluye un elemento valioso para el análisis, y es que, siempre que haya oportunidad en las agendas médicas y se garantice el acceso, se logrará la adherencia a los tratamientos médicos y así se impactará de manera efectiva la atención en salud de la población.

Como conclusión preliminar se considera que la estrategia que se formule para el Hospital San Vicente de Arauca ESE debe considerar elementos particulares para su situación pues el aprendizaje más valioso en la revisión documental es la necesidad de una lectura integral del contexto, dado que la estrategia debe responder al problema que se ha configurado con el paso de los años y que no tiene un par igual en otro lugar u otra institución. Así las cosas, se consideran los elementos planteados, recogidos y analizados en la revisión documental para nutrir la estrategia que se proponga en la siguiente fase.

9.3 Fase 3: Construcción de una propuesta para el mejoramiento del acceso a los servicios de salud del Hospital San Vicente de Arauca E.S.E.

Planteado el problema y de acuerdo con los resultados del análisis de la información recolectada, se concluye que la estrategia a plantear involucra dos aspectos fundamentales, que inciden directamente en la medición del acceso y de la calidad de los resultados de la atención en salud; los cuales son la mejora en las actividades de la demanda inducida (en los grupos

poblacionales objeto) y la mejora en la oportunidad para los servicios involucrados (medicina interna, ginecología y pediatría).

Durante la revisión realizada se hace evidente la necesidad de realizar el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud y se propone la implementación de un esquema metodológico que lleva al mejoramiento del acceso a la atención en salud aplicando el **esquema 5S-5M-5C**

9.3.1 Principales hallazgos y discusión

Es evidente que el acceso a los servicios de salud se ha convertido en uno de los grandes retos de los sistemas de salud a nivel mundial y nacional y que la identificación de las limitantes que pueden existir en los hospitales en relación a este atributo debe identificarse para establecer las estrategias y acciones necesarias para mejorar la calidad en la atención.

Verificando el objetivo general y los objetivos específicos propuestos al inicio del proyecto y posterior al ejercicio de análisis de los diferentes documentos del orden nacional, departamental y artículos revisados se encuentra:

- 1.** Los indicadores institucionales de reporte de oportunidad no presentan desviaciones en relación con los estándares normativos, presentando cumplimiento del mismo, sin embargo, se observa inconsistencia en los reportes institucionales al contrastar con el reporte del Observatorio Nacional de Calidad en Salud, con lo cual no se permite establecer el estado real y completo del acceso a los servicios de salud en el hospital.

- 2.** El acceso a los servicios de ginecoobstetricia, pediatría y medicina interna debe ser evaluado de manera integral e incluyendo otros indicadores tales como efectividad de la demanda inducida, demanda insatisfecha, adherencia a programas de atención y RIAS, suficiencia de talento

humano, análisis de capacidad instalada por talento humano e infraestructura, producción de servicios, etc., los cuales no se encuentran implementados o totalmente desarrollados en la entidad.

3. En el análisis de indicadores de efectividad y de resultados en salud como son los relacionados en el ASIS, se encuentra que la tasa de nacimientos en las adolescentes de 10 a 14 años presenta un comportamiento creciente en el municipio, al igual que la tasa bruta de mortalidad, la tasa de mortalidad ajustada, mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad por desnutrición y razón de morbilidad materna extrema, lo cual indica deficiencia en la calidad de la atención y hace inferir limitaciones al acceso a los servicios de salud.

4. Se evalúan otros insumos para evaluar posibles dificultades en el acceso tales como informe de PQRS con la limitante de clasificación de las quejas por atributos de calidad, lo que no permite identificar las causas de estos requerimientos para su intervención. El PAMEC y la autoevaluación de acreditación indican como oportunidades de mejora: identificar las barreras de acceso administrativas, establecer los ciclos de atención de los diferentes procesos de atención del cliente asistencial, la verificación de cumplimiento de las agendas de especialistas, estrategia para confirmar citas médicas, ajuste de GPC y protocolos.

5. Para fortalecer el ejercicio de identificación del estado actual del acceso a los servicios de salud al municipio de Arauca se realiza una entrevista con experto del Ministerio de Salud y delegado para el departamento de Arauca quien indica deben realizarse varias acciones para el mejoramiento de la calidad de la atención y el acceso a los servicios de salud las cuales se relacionan a continuación:

Fortalecer el primer nivel de atención en Arauca

Fortalecer la construcción de los programas de PYD

Fortalecer APS

Fortalecer intersectorialidad

Revisar la implementación de grupos de medicina preventiva y predictiva con la reforma de la salud – operación de grupos en territorio

Fortalecer demanda inducida de usuarios a programas

6. Con el ánimo de conocer la percepción de los usuarios de la entidad se realiza un sondeo con la siguiente conclusión: 91 usuarios (65%) manifestaron que el acceso a las consultas especializadas de medicina interna, ginecoobstetricia y pediatría era difícil o muy difícil y solo un 5% (7 usuarios) manifestaron que era fácil o muy fácil; información que no es concordante con los indicadores de oportunidad que reflejan estándares adecuados para el agendamiento.

7. Los artículos revisados desde su búsqueda concluyen en su gran mayoría, a través de las diferentes perspectivas como son la gobernanza, la provisión de servicios individuales y colectivos, que en la medida que mejore el acceso a los servicios de salud y la capacidad de respuesta, mejora la calidad en la prestación de los mismos,

8. El artículo “The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries” (2018) presenta el esquema 5S-5M-5C: que busca transformar los aportes de la atención primaria en resultados en países de ingresos bajos y medianos.

Conforme a los puntos relacionados previamente y tras el análisis realizado se puede establecer la necesidad de implementar acciones que permitan mejorar la identificación del acceso, los sistemas de información y las barreras relacionadas con este para impactar de manera positiva en la calidad de la atención y la satisfacción de los usuarios.

9.3.2 Recomendaciones a la institución

Desde el punto de vista metodológico y académico es importante que en futuros estudios se siga abordando y profundizando sobre la temática planteada; siendo Arauca una zona dispersa es importante identificar las barreras geográficas las cuales están relacionadas con la distancia y con la escasez de transporte; y las barreras culturales dado la existencia de población indígena en la zona y la población migrante por su cercanía a Venezuela, planteando de pronto aplicaciones de georreferenciación entre otros.

Se realiza el planteamiento de una estrategia, al igual que se presenta una propuesta de implementación, del esquema 5s-5m-5c para la mejora de la demanda inducida y la oportunidad, mediante el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en salud, la cual se desarrolla en el siguiente apartado.

Aunar esfuerzos con los entes territoriales, las EAPB, la academia y otros actores estratégicos le permitirá a la institución fortalecer la prestación de los servicios de salud e implementar la estrategia que aquí se propone, que no tiene otro fin sino el de mejorar la calidad en la atención de las comunidades y especialmente de Arauca que es una zona con grandes dificultades socioeconómicas.

También, se considera que la institución debe fortalecer su estructura administrativa, para enfocar sus esfuerzos en implementar esta y otras estrategias que le permitan garantizar el derecho a la salud de una manera integral y con altos estándares de calidad, así como dar cumplimiento a las diferentes normas, no sólo en términos de gestión, sino también en transparencia y acceso a la información pública, pues uno de los retos más grandes para la ejecución de este trabajo fue la consecución de la información, situación que podría afectar la calidad del análisis aquí presentado.

Así las cosas, dentro de las consideraciones que podría tener en cuenta la institución es mejorar la disponibilidad de información en su página web, actualizando los documentos y planes allí publicados, con el fin de mejorar el control social sobre la gestión, pero también el acompañamiento de otros procesos como los académicos e institucionales.

Especialmente, en términos de información, la institución debe trabajar en la construcción de una línea base, donde se identifique claramente el estado actual de la demanda insatisfecha de los usuarios, para identificar cuáles son las barreras de acceso que tienen los usuarios, reconocer las causas de inatención, recolectadas o analizadas por fuentes de recolección de información como las PQRS que se convierten en una fuente primaria directamente de parte de los usuarios, y así crear la hipótesis de cambio, con el fin de identificar el nivel de cambio que se requiere.

Por otro lado, se encontraron dificultades con el seguimiento al Plan de Gestión estratégico, ya que se evidencian diferencias en los resultados en los tableros aportados por la entidad, fichas técnicas de indicadores no ajustadas a las definiciones de los indicadores según la resolución 256 de 2016, el no desarrollo de indicadores propuestos en dicho plan, inconsistencia en la capacidad instalada del REPS y la producción obtenida y en el seguimiento institucional a la producción realizada, lo cual indica la necesidad urgente de una revisión y ajuste del proceso.

9.3.3 Estrategia 5S-5C-5M

De acuerdo a la revisión realizada se encuentra una propuesta de fortalecimiento de la implementación de Atención Primaria en Salud (Bitton, A. et al., 2018), ya que esta permite transformar los insumos y elementos involucrados en la prestación de los servicios, en resultados en salud, siendo la forma más eficaz de brindar servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, centrados en la persona, permitiendo que los sistemas de salud sean más equitativos y resilientes, siendo capaces de adaptarse a los cambios y promoviendo así la

seguridad sanitaria, la integración de los diferentes actores y el mejoramiento de la calidad en la atención.

Para apoyar el fortalecimiento y la mejora de la APS a nivel mundial, en 2015 se lanzó la Iniciativa de Desempeño de la Atención Primaria de la Salud, describiendo los sistemas clave, insumos y componentes de la prestación de servicios necesarios para producir mejores resultados; describe los mecanismos esenciales de prestación de servicios para transformar insumos clave en sistemas de atención funcionales y equitativos, los cuales deben ser medidos y mejorados, lo que permite avanzar en el objetivo de la calidad, para lo cual se propone la implementación y el desarrollo del Esquema 5S-5M-5C, garantizando que los prestadores de atención médica estén disponibles, equipados con los medicamentos y suministros necesarios, debidamente capacitados, suficientemente financiados, gobernados de manera efectiva y que tengan los sistemas de información necesarios para brindar atención (Bitton, A. et al., 2018).

Los 5S: Hace referencia a garantizar que los proveedores de atención médica estén disponibles, equipados con los medicamentos y suministros necesarios, debidamente capacitados, suficientemente financiados, gobernados de manera efectiva, que tengan los sistemas de información necesarios para brindar atención y vigilancia (Bitton, A. et al., 2018).

Los 5C: Los sistemas de atención primaria exitosos, por definición, ofrecen las funciones 4C de Starfield (Accesibilidad de primer contacto, continuidad, exhaustividad y coordinación) (Asaf Bitton, 2018). Aseguran que los servicios sean accesibles cuando y donde las personas los necesiten y de manera asequible, que se fomenten las relaciones paciente-proveedor continuas y longitudinales y que la información de salud se transfiera de manera efectiva a través del tiempo y los niveles del sistema, se incluye un una quinta C, centrado en el usuario (Bitton, A. et al., 2018).

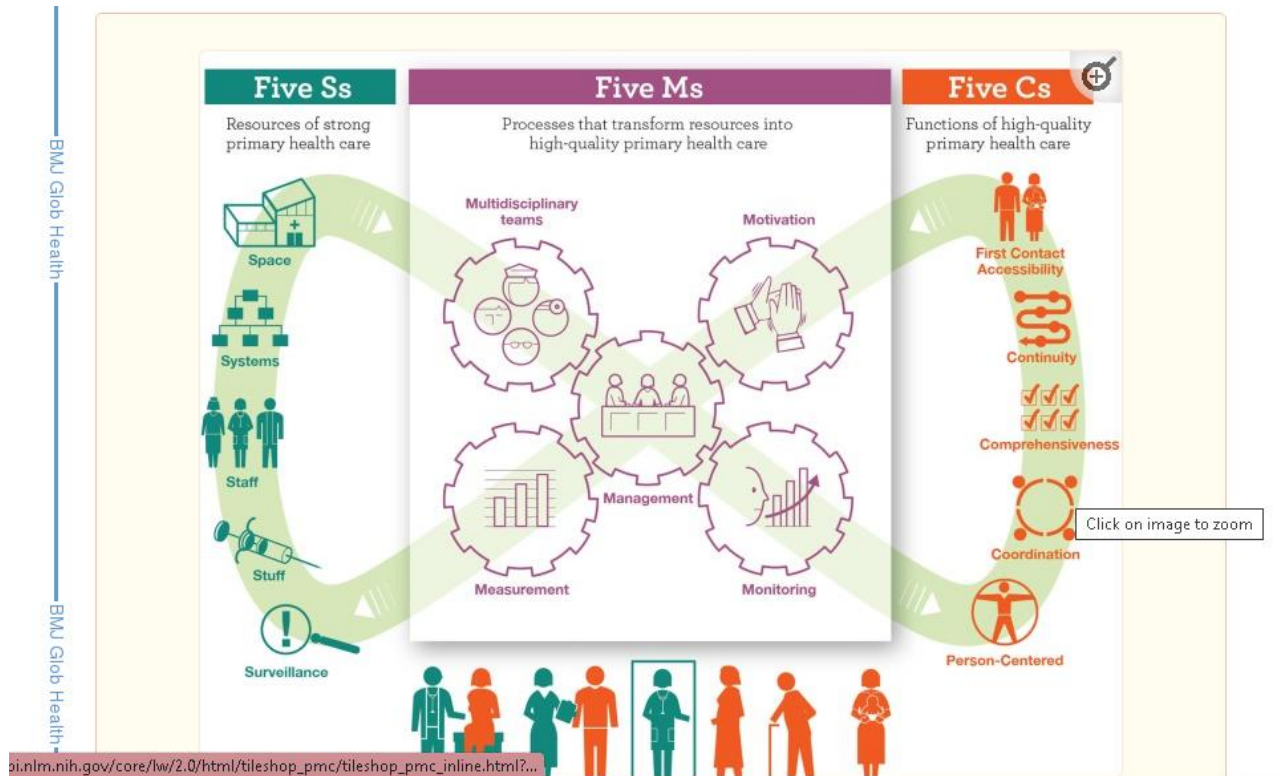
Los 5M: Para cerrar la brecha entre las 'S' y las 'C' y garantizar que todas las personas, en todas partes, reciban servicios de atención primaria equitativos y de alta calidad, este esquema define cinco mecanismos críticos de prestación de servicios, denominados 5M: Equipos multidisciplinarios, motivación, medición, monitoreo y gestión de la salud de las instalaciones y la población (Bitton, A. et al., 2018).

Los equipos de atención requieren una medición continua para informar e impulsar la mejora. Los esfuerzos de medición actuales pueden ser más efectivos al ajustar y definir los indicadores proponiendo estratégicamente indicadores novedosos seleccionados y aprovechando los avances en los sistemas de información de salud para fortalecer la calidad de los datos. Deben existir sistemas de gestión de la salud de las instalaciones y de la población para coordinar una atención eficaz y eficiente a nivel de las instalaciones y de la comunidad.

La presencia de los insumos 5S y su utilización efectiva a través de los mecanismos 5M producirán las funciones 5C, asegurando una cobertura efectiva de servicios de atención primaria de alta calidad y produciendo una mejor salud de la población, con un mayor acceso a los servicios de salud (Bitton, A. et al., 2018).

La siguiente gráfica tomada del artículo “The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries” (Bitton, A. et al., 2018), muestra de manera sencilla y comprensible cómo puede implementarse el esquema en una entidad.

Figura 25 Esquema 5S-5M-5C



Fuente: Tomado de “The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in low-income and middle-income countries”

➤ **Componentes 5S:**

1. Definir la capacidad instalada física.
2. Definir y conocer los procesos de atención y los procesos de apoyo y mejora continua
3. Definir la capacidad instalada de talento humano, demanda y oferta y demanda insatisfecha
4. Verificar la dotación de equipos, insumos, medicamentos y elementos necesarios, suficientes y disponibles para la prestación del servicio, planes de adquisición, de inversión, etc.
5. Vigilancia

➤ **Componente 5M:**

1. Conformación de equipos multidisciplinarios

2. Motivación del talento humano
3. Medición de indicadores
4. Monitoreo de indicadores
5. Gerencia y gestión de los resultados

➤ **Componente 5C (Funciones de la alta calidad de la APS):**

1. Lograr primer contacto con el usuario – Accesibilidad
2. Mantener la continuidad y oportunidad en la atención
3. Garantizar la comprensión y el entendimiento del usuario
4. Lograr la coordinación y articulación de los procesos, y de los actores del sistema
5. Realizar la prestación con enfoque centrado en el usuario.

9.3.4 Plan de implementación

Objetivo Principal: Fortalecer la estrategia de atención primaria en salud en el hospital San Vicente de Arauca ESE, mediante la mejora del acceso a través de la demanda inducida y mejoramiento de la oportunidad usando el esquema 5S-5M-5C.

Objetivos secundarios:

- Hacer uso de una herramienta metodológica aprobada en países de condiciones similares para fortalecer la estrategia de APS.
- Establecer un plan de implementación progresiva de la APS iniciando con la identificación de las barreras de acceso buscando la mejora de la demanda inducida y la mejora en la oportunidad.
- Definir los requisitos y elementos para la puesta en uso de la herramienta esquema 5S-5M-5C.
- Definir los indicadores de gestión y de efectividad relacionados con la implementación de las estrategias de demanda inducida y oportunidad para el fortalecimiento de la estrategia APS.

- Definir mesas de trabajo para el análisis de los indicadores y toma de decisiones para la mejora continua.

Elementos de atención con enfoque de APS:

Acceso y cobertura universal:

Atención integral e integrada: la atención integral e integrada significa que el rango de los servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. Para que sea integrada, la APS requiere de la coordinación de todos los niveles de atención del sistema de salud. La coordinación es uno de los componentes de la atención de salud y su defecto traería como consecuencia la pérdida de la longitudinalidad, sería difícil conseguir la integralidad de los servicios y el primer contacto tendría un papel netamente administrativo.

Énfasis en la promoción y prevención– gestión del riesgo: es la atención en salud en el momento de intervención más temprano posible dentro del proceso salud-enfermedad y/o entre el riesgo, los problemas de salud y secuelas. Esta atención de salud se presta al individuo, la familia y la comunidad. En lo individual, comprende las acciones de educación y la promoción de la salud, fortaleciendo las capacidades de las personas en la prevención de la enfermedad y el autocuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención

Atención apropiada: la atención apropiada plantea la aplicación de medidas, tecnologías y recursos en cantidad y calidad suficientes para garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Orientación familiar y comunitaria: emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.

Mecanismos activos de participación: la aps debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, involucrando de forma compartida la participación social; incluye actividades conjuntas del equipo de atención primaria (eap) y la comunidad, que promuevan ambientes y estilos de vida saludables, fomenten el autocuidado de la salud de los individuos.

Organización y gestión óptimas- procesos de atención y de apoyo eficientes: las estructuras y las funciones de un sistema de salud basado en la aps requiere de una organización y gestión eficiente.

Primer contacto: es inherente a la organización de los servicios sanitarios en niveles de atención. La idea es que exista un punto de entrada cada vez que el paciente tiene un problema de salud, independiente de la vía de ingreso a la entidad, donde se evalúe integralmente al usuario y se realice canalización y demanda inducida a los servicios requeridos según edad y condiciones de riesgo identificado.

Recursos humanos apropiados: en este aspecto se incluyen a quienes proveen los servicios (eap): a los trabajadores comunitarios, a los gestores y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos en su desempeño.

Recursos adecuados y sostenibles: los recursos han de ser los apropiados conforme a las necesidades de salud.

Acciones intersectoriales: las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con los actores y sectores.

Fases del plan de implementación del esquema 5S-5M-5C:

1. Sensibilización y presentación a la alta dirección del plan de implementación del esquema 5S-5M-5C: Debe sensibilizarse y concertarse con el equipo directivo la propuesta para revisión y ajustes que se consideren necesarios.

2. Revisión y alistamiento de requisitos para implementación del esquema del plan de implementación del esquema 5S-5M-5C:

- Definición de capacidad instalada física: realizar la evaluación de la actual capacidad instalada física, necesidades en relación con el tema en concordancia con el Proyecto de Reorganización, rediseño y modernización de redes de las ESES (PTRRM) del Departamento de Arauca.
- Definir y conocer los procesos de atención y los procesos de apoyo y mejora continua, realizar la revisión de los procesos actuales para evaluar en conjunta la necesidad de ajustes del mismo, definir metodología de análisis de barreras de acceso a los servicios.
- Definición de capacidad instalada de talento humano, demanda y oferta, demanda insatisfecha
- Verificación de dotación de equipos, insumos, medicamentos y elementos necesarios, suficientes y disponibles para la prestación del servicio- planes de adquisición, de inversión, etc.
- Vigilancia
- Definición de equipo de trabajo
- Levantamiento de indicadores de gestión y efectividad de la entidad
- Definición de indicadores nuevos para evaluar implementación del esquema

3. Realizar articulación con Ente territorial y Entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) para contar con la caracterización de la población asignada o a atender. Con la implementación del modelo de atención en salud en Colombia y definir así las prioridades de intervención en salud las EAPB deben realizar una caracterización, conforme a los lineamientos técnicos de la Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) del año 2017 del Ministerio de Salud.
4. Conocer y analizar la caracterización de la población, verificar cursos o momentos de vida, menores de 12 años, gestantes, mujeres en edad fértil, condiciones crónicas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Resultados de indicadores de eventos de interés en salud pública; conforme a resultados y priorizar acciones en salud. Articular acción con baja complejidad Noro Oriental de acuerdo con el documento de reorganización del departamento (municipios de Arauca y Cravo norte) para complementariedad de las acciones.
5. Elaborar cabezotes de bases de pacientes con información básica para crear las cohortes de gestión del riesgo.
6. Realizar demanda inducida y canalización a los servicios a las poblaciones, cohortes de gestión del riesgo para las intervenciones.
7. Realizar agendamiento a las diferentes especialidades de acuerdo con el riesgo o condición del paciente.
8. Planear, gestionar la disponibilidad y suficiencia del talento humano conforme a las necesidades de la población y frecuencia de uso de las actividades según riesgo identificado.

9. Definir indicadores de gestión y resultados necesarios para el desarrollo del esquema planteado. (Oportunidad, demanda insatisfecha, efectividad de la demanda inducida, porcentaje de cumplimiento de seguimiento, adherencia a las guías de la práctica clínica).
10. Realizar análisis de los indicadores establecidos.
11. Realizar mesas de trabajo multidisciplinarias periódicas para toma de decisiones con los resultados de los indicadores.
12. Realizar periódicamente enfoque de grupo con los usuarios para determinar necesidades y expectativas.
13. Elaborar los planes de mejora relacionados con los hallazgos de los indicadores y el enfoque de grupo para garantizar la mejora continua.
14. Realizar seguimiento periódico a los planes de mejora.

El documento de implementación de la estrategia y el cronograma para el cumplimiento de la estrategia se encuentran en los Anexos 3 y 4 adjuntos al presente documento, con ellos se pretende que la implementación sea más factible para la institución.

10. Conclusiones

Cuando se habla sobre la accesibilidad a los servicios de salud, se aborda una estrecha relación que existe entre la calidad y la gestión que se debe realizar para garantizar la prestación de los servicios. En general, los atributos de calidad están vinculados entre ellos y se deben considerar como pilares que fortalezcan la garantía del derecho a la salud, trabajando de manera integral en la continuidad, la oportunidad, la pertinencia y la humanización.

Fortalecer la accesibilidad de un Hospital como el San Vicente de Arauca impacta de manera directa e indirecta a miles de habitantes que históricamente han tenido dificultades sociales, políticas y comunitarias para la garantía de sus derechos, pero en este caso y con

deficiencias estructurales, el derecho a la salud. Una Institución Prestadora de Servicios de Salud debe considerar implementar estrategias como la que se plantea en este trabajo, que es una propuesta para robustecer la estructura administrativa y asistencia para la mejora de la accesibilidad.

Si bien se considera que las estrategias deben ser planteadas y consideradas bajo una lectura del contexto y con la comprensión clara de las particularidades de los territorios, los postulados que se plantean tanto en la revisión documental como en la estrategia final pueden ser guías en el camino del mejoramiento continuo de cualquier institución que esté interesada en garantizar una atención de calidad a los usuarios para así contribuir al goce efectivo del derecho a la salud.

Construir desde la realidad de los territorios es un reto teórico y metodológico pues las particularidades de la región hacen que desde la academia y la institucionalidad se deban considerar estrategias novedosas pero efectivas que aporte de manera significativa al desarrollo de las regiones, especialmente aquellas que han estado apartadas de los centros de desarrollo y que requieren de atención por parte de los entes gubernamentales.

Considerar que cuando se habla de la administración en salud, la gestión de la calidad y la garantía de un derecho se impacta de manera tangible la vida de las comunidades tanto de forma individual como de forma colectiva, debe ser la motivación para que desde todos los niveles de la administración pública se trabaje por mejorar la calidad de vida de las personas, en este caso, desde la prestación de servicios de salud, procurando el cumplimiento de los principios de realidad, transparencia y efectividad que deben cobrar más fuerza hoy en día.

Es importante tener en cuenta que la gestión de la gerencia es fundamental para dar trámite a las recomendaciones que aquí se plantean, reconociendo que este rol debe consolidar un seguimiento estricto a los indicadores y otra información de la administración de los servicios de

salud. Desde la gerencia se debe avanzar en monitorear el cumplimiento efectivo de los planes de mejoramiento que se establezcan a partir de la planeación estratégica, incluyendo nuevos y mejores indicadores para mejorar de manera integral la gestión de institucional.

Aunque aún queda mucho camino por recorrer y existen múltiples dificultades por resolver, entregamos esta propuesta al departamento de Arauca con la esperanza de aportar al desarrollo de las comunidades, buscando que se tomen acciones contundentes para la mejora del acceso a los servicios de salud, siempre de la mano de las comunidades y con la disposición de sectores como la academia para avanzar hacia un futuro mejor.

Referencias

- Ayala García, J. (julio de 2014). La salud en Colombia: más cobertura por menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. No. 204. Banco de la República. ISSN 1692 - 3715. https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf
- Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Publica. 42:e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
- Bitton, A., Veillard, J., Basu, L., Ratcliffe, H., Schwarz, D. y Hirschhorn, L. (2018). The 5S-5M-5C schematic: transforming primary care inputs to outcomes in lowincome and middle-income countries. BMJ Global Health. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001020>
- Colegio Médico de Cundinamarca y Bogotá. (15 de mayo de 2019). La Salud en el PND - Análisis. Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022. Pacto por Colombia - Pacto por la equidad. Salud al Día Boletín No. 01. <https://www.colmedcundibogota.com/2019/05/20/la-salud-en-el-pnd-analisis-plan-nacional-de-desarrollo-2018-2022-pacto-por-colombia-pacto-por-la-equidad/>
- Constitución Política de Colombia [Const]. 7 de julio de 1991 (Colombia).
- Congreso de la República de Colombia. (23 de diciembre de 1993). Ley 100 de 1993. Diario Oficial No. 41.148
- Congreso de la República de Colombia. (9 de enero de 2007). Ley 1122 de 2007. Diario Oficial No. 46.506

Congreso de la República de Colombia. (25 de mayo de 2019). Ley 1955 de 2019 Por el cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022 Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad. Diario Oficial No. 50.964

Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T760 de 2008, M.P. Manuel José Cepeda Espinoza, 31 de julio de 2008.

Defensoría del Pueblo de Colombia. (2019). La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018. Defensoría Del Pueblo de Colombia, 1–99.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021a). Determinantes y factores asociados con la tasa de Mortalidad Infantil: una comparación departamental y municipal. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada. No. 02. ISSN: 2805-6345. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-09-23-Determinantes-factores-asociados-tasa-mortalidad-infantil-dptl-mpal.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2021b). Mortalidad Materna en Colombia en la última década y el efecto del Covid-19. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada. No. 09. ISSN: 2805-6345. <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2021-12-20-mortalidad-materna-en-colombia-en-la-ultima-decada.pdf>

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022). Años de esperanza de vida perdidos 2017 - 2019: Un análisis regional y por grupos etarios. Informes de Estadística Sociodemográfica Aplicada. No. 15. ISSN: 2805-6345. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/informes-estadisticas-sociodemograficas/2022-06-17-Anos_de_Esperanza_Vida_Perdidos_2019.pdf

Departamento de Arauca. (2022). Boletín epidemiológico semanal departamental semana 10: Morbilidad Materna Extrema. <http://186.96.114.205/ssarauca/index.php/page/index/12>

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. (25 de abril de 2019). Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30841-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30841-4)

Gobernación de Arauca. (2017). Reorganización, Rediseño y Modernización de Redes de Empresas Sociales del Estado ESE (PTRRM)

Gobernación de Arauca. (2021). Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Departamento de Arauca 2021.

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2015). Auditoría de seguimiento al estado de las PQR, demanda insatisfecha y satisfacción del usuario del Hospital San Vicente de Arauca ESE. <https://hospitalsanvicente.gov.co/component/phocadownload/category/46-informes-ano-2014.html?download=96:informes-ano-2014>

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2020a). Indicadores trimestrales de calidad Decreto 2193 de 2004.

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2020b). Plan de Desarrollo Institucional 2020 - 2023.

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2020c). Proyecto de plan de gestión 2020 - 2023).

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2022). Análisis de la desviación de los indicadores normativos de la Resolución 0256 de 2016 correspondiente al tercer trimestre de 2022.

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2022b). Capacidad instalada.

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2022c). Programa de auditoría para el mejoramiento continuo de la calidad en salud (PAMEC).

Hospital San Vicente de Arauca ESE. (2022d). Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano.

Houghton N, Báscolo E, del Riego A. (2020). Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e11. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.11>

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y Departamento Administrativo para la Prosperidad Social. (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/documento-metodologico-ensin-2015.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2019). Acceso a servicios de salud en Colombia. <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

Macinko, J., Guanais, F., Mullachery, P. y Jimenez, G. (2016). Gaps In Primary Care And Health System Performance In Six Latin American And Caribbean Countries. *Health Affairs*. Vol. 35. No. 08. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1366>

Ministerio de Salud. (4 de octubre 1993). Resolución 8430 de 1933. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Observatorio Nacional de Calidad en Salud. <https://www.sispro.gov.co/observatorios/oncalidadsalud/Paginas/default.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (5 de febrero de 2016). Resolución 0256 de 2016 Por la cual se dictan disposiciones en relación con el Sistema de Información para la Calidad y se

establecen los indicadores para el monitoreo de la calidad en salud.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20256%20de%202016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (14 de junio de 2022). Por el cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (29 de junio de 2022) Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 % <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-llego-al-aseguramiento-universal-en-salud-al-alcanzar-el-99.6.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (29 de marzo de 2023). Plan de aceleración para la reducción de la mortalidad materna. Versión 5.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/plan-reduccion-aceleracion-msps.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS. <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>

Municipio de Arauca. (2022). Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud Municipio de Arauca 2022.

Nour, N. (2008). Women's health in the developing world. Reviews in obstetrics and gynecology. Vol. 1. No. 2.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2505173/pdf/RIOG001002_0077.pdf

Organización Mundial de la Salud. (12 de diciembre de 2022). Cobertura Sanitaria Universal.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage->

PRISMA TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. (s.f.). Welcome to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website!. <http://www.prisma-statement.org/>

Restrepo D. y Ortiz. Luis. (2017). Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia 2015 - 2030. Observatorio de Talento Humano en Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>

Restrepo-Zea, J. H., Silva-Maya, C., Andrade-Rivas, F., & VH-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 13(27). <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>

Revista Española de Cardiología. (septiembre de 2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Vol. 74. Núm. 9. pp. 790-799. <https://www.revespcardiol.org/es-declaracion-prisma-2020-una-guia-articulo-S0300893221002748>

Revista Semana. (9 de noviembre de 2021). Colombia es de los países de la Oede con más baja expectativa de vida y más alta mortalidad por covid-19. <https://www.semana.com/economia/macroeconomia/articulo/colombia-es-de-los-paises-de-la-ocde-con-mas-baja-expectativa-de-vida-y-mas-alta-mortalidad-por-covid-19/202146/>

The World Bank. (2019). Evaluación Externa de la Calidad de la Atención en el Sector Salud en Colombia.

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/933731564123661734/pdf/Evaluaci%3%b3n-Externa-de-la-Calidad-de-la-Atenci%3%b3n-en-el-Sector-Salud-en-Colombia.pdf>

Universidad Nacional de Colombia. (s.f). Elementos para la construcción de un diagnóstico del sector salud en el departamento de Arauca.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/20091/ELEMENTOS%20PARA%20LA%20CONSTRUCCI%C3%93N%20DE%20UN%20DIAGNOSTICO%20DEL%20SECTOR%20SALUD%20EN%20EL%20DEPARTAMENTO%20DE%20ARAUCA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>