

Gestión Pública y Acceso a los Servicios de Salud en la Pandemia por COVID 19
Medellín, 2020-2022

Autor:

Yamileth Mena Angulo
Estudiante de Maestría en Administración Pública
Presencial
Sede Territorial Antioquia

Maestría de Investigación
Tesis individual

Tutor:

Juan De Jesús Sandoval



ESCUELA SUPERIOR DE ADMINISTRACION PÚBLICA

Gestión Pública y Acceso a los Servicios de Salud en la Pandemia por COVID 19 Medellín, 2020-2022

RESUMEN

Se realizó un estudio del tipo descriptivo, longitudinal retrospectivo. La población de estudio fueron habitantes de la ciudad de Medellín de distintas zonas de la ciudad.

El estudio permitió obtener la información para identificar los factores asociados a la gestión pública con relación al acceso a los servicios de salud en la pandemia por COVID 19, en la ciudad de Medellín durante los años 2020-2022. Además, se exploraron las principales barreras de acceso a los distintos servicios de salud de la población, teniendo en cuenta la edad, procedencia, nivel de escolaridad, afiliación al sistema de salud, estratificación, características sociodemográficas entre otras.

Entre los resultados más relevantes se destacan la Gestión de la administración local, acceso a beneficios ofrecidos por entidades gubernamentales y no gubernamentales, Oportunidad en la atención médica, acceso a los servicios de salud, disponibilidad de vacunas contra el COVID 19.

Palabras claves: Gestión, Administración, Barreras, acceso, salud, COVID 19, Pandemia, Medellín

ABSTRACT

A descriptive, longitudinal, retrospective study was carried out. The study population was residents of the city of Medellín from different areas of the city.

The study made it possible to obtain information to identify the factors associated with public management in relation to access to health services in the COVID 19 pandemic, in the city of Medellín during the years 2020-2022. In addition, the main barriers to access to the different health services of the population were explored, taking into account age, origin, level of education, affiliation to the health system, stratification, sociodemographic characteristics, among others.

Among the most relevant results are the Management of local administration, access to benefits offered by governmental and non-governmental entities, Opportunity in medical care, access to health services, availability of vaccines against COVID 19.

Keywords: Management, Administration, Barriers, access, health, COVID 19, Pandemic, Medellín

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS.....	5
INTRODUCCIÓN	9
1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	14
2 JUSTIFICACIÓN	15
2.1 HIPÓTESIS.....	16
3 OBJETIVOS.....	17
3.1 General	17
3.2 Específicos	17
4 MARCOS DE REFERENCIA	18
4.1 ESTADO DEL ARTE	18
4.2 MARCO TEÓRICO.....	19
4.3 MARCO NORMATIVO.....	29
5 METODOLOGÍA	34
6 RESULTADOS.....	42
6.1 Resultados univariados	42
6.2 Resultados Bivariados	71
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	96
8 REFERENCIAS	100

LISTA DE TABLAS

<i>Tabla 1 Acceso a los servicios de salud estratificando por sexo</i>	42
<i>Tabla 2 Acceso a los servicios de salud estratificando por grupo de edad</i>	43
<i>Tabla 3 Acceso a los servicios de salud estratificando por comuna</i>	45
<i>Tabla 4 Acceso a los servicios de salud estratificando por su origen</i>	46
<i>Tabla 5 Acceso a los servicios de salud de acuerdo con el estrato de la vivienda</i>	47
.....	
<i>Tabla 6 Ocupación durante la pandemia por COVID 19</i>	48
<i>Tabla 7 Responsabilidad del hogar</i>	49
<i>Tabla 8 Acceso a los servicios de salud estratificando por estado civil</i>	49
<i>Tabla 9 Acceso a los servicios de salud estratificando por nivel de estudios ...</i>	50
<i>Tabla 10 Acceso a los servicios de salud estratificando por tipo de vivienda ..</i>	50
<i>Tabla 11 Menores de edad en el hogar</i>	51
<i>Tabla 12 Acceso a los servicios de salud estratificando por afiliación al sistema de salud</i>	51
<i>Tabla 13 Ingresos económicos durante la pandemia por COVID 19</i>	52
<i>Tabla 14 Ayuda del gobierno durante la pandemia por COVID 19</i>	52
<i>Tabla 15 Ayuda de instituciones humanitarias/sociales durante la pandemia por COVID-19</i>	53
<i>Tabla 16 Satisfacción de necesidades básicas</i>	54
<i>Tabla 17 Acceso a los servicios de salud según EPS de afiliación</i>	54
<i>Tabla 18 Conocimiento sobre los síntomas del COVID-19</i>	55
<i>Tabla 19 Diagnóstico de COVID 19 en el hogar</i>	56
<i>Tabla 20 Distribución porcentual de la Asistencia al médico</i>	57
<i>Tabla 21 Tipo de ayuda recibida por parte del gobierno durante la pandemia</i>	57
<i>Tabla 22 Gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19</i>	59
<i>Tabla 23 Acceso a los servicios de salud según capacidad económica</i>	59
<i>Tabla 24 Conocimiento de centros de salud disponibles para la atención de COVID 19</i>	60
<i>Tabla 25 Tiempo en desplazamiento al hospital</i>	61

Tabla 26 <i>Proceso de atención de la enfermedad</i>	61
Tabla 27 <i>Pago de los servicios de salud</i>	62
Tabla 28 <i>Distribución porcentual del Seguimiento a la enfermedad</i>	63
Tabla 29 <i>Distribución porcentual de cómo fue el seguimiento a la enfermedad.</i>	63
Tabla 30 <i>Distribución porcentual de la Negación en la prestación del servicio</i>	64
Tabla 31 <i>Negación de que tipo de la prestación del servicio</i>	65
Tabla 32 <i>Distribución porcentual del Acceso a los puestos de vacunación</i>	65
Tabla 33 <i>Horario de los puestos de vacunación</i>	66
Tabla 34 <i>Distribución porcentual de la Disponibilidad de las vacunas</i>	67
Tabla 35 <i>La pandemia del covid-19 afectó sus fuentes de ingresos económicos vs</i> <i>sexo.</i>	73
Tabla 36 <i>¿Conocía cuáles centros de salud estaban dentro de la red de servicios de</i> <i>salud disponibles para la atención de COVID 19 cuando se necesitó? vs sexo.</i>	77
Tabla 37 <i>Si respondió afirmativamente ¿cómo le fue con el seguimiento? vs sexo.</i>	79
Tabla 38 <i>Considera que los horarios para la vacunación fueron: vs sexo</i>	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Grupos de Edad de los entrevistados Distribución porcentual de la	44
Figura 2 Comunas de origen de los entrevistados	46
Figura 3 Distribución porcentual del Origen de los entrevistados	47
Figura 4 Estado civil de los entrevistados	49
Figura 5 Distribución de las ayudas por parte del gobierno	53
Figura 6 Conocimientos sobre los síntomas del COVID-19	56
Figura 7 Acceso a los puestos de vacunación.....	66
Figura 8 Relación entre el régimen de salud en que se encuentra afiliado vs el sexo	72
Figura 9 ¿Recibió algún tipo de ayuda del gobierno durante el covid-19? Vs el sexo	74
Figura 10 (Si respondió si en la anterior)¿en esa ocasión fueron al médico? Vs el sexo.....	75
Figura 11 La gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID- 19 vs el sexo	76
Figura 12 El sistema de salud de mi municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes vs el sexo	77
Figura 13 ¿qué opina de lo que tuvo que pagar por los servicios de salud? vs el sexo	78
Figura 14 ¿En algún momento a usted o a un familiar le negaron la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19? vs el sexo	80
Figura 15 ¿Al momento de ir a vacunarse estaban disponibles las vacunas vs el sexo	81
Figura 16 ¿Recibió algún tipo de ayuda del gobierno durante el covid-19? vs grupo de edad.....	82
Figura 17 ¿La ayuda recibida fue suficiente para satisfacer sus necesidades básicas? vs grupo de edad.....	83

Figura 18 ¿Tiene usted algún conocimiento sobre los síntomas del covid-19? vs grupo de edad.....	84
Figura 19 ¿Usted o algún miembro de su familia nuclear ha sido diagnosticado al menos una vez con coronavirus (covid19)? vs grupo de edad	85
Figura 20 Considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue: vs grupo de edad	86
Figura 21 Considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue: vs ser cabeza del hogar	87
Figura 22 Considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue: vs nivel de estudios	88
Figura 23 ¿Cómo ha sido su trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del covid19? vs grupos de edad.....	89
Figura 24 ¿Cómo ha sido su trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del covid19? vs estrato socioeconómico.....	90
Figura 25 El sistema de salud de mi municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes vs grupo de edad.....	91
Figura 26 ¿Cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud? vs grupo de edad.....	92
Figura 27 ¿Cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud? vs estrato socioeconómico.....	93
Figura 28 ¿Cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud? vs estado civil	94
Figura 29 ¿En algún momento a usted o a un familiar le negaron la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19? Vs el origen	95

INTRODUCCIÓN

La Ley 100 de 1993 en Colombia significó una transformación crucial al migrar de un sistema de seguridad social monopolizado por el sector público a uno que integraba la participación del sector público y privado con los subsistemas de pensiones, salud y riesgos profesionales. Específicamente en salud, se instauró el aseguramiento obligatorio para lograr una cobertura universal del plan de salud, cambiando el esquema de subsidios de apoyo a los proveedores por subsidios a la demanda, donde los recursos financieros se direccionan según las elecciones de los consumidores y emergen nuevas instituciones que supervisan y regulan un mercado de salud eficiente y controlado. En términos de gestión pública, esta reforma marcó un cambio sustancial hacia un modelo descentralizado y participativo, fomentando la competencia entre proveedores y brindando a los ciudadanos mayor autonomía para elegir sus servicios de salud, buscando equilibrar la eficacia administrativa con la equidad y la accesibilidad en la prestación de servicios de salud para toda la población. (Castaño et al., 2007)

La reforma de la Ley 100 en Colombia introdujo el Sistema General de Seguridad Social en Salud para enfrentar las deficiencias previas en el acceso médico, donde del 75% al 80% de la población carecía de cobertura, dependiendo principalmente de hospitales públicos subsidiados (Bernal & Barbosa, 2015). A partir de esto, se procuró crear un sistema que garantizara una mayor cobertura de atención médica mediante el aseguramiento obligatorio, al tiempo que se buscaba mejorar la calidad de los servicios prestados. La ley estableció la competencia entre entidades promotoras de salud y prestadores de servicios, lo que teóricamente debería fomentar la eficiencia y la calidad en la prestación de servicios de salud, al tiempo que ofrecía a los ciudadanos la libertad de elegir su aseguradora y proveedores de servicios de salud.

A pesar de estos esfuerzos, aún persisten desafíos en la calidad de los servicios de salud en Colombia, siendo el factor económico la principal limitante para el acceso a la atención médica. La infraestructura, formación del personal médico, disponibilidad de recursos y equidad en la distribución de servicios siguen siendo preocupaciones esenciales.

Superar estos desafíos requiere una gestión pública efectiva, así como mejoras continuas en la regulación y supervisión, asegurando una atención médica de calidad para toda la población.

La aparición de Covid-19 en Wuhan, China, a finales de 2019, dio lugar a una crisis sanitaria mundial sin parangón (Liu et al., 2020). En Colombia, el exmandatario Iván Duque Márquez emitió el Decreto 417 de 2020 el 17 de marzo de ese año, por el cual se estableció un estado de emergencia económica, social y ecológica en todo el país debido a la rápida difusión y contagio del virus. El primer caso en el territorio nacional se registró el 6 de marzo, y el 11 del mismo mes la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo calificó como una pandemia, exhortando a los países a adoptar medidas preventivas para frenar su avance.

La pandemia global puso a prueba la resiliencia de los sistemas de salud en todo el mundo, provocando efectos socioeconómicos que agravaban las brechas sociales. Mostró las debilidades en la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios, especialmente para grupos vulnerables con escaso acceso a servicios de salud integrales, enfrentando múltiples barreras que dificultaban su acceso.

La inversión en salud es un elemento clave en el desarrollo económico, sobre todo en países con alta carga de morbilidad, aunque su eficacia depende de formar parte de una estrategia integral de desarrollo, como lo indica Sachs (2001). El Plan de Desarrollo Municipal de Medellín (2012-2015) identificó las dificultades de acceso a servicios de salud tanto para afiliados como no afiliados a la seguridad social, y propone como meta “gestionar y supervisar el acceso a los servicios de salud mediante la planificación, la coordinación de actores y el seguimiento a la prestación de servicios, con el fin de que los ciudadanos obtengan servicios de salud con calidad y eficiencia” (Restrepo-Zea et al., 2014).

Sin embargo, la pandemia acentuó nuevos desafíos para la salud pública, destacando la importancia del acceso a servicios sanitarios. Identificar factores facilitadores u obstaculizadores es crucial, siendo estas últimas representadas por barreras económicas, geográficas, organizativas y psicosociales que afectan la relación entre usuarios y proveedores de servicios. El Covid-19 resaltó el papel central de los sistemas públicos de

salud. Requirió acciones coordinadas del gobierno y diversos actores sociales para diseñar políticas sanitarias y económicas que mitigaran los impactos de la crisis.

Un sistema de salud justo implica que todos los ciudadanos puedan acceder a los servicios sanitarios sin obstáculos. La tarea de los sistemas de salud consiste en reducir la inequidad, garantizando la oferta equitativa y de calidad en la atención sanitaria para toda la población.

El 13 de febrero de 2023 se presentó al congreso de la república el Proyecto de Ley “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Esta reforma propone tres grandes ejes que son como primero el manejo público de los recursos del sistema de salud que históricamente han sido administrados por entidades privadas. Segundo la creación del Consejo Nacional de Salud para el debate de políticas públicas en esta materia y como tercero la implementación de un programa de atención primaria en salud para lograr que el sistema funcione en función de la prevención. La finalidad será la de transformar el actual modelo de salud para hacer que la salud sea derecho universal en el país al que todos los ciudadanos tengan libre acceso sin obstáculos.

La salud se convirtió en la principal prioridad en las agendas de todos los gobiernos alrededor del mundo y Medellín no fue la excepción, desde la administración local se evaluarán las decisiones políticas como el apoyo a la institucionalidad en salud pública, el apoyo a los procesos comunitarios y acción social solidaria, entre otras y cómo fueron encaminadas a la preservación de vidas humanas.

Se realizó un estudio cuantitativo retrospectivo que utilizó una encuesta como método de recolección de información, desde un enfoque participativo, con el fin de explorar las posibles barreras de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales clave y la gestión pública. El objetivo del presente trabajo fue el de Investigar los posibles factores relacionados con la gestión pública y el acceso a los servicios sanitarios en la pandemia por COVID 19, Medellín, 2020-2022.

1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el bienio 2021-2022, la ciudad de Medellín enfrentó numerosos obstáculos para garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Estos obstáculos, de índole económica, geográfica, cultural y de oportunidad, provocaron un empeoramiento significativo en la salud de la población, con mayor impacto en los sectores más pobres y vulnerables, elevando la tasa de mortalidad. Esta realidad evidenció las falencias estructurales y las desigualdades existentes en el sistema de salud colombiano. Además, se registró un aumento repentino en la demanda de servicios de salud, lo que implicó un aumento en el gasto público en salud durante este período. Sin embargo, este aumento no resultó en una sostenibilidad suficiente, evidenciando así el subfinanciamiento crónico que aqueja al sistema de salud. A pesar de los esfuerzos gubernamentales realizados, estos no fueron suficientes para contrarrestar esta problemática subyacente.

La crisis sanitaria provocada por el Covid-19 exigió la colaboración de diversos sectores sociales, el gobierno asumió el rol principal pero no logró una adecuada regulación normativa para ajustarse a la nueva situación y regular el comportamiento colectivo, además de carecer de liderazgo y coordinación de las acciones, asignación de recursos económicos para apoyar a los sectores y colectivos más afectados por la crisis y en los servicios públicos que eran imprescindibles para proteger a la ciudadanía y garantizar el funcionamiento de las actividades esenciales en este escenario tan adverso.

De acuerdo con cifras del DANE (2023), entre el 2020-2022 el 25% de la población estaba afiliada al régimen subsidiado, para este grupo, las barreras económicas y geográficas representan un impedimento importante para el acceso a servicios de salud. Hay diferentes factores del sistema de salud y de sus actores que impactaron especialmente a la población más pobre y vulnerable, el 87,5% de las muertes por COVID-19 se presentaron en el estrato 1, 2 y 3, en relación con el nivel educativo, el 19,3% de los fallecidos por COVID-19 total fueron hombres que tenían educación básica primaria y el 14,8% mujeres con la misma formación. Los hombres tuvieron una mayor proporción de fallecimientos por este virus confirmado con el 61,8%. Los grupos de edad de 55 años, y más, concentraron el 82,5% de las muertes por COVID-19. Asimismo, dentro de este grupo

fueron las personas de 85 años, y más, quienes registraron las proporciones más altas de defunciones por este virus.

Lograr un acceso equitativo a los servicios de salud es uno de los objetivos principales del Estado, por tal motivo se hace necesario identificar los factores asociados a la Gestión Pública, las barreras de acceso a los servicios de salud para analizarlas y que sirva como instrumento para poder diseñar estrategias, políticas públicas que ayuden a su eliminación. (Fernandes & Pereira, 2020)

La mayoría de las reformas de salud en América Latina establecen como principio orientador la igualdad en el derecho a la salud y en el acceso y uso de los servicios sanitarios. Sin embargo, sólo unos pocos países de la región, como Chile, Costa Rica y Cuba, han logrado alcanzar niveles universales (o casi universales) de cobertura sanitaria. (Cid & Marinho, 2022).

De acuerdo con los anterior, varios estudios muestran el descontento de la población con los sistemas de salud, especialmente con el acceso real, que se refiere a las posibilidades de resolver los problemas de salud con la oferta y el uso adecuados a las necesidades de la población, y a la percepción de satisfacción y resolución por parte de los usuarios. En Colombia, la Constitución Política, la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y numerosas normas, reconocen la salud como un derecho fundamental y como un servicio público a cargo del Estado, que se debe asegurar a todos los habitantes del territorio nacional en condiciones de acceso efectivo, calidad, oportunidad, suficiencia, continuidad, pertinencia e integralidad.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

En este trabajo de investigación se explorarán las posibles barreras de acceso a los servicios de salud desde la perspectiva de los actores sociales clave y la gestión pública. Para lo cual se plantea la siguiente pregunta:

¿Cuáles fueron los posibles factores asociados a la gestión pública que influyeron en el acceso a los servicios de salud en la pandemia por COVID 19, Medellín, 2020-2022?

2 JUSTIFICACIÓN

Ante la emergencia por COVID 19, fue de mucha importancia que los tomadores de decisiones a nivel local pudieran identificar los municipios que podrían verse más afectados en las dimensiones de salud, economía, finanzas y social para así poder definir políticas y estrategias de reactivación económica que no comprometieran la salud de la población. Para esto, se propusieron indicadores de gestión y de calidad que integraban áreas de salud pública, socioeconómicos y demográficos (UdeA 2020).

En Medellín, la persistencia de la pobreza y la desigualdad ha sido uno de los principales retos de ciudad, por lo que a nivel institucional se desarrollaron diversas estrategias para atender este problema público: desde el año 2008, el Programa Medellín Solidaria atendió a la población de Medellín en pobreza extrema, a través de un acompañamiento familiar y la gestión de oportunidades para los miembros del hogar en nueve dimensiones del desarrollo humano, a saber: identificación, nutrición, salud, educación y capacitación, ingresos y trabajo, habitabilidad, dinámica familiar, acceso a la justicia, bancarización y ahorro. Pero se identificó que estas medidas no fueron suficientes debido a diferentes barreras identificadas en cuanto a accesibilidad, equidad, suficiencia, oportunidad entre otras (Alcaldía de Medellín, 2022).

Desde la Gestión Pública, los gobernantes se vieron enfrentados a tomar decisiones rápidas y a la vez a contrarrestar los efectos colaterales de las decisiones tomadas. La gestión pública fue deficiente e inadecuada para enfrentar la crisis sanitaria provocada por el COVID – 19. Esto implicó una serie de dificultades y desafíos ante la transformación radical de las condiciones sociales y la inoperancia de los modelos de gobierno.

Muchas personas se vieron privadas de acceder a los servicios de salud, lo que comprometió su calidad de vida y sus derechos humanos. Por eso, el acceso se ha vuelto una prioridad para los países de ingresos bajos y medios, que buscan diseñar estrategias que mejoren sus sistemas de salud. No obstante, aún persisten muchas barreras, debido a que la inversión en salud pública es mucho más baja en comparación con otros países, (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022) lo que contribuye al incremento de la inequidad en el

acceso a los servicios y a la desigualdad social, generando un aumento en la transmisión de la enfermedad y un impacto negativo en la atención de esta.

La pandemia por SARS-CoV-2 implicó una reestructuración y una interrupción de muchos servicios de salud, lo que llevó a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia a aumentar su capacidad de atención ante el colapso del sistema de salud causado por el COVID-19. A pesar de que el Ministerio de Salud adoptó medidas desde el principio de la pandemia para reducir la velocidad de transmisión de la enfermedad y dar tiempo a las instituciones de salud para prepararse y responder adecuadamente a la demanda de atención, no fue suficiente porque el personal de salud se vio sobrepasado por el número de pacientes hospitalizados, hubo falta de pruebas diagnósticas e insumos que dificultaron la prestación de los servicios y una atención oportuna.

Colombia ha logrado no solo unificar los planes de beneficios, sino también alcanzar una cobertura casi universal, pero estos factores no han asegurado por sí solos un acceso efectivo a los servicios de salud ni una atención adecuada. (MSP, 2022). Es importante realizar un análisis de las barreras de acceso a servicios de salud, considerando la necesidad de evaluar la eficacia en la solución a los problemas de salud de la población.

En Medellín se han hecho algunos estudios al respecto, pero no se ha conseguido una adecuada caracterización generalizada del problema; esta investigación busca identificar algunas de las barreras de acceso a la salud que se presentaron durante la pandemia COVID 19 en los años 2020-2022 en la ciudad de Medellín y la gestión pública que hizo el gobierno para mitigarlas, sirviendo como fuente de información para caracterizar el problema local.

2.1 HIPÓTESIS

Existe algún grado de relación entre la disponibilidad de los servicios de salud y la Gestión Pública llevada a cabo durante la crisis sanitaria por COVID-19 en Medellín, 2020-2022.

3 OBJETIVOS

3.1 General

Investigar los posibles factores relacionados con la gestión pública y el acceso a los servicios sanitarios en la pandemia por COVID 19, Medellín, 2020-2022.

3.2 Específicos

- Caracterizar las dificultades de acceso al sistema sanitario en Medellín durante la pandemia COVID 19.
- Describir los procesos de la gestión pública llevada a cabo por el gobierno durante la pandemia en la ciudad de Medellín durante el periodo 2020-2022.
- Explorar los posibles factores que influyeron en la Administración Pública del COVID 19, Medellín 2020-2022.
- Proponer estrategias que faciliten la mejora de la gestión administrativa para asegurar un adecuado acceso a los servicios sanitarios.

4 MARCOS DE REFERENCIA

4.1 ESTADO DEL ARTE

En los hallazgos de Vargas (2009), se destacó que la búsqueda de aseguramiento se transformó en un objetivo en sí mismo, y la afiliación al SGSSS no garantizaba un acceso efectivo a los servicios de salud. La predominancia del mercado y la búsqueda de rentabilidad financiera por parte de las aseguradoras instauraron mecanismos de contención de costos que prevalecían sobre el derecho a la salud. Las limitaciones provenían de normativas, planes de beneficios con barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales, involucrando a diversos actores en la toma de decisiones. Además, se observaban deficiencias éticas tanto a nivel individual como institucional, junto con clientelismo y corrupción en la gestión de recursos. Estos factores, combinados con la pobreza y dispersión geográfica en algunas comunidades, restringían aún más el acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, según el estudio de Rodríguez (2010), el 21.38% de la población, a pesar de tener necesidades de atención médica, no conseguía acceder al servicio, incluso cuando el 53% consideraba su situación como no leve. Las barreras de oferta afectaban al 13%, mientras que el 87.2% enfrentaba barreras de demanda. La falta de recursos financieros continuaba siendo una barrera significativa para el acceso, afectando al 14.4% de la población con seguro de salud y al 50.24% de la población sin él. Aunque existen pruebas a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitadora del acceso, las barreras financieras persisten como un desafío para el sistema de salud colombiano.

En un análisis más profundo de los determinantes de la utilización de servicios de salud, se destaca la creciente importancia de los factores no monetarios en el control de la demanda. Villalba (2004) demostró que variables como los días de espera para las citas y la condición de aseguramiento sustituyen al tradicional mecanismo de precios en la determinación de la demanda de servicios de salud.

En la investigación a nivel latinoamericano, el estudio del Dr. Suarez et al. (2006) reveló una relación directa entre la utilización de servicios de salud y el nivel socioeconómico. Comprender mejor esta relación es esencial para promover la equidad en

el acceso a la atención médica. Este estudio se centró en el uso de servicios por parte de la población adulta de 15 a 65 años en tres comunidades rurales en Perú, utilizando una muestra representativa de hogares con niños menores de 3 años en esas áreas.

Los autores Comes et al. (2007) propusieron una estrategia cualitativa basada en el análisis de usuarios, no usuarios y trabajadores del hospital elegido. Encontraron que la accesibilidad en el sistema de salud es una relación construida entre las personas y los servicios, que implica examinar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de las personas, pues estas últimas muestran la forma específica que tiene el uso de los servicios.

4.2 MARCO TEÓRICO

La gestión pública un enfoque administrativo publico eficiente

La disciplina de gestión pública se dedica a administrar los recursos estatales de manera eficiente y transparente para cumplir con los objetivos esenciales del Estado y satisfacer las necesidades de la ciudadanía. Este ámbito abarca la implementación de políticas públicas, la definición de metas e indicadores de gestión, la rendición de cuentas a la sociedad civil y la constante mejora de la calidad de los servicios públicos.

Según Ortún (1995), la gestión pública se sustenta en tres principios fundamentales: eficacia, eficiencia y equidad. La eficacia se relaciona con el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, la eficiencia se enfoca en el uso óptimo de los recursos disponibles, y la equidad se refiere a la distribución justa de beneficios y cargas entre los distintos grupos sociales. En esencia, la gestión pública aspira a maximizar el bienestar social con el menor costo posible.

La gestión pública ha experimentado una evolución, pasando de una concepción tradicional basada en el control burocrático y la jerarquía, hacia una nueva gestión pública centrada en resultados, participación e innovación. Esta última se inspira en los principios y prácticas del sector privado, como la competencia, el mercado, el cliente y la calidad, con el objetivo de mejorar el rendimiento, la responsabilidad y la legitimidad de las instituciones públicas.

Este enfoque de gestión pública se aplica en diversos ámbitos y niveles de la administración pública, incluyendo la salud, educación, seguridad, medio ambiente y desarrollo territorial. La gestión pública requiere herramientas específicas para planificar, ejecutar, evaluar y controlar las acciones públicas, como el presupuesto, el sistema de información, el sistema de indicadores y el sistema de incentivos.

Funciones de la gestión pública

La gestión pública comprende el conjunto de acciones, procesos y operaciones destinadas a gestionar los recursos públicos de una nación con el propósito de atender las demandas de la ciudadanía y asegurar el desarrollo del país. Este ámbito se concreta a través de entidades gubernamentales que diseñan y ejecutan políticas, distribuyen bienes y servicios, y aplican disposiciones para regular sus funciones. Su impacto en el Estado es significativo, ya que influye en la relación entre el sector privado y el gobierno, así como en la resolución de los problemas surgidos en los ámbitos sociales (UNIR, 2022).

Las funciones de la gestión pública abarcan la elaboración y aplicación de políticas públicas, en colaboración con la administración, el sector privado y las organizaciones ciudadanas. También implica la identificación de problemas o necesidades en las comunidades, la búsqueda de eficiencia en la gestión de recursos, la distribución equitativa considerando criterios económicos y políticos, y la facilitación del crecimiento económico para mejorar el bienestar y las condiciones de vida de los ciudadanos. Además, la gestión pública desempeña tareas administrativas en distintos ámbitos del Estado, colabora en proyectos de políticas públicas, participa en el desarrollo y administración de programas para mejorar el sector público, e implementa nuevas técnicas de gestión, evaluación y control administrativo (IPAPPG, 2022).

Ésta se aplica en instituciones gubernamentales dedicadas a áreas como salud, educación, seguridad y defensa, siendo tanto de titularidad gubernamental como con posibles participantes del sector privado. También juega un papel crucial en los procesos de cambio de gobierno, donde los políticos salientes y entrantes suelen tener estrategias de acción divergentes (Aleph, s.f.).

La gestión pública para el desarrollo implica planificar, movilizar, desplegar, organizar y transformar recursos financieros, humanos, materiales, tecnológicos y metodológicos. El objetivo es proveer, asignar y distribuir bienes y servicios públicos tangibles e intangibles para resolver problemas o satisfacer necesidades, generando resultados significativos para la sociedad y el país. Todo esto debe ser coherente con los objetivos gubernamentales, realizándose de manera eficiente, eficaz y equitativa, y creando valor público para la sociedad como conjunto (CEPAL, s.f.).

Pandemia COVID-19

Inicio y evolución de la Pandemia

Un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2, fue el causante de la pandemia por COVID-19, una enfermedad respiratoria que puede provocar complicaciones graves o fatales. En diciembre de 2019 se registró el primer caso de esta infección en Wuhan, una ciudad de la provincia china de Hubei, donde se observó un aumento de casos de neumonía sin etiología definida entre personas que habían estado en contacto con un mercado de mariscos y animales vivos. El virus fue aislado e identificado por las autoridades de salud chinas el 7 de enero de 2020, y su secuencia genética fue difundida el 12 de enero. El 30 de enero de 2020, el brote fue considerado una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII) por el Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional. La enfermedad causada por el SARS-CoV-2 fue llamada covid-19 por la Organización Mundial de la Salud (OMS). (WebMD, 2021)

La expansión del virus tuvo inicio en una zona densamente poblada, facilitando su rápida transmisión, especialmente en China, una destacada potencia económica mundial con elevados flujos de viajes y transacciones comerciales. Los primeros brotes se registraron en Europa, extendiéndose posteriormente a varios países y alcanzando finalmente el continente americano. Hasta el 4 de marzo de 2020, se habían documentado casos en 86 países, abarcando todos los continentes, a excepción de la Antártida.

La covid-19, una enfermedad viral altamente contagiosa, se caracteriza por su rápida propagación y gravedad. La Organización Mundial de la Salud la declaró pandemia

el 11 de marzo de 2020, al observarse la expansión de la epidemia en numerosos países y continentes, afectando a una gran cantidad de personas. Aunque el modo de transmisión aún no está completamente esclarecido, se presume que el contacto directo con animales infectados o sus secreciones es el origen, mientras que la transmisión entre humanos se da mediante las secreciones respiratorias y el contacto con superficies contaminadas. El periodo de incubación varía entre 1 y 14 días, con una media de 5-6 días, y la duración de la enfermedad oscila de 2 a 6 semanas, dependiendo de su gravedad.

La severidad de la covid-19 fluctúa y está condicionada por diversos factores, como las características individuales del paciente, la virulencia del virus y aspectos externos, como el acceso a la atención médica. La letalidad, medida por el porcentaje de fallecimientos entre los casos confirmados, se ve afectada tanto por la capacidad para detectar casos fatales como por la precisa identificación de todos los casos de la enfermedad.

Es fundamental esclarecer y distinguir diversos conceptos que nos ofrecen una visión contextualizada, permitiéndonos comprender la crisis sanitaria que se originó en Wuhan en diciembre de 2019 y se propagó a nivel global.

- ❖ **Brote:** Un brote es un aumento inesperado de casos de una enfermedad en una población o área determinada, que puede estar relacionado con un cambio en la virulencia del agente causal, la introducción de un nuevo patógeno o la exposición de una población susceptible (OPS y OMS, 2020). Un ejemplo de brote es el de la viruela del mono, que se detectó por primera vez en mayo de 2022 en varios países donde no era endémica y que fue declarada una emergencia de salud pública de importancia internacional por la OMS (National Geographic, 2022).
- ❖ **Epidemia:** Una epidemia es una propagación de una enfermedad que afecta a un gran número de personas en una región o país, superando el nivel endémico esperado (DW, 2023). Un ejemplo de epidemia es el del sarampión, que afecta a millones de personas cada año en diferentes regiones del mundo, especialmente en los países con baja cobertura vacunal (OPS y OMS, 2020).
- ❖ **Pandemia:** Una pandemia es una epidemia que se extiende por varios países y continentes, afectando a una gran proporción de la población mundial (DW, 2023).

Un ejemplo de pandemia es el de la COVID-19, causada por el coronavirus SARS-CoV-2, que se originó en China a finales de 2019 y se propagó por todo el mundo en 2020 y 2021, provocando más de 5 millones de muertes y más de 250 millones de contagios hasta diciembre de 2021 (DW, 2023).

- ❖ **Endemia:** Una endemia es una enfermedad que tiene una presencia constante y estable en una zona geográfica específica, sin aumentar ni disminuir significativamente el número de casos (National Geographic, 2022). En contraste con una epidemia, que es un aumento repentino y notable en la incidencia de una enfermedad en una región o comunidad, una endemia es más estable y constante en términos de la cantidad de casos esperados dentro de un área o grupo poblacional particular (Horcajada & Padilla, 2012) Un ejemplo de endemia es el de la malaria, que afecta a unos 300 millones de personas al año en los países tropicales y subtropicales, donde el mosquito transmisor está presente de forma permanente (DW, 2023).

COVID-19

La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2, que pertenece a la familia de los coronavirus. Estos virus pueden afectar tanto a animales como a personas, y provocar problemas respiratorios que van desde el resfriado común hasta enfermedades graves como el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) o el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) (WHO, 2023).

El virus SARS-CoV-2 se detectó por primera vez en diciembre de 2019 en la ciudad de Wuhan, China, y desde entonces se ha extendido por todo el mundo, causando una pandemia. La mayoría de las personas que se infectan con este virus presentan síntomas leves o moderados, como fiebre, tos, dolor de garganta, pérdida del olfato o del gusto, y dificultad para respirar. Algunas personas pueden desarrollar formas más graves de la enfermedad, que requieren hospitalización e incluso cuidados intensivos. Los grupos de mayor riesgo son las personas mayores y las que tienen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares o pulmonares, cáncer o inmunodepresión (PortalClínic, 2024).

SARS CoV-2

El SARS-CoV-2 es un nuevo tipo de coronavirus que puede afectar a las personas. Fue detectado por primera vez en diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, en China. En el 80% de los casos solo produce síntomas respiratorios leves y los pacientes se recuperan de la enfermedad sin necesidad de recibir tratamiento hospitalario (PortalClínic, 2021).

Los coronavirus son una extensa familia de virus que infectan tanto a humanos como a animales. En la especie humana, suelen causar infecciones respiratorias que pueden ir desde el resfriado común hasta enfermedades más graves como el Síndrome Respiratorio de Oriente Medio (MERS) o el Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) (Universidad de Barcelona, 2020).

La enfermedad que causa el SARS-CoV-2 se denomina COVID-19 y se propaga principalmente por medio de gotas respiratorias entre personas que están en contacto cercano. Estas gotas pueden depositarse en superficies de distintos materiales y permanecer viables e infecciosas durante horas o días. Por eso es importante lavarse las manos con frecuencia y mantener la distancia de seguridad. Además, algunas personas pueden transmitir el virus sin presentar síntomas o incluso después de haberse recuperado (PortalClínic, 2021).

El ritmo reproductivo básico (R_0) del SARS-CoV-2 se estima en 2,2, lo que significa que cada persona infectada puede contagiar a otras 2,2 personas en promedio. Este parámetro varía según la zona y las medidas de prevención que se adopten. Para controlar la pandemia, es necesario reducir el R_0 por debajo de 1 (Universidad de Barcelona, 2020).

Definición de acceso y salud

El acceso y la salud son dos conceptos que se relacionan estrechamente en el ámbito de los derechos humanos y el desarrollo social. El acceso se refiere a la posibilidad que tienen las personas y las comunidades de utilizar los servicios de salud que necesitan, sin

discriminación, barreras geográficas, financieras u organizativas, y sin sufrir dificultades económicas por ello (OPS, 2022). La salud, por su parte, se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946). Ambos conceptos se complementan para lograr la salud universal, que es el objetivo de garantizar que todas las personas y comunidades tengan acceso a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos y de calidad, así como a medicamentos seguros y asequibles (OPS, 2022).

El acceso y la salud se influyen mutuamente de forma bidireccional. Por un lado, el acceso a los servicios de salud contribuye a mejorar el nivel de salud de la población, al prevenir y tratar las enfermedades, promover hábitos saludables y proteger contra los riesgos sanitarios. Por otro lado, el nivel de salud de la población determina la demanda y la necesidad de servicios de salud, así como la capacidad de las personas para acceder a ellos. Por ejemplo, las personas con enfermedades crónicas o discapacidades pueden requerir más servicios de salud que las personas sanas, pero también pueden enfrentar más barreras para acceder a ellos, como el costo, la distancia o la estigmatización (Fajardo-Dolci et al., 2015).

El acceso y la salud también dependen de otros factores sociales, económicos, políticos y ambientales que condicionan las condiciones de vida y el bienestar de las personas. Estos factores se conocen como determinantes sociales de la salud y son responsables de gran parte de las inequidades en salud que existen entre diferentes grupos poblacionales. Algunos ejemplos de estos determinantes son la pobreza, la educación, el empleo, la vivienda, el género, la etnia y el medio ambiente. Para lograr la salud universal, se requiere no solo mejorar el acceso a los servicios de salud, sino también abordar estos determinantes mediante políticas y acciones multisectoriales que promuevan la equidad y la participación social (OPS, 2022).

La efectividad en el acceso a los servicios de salud

La efectividad en el acceso a los servicios de salud se refiere a la capacidad de los individuos y las poblaciones de obtener los beneficios esperados de la utilización de los servicios, en términos de mejora del estado de salud y satisfacción con la atención recibida.

Para lograr la efectividad, se requiere que el acceso sea universal, oportuno y adecuado, es decir, que no haya barreras geográficas, económicas, culturales o administrativas que impidan el uso de los servicios cuando se necesitan, y que estos sean de calidad y pertinentes a las necesidades y expectativas de los usuarios (OPS, 2019).

El acceso universal a los servicios de salud es un derecho humano y una condición necesaria para alcanzar la cobertura universal en salud, que implica que todas las personas y comunidades tengan acceso a servicios integrales, equitativos y solidarios, sin discriminación ni exclusión. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable (OPS, 2019).

La disparidad en el acceso a servicios de salud se ve afectada por diversos elementos, como las diferencias económicas, geográficas, étnicas, culturales, sociales y regulatorias. Esto plantea un desafío considerable para los sistemas de salud, ya que su objetivo primordial consiste en erradicar estas desigualdades y garantizar que todos tengan un acceso equitativo y de calidad a la atención médica, tanto preventiva como curativa. En el contexto mexicano, los datos en curso indican que la inequidad en términos de acceso y resultados en salud afecta principalmente a aquellos con menores ingresos y mayor marginación. Un análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut), utilizando indicadores de cobertura efectiva para intervenciones preventivas y de atención básica, demuestra la persistencia de brechas en salud según el nivel socioeconómico, siendo más notorias en intervenciones que requieren una mayor participación del personal médico (Fajardo-Dolci et al., 2015).

El acceso efectivo a los servicios de salud es un indicador que permite medir el grado de cumplimiento del derecho a la salud y el avance hacia la cobertura universal. Para ello, se deben considerar elementos centrales de la oferta y la demanda de servicios, como la disponibilidad de recursos, la prestación adecuada (calidad) y las barreras para la utilización. Estos elementos deben actuar en conjunción para generar un resultado observable y medible en términos del estado de salud y la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores del servicio (Fajardo et al., 2015).

Concepto de acceso

El acceso es la acción de acercarse o llegar a algo, o la entrada o paso por el que se puede ingresar a un lugar o a una información (RAE, 2021). El acceso es un concepto clave para el desarrollo humano y social, ya que permite el ejercicio de derechos y la participación ciudadana.

El acceso puede ser facilitado o dificultado por diversos factores, como las condiciones económicas, geográficas, culturales, políticas o legales. Por ejemplo, el acceso a la educación superior puede depender de los recursos económicos disponibles, de la oferta académica existente, de los requisitos de ingreso o de las políticas públicas al respecto. El acceso también puede estar relacionado con el grado de inclusión o exclusión social que experimentan las personas o los grupos (UNESCO, 2017).

El acceso es un tema de interés para diversas disciplinas y campos de estudio, como la sociología, la economía, la política, la comunicación, la informática o el derecho. Cada una de estas áreas aborda el acceso desde diferentes perspectivas y metodologías, pero con un objetivo común: comprender y mejorar las condiciones de acceso de las personas y las sociedades a los bienes y servicios que necesitan o desean.

Estructura para el estudio del acceso y modelo comportamental

La estructura para el estudio del acceso y modelo comportamental de la salud es un enfoque que busca analizar la relación entre la oferta y la demanda de servicios de salud, así como los factores que influyen en el uso efectivo de los mismos. Este enfoque considera tanto las características del sistema de salud y sus prestaciones, como las de los individuos y sus capacidades, necesidades y preferencias. El objetivo es identificar las barreras y facilitadores que existen para el acceso a los servicios de salud, y proponer estrategias para mejorar la cobertura universal y la calidad de la atención.

Según Fuentes (2017), el acceso a los servicios de salud puede definirse como "la interacción entre las características de los individuos y sus capacidades, por un lado, y las características del sistema de salud y sus facilidades y barreras, por el otro" (p. 273). Esta definición implica que el acceso no solo depende de la disponibilidad y adecuación de los

recursos, sino también de las condiciones sociales, económicas, culturales y personales que determinan la demanda y la utilización de los servicios. Así, el acceso efectivo se refiere a la posibilidad real que tiene cada individuo de hacer uso de los servicios cuando lo requiere, y no solo a la existencia formal o potencial de estos.

El modelo comportamental de la salud es una herramienta que permite estudiar los procesos que intervienen en el acceso efectivo a los servicios de salud, desde una perspectiva multidimensional e integradora. Este modelo fue propuesto por Andersen (1995), y se basa en la premisa de que el uso de los servicios de salud es una función de tres componentes: predisposición, capacidad y necesidad. La predisposición se refiere a las características personales que influyen en la propensión a buscar atención, como la edad, el sexo, el nivel educativo, las creencias y actitudes hacia la salud. La capacidad se refiere a los recursos personales y sociales que facilitan o dificultan el acceso a los servicios, como el ingreso, el seguro médico, la disponibilidad de transporte y la proximidad geográfica. La necesidad se refiere al estado de salud percibido y evaluado, que motiva la demanda y justifica el uso de los servicios.

El modelo comportamental de la salud ha sido aplicado y adaptado en diversos contextos y poblaciones, para analizar los factores que determinan el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, Gutiérrez et al. (2015) utilizaron este modelo para explorar el acceso efectivo a los servicios de salud en México, considerando elementos como la cobertura universal, la calidad, las barreras financieras, geográficas, administrativas y culturales. Otro ejemplo es el estudio de Hernández et al. (2017) sobre el acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México, que incluyó variables como el conocimiento, la actitud, la intención, la disponibilidad y la satisfacción con los servicios.

En conclusión, la estructura para el estudio del acceso y modelo comportamental de la salud es un marco teórico-metodológico que permite comprender e intervenir en la problemática del acceso a los servicios de salud, desde una perspectiva integral y dinámica. Este enfoque reconoce la complejidad y diversidad de los factores que influyen en el uso efectivo de los servicios, y propone estrategias para mejorar la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención.

4.3 MARCO NORMATIVO

El sistema de salud colombiano se rige por un marco normativo que establece los principios, objetivos, funciones y organización de las instituciones que lo conforman. El marco normativo se basa en la Constitución Política de 1991, que consagra el derecho a la salud como un servicio público esencial y un derecho fundamental (Art. 49). A partir de la Constitución, se han expedido diversas leyes que regulan el sistema de salud, entre las que se destacan la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007, la Ley 1438 de 2011 y la Ley 1751 de 2015.

Estas son algunas de las principales normas que conforman el marco normativo del sistema de salud colombiano. Sin embargo, existen otras disposiciones legales que regulan aspectos específicos del sistema, como las condiciones laborales del personal sanitario, los derechos y deberes de los pacientes, las políticas públicas en salud y las medidas sanitarias frente a emergencias o pandemias.

Decreto 1011 De 2006

Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Este decreto define el derecho fundamental a la salud como un servicio público esencial que debe garantizar el Estado, y establece los elementos y principios que lo rigen, tales como la accesibilidad, la oportunidad, la seguridad, la pertinencia, la continuidad y la participación social (Ministerio de la Protección Social, 2006).

Ley 1438 de 2011

La Ley 1438 de 2011 reformó el SGSSS con el propósito de fortalecer la red pública hospitalaria, ampliar la cobertura y garantizar la atención integral e integrada a los usuarios. La Ley 1438 estableció el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC), que incluye los procesos de habilitación, auditoría, acreditación e información en salud. Asimismo, creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud Único (SGSSS-U), que busca unificar los

dos regímenes mediante la convergencia progresiva del POS y el fortalecimiento del aseguramiento territorial (Art. 4-5).

Ley 1751 De 2015

La Ley 1751 de 2015 declaró la salud como un derecho fundamental autónomo que debe ser garantizado por el Estado con acciones positivas y negativas. La Ley 1751 estableció los principios rectores del derecho a la salud, como la universalidad, la integralidad, la calidad, la eficiencia y la participación social. Además, definió las obligaciones del Estado, las responsabilidades de los ciudadanos y los mecanismos para hacer efectivo el derecho a la salud ante las autoridades competentes (Art. 2-10).

Resolución 2654 de 2019

Por la cual se adopta el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y se dictan otras disposiciones. Esta resolución tiene como objetivo orientar la organización y funcionamiento del sistema de salud colombiano hacia un modelo centrado en las personas, las familias y las comunidades, basado en la atención primaria en salud y en la gestión del riesgo en salud. El MIAS busca mejorar los resultados en salud, reducir las inequidades y garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Resolución 385 De 2020

Por la cual se declara una emergencia sanitaria por causa del coronavirus COVID-19 y se adoptan medidas para hacer frente al virus. Esta resolución establece las acciones que deben tomar las entidades territoriales, los prestadores de servicios de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios y los ciudadanos para prevenir, contener y mitigar el impacto de la pandemia en el país. Entre las medidas se encuentran el aislamiento selectivo, el distanciamiento social, el uso obligatorio de tapabocas, el lavado

frecuente de manos y la vacunación masiva (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020a).

Resolución 521 De 2020

Por la cual se adopta el Plan Nacional de Vacunación contra el COVID-19 y se establecen los lineamientos para su implementación. Esta resolución define los objetivos, las fases, los grupos poblacionales priorizados, las vacunas autorizadas y los requisitos para acceder a la vacunación contra el COVID-19 en Colombia. El plan busca reducir la mortalidad y la incidencia de casos graves por COVID-19, proteger al personal de salud y contribuir a la reactivación económica y social del país (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020b).

Resolución No. 0000380 del 10 de marzo de 2020

Por medio de la cual se adoptan medidas preventivas especiales para evitar la propagación del Coronavirus COVID-19 en Colombia. Esta resolución establece las restricciones para el ingreso al país de personas provenientes de China, Italia, España y Francia, así como las medidas de control sanitario en los puntos de entrada al territorio nacional. Además, dispone la suspensión temporal de eventos masivos y actividades académicas presenciales (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020c).

Resolución 385 del 12 de marzo de 2020

Por medio de la cual se modifica parcialmente la Resolución No. 0000380 del 10 de marzo de 2020. Esta resolución amplía las restricciones para el ingreso al país a personas provenientes de Alemania e Irán, así como a extranjeros que hayan estado en esos países durante los últimos catorce días. También establece que las personas que ingresen al país desde cualquier destino internacional deben permanecer en aislamiento preventivo obligatorio durante catorce días (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020d).

Resolución 536 De 2020

Por medio de la cual se adoptan medidas transitorias para garantizar el acceso oportuno a los servicios médicos requeridos por los pacientes con sospecha o diagnóstico confirmado para COVID-19. Esta resolución define los criterios para priorizar la atención de los pacientes con COVID-19 según su nivel de riesgo y gravedad, así como los protocolos para el manejo clínico y terapéutico. También establece las condiciones para la habilitación, el funcionamiento y la supervisión de los servicios de salud que atienden a estos pacientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020e).

Decreto 358 De 2020

Por el cual se modifica el Decreto 1011 De 2006 y se dictan otras disposiciones en materia de garantía de calidad de la atención de salud. Este decreto tiene como propósito fortalecer el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, mediante la actualización de los estándares, indicadores y mecanismos de evaluación y seguimiento. Asimismo, busca promover la implementación de buenas prácticas, la gestión del conocimiento y la innovación en salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020f).

En el marco del estado de emergencia, se expidió una serie de normativas a nivel nacional, departamental y municipal con el fin de atender la emergencia sanitaria. En la ciudad de Medellín se emitieron decretos, con el fin de regir la ocupación, acceso y uso de diferentes espacios de la ciudad, que incluían sanciones a su incumplimiento. Se evidencia, entonces, que la gestión de la pandemia por parte del gobierno local repercutió en el territorio y sus componentes.

El municipio de Medellín mediante el decreto 0364 del 13 de marzo del 2020, en su artículo primero decreta que la participación de las personas en la detección del brote es de carácter obligatorio y deberán prestar colaboración a la autoridad sanitaria en caso de que se requiera, para monitorear su estado de salud. Se tendrá vigilancia de las personas que

entran a la ciudad provenientes de lugares con alto contagio, estas deberán informar de los lugares donde estarán instalados y demás información personal. Se tendrá constante vigilancia en el uso del transporte público, especialmente en el metro, donde cada usuario debe acatar las normas de seguridad e higiene para hacer uso de este. Asimismo, las entidades promotoras de salud deben crear estrategias para que los afiliados tengan acceso a los servicios a través de telemedicina y medicina domiciliaria, por enfermedades diferentes al COVID-19 con el fin de evitar contagios y tener calidad en el servicio (Alcaldía de Medellín, 2020)

5 METODOLOGÍA

La metodología que se siguió para esta investigación fue enfoque del tipo cuantitativo. a través de la cual se buscó investigar los posibles factores relacionados con la gestión pública y el acceso a los servicios sanitarios en la pandemia por COVID 19, Medellín, 2020-2022, por medio de una encuesta poblacional a los usuarios de las principales EPS del Valle de Aburrá.

Se realizó una revisión documental, que permitió un rastreo de la información sobre el estudio, programas implementados, y otros aspectos relacionados con gestión pública y acceso a los servicios de salud en la pandemia por COVID 19, Medellín, 2020-2022 y de acuerdo con las estadísticas encontradas y la documentación disponible, poder realizar una interpretación que permitiera arrojar unos resultados y con base a estos entregar unas conclusiones.

Se realizó una encuesta principalmente en la población usuaria de las EPS en Medellín durante la pandemia por COVID 19, Medellín, entre los años de 2020-2022. Esta encuesta tuvo como objetivos el poder caracterizar la población que tuvo algunas barreras de acceso al sistema de salud en Medellín durante la pandemia COVID 19 y al mismo tiempo el de analizar algunos procesos de gestión pública realizada por el gobierno durante la pandemia en la ciudad de Medellín durante el periodo 2020-2022. Finalmente, determinar algunos de los factores asociados que influyeron en la Gestión Pública del COVID 19, Medellín 2020- 2022.

Las variables o categorías temáticas en la encuesta se centraron en:

1. El componente social: barreras de acceso, dificultades de los usuarios y de sus familias, salud, educación.
2. El componente de gestión pública: actitudes o percepciones a cerca del de cómo se abordaron o desarrollaron estrategias para lograr un mejor acceso a los servicios de salud actuar de los gobiernos regional y local en tiempos de pandemia.
3. El componente de atención y calidad en el servicio: como fue el proceso de atención de su enfermedad desde el comienzo hasta este momento en cuanto a intervención

Fuente de Datos: La fuente de datos provino de fuentes primarias a partir de la encuesta mencionada, realizada a los usuarios de las EPS en Medellín, entre los meses de octubre a diciembre del año 2023

Tipo de estudio. El estudio realizado en esta investigación correspondió a un estudio del tipo descriptivo, longitudinal retrospectivo, ya que la mayoría de las preguntas se investigó sobre las experiencias del pasado en cuanto al COVID-19.

Población. Para la realización de la encuesta a la población de referencia fueron los y las usuarias de las principales EPS, que tuvieron algún familiar enfermo de COVID-19, entre los años de 2020-2022 en la ciudad de Medellín un estimativo aproximado de 360.000 personas.

Muestra: Para la encuesta realizada en la ciudad de Medellín se estimaron 354 individuos, con una confianza del 95%, un error de muestreo del 5,2%, un efecto de diseño de 1, para una población infinita, con proporción desconocida para la proporción de enfermos de COVID-19 entre 2020-2022.

Tipo de muestreo. El tipo de muestreo que se planeó inicialmente como el muestreo aleatorio sistemático de la población usuaria por grupos de edad y sexo. En este sentido, se definió una semilla aleatoria inicial entre 1 y 10, y posteriormente se iban encuestando a una de cada 5 personas encontradas, cuando se seleccionó el punto de inicio, los individuos seleccionados de la población, de acuerdo con las condiciones establecidas. Los encuestadores se ubicaron en varios puntos de entrada de los principales centros de salud de la ciudad de Medellín, en su gran mayoría. No obstante, para completar las encuestas restantes, se realizó un muestreo por cuotas, es decir, enviando el enlace de la encuesta por vía email o Facebook, para que las personas voluntariamente contestaran. Siendo así, un pequeño porcentaje de la encuesta se puede afirmar que fue de tipo no probabilística.

Estrategia de análisis. La estrategia de análisis constó de una propuesta que incluyera el uso de estadística descriptiva que permitiera análisis de información sobre las características sociodemográficas de los usuarios en la población. Para ello se construyeron tablas de frecuencias univariadas y bivariadas y algunos gráficos de barras simples o

combinados. Adicionalmente, se realizaron test estadísticos (pruebas), de asociación o independencia estadística entre pares de variables.

La hipótesis alternativa estableció como “existe relación entre las variables X y Y” vs la hipótesis nula de las “variables X y Y eran estadísticamente independientes”, a un nivel de significación estadístico α . Para ello se utilizó la prueba chi-cuadrado de independencia o la prueba de razón de verosimilitud, utilizando un nivel de significación del 5%.

No obstante, en estudios sociales también es importante destacar asociaciones entre variables con p-valores pequeños así no fueran significativos (un poco mayores de 0,05), lo que servirían como bases para posteriores estudios. Por consiguiente, se tuvieron en cuenta algunas de estas relaciones.

Instrumentos. Para la realización de esta investigación se construyeron alrededor de 50 preguntas que incluían variables sociodemográficas, educación, económicas y preguntas relacionadas con los objetivos propios de la investigación.

Herramientas de análisis. Para realizar las tablas y gráficos y la obtención de resultados estadísticos se utilizó el software SPSS v 28.

Variables. Algunas de las variables incluidas en la encuesta fueron:

1. P1. Sexo:
2. P2. Grupo de edad
3. P3. ¿en cuál barrio de Medellín vive usted?
4. Comuna
5. P4. ¿cuál es su origen?
6. P5. ¿cuál es el estrato de su vivienda?
7. P6. Ocupación durante la pandemia covid19 (puede seleccionar varios)
8. P7. ¿es la cabeza de su hogar?
9. P8. Estado civil

10. P9. ¿cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado por usted?
11. P10. ¿tipo de vivienda del entrevistado?
12. P11. ¿cuántos niños menores de 18 años hay en su hogar?
13. P12. ¿a qué régimen del sistema de salud se encuentra afiliado?
14. P13. ¿cuáles fueron las principales fuentes de ingresos en su hogar entre los años 2020-2022? (puede seleccionar varias)
15. P14. ¿la pandemia del covid-19 afectó sus fuentes de ingresos económicos?
16. P15. ¿recibió algún tipo de ayuda del gobierno durante el covid-19?
17. P16. ¿recibió algún tipo de ayuda de instituciones humanitarias/sociales durante el covid-19?
18. P17. (si su respuesta anterior fue sí), ¿la ayuda recibida fue suficiente para satisfacer sus necesidades básicas?
19. P18. ¿usted a qué EPS se encontraba afiliado entre los años 2020-2022?
20. P19. ¿padece alguna enfermedad?
21. P20. ¿tiene usted algún conocimiento sobre los síntomas del covid-19?
22. P21. ¿usted o algún miembro de su familia nuclear ha sido diagnosticado al menos una vez con coronavirus (covid19)?
23. P22. (si respondió si en la p21) ¿en esa ocasión fueron al médico?
24. P23. (si respondió si en la p21) qué tipo de ayuda recibió por parte del gobierno durante la pandemia (puede seleccionar varias)
25. P24. (si respondió si en la p21) considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue:
26. P25. (si respondió si en la p21) el sistema de salud de mi municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes

27. "p26. ¿conocía cuáles centros de salud estaban dentro de la red de servicios de salud disponibles para la atención de COVID 19 cuando se necesitó?
28. "
29. "p27. (si respondió si en la p21) ¿cuánto fue el tiempo promedio en días, que le supuso desplazarse a los hospitales de nivel I, II o III?
30. "
31. P28. (si respondió si en la p21) ¿cómo fue el proceso de atención de su enfermedad (o la de algún miembro de su familia), desde el comienzo hasta este momento en cuanto a diagnóstico?
32. P29. (si respondió si en la p21) ¿cómo fue el proceso de atención de su enfermedad desde el comienzo hasta este momento en cuanto a intervención?
33. P30. (si respondió si en la p21) ¿cómo fue el proceso de atención de su enfermedad desde el comienzo hasta este momento en cuanto a tratamiento?
34. P31. (si respondió si en la p21) ¿cómo fue el proceso de atención de su enfermedad desde el comienzo hasta este momento en cuanto a rehabilitación?
35. P32. (si respondió si en la p21) ¿cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud?
36. P33. (si respondió si en la p21) en general, ¿cómo ha sido su trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del covid19?
37. P34. (si respondió si en la p21) en general, en su recorrido por los diferentes servicios de salud para el episodio del covid19, ¿con qué problemas se encontró?
38. P35. ¿qué sugerencias tiene para mejorar el acceso a los diferentes servicios de salud en caso de una pandemia similar?
39. P36. (si respondió si en la p21) por los servicios de salud tuvo que pagar algún valor por:

40. P37. (si respondió si en la p36) ¿qué opina de lo que tuvo que pagar por los servicios de salud?

41. P38. (si respondió si en la p21) ¿cuánto tiempo aproximado (días) tuvo que esperar para la toma de un paraclínico ambulatorio?

42. P39. (si respondió si en la p21) ¿cuánto tiempo (días) tuvo que esperar para la toma de un paraclínico en hospitalización?

43. P40. (si respondió si en la p21) ¿algún profesional le hizo seguimiento a la enfermedad suya o de algún miembro de su familia?

44. P41. Si respondió afirmativamente ¿cómo le fue con el seguimiento?

45. P42. (si respondió si en la p21) ¿presentó interrupciones en el seguimiento de su tratamiento?

46. P43. Si presentó interrupciones en el seguimiento, ¿cómo influyó en su salud?

47. P44. (si respondió si en la p21) ¿en algún momento a usted o a un familiar le negaron la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19?

48. P45. ¿si la respuesta a la pregunta anterior fue si, especifique cuál?

49. P46. ¿recibió alguna dosis de una vacuna contra el covid-19?

50. P47. Si la respuesta es sí, ¿cuántas dosis (número) de la vacuna contra el covid-19 recibió?

51. P48. ¿le fue fácil acceder a los puestos de vacunación?

52. P49. Considera que los horarios para la vacunación fueron:

53. P50. ¿al momento de ir a vacunarse estaban disponibles las vacunas?

Para más detalles de la encuesta ver el anexo.

Plan de análisis: Una vez recopilados los datos, se procedió a su análisis utilizando herramientas estadísticas y técnicas específicas para cada tipo de datos. Para ello se planteó obtener resultados univariados y bivariados a través de tablas y gráficos, estratificados por sexo, edad y nivel educativo. Con ello se buscó establecer patrones, tendencias y relaciones entre las variables. Posteriormente se establecieron las pruebas estadísticas que pudieran explicar las relaciones entre las variables, algunas estructuras de visualización de indicadores a partir de técnicas de visualización fundamentadas con gráficos propios del SPSS. Con el plan de análisis se respondieron las siguientes especificidades: una caracterización de la población que tuvo algunas barreras de acceso al sistema de salud en Medellín durante la pandemia COVID 19, Análisis de algunos procesos de gestión pública realizada por el gobierno durante la pandemia en la ciudad de Medellín durante el periodo 2020-2022 y finalmente la identificación de algunos Determinantes asociados que influyeron en la Gestión Pública del COVID 19, Medellín 2020- 2022

Consideraciones éticas. La encuesta realizada en todo momento estuvo provista de un consentimiento informado que permitía preguntarle al encuestado si estaba de acuerdo con contestar la encuesta antes iniciarla. El encuestador debía informarle a la persona a encuestar. En todo momento de la aplicación de las encuestas, se respetó la intimidad y autodeterminación del encuestado que estaba afectado por alguna situación anómala, siendo importante en el proceso de decisión del encuestado, si deseaba continuar con el proceso o pararlo. Los encuestados debían ser adultos mayores de 18 años que diera información sobre la investigación en cuanto a los objetivos del estudio. En la encuesta realizada en todo momento se mantuvo absoluta confidencialidad en la información entregada y en caso de que el encuestado querer acceder a ella en cualquier momento lo podía hacer según indicaciones del encuestador, según lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y demás regulaciones aplicables en materia de protección de datos personales en Colombia.

Limitaciones de estudio: Esta investigación enfrentó varias limitaciones que hacen que los resultados obtenidos aquí sean tomados con suma cautela y precaución antes de poder generalizarlos y realizar conclusiones a poblaciones distintas a las utilizadas en el mismo.

En primer lugar, es importante tener en cuenta que, aunque la muestra fue adecuada, no garantizó una buena representación de la población ya que algunas encuestas no tuvieron un criterio de selección completamente aleatoria de los participantes, lo que posiblemente pudo generar sesgos de selección, Esto pudo ser un limitante para encontrar otras significaciones importantes.

A pesar de que se buscó realizar muestras aleatorias en la población, no se pudo garantizar las mismas en por lo menos en una parte importan de la totalidad de las encuestas, ya que tuvieron que ser enviadas por email a algunos usuarios, lo que posiblemente genere sesgos en la información recolectada. Esto posiblemente no permita realizar extrapolaciones o generalizaciones a otros estudios similares y queda limitado a una simple caracterización de estas.

En tercer lugar, los estudios retrospectivos tienen un componente asociado al recordar hechos pasados, lo que podría inducir un “sesgo de memoria”, en las respuestas, induciendo a un posible sesgo de información. Por tanto, las relaciones aquí encontradas, no permiten establecer relaciones causales entre variables y solo se presentan como relaciones meramente estadísticas las cuales tendrán que validarse en estudios posteriores. Algunas relaciones deberían surgir en este estudio posiblemente, no informaron sobre asociación real entre dichas variables, debido al bajo tamaño de muestra en la estratificación de los análisis.

En conclusión, el muestreo por correo estuvo sujeto a todo tipo de sesgos se información ocasionado por los encuestados, selección de participantes y posiblemente algún tipo de confusión que probablemente no se captó con los tamaños de muestra finalmente logrados.

6 RESULTADOS

Los datos resultados analizados a continuación ofrecen una panorámica reveladora de diversos aspectos vinculados con la atención médica durante la pandemia de COVID-19 y su impacto en la población encuestada.

6.1 Resultados univariados

Se presenta el análisis descriptivo del total de usuarios 354 usuarios encuestados.

Inicialmente se identifica que el 52% de las personas encuestadas fueron mujeres y el 48% hombres, el rango de edad con mayor porcentaje (50%) correspondió a personas que están entre los 18-33 años, siguiendo con un 39% el grupo de 34-60 años.

Tabla 1 Acceso a los servicios de salud estratificando por sexo

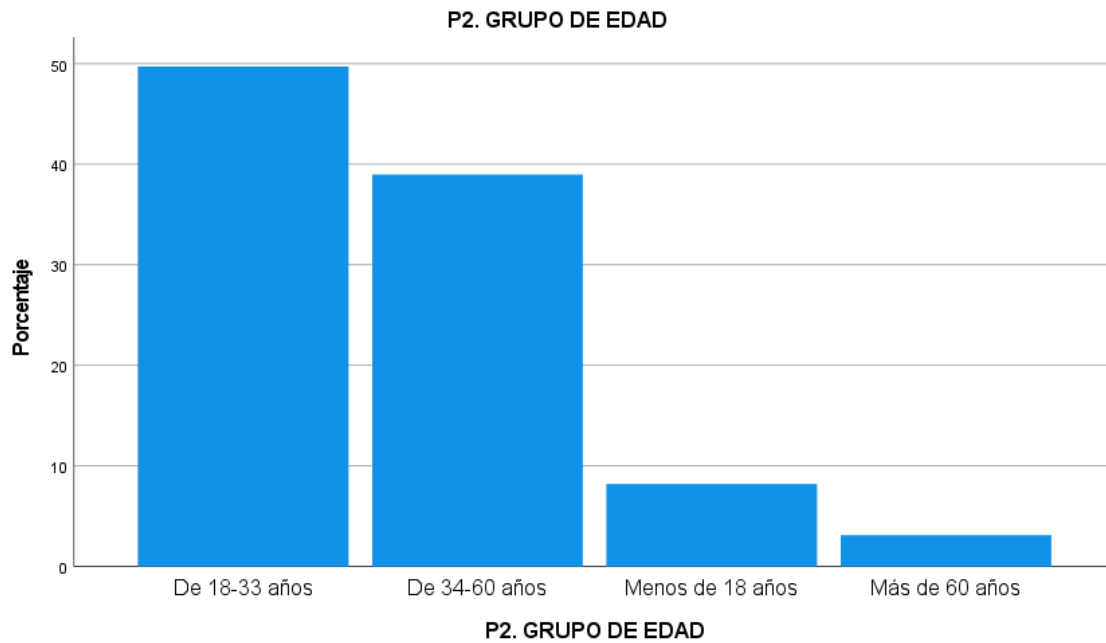
		P1. SEXO:			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		a	e	válido	acumulado
Válido	Mujer	183	51,7	51,7	51,7
	Hombre	168	47,5	47,5	99,2
	Otro	3	,8	,8	100,0
	Total	354	100,0		100,0

Fuente: Elaboración propia

Tabla 2 Acceso a los servicios de salud estratificando por grupo de edad

		P2. GRUPO DE EDAD			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De 18-33 años	176	49,7	49,7	49,7
	De 34-60 años	138	39,0	39,0	88,7
	Menos de 18 años	29	8,2	8,2	96,9
	Más de 60 años	11	3,1	3,1	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 1 *Grupos de Edad de los entrevistados*

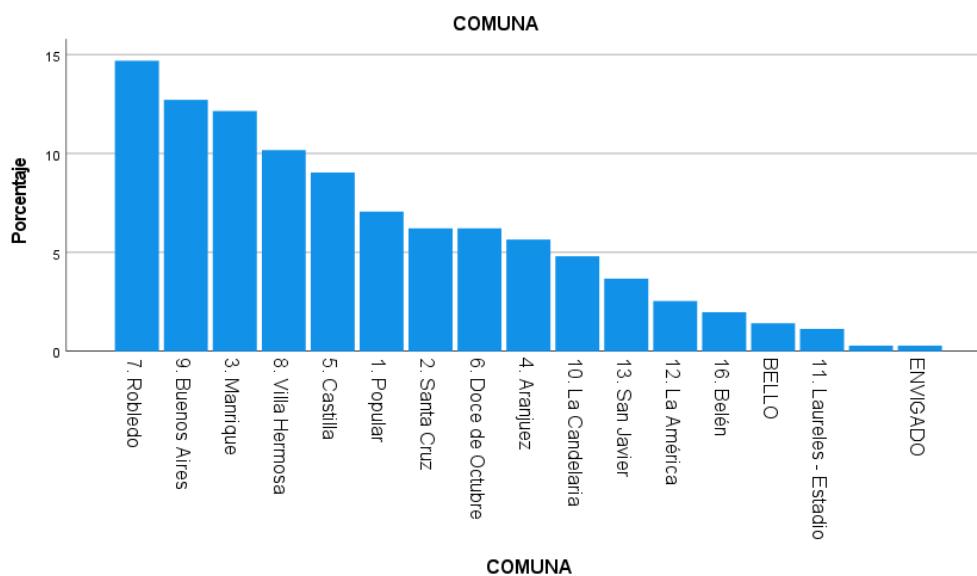
Fuente: Elaboración propia

Se encuestaron habitantes de todas las comunas de la ciudad de Medellín, a continuación, se muestra la distribución de la población.

Tabla 3 Acceso a los servicios de salud estratificando por comuna

		COMUNA			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	7. Robledo	52	14,7	14,7	14,7
	9. Buenos Aires	45	12,7	12,7	27,4
	3. Manrique	43	12,1	12,1	39,5
	8. Villa Hermosa	36	10,2	10,2	49,7
	5. Castilla	32	9,0	9,0	58,8
	1. Popular	25	7,1	7,1	65,8
	2. Santa Cruz	22	6,2	6,2	72,0
	6. Doce de Octubre	22	6,2	6,2	78,2
	4. Aranjuez	20	5,6	5,6	83,9
	10. La Candelaria	17	4,8	4,8	88,7
	13. San Javier	13	3,7	3,7	92,4
	12. La América	9	2,5	2,5	94,9
	16. Belén	7	2,0	2,0	96,9
	BELLO	5	1,4	1,4	98,3
	11. Laureles - Estadio	4	1,1	1,1	99,4
		1	,3	,3	99,7
	ENVIGADO	1	,3	,3	100,0
Total	354	100,0	100,0		

Fuente: Elaboración propia

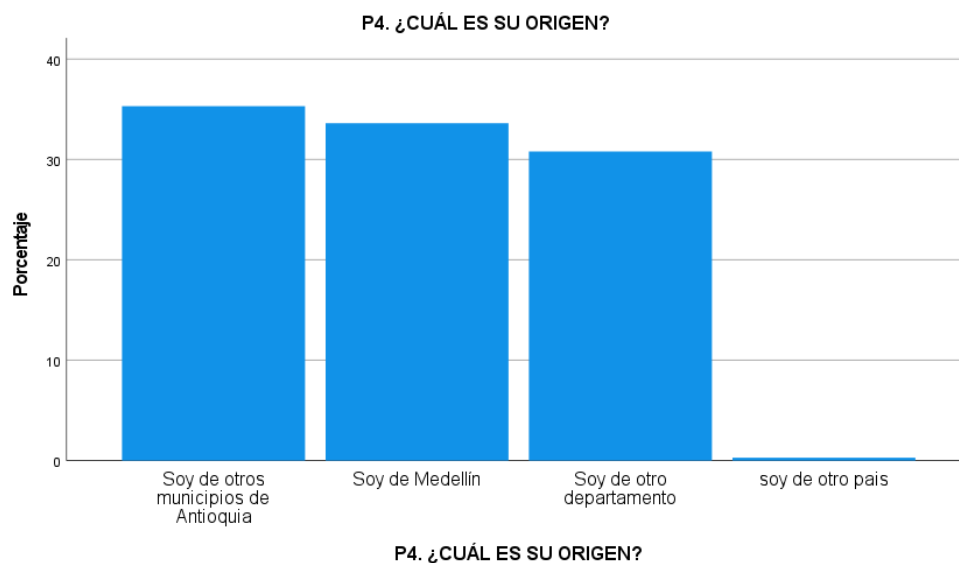
Figura 2 *Comunas de origen de los entrevistados*

El 35% de las personas encuestadas su origen es de otros municipios de Medellín, el 34% son de Medellín, el 31% de otro departamento y el 0,3% de otro país.

Tabla 4 *Acceso a los servicios de salud estratificando por su origen***P4. ¿CUÁL ES SU ORIGEN?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soy de otros municipios de Antioquia	125	35,3	35,3	35,3
	Soy de Medellín	119	33,6	33,6	68,9
	Soy de otro departamento	109	30,8	30,8	99,7
	soy de otro país	1	,3	,3	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 3 Distribución porcentual del Origen de los entrevistados

En cuanto al estrato podemos decir que la mayoría vivía en estrato 2-3(67%) y en un 62% se encontraban empleados durante la pandemia de COVID19.

Tabla 5 Acceso a los servicios de salud de acuerdo con el estrato de la vivienda**P5. ¿CUÁL ES EL ESTRATO DE SU VIVIENDA?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estrato 2 o 3	238	67,2	67,2	67,2
	Estrato 0 o 1	101	28,5	28,5	95,8
	Estrato 4	7	2,0	2,0	97,7
	Estrato 5 o más	6	1,7	1,7	99,4
	No sabe / No responde	2	,6	,6	100,0
Total		354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6 Ocupación durante la pandemia por COVID 19**P6. OCUPACIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID19 (PUEDE SELECCIONAR VARIOS)**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trabajaba Empleado	220	62,1	62,1	62,1
	Estudiaba y Trabajaba	38	10,7	10,7	72,9
	Trabajaba Independiente	38	10,7	10,7	83,6
	Estudiaba	36	10,2	10,2	93,8
	Desempleado	7	2,0	2,0	95,8
	Pensionado	5	1,4	1,4	97,2
	Ama de Casa	4	1,1	1,1	98,3
	Estudiaba, Desempleado	1	,3	,3	98,6
	Estudiaba, Trabajaba Empleado	1	,3	,3	98,9
	Estudiaba, Trabajaba Independiente	1	,3	,3	99,2
	Estudiaba, Trabajaba Independiente, Desempleado	1	,3	,3	99,4
	Trabajaba Empleado, Ama de Casa	1	,3	,3	99,7
	Trabajaba Independiente, Estudiaba y Trabajaba	1	,3	,3	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

El 55% eran cabeza de hogar, el 62% convivían en unión libre.

Tabla 7 Responsabilidad del hogar

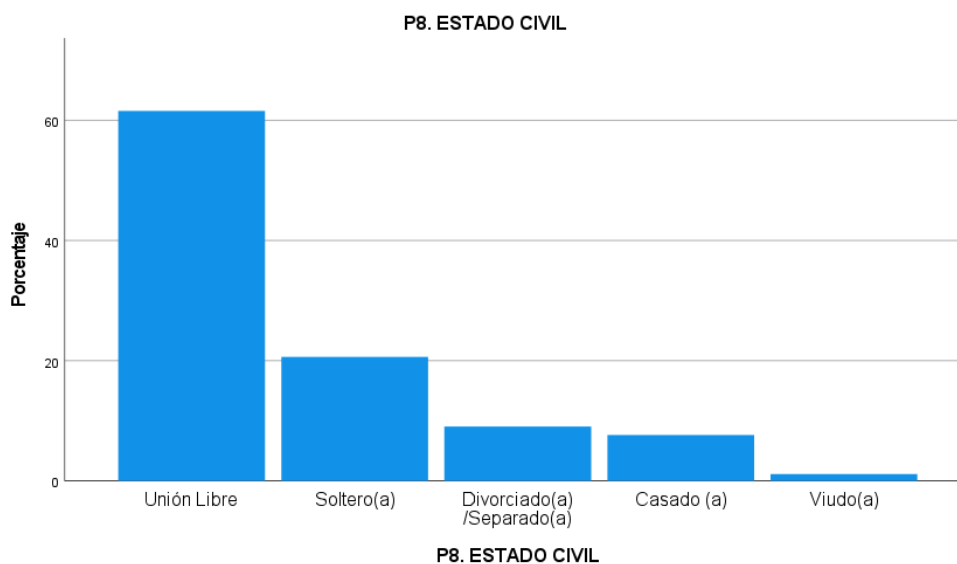
P7. ¿ES LA CABEZA DE SU HOGAR?					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	196	55,4	55,4	55,4
	No	158	44,6	44,6	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

1. Fuente: Elaboración propia

Tabla 8 Acceso a los servicios de salud estratificando por estado civil

2. P8. ESTADO CIVIL					
3. Frecuencia	4. Porcentaje	5. Porcentaje válido	Porcentaje acumulado		
6. 218	7. 61,6	8. 61,6	61,6		
9. 73	10. 20,6	11. 20,6	82,2		
12. 32	13. 9,0	14. 9,0	91,2		
15. 27	16. 7,6	17. 7,6	98,9		
4	1,1	1,1	100,0		
354	100,0	100,0			

Fuente: Elaboración propia

Figura 4 Estado civil de los entrevistados

El mayor nivel de estudio alcanzado fue la secundaria completa y el tipo de vivienda era en alquiler.

Tabla 9 Acceso a los servicios de salud estratificando por nivel de estudios

P9. ¿CUÁL ES EL MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO POR USTED?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Secundaria completa	158	44,6	44,6	44,6
	Técnico/Tecnólogo	71	20,1	20,1	64,7
	Secundaria incompleta	50	14,1	14,1	78,8
	Universitario o más	34	9,6	9,6	88,4
	Primaria completa	28	7,9	7,9	96,3
	Primaria incompleta	11	3,1	3,1	99,4
	Sin estudios	2	,6	,6	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 10 Acceso a los servicios de salud estratificando por tipo de vivienda

P10. ¿TIPO DE VIVIENDA DEL ENTREVISTADO?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Alquiler	206	58,2	58,2	58,2
	Familiar	88	24,9	24,9	83,1
	Propia	59	16,7	16,7	99,7
	Refugio, centro de acogida o institución similar	1	,3	,3	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

En los hogares entrevistados había en promedio 2 niños menores de 18 años, las personas en su mayoría se encontraban afiliadas al régimen contributivo, los ingresos económicos durante la pandemia COVID 19 se vieron afectados en un 86% y el 59% manifestó haber recibido alguna ayuda del gobierno.

Tabla 11 Menores de edad en el hogar**P11. ¿CUÁNTOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS HAY EN SU HOGAR?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	2	129	36,4	36,8	36,8
	0	103	29,1	29,3	66,1
	1	101	28,5	28,8	94,9
	3	17	4,8	4,8	99,7
	4	1	,3	,3	100,0
	Total	351	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	3	,8		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 12 Acceso a los servicios de salud estratificando por afiliación al sistema de salud**P12. ¿A QUÉ RÉGIMEN DEL SISTEMA DE SALUD SE ENCUENTRA AFILIADO?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Contributivo	263	74,3	74,3	74,3
	Subsidiado	86	24,3	24,3	98,6
	Especial	3	,8	,8	99,4
	Población no asegurada	1	,3	,3	99,7
	Seguro médico internacional	1	,3	,3	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 13 Ingresos económicos durante la pandemia por COVID 19

**P14. ¿LA PANDEMIA DEL COVID-19 AFECTÓ SUS
FUENTES DE INGRESOS ECONÓMICOS?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	306	86,4	86,4	86,4
	No	48	13,6	13,6	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

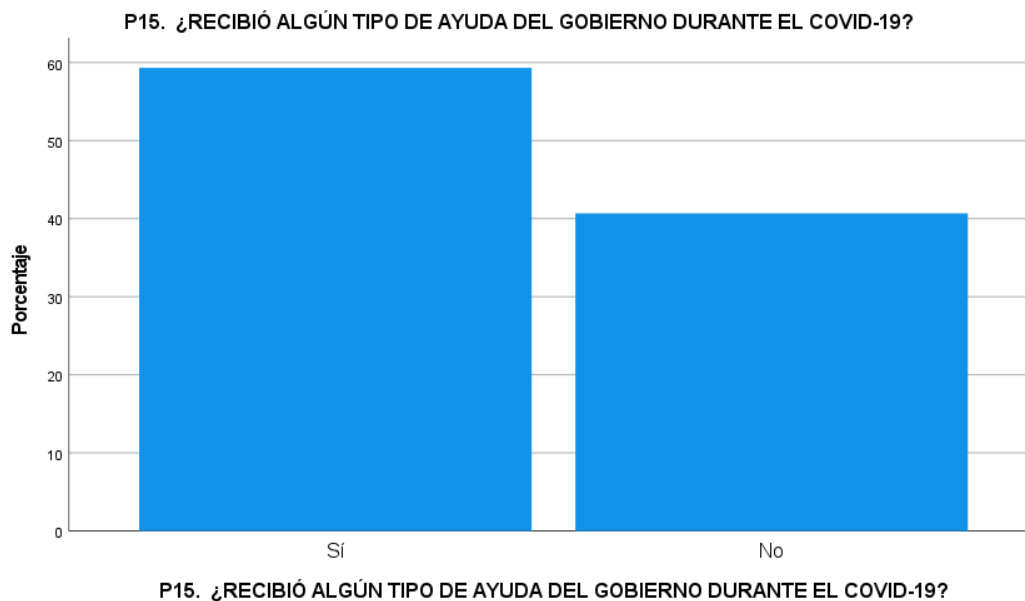
Fuente: Elaboración propia

Tabla 14 Ayuda del gobierno durante la pandemia por COVID 19

**P15. ¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA DEL GOBIERNO
DURANTE EL COVID-19?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	210	59,3	59,3	59,3
	No	144	40,7	40,7	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 5 *Distribución de las ayudas por parte del gobierno*

El 55% recibió algún tipo de ayuda de instituciones humanitarias/sociales durante el COVID-19, de este porcentaje el 79% considera que esta ayuda fue suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

Tabla 15 *Ayuda de instituciones humanitarias/sociales durante la pandemia por COVID-19*

P16. ¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA DE INSTITUCIONES HUMANITARIAS/SOCIALES DURANTE EL COVID-19?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	196	55,4	55,4	55,4
	Sí	157	44,4	44,4	99,7
	No sabe/ No responde	1	,3	,3	100,0
Total		354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 16 Satisfacción de necesidades básicas

P17. (SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SÍ), ¿LA AYUDA RECIBIDA FUE SUFICIENTE PARA SATISFACER SUS NECESIDADES BÁSICAS?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	141	39,8	79,2	79,2
	3	27	7,6	15,2	94,4
	1	4	1,1	2,2	96,6
	2	4	1,1	2,2	98,9
	5	2	,6	1,1	100,0
	Total	178	50,3	100,0	
Perdidos	9999	176	49,7		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia. Nota: Corresponde 5. Muy satisfecho, 4. Satisfecho, 3. Normal, 2. Poco satisfecho, 1. Nada satisfecho.

Las EPS principales a las que se encontraban afiliados los encuestados son NUEVA EPS (25%), SALUD TOTAL (21%), SAVIA SALUD (20%), COOSALUD (14%), SURA (12%)

Tabla 17 Acceso a los servicios de salud según EPS de afiliación

P18. ¿USTED A QUÉ EPS SE ENCONTRABA AFILIADO ENTRE LOS AÑOS 2020-2022?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NUEVA EPS	88	24,9	24,9	24,9
	SALUD TOTAL	72	20,3	20,3	45,2
	SAVIA SALUD	70	19,8	19,8	65,0
	COOSALUD	50	14,1	14,1	79,1
	SURA	41	11,6	11,6	90,7
	SANITAS	19	5,4	5,4	96,0
	Coomeva	2	,6	,6	96,6

COOMEVA	2	,6	,6	97,2
AIC - Asociación Indígena del Cauca	1	,3	,3	97,5
Coomeva EPS	1	,3	,3	97,7
En el 2020 no estaba afiliada, después de eso sí.	1	,3	,3	98,0
Magisterio	1	,3	,3	98,3
No tenía EPS	1	,3	,3	98,6
POLICIA NACIONAL	1	,3	,3	98,9
Sanidad militar	1	,3	,3	99,2
Sanidad Policial	1	,3	,3	99,4
Sisbén	1	,3	,3	99,7
Subsidiado	1	,3	,3	100,0
Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

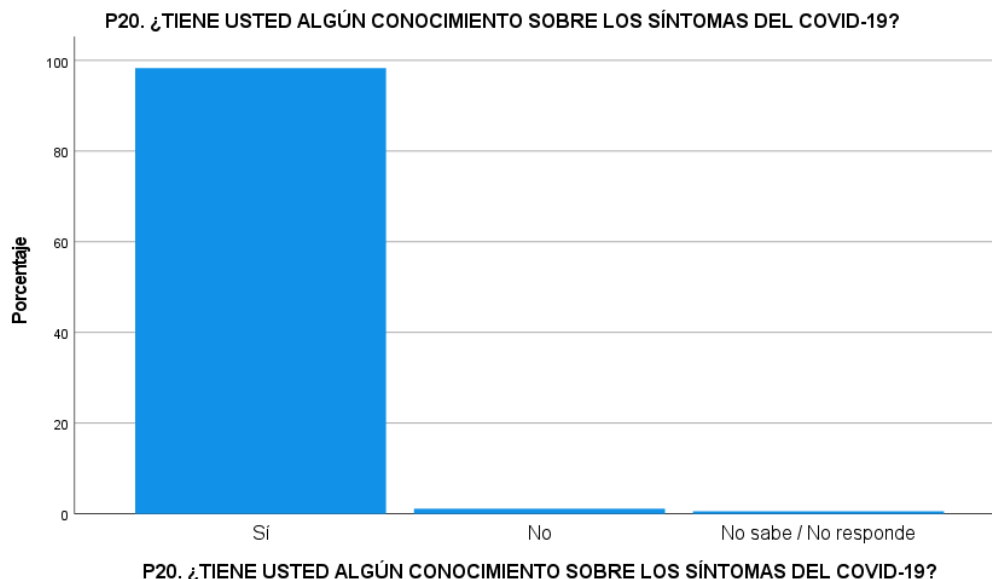
El 98% de los encuestados manifestó tener algún conocimiento sobre los síntomas del COVID 19 y solo el 1% expresó no tener ninguna información.

Tabla 18 Conocimiento sobre los síntomas del COVID-19

P20. ¿TIENE USTED ALGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DEL COVID-19?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	348	98,3	98,3	98,3
	No	4	1,1	1,1	99,4
	No sabe / No responde	2	,6	,6	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 6 *Conocimientos sobre los síntomas del COVID-19*

Con relación a la pregunta ¿usted o algún miembro de su familia nuclear ha sido diagnosticado al menos una vez con coronavirus (covid19) ?, el 94% respondió que sí y el 6% que no.

De las personas que fueron diagnosticadas el 82% asistió al médico, el 80% recibió algún tipo de ayuda económica y el 20% no recibió ningún tipo de ayuda económica.

Tabla 19 *Diagnóstico de COVID 19 en el hogar*

P21. ¿USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA NUCLEAR HA SIDO DIAGNOSTICADO AL MENOS UNA VEZ CON CORONAVIRUS (COVID19)?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	331	93,5	93,5	93,5
	No	22	6,2	6,2	99,7
	No sabe / No responde	1	,3	,3	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20 Distribución porcentual de la Asistencia al médico

P22. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿EN ESA OCASIÓN FUERON AL MÉDICO?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	291	82,2	86,4	86,4
	No	43	12,1	12,8	99,1
	No sabe / No responde	3	,8	,9	100,0
	Total	337	95,2	100,0	
Perdidos	9999	17	4,8		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 21 Tipo de ayuda recibida por parte del gobierno durante la pandemia

P23. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) QUÉ TIPO DE AYUDA RECIBIÓ POR PARTE DEL GOBIERNO DURANTE LA PANDEMIA (PUEDE SELECCIONAR VARIAS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ayuda económica, Ayuda en el pago de servicios de salud (diferente a la EPS)	58	16,4	17,6	17,6
	No recibí ningún tipo de ayuda	58	16,4	17,6	35,2
	Ayuda económica	55	15,5	16,7	51,8
	Ayuda en alimentación (mercado), Ayuda en el pago de servicios de salud (diferente a la EPS)	47	13,3	14,2	66,1
	Ayuda económica, Ayuda en alimentación (mercado), Ayuda en el pago de servicios de salud (diferente a la EPS)	46	13,0	13,9	80,0

	Ayuda económica, Ayuda en alimentación (mercado)	31	8,8	9,4	89,4
	Ayuda en alimentación (mercado)	17	4,8	5,2	94,5
	Ayuda en el pago de servicios de salud (diferente a la EPS)	13	3,7	3,9	98,5
	Ayuda económica, Ayuda en alimentación (mercado), Ayuda en transporte	1	,3	,3	98,8
	Ayuda en alimentación (mercado), Ayuda en transporte, Ayuda en el pago de servicios de salud (diferente a la EPS)	1	,3	,3	99,1
	Ninguna	1	,3	,3	99,4
	No recibí ningún tipo de ayuda,	1	,3	,3	99,7
	No recibí ningún tipo de ayuda, Ayuda en alimentación (mercado)	1	,3	,3	100,0
	Total	330	93,2	100,0	
Perdidos	9999	24	6,8		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

En general los encuestados consideran que la gestión administrativa del alcalde durante la pandemia por COVID 19 fue muy buena en un 3%, buena en un 61%, regular en un 25%, mala en un 5%, adicionalmente consideraron que el sistema de salud del municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes.

Tabla 22 Gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19

P24. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) CONSIDERA QUE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL ALCALDE DURANTE EL TIEMPO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 FUE:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	216	61,0	65,5	65,5
	3	88	24,9	26,7	92,1
	2	9	2,5	2,7	94,8
	5	9	2,5	2,7	97,6
	1	8	2,3	2,4	100,0
	Total	330	93,2	100,0	
Perdidos	9999	24	6,8		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 23 Acceso a los servicios de salud según capacidad económica

P25. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) EL SISTEMA DE SALUD DE MI MUNICIPIO, GARANTIZÓ LA ATENCIÓN EN SALUD DE TODAS LAS PERSONAS SIN IMPORTAR LOS RECURSOS DE LOS PACIENTES

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3	172	48,6	55,1	55,1
	4	109	30,8	34,9	90,1
	2	11	3,1	3,5	93,6
	5	11	3,1	3,5	97,1
	1	9	2,5	2,9	100,0
	Total	312	88,1	100,0	
Perdidos	9999	42	11,9		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia. Nota: Corresponde 5. Totalmente de acuerdo, 4. De acuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 1. Totalmente en desacuerdo

El 52% de las personas conocían cuales centros de salud estaban dentro de la red de servicios de salud disponibles para la atención de COVID 19 cuando se necesitó y el tiempo promedio en días de desplazamiento a los hospitales fue de 3 días.

Tabla 24 Conocimiento de centros de salud disponibles para la atención de COVID 19

P26. ¿CONOCÍA CUÁLES CENTROS DE SALUD ESTABAN DENTRO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN DE COVID 19 CUANDO SE NECESITÓ?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	185	52,3	52,3	52,3
	3	121	34,2	34,2	86,4
	2	21	5,9	5,9	92,4
	5	18	5,1	5,1	97,5
	1	9	2,5	2,5	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Nota: Corresponde 5. Totalmente de acuerdo, 4. De acuerdo, 3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 1. Totalmente en desacuerdo

Tabla 25 Tiempo en desplazamiento al hospital

P27. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CUÁNTO FUE EL TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS, QUE LE SUPUSO DESPLAZARSE A LOS HOSPITALES DE NIVEL I, II O III?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3	82	23,2	30,8	30,8
	5	42	11,9	15,8	46,6
	6	41	11,6	15,4	62,0
	2	36	10,2	13,5	75,6
	4	18	5,1	6,8	82,3
	8	14	4,0	5,3	87,6
	1	13	3,7	4,9	92,5
	7	7	2,0	2,6	95,1
	9	7	2,0	2,6	97,7
	10	3	,8	1,1	98,9
	0	2	,6	,8	99,6
	12	1	,3	,4	100,0
		Total	266	75,1	100,0
Perdidos	9999	88	24,9		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Consideran que el proceso de atención en general fue bueno (50%) y en su mayoría no tuvieron que pagar ningún valor por los servicios de salud recibidos.

Tabla 26 Proceso de atención de la enfermedad

P28. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CÓMO FUE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU ENFERMEDAD (O LA DE ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA), DESDE EL COMIENZO HASTA ESTE MOMENTO EN CUANTO A DIAGNOSTICO?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
--	------------	------------	-------------------	----------------------

Válido	4	167	47,2	55,7	55,7
	3	105	29,7	35,0	90,7
	2	12	3,4	4,0	94,7
	5	9	2,5	3,0	97,7
	1	7	2,0	2,3	100,0
	Total	300	84,7	100,0	
Perdidos	9999	54	15,3		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Nota: Corresponde 5. Muy bueno, 4. Bueno, 3. Regular, 2. Malo, 1. Muy malo

Tabla 27 Pago de los servicios de salud

P36. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) POR LOS SERVICIOS DE SALUD TUVO QUE PAGAR ALGÚN VALOR POR:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tuve que pagar ningún valor	159	44,9	46,2	46,2
	Consulta, Medicamentos	117	33,1	34,0	80,2
		37	10,5	10,8	91,0
	Hospitalización	10	2,8	2,9	93,9
	Medicamentos	7	2,0	2,0	95,9
	Consulta	5	1,4	1,5	97,4
	no asistí	2	,6	,6	98,0
	Ayudas Diagnósticas	1	,3	,3	98,3
	Consulta, Ayudas Diagnósticas	1	,3	,3	98,5
	Consulta, Hospitalización	1	,3	,3	98,8
	Consulta, Medicamentos, No tuve que pagar ningún valor,	1	,3	,3	99,1
	Copago	1	,3	,3	99,4
	NO	1	,3	,3	99,7
	No use los servicios	1	,3	,3	100,0
	Total	344	97,2	100,0	
Perdidos	9999	10	2,8		

Total	354	100,0		
-------	-----	-------	--	--

Fuente: Elaboración propia

El 56% opinó haber recibido seguimiento de la enfermedad por algún profesional y el 67% quedó satisfecho con el seguimiento realizado.

Tabla 28 Distribución porcentual del Seguimiento a la enfermedad

P40. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿ALGÚN PROFESIONAL LE HIZO SEGUIMIENTO A LA ENFERMEDAD SUYA O DE ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	197	55,6	57,3	57,3
	No	103	29,1	29,9	87,2
	9999.0	34	9,6	9,9	97,1
	No sabe/No responde	10	2,8	2,9	100,0
	Total	344	97,2	100,0	
Perdidos	9999	10	2,8		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 29 Distribución porcentual de cómo fue el seguimiento a la enfermedad.

P41. SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE ¿CÓMO LE FUE CON EL SEGUIMIENTO?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	125	35,3	62,5	62,5
	3	54	15,3	27,0	89,5
	5	9	2,5	4,5	94,0
	2	8	2,3	4,0	98,0
	1	4	1,1	2,0	100,0
	Total	200	56,5	100,0	
Perdidos	Sistema	90	25,4		

9999	64	18,1		
Total	154	43,5		
Total	354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Nota: Corresponde 5. Muy bien, 4. Bien, 3. Regular, 2. Malo, 1. Muy malo

El 41% expresó haber recibido negación en algún momento en la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19, sobre todo en la asignación de citas prioritarias y en la consulta de urgencias.

Tabla 30 Distribución porcentual de la Negación en la prestación del servicio

P44. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿EN ALGÚN MOMENTO A USTED O A UN FAMILIAR LE NEGARON LA PRESTACIÓN DE ALGÚN SERVICIO DE SALUD RELACIONADO CON EL COVID 19?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SÍ	142	40,1	41,3	41,3
	No	93	26,3	27,0	68,3
	NO SABE/ NO RESPONDE	73	20,6	21,2	89,5
	9999.0	20	5,6	5,8	95,3
		16	4,5	4,7	100,0
	Total	344	97,2	100,0	
Perdidos	9999	10	2,8		
Total		354	100,0		

Fuente: Elaboración propia

Tabla 31 Negación de que tipo de la prestación del servicio**P45. ¿SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI, ESPECIFIQUE CUÁL?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	9999.0	170	48,0	53,3	53,3
	Cita prioritaria	53	15,0	16,6	69,9
	Urgencia	38	10,7	11,9	81,8
	Consulta	24	6,8	7,5	89,3
	Urgencia, Cita prioritaria	22	6,2	6,9	96,2
	Cita prioritaria, Consulta	3	,8	,9	97,2
	Urgencia, Consulta	3	,8	,9	98,1
	Cita prioritaria, Internación	2	,6	,6	98,7
	Ninguna	1	,3	,3	99,1
	Ninguno	1	,3	,3	99,4
	No	1	,3	,3	99,7
	NO	1	,3	,3	100,0
	Total	319	90,1	100,0	
Perdidos	9999	35	9,9		
Total	354	100,0			

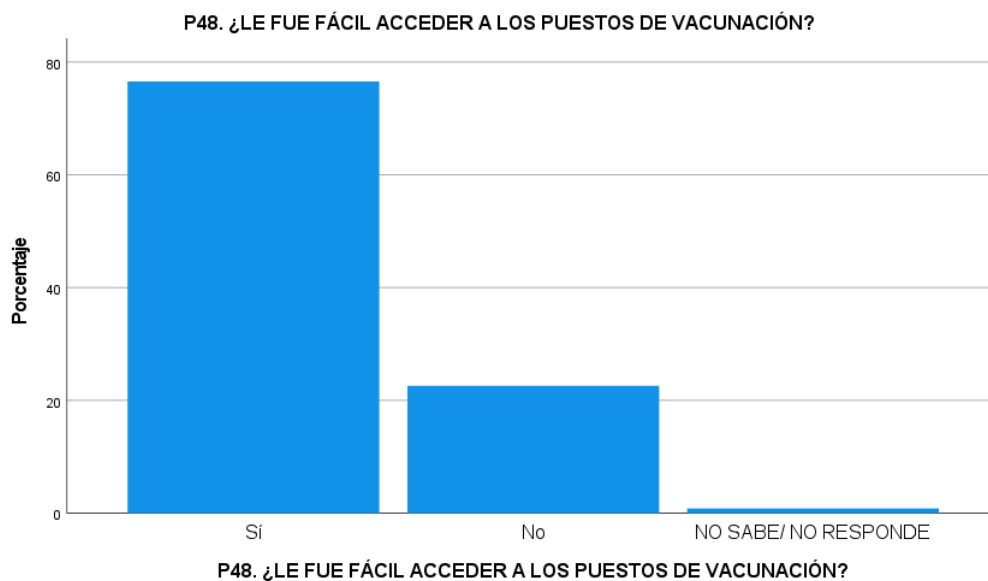
Fuente: Elaboración propia

Acceder a los puestos de vacunación fue fácil (77%) y consideran que los horarios establecidos para la vacunación fueron adecuados (57%) y al momento de ir a vacunarse estaban disponibles las vacunas (96%).

Tabla 32 Distribución porcentual del Acceso a los puestos de vacunación**P48. ¿LE FUE FÁCIL ACCEDER A LOS PUESTOS DE VACUNACIÓN?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	271	76,6	76,6	76,6
	No	80	22,6	22,6	99,2
	NO SABE/ NO RESPONDE	3	,8	,8	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Figura 7 Acceso a los puestos de vacunación**Tabla 33** Horario de los puestos de vacunación

**P49. CONSIDERA QUE LOS HORARIOS PARA LA VACUNACIÓN
FUERON:**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	176	49,7	49,7	49,7
	3	79	22,3	22,3	72,0
	2	68	19,2	19,2	91,2
	5	20	5,6	5,6	96,9
	1	11	3,1	3,1	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

Tabla 34 Distribución porcentual de la Disponibilidad de las vacunas**P50. ¿AL MOMENTO DE IR A VACUNARSE ESTABAN DISPONIBLES LAS VACUNAS?**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	338	95,5	95,5	95,5
	No	14	4,0	4,0	99,4
	NO SABE/ NO RESPONDE	2	,6	,6	100,0
	Total	354	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia

PRINCIPALES HALLAZGOS

En cuanto a la gestión administrativa del alcalde durante la pandemia, la media (3,63) refleja una percepción generalmente con tendencia positiva sobre su desempeño. El conocimiento de los centros de salud disponibles fue mayoritario, con una media de 3,51, indicando que la mayoría estaba al tanto de estos centros para la atención de COVID-19. Además, respecto al proceso de atención médica en diagnóstico, intervención y tratamiento, la percepción general fue positiva, con medias alrededor de 3,5 al 4. Sin embargo, aspectos como la accesibilidad a servicios de salud y su trayecto aún tienen margen de mejora, ya que los puntajes medios indican una evaluación aceptable, alrededor de 3,5-3,6.

En términos generales, los resultados obtenidos de la encuesta sobre la experiencia de la población durante la pandemia de COVID-19 ofrecieron una visión bien detallada y esencial para comprender el acceso a la atención médica, las percepciones gubernamentales, la calidad de los servicios de salud y el progreso de la campaña de vacunación. Estos hallazgos son de suma relevancia para la investigación, ya que proporcionan una comprensión integral de los desafíos y logros durante la crisis sanitaria.

Durante la pandemia, se constató que el 93,5% de los encuestados o sus familiares recibieron un diagnóstico de COVID-19, y dentro de ese grupo, un significativo 82,2% buscó atención médica. Estos datos resultan esenciales para comprender la demanda de servicios de salud y la respuesta de la población ante la enfermedad, resaltando la importancia de evaluar la accesibilidad y calidad de la atención sanitaria.

La ausencia de ayuda gubernamental fue notoria, ya que el 93,2% no recibió ningún tipo de apoyo durante la pandemia. Esta situación plantea la necesidad urgente de estrategias gubernamentales más efectivas para brindar asistencia a quienes la necesitan en tiempos de crisis similar. Además, la percepción sobre la gestión administrativa del alcalde, considerada adecuada por el 61% de los encuestados, destaca la importancia de evaluar la satisfacción y confianza en las autoridades gubernamentales en situaciones de emergencia.

En lo que respecta a la disponibilidad y calidad de los servicios de salud, el 48,6% opinó que el sistema de salud brindó atención para todos, independientemente de los recursos, mientras que alrededor de la mitad (52,3%) estaba informada sobre los centros de salud disponibles para el tratamiento del COVID-19. Estos resultados subrayan la importancia de mejorar la comunicación y facilitar el acceso a los servicios médicos, garantizando que la población esté al tanto de los recursos disponibles para recibir atención sanitaria.

La experiencia general en el proceso de atención médica fue positiva para la mayoría, con un 55,7% reportando una experiencia muy positiva o positiva en el diagnóstico, intervención, tratamiento y rehabilitación. Esta percepción positiva subraya la importancia de mantener y mejorar la calidad de la atención médica durante situaciones de crisis.

En el ámbito financiero de la atención médica, el 46,2% de la población no tuvo que desembolsar dinero por los servicios de salud relacionados con el COVID-19, y entre aquellos que realizaron pagos, la mayoría (58%) consideró que el costo fue razonable. Estos datos resaltan la importancia de evaluar el impacto económico en la accesibilidad a los servicios médicos, enfatizando la necesidad de asegurar que el costo no se convierta en una barrera para la atención sanitaria. En contraste, la exitosa campaña de vacunación, que alcanzó una tasa de vacunación superior al 95%, respaldada por una alta disponibilidad (95,5%) y facilidad de acceso a los puntos de vacunación (76,6%), evidencia la eficacia de la respuesta en la distribución y administración de vacunas.

Durante la pandemia de COVID-19, múltiples factores se entrelazaron para crear tanto facilitadores como limitantes en el acceso a los servicios de salud, reflejando así la complejidad del panorama sanitario. El número de niños en el hogar emergió como un

posible limitante, implicando que hogares con una mayor cantidad de niños podrían haber enfrentado desafíos logísticos adicionales para acceder a la atención médica, dada la necesidad de cuidado adicional y la posible complicación en la movilidad.

La percepción sobre la suficiencia de la ayuda gubernamental y la gestión administrativa del alcalde tuvieron un impacto relevante. La consideración de una ayuda insuficiente implicó posibles dificultades financieras que podrían haber limitado el acceso a la atención médica debido a los costos asociados. Asimismo, una percepción negativa sobre la gestión gubernamental podría haber influenciado la disponibilidad de recursos y la organización de los servicios de salud, potencialmente afectando negativamente el acceso a la atención médica.

La garantía de atención en salud sin importar recursos se presentó como un punto clave. Aunque la evaluación general fue positiva, es plausible que existieran desigualdades en la prestación de servicios, creando barreras para aquellos con menos recursos económicos o información limitada. La relevancia del conocimiento sobre los centros de salud disponibles se hizo evidente, siendo un factor crucial para acceder a la atención adecuada; aquellos menos informados podrían haber enfrentado mayores dificultades.

El tiempo de desplazamiento a hospitales se erigió como una barrera potencial, especialmente para aquellos con limitaciones de transporte o que vivían lejos de los centros de salud. Aunque la percepción general sobre el proceso de atención médica fue positiva, cualquier demora en los procesos diagnósticos, de intervención o tratamiento podría haber limitado la efectividad del cuidado.

La accesibilidad y el trayecto hacia los servicios de salud también se perfilan como potenciales limitantes, particularmente para personas con limitaciones de movilidad o menor conocimiento sobre cómo acceder a los servicios. Los largos tiempos de espera para la toma de paraclínicos ambulatorios podrían haber desmotivado la búsqueda de atención médica, especialmente si la necesidad era urgente o si se percibía una falta de eficiencia en el servicio.

Finalmente, la percepción sobre el costo de los servicios de salud mostró su relevancia, ya que aquellos que percibían altos costos podrían haber enfrentado barreras

financieras que obstaculizaron o retrasaron la búsqueda de atención médica. Estos factores, interrelacionados de manera compleja, delinearon las barreras de acceso a los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19, evidenciando áreas de oportunidad para abordar las desigualdades y mejorar la accesibilidad a la atención médica.

Medellín, a diferencia de otras ciudades del país, se anticipó a la propagación del Coronavirus, se planearon distintas estrategias como la mitigación de impactos económicos y la habilitación en tiempo récord de nuevas camas hospitalarias, para atender no solo a la población enferma de Covid-19 sino también a pacientes que padecían otras enfermedades. (Alcaldía de Medellín, 2021)

Según el portal MEDdata, Medellín tenía una capacidad total de 480 cama UCI para pacientes y con el apoyo del gobierno nacional y del sector empresarial privado se logró aumentar a 1474, un crecimiento del 307%, este esfuerzo requirió inversiones alrededor de US\$ 26 millones del sector público y de US\$ 10 millones del sector privado. (MEDdata, 2021).

Medellín se diferenció de otras regiones del país por haber implementado herramientas tecnológicas y de información. Desarrolló y aplicó herramientas tecnológicas de cuarta generación como la Big data, entre otras, todo esto dentro una estrategia global integral, usando la plataforma llamada “Medellín me Cuida”, que tenía más de 2 millones de personas registradas. Se logró un mapeo de toda la ciudad, ayudando a mejorar la georreferenciación de todo el territorio por barrios, brindando un conocimiento preciso y clave sobre la población vulnerable, por medio de esto fue posible determinar casos prematuros y vinculados, en ocasiones sin requerir asistir a los centros de salud, también permitió monitorear brotes infecciosos y proteger la vida a los demás habitantes. El fortalecimiento de la red hospitalaria durante la pandemia permitió disminuir los riesgos de saturación del sistema de salud que pusieran en peligro el número de pacientes que debían ingresar. (Alcaldía de Medellín, 2022)

Medellín contó también con el apoyo del empresariado antioqueño y la alcaldía de Medellín organizó el “Donatón por Medellín” lo que permitió contar con recursos para ayudar a la población vulnerable (La Libertad, 2020).

En Colombia el tiempo promedio de estadía de un paciente positivo de COVID-19 en la UCI fue de 10 días, en Medellín este periodo fue de siete días, esto se consiguió a través de un proceso de autocuidado y prevención del contagio. Para Bladimir Gil, jefe médico de la UCI/UCE de la Clínica de las Américas, Medellín hizo un buen trabajo de ciudad, los profesionales de la salud, específicamente los intensivistas, estuvieron en permanente contacto con la Secretaría de Salud de Medellín, para crear planes de emergencia para cuando la curva de contagios alcanzara su pico más alto (MEDdata, 2021).

La implementación de un mayor número de pruebas diagnósticas permitió aislar más rápidamente a los contagiados y el seguimiento de las personas y sus contactos a través del uso de las redes de telefonía móvil, fueron elementos que permitieron sostener de manera controlada la actividad económica durante períodos más largos de tiempo sin comprometer la salud pública. (Alcaldía de Medellín, 2021)

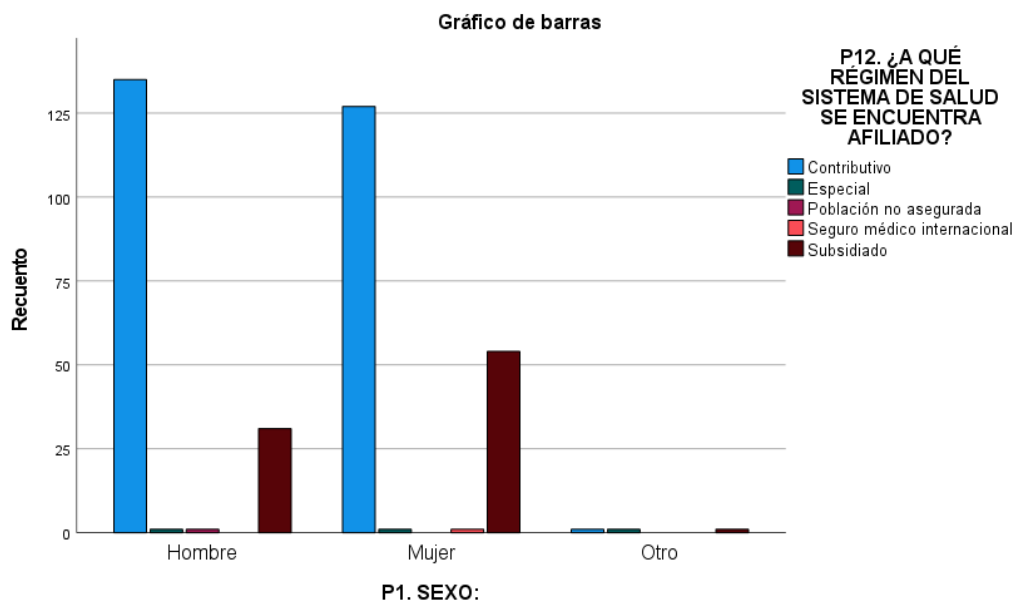
Otras herramientas tecnológicas con las que se contaron fueron plataformas, emisoras de radio y televisión pública, entre otras, ayudaron como vehículos de información, educación, compañía, lugares de encuentro y movilización social y fueron fundamentales para suplir la distancia física.

6.2 Resultados Bivariados

A continuación, se presentarán algunos de los resultados obtenidos de las diferentes relaciones entre pares de variables cualitativas de la investigación que fueron de interés para mostrar. Al mismo tiempo se mostrarán los resultados estadísticamente significativos, con un nivel de significación del 5%, pero es posible que algunas relaciones de interés no cumplan, pero aun decidan mostrarse por vislumbrar intereses para desarrollos futuros en esta área.

La figura 8 muestra la relación entre el régimen de salud en que se encontraba el afiliado con relación al sexo. Se evidencia que existe una relación estadística altamente significativa con un p-valor de 0,001 o menor, según la prueba chi cuadrado de Pearson. Esto significa que la relación entre estar afiliado a un régimen de salud difiere entre el sexo. Particularmente entre hombres y mujeres, con una significación del 5%.

Figura 8 Relación entre el régimen de salud en que se encuentra afiliado vs el sexo



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 46,330 (p-valor <0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%.

Seguidamente, en la tabla 35 se observa si la pandemia del covid-19 afectó las fuentes de ingresos del entrevistado con relación al sexo. También se observa una relación altamente significativa entre estas 2 variables, lo que significa que hay diferencias por sexo, es decir, entre hombres y mujeres, en cuanto a la afectación de ingresos económicos por la pandemia del COVID-19, con una significación del 5%. En ese sentido, se puede afirmar que la pandemia posiblemente afectó mayoritariamente a las mujeres que a los hombres.

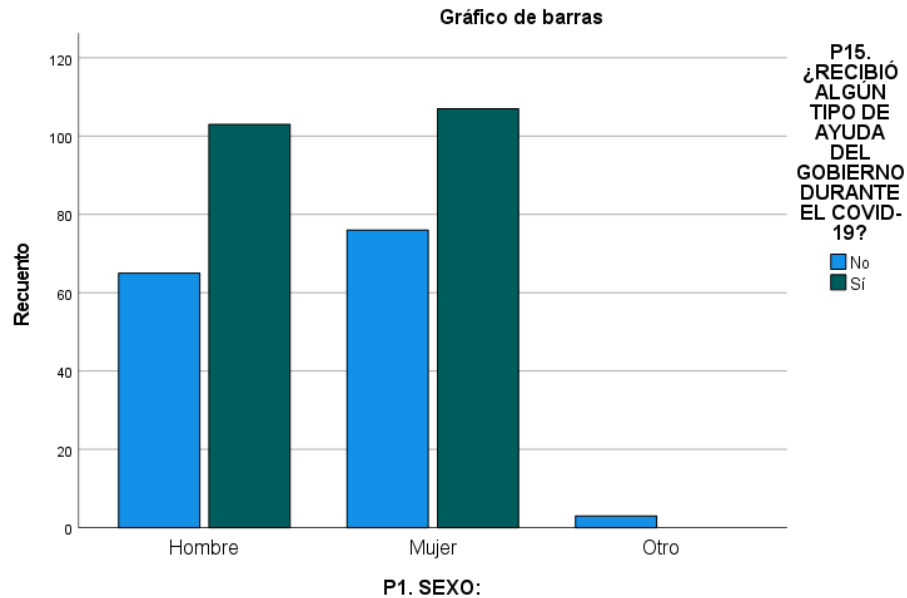
Tabla 35 La pandemia del covid-19 afectó sus fuentes de ingresos económicos vs sexo.

Sexo		Afectación		Total
		No	Sí	
Hombre	n	19	149	168
	%	11,30%	88,70%	100,00%
Mujer	n	26	157	183
	%	14,20%	85,80%	100,00%
Otro	n	3	0	3
	%	100,00%	0,00%	100,00%
Total	n	48	306	354
	%	13,60%	86,40%	100,00%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 19,916 (p-valor <0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%.

En la figura 9, si observa la relación entre, si recibir un tipo de ayuda por parte del Gobierno con relación al COVID 19, tenía relación con respecto al sexo, es decir, si había diferencias. Entre hombres y mujeres, estadísticamente. La relación que se observa es una relación significativa sólo al 10%, pero es importante resaltar que el tipo de ayuda fue diferente entre hombres y mujeres. En ese sentido, parece ser que el tipo de ayuda fue mayoritariamente superior en mujeres que en hombres.

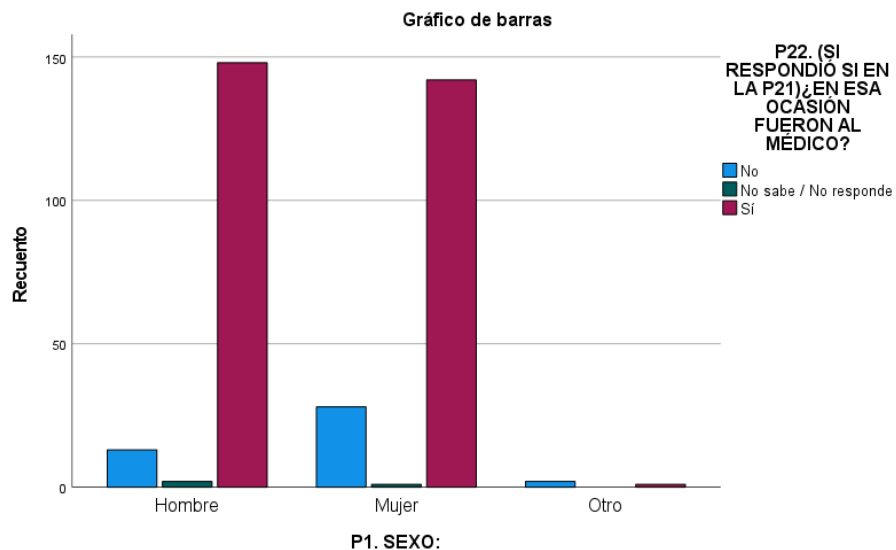
Figura 9 ¿Recibió algún tipo de ayuda del gobierno durante el covid-19? Vs el sexo



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 4,705 (p-valor = 0,095). Indicando asociación estadística significativa al 10%.

En la figura 10 se observa si el haber sido afectado por el COVID-19, fueron el médico con relación al sexo es importante destacar las diferencias entre hombres y mujeres. En relación si fueron al médico o no. El volumen de mujeres fue mayoritariamente superior estadísticamente que los hombres con un nivel de significación del 5%, en cuanto a ir al médico después de haber sido afectado por el COVID-19 en la pandemia.

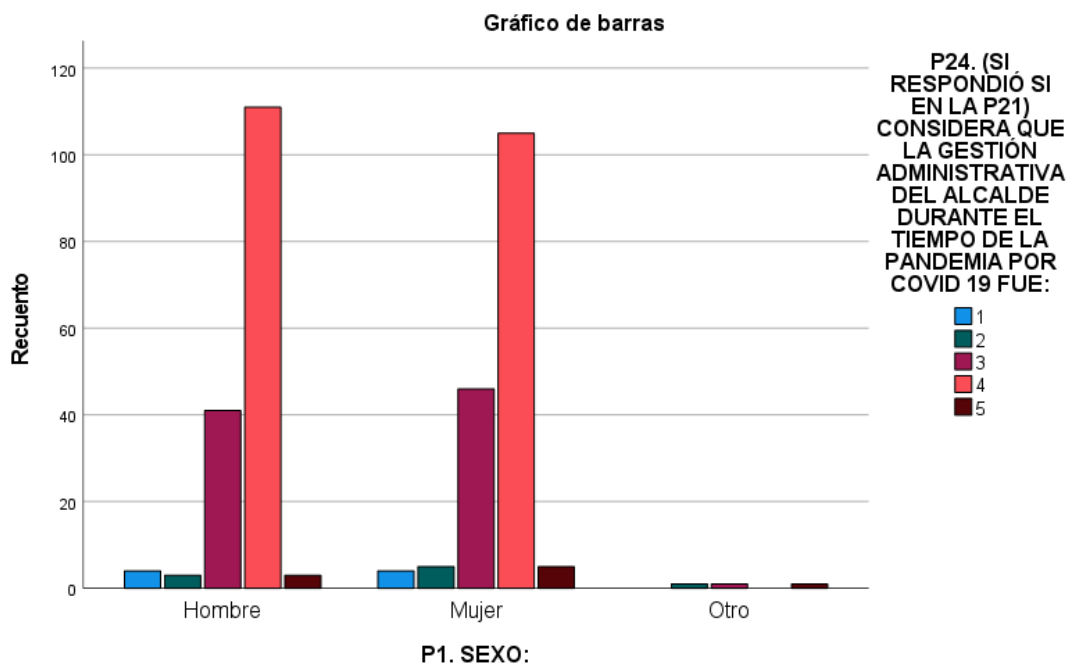
Figura 10 (Si respondió si en la anterior) ¿en esa ocasión fueron al médico? Vs el sexo



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 13,488 (p-valor = 0,009). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%.

Seguidamente, en la figura 11 se destaca la relación entre la gestión administrativa por parte del alcalde durante los tiempos de pandemia en relación con la al COVID-19 versus el sexo. En la relación se destaca ser significativa en cuanto a la opinión diferente entre hombres y mujeres. En ese sentido, Se destaca que las mujeres tienen una tendencia a calificar un poco peor la gestión administrativa en tiempos de pandemia que los hombres, con una significación del 5%.

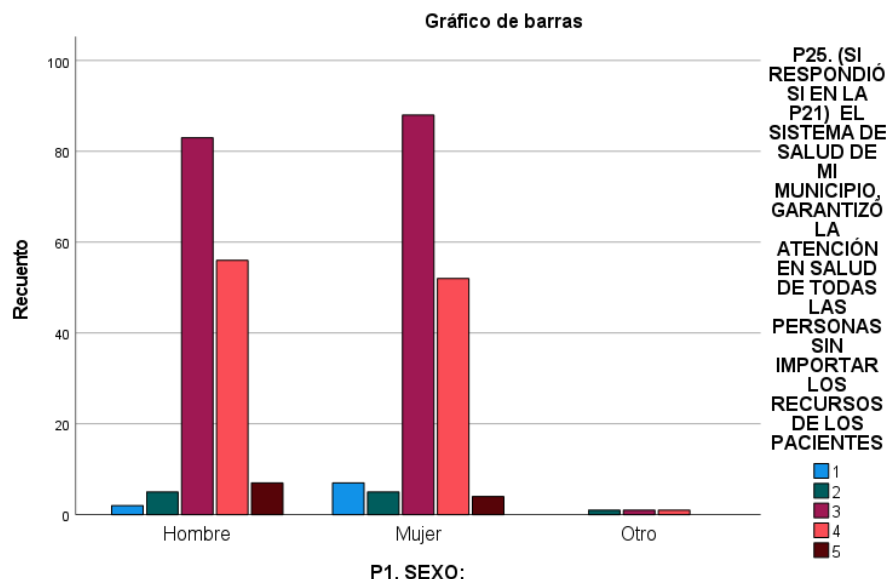
Figura 11 La gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID- 19 vs el sexo



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 24,236 (p-valor = 0,002). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficiente a el valor 5: excelente.

La figura 12 se muestra la relación entre el sistema de salud del municipio al garantizar la atención de salud de todas las personas en relación con el sexo, se observa una relación levemente significativa. Sin embargo, no alcanza a ser significativa al 10%, pero indica algunas tendencias que muestran que las mujeres tienden a calificar de regular la tendencia en relación con los hombres, que tienen a calificar un poco mejor la atención de las personas sin importar los recursos de los pacientes.

Figura 12 El sistema de salud de mi municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes vs el sexo



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 11,988 (p-valor = 0,152). No Indicando asociación estadística al 5%. El puntaje va desde el valor 1: Totalmente en desacuerdo a el valor 5: totalmente de acuerdo.

En la tabla 36 se muestra la relación con respecto al sexo en cuanto al conocimiento de la red de servicios disponibles para la atención del COVID-19. Se observa una leve tendencia en cuanto a que los hombres tienden a calificar un poco mejor el conocimiento de la disponibilidad de atención al servicio en relación con las mujeres. Sin embargo, esta relación no alcanza a ser estadísticamente significativa al 10% siquiera, pero resaltamos la importancia de mostrarla para futuras relaciones.

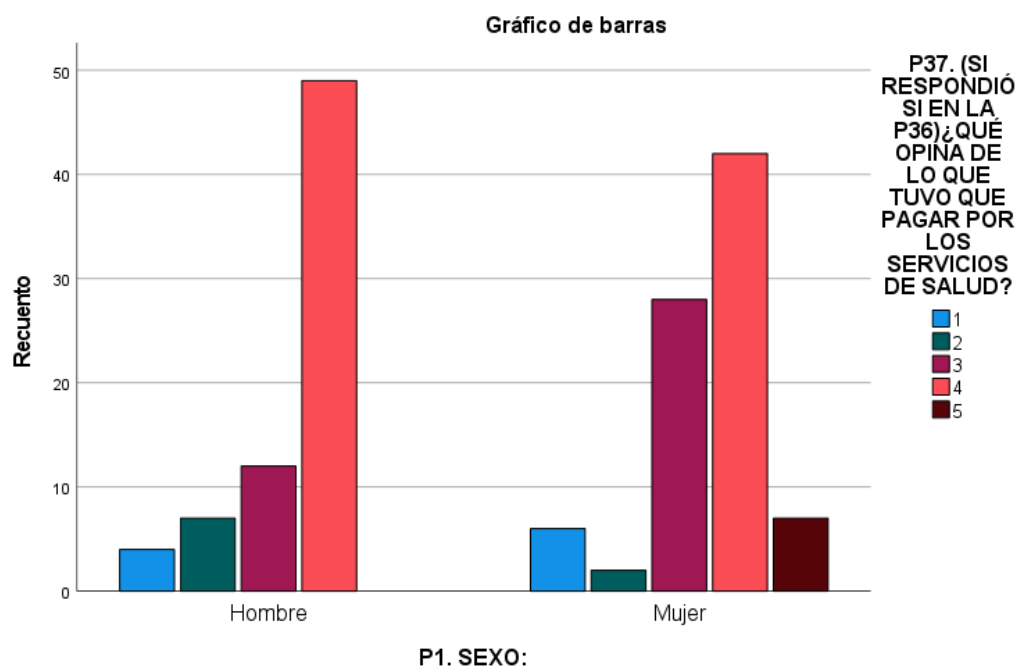
Tabla 36 ¿Conocía cuáles centros de salud estaban dentro de la red de servicios de salud disponibles para la atención de COVID 19 cuando se necesitó? vs sexo.

Sexo	¿Conocía cuáles centros de salud estaban dentro de la red de servicios de salud disponibles para la atención de COVID 19 cuando se necesitó?					Total
	1	2	3	4	5	

Hombre	n	2	9	58	94	5	168
	%	1,20%	5,40%	34,50%	56,00%	3,00%	100,00%
Mujer	n	7	11	63	89	13	183
	%	3,80%	6,00%	34,40%	48,60%	7,10%	100,00%
Otro	n	0	1	0	2	0	3
	%	0,00%	33,30%	0,00%	66,70%	0,00%	100,00%
Total	n	9	21	121	185	18	354
	%	2,50%	5,90%	34,20%	52,30%	5,10%	100,00%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 11,502 (p-valor = 0,175). No indicando asociación estadística. El puntaje va desde el valor 1: ningún conocimiento a el valor 5: total conocimiento.

Figura 13 ¿qué opina de lo que tuvo que pagar por los servicios de salud? vs el sexo



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 16,151 (p-valor = 0,003). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: Totalmente en desacuerdo a el valor 5: totalmente de acuerdo.

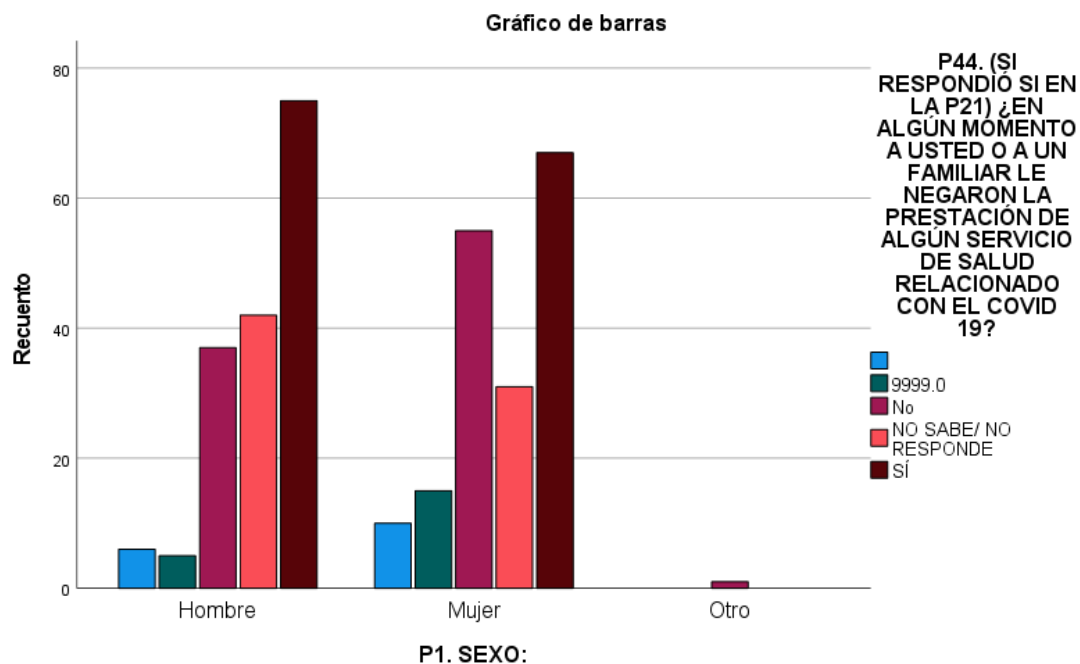
Tabla 37 Si respondió afirmativamente ¿cómo le fue con el seguimiento? vs sexo.

			SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE ¿CÓMO LE FUE CON EL SEGUIMIENTO?					Total
			1	2	3	4	5	
SEXO:	Hombre	n	2	7	33	55	4	101
		%	2,00%	6,90%	32,70%	54,50%	4,00%	100,00%
	Mujer	n	2	1	21	70	5	99
		%	2,00%	1,00%	21,20%	70,70%	5,10%	100,00%
Total	n		4	8	54	125	9	200
	%		2,00%	4,00%	27,00%	62,50%	4,50%	100,00%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 9,059 (p-valor = 0,06). Indicando asociación estadísticamente significativa al 10%. El puntaje va desde el valor 1: muy mal a el valor 5: excelente.

En la figura 14 se muestra la relación entre si algún momento algún familiar o al usuario le negaron la prestación del servicio relacionado con el COVID-19 en relación con el sexo. Se observa una leve tendencia en cuanto al negarles más a los hombres que a las mujeres, pero también se observa la tendencia de que a las mujeres les negaron un poco menos el servicio que a los hombres. Esta relación estadística es significativa al 10%

Figura 14 ¿En algún momento a usted o a un familiar le negaron la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19? vs el sexo



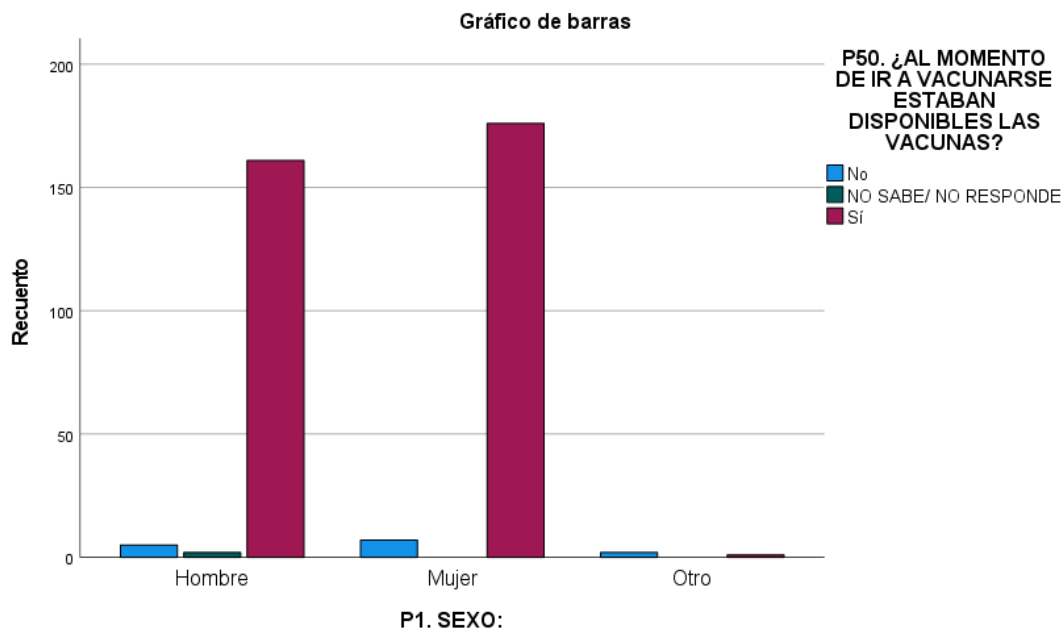
Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 13,868 (p-valor = 0,085). Indicando asociación estadísticamente significativa al 10%. El valor 9999 es dato perdido, no tenido en cuenta en los análisis.

Tabla 38 Considera que los horarios para la vacunación fueron: vs sexo

			CONSIDERA QUE LOS HORARIOS PARA LA VACUNACIÓN FUERON:					Total
			1	2	3	4	5	
SEXO:	Hombre	n	4	30	38	90	6	168
		%	2,40%	17,90%	22,60%	53,60%	3,60%	100,00%
	Mujer	n	5	37	41	86	14	183
		%	2,70%	20,20%	22,40%	47,00%	7,70%	100,00%
	Otro	n	2	1	0	0	0	3
		%	66,70%	33,30%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%
Total		n	11	68	79	176	20	354
		%	3,10%	19,20%	22,30%	49,70%	5,60%	100,00%

Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 45,633 (p-valor < 0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficientes a el valor 5: excelentes.

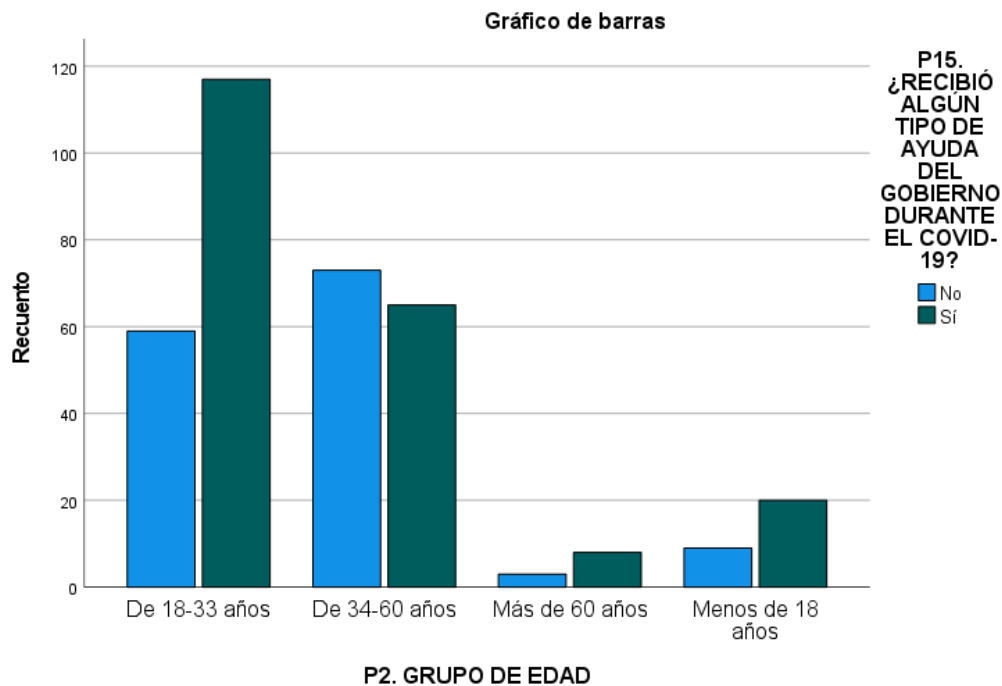
Figura 15 *¿Al momento de ir a vacunarse estaban disponibles las vacunas vs el sexo*



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 33,687 (p-valor < 0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%.

En la figura 15 se evidencia que al momento de ir a vacunarse las mujeres contaron con mayor disponibilidad de vacunas que los hombres.

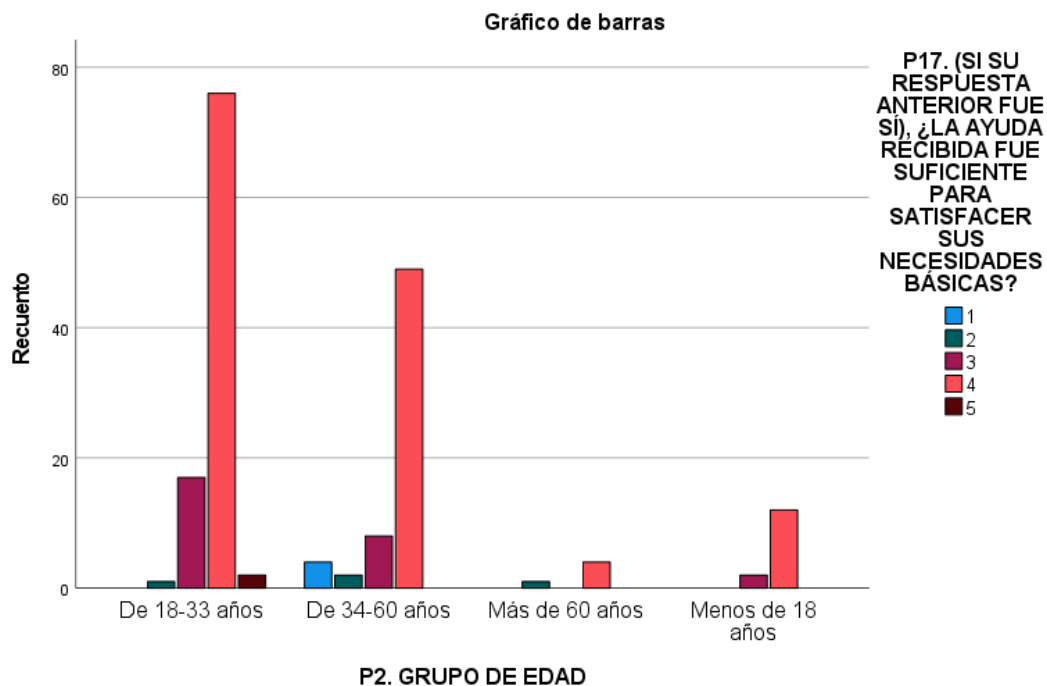
Figura 16 ¿Recibió algún tipo de ayuda del gobierno durante el covid-19? vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 14,211 (p-valor =0,003). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%.

La figura 16 nos muestra que el rango de edad de 18 a 33 años fueron los que más recibieron algún tipo de ayuda del gobierno durante la pandemia por COVID 19.

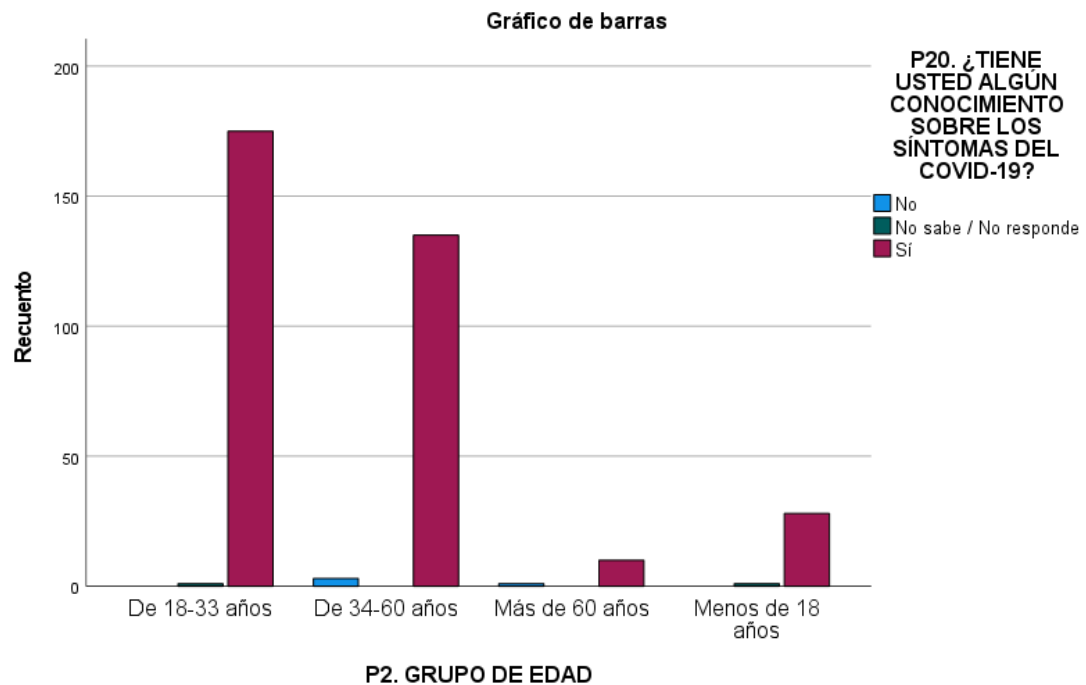
Figura 17 ¿La ayuda recibida fue suficiente para satisfacer sus necesidades básicas? vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 18,718 (p-valor = 0,096). Indicando asociación estadística altamente significativa al 10%.

El grupo de edad de 18 a 33 años considera que la ayuda recibida por el gobierno fue suficiente para satisfacer sus necesidades básicas.

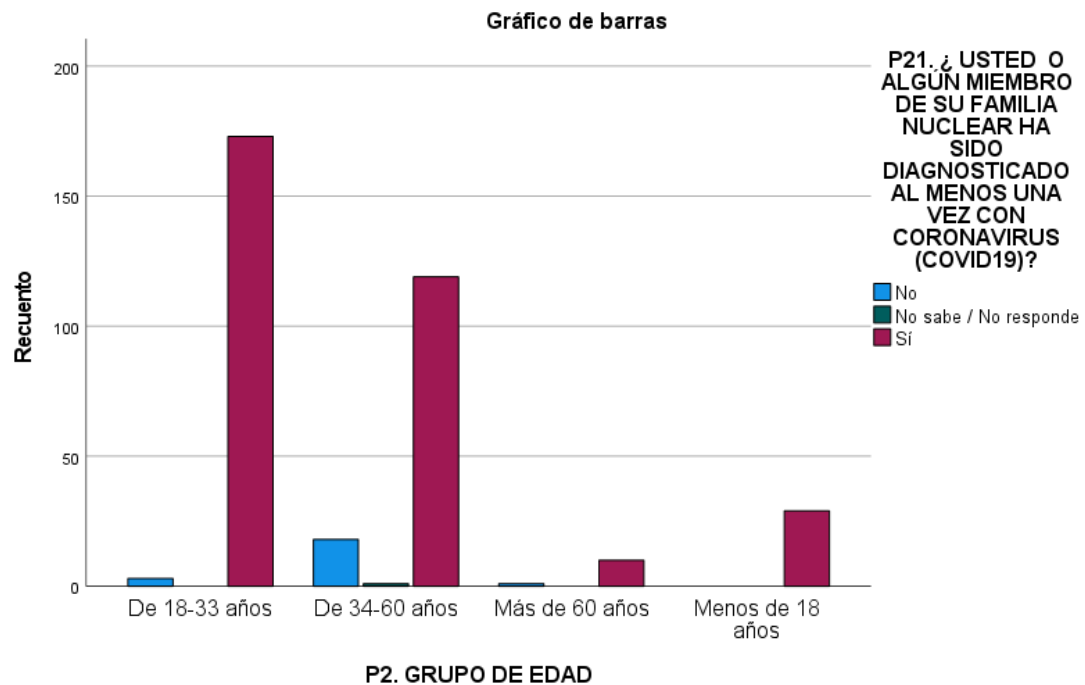
Figura 18 ¿Tiene usted algún conocimiento sobre los síntomas del covid-19? vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 15,023 (p-valor = 0,02). Indicando asociación estadística altamente significativa al 10%.

Las personas que más tenían conocimiento sobre los síntomas de COVID 19 están entre los 18 y 33 años, seguidos por el rango de 34-60 años.

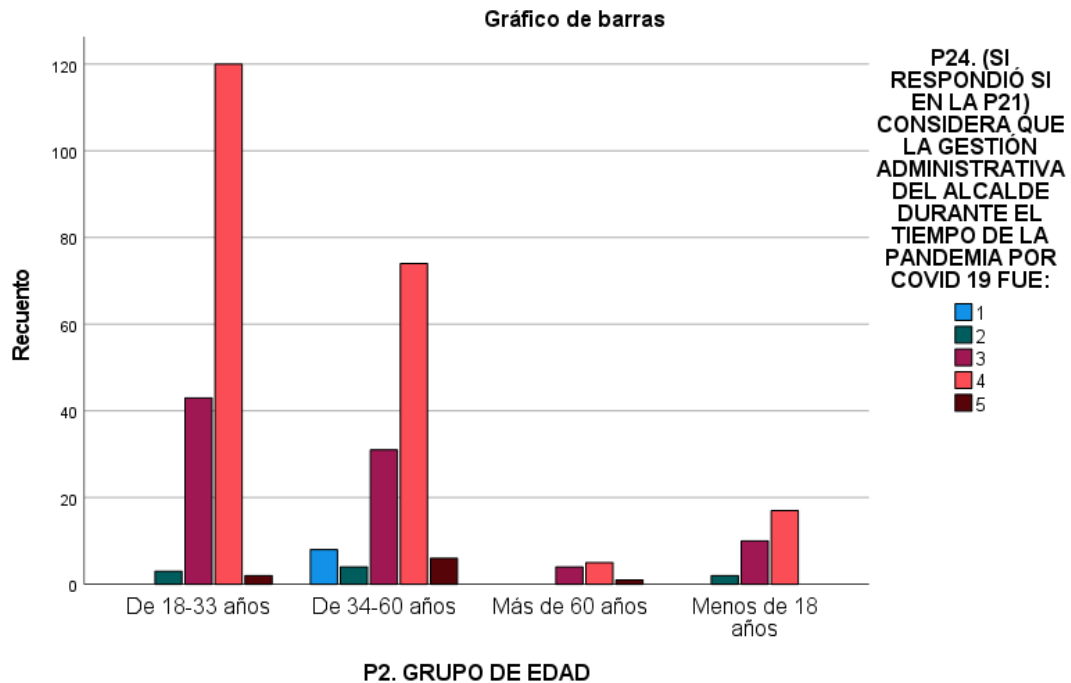
Figura 19 ¿Usted o algún miembro de su familia nuclear ha sido diagnosticado al menos una vez con coronavirus (covid19)? vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 20,981 (p-valor = 0,002). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%.

El grupo de edad donde se diagnóstico al menos una persona del núcleo familiar con Coronavirus COVID 19 está entre los 18-33 años.

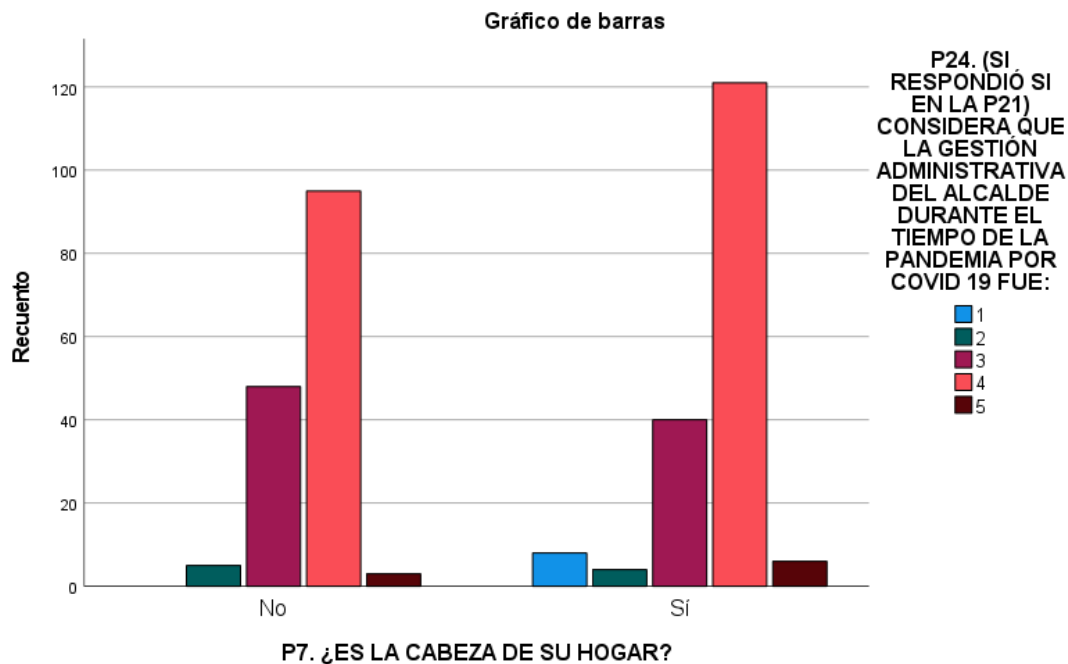
Figura 20 Considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue: vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 20,042 (p-valor < 0,011). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficiente a el valor 5: excelente.

Las personas que tienen entre 18 y 33 años consideran que la gestión administrativa del alcalde durante la pandemia por COVID 19 fue buena seguido de los que tienen entre 34-60 años.

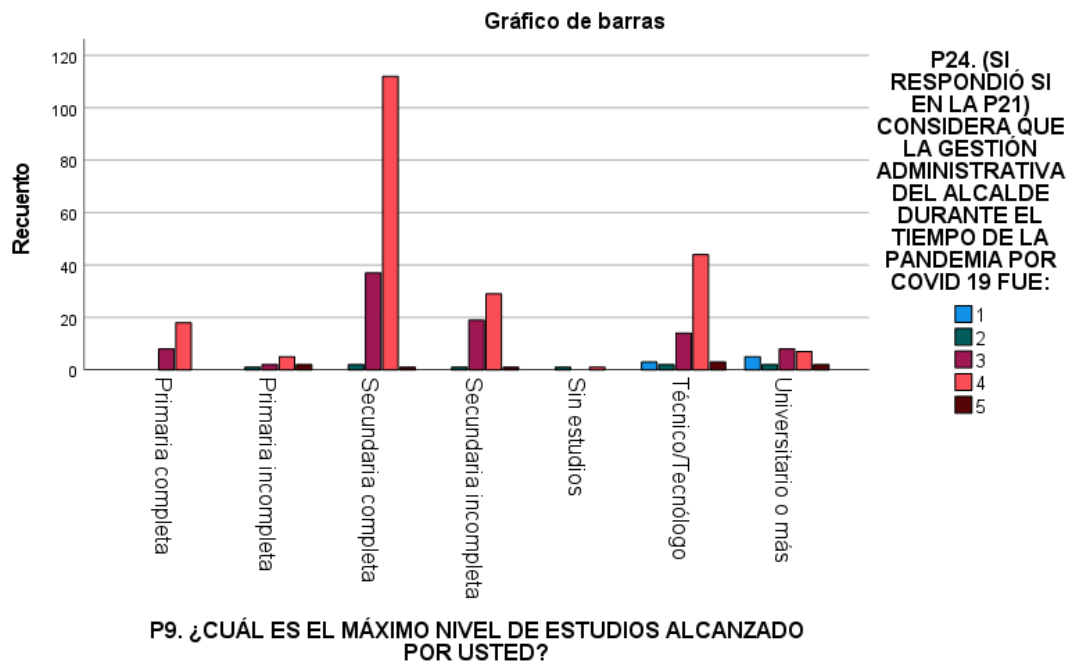
Figura 21 Considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue: vs ser cabeza del hogar



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 10,669 (p-valor < 0,031). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficiente a el valor 5: excelente.

Las personas que son cabeza de hogar también consideran que la gestión administrativa del alcalde durante la pandemia por COVID 19 fue buena.

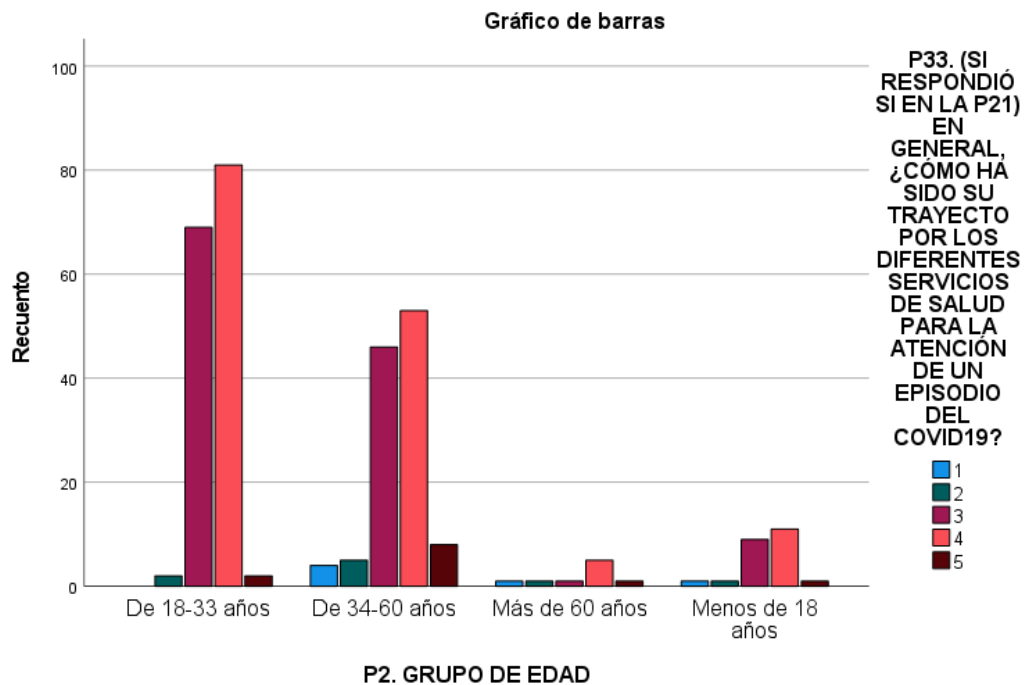
Figura 22 Considera que la gestión administrativa del alcalde durante el tiempo de la pandemia por COVID 19 fue: vs nivel de estudios



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 93,43 (p-valor < 0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficiente a el valor 5: excelente.

Según el nivel de estudios la población con secundaria completa expresa que la gestión administrativa del alcalde durante la pandemia por COVID 19 fue adecuada.

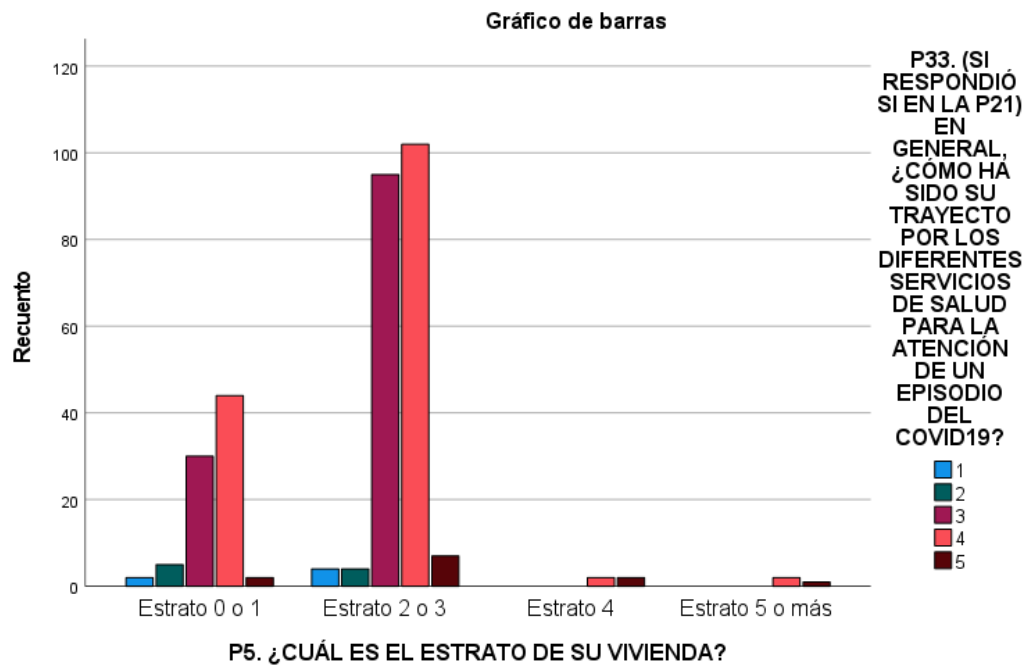
Figura 23 ¿Cómo ha sido su trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del covid19? vs grupos de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 22,698 (p-valor = 0,03). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficiente a el valor 5: excelente.

El 81% de los encuestados considera que el trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del COVID 19 fue adecuado encontrándose en su mayoría en un rango de edad de los 18 a 60 años.

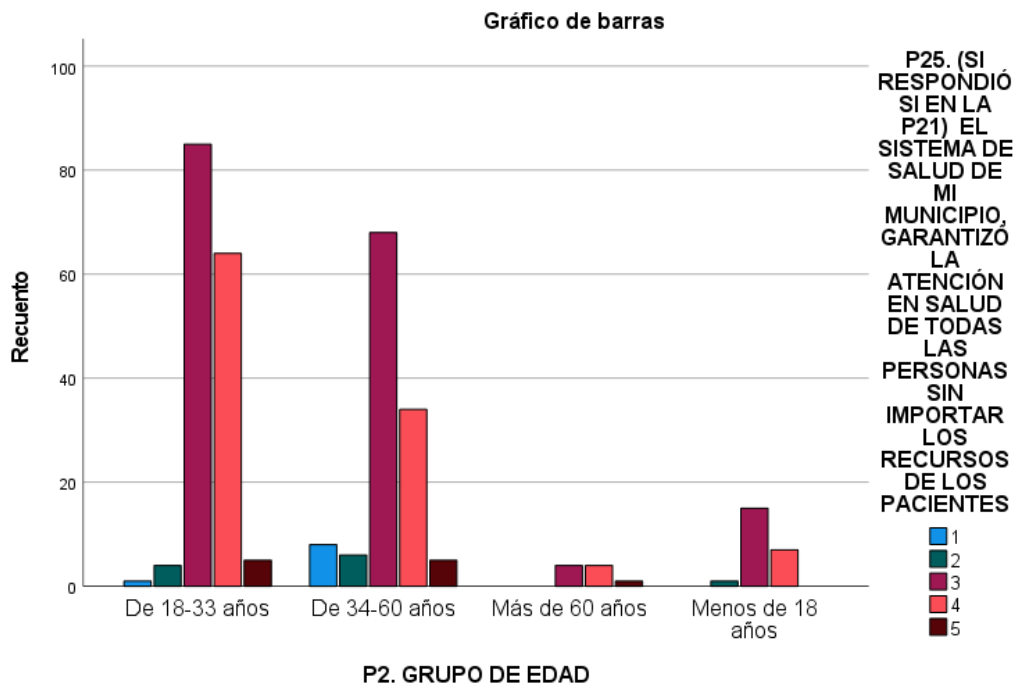
Figura 24 ¿Cómo ha sido su trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del covid19? vs estrato socioeconómico



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 36,962 (p-valor < 0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: deficiente a el valor 5: excelente.

Los encuestados que pertenecen a los estratos 0 a 3 consideraron que el trayecto por los diferentes servicios de salud para la atención de un episodio del COVID 19 fue adecuado.

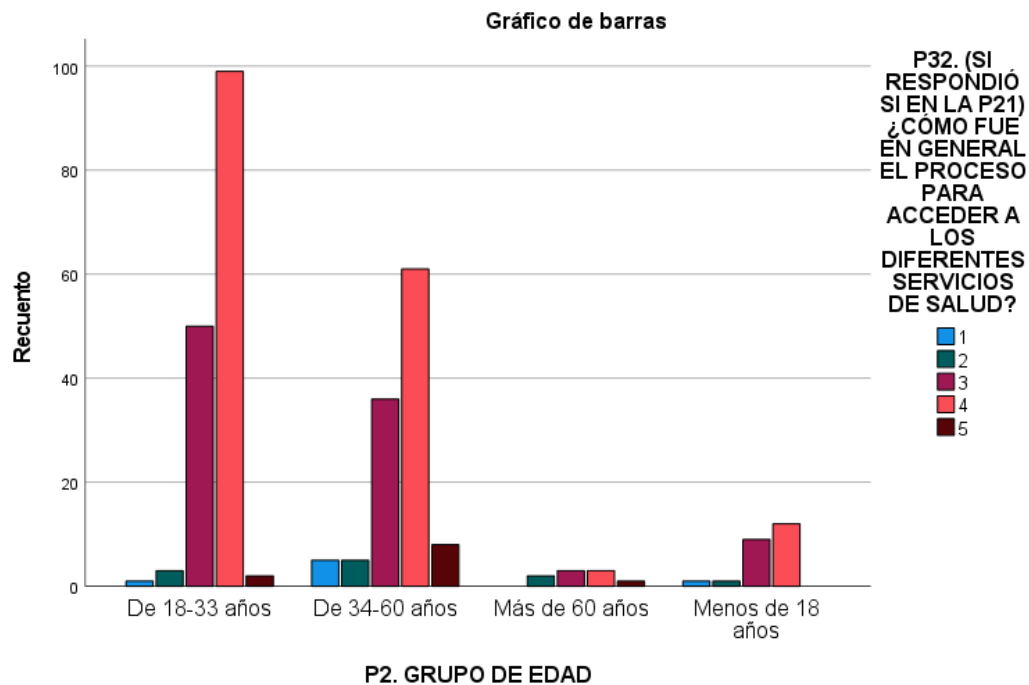
Figura 25 El sistema de salud de mi municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 17,539 (p-valor = 0,130). Indicando no asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: total desacuerdo a el valor 5: acuerdo total.

Las personas que tienen entre 18 y 60 años manifestaron que el sistema de salud de su municipio garantizó la atención en salud de todas las personas sin importar los recursos de los pacientes.

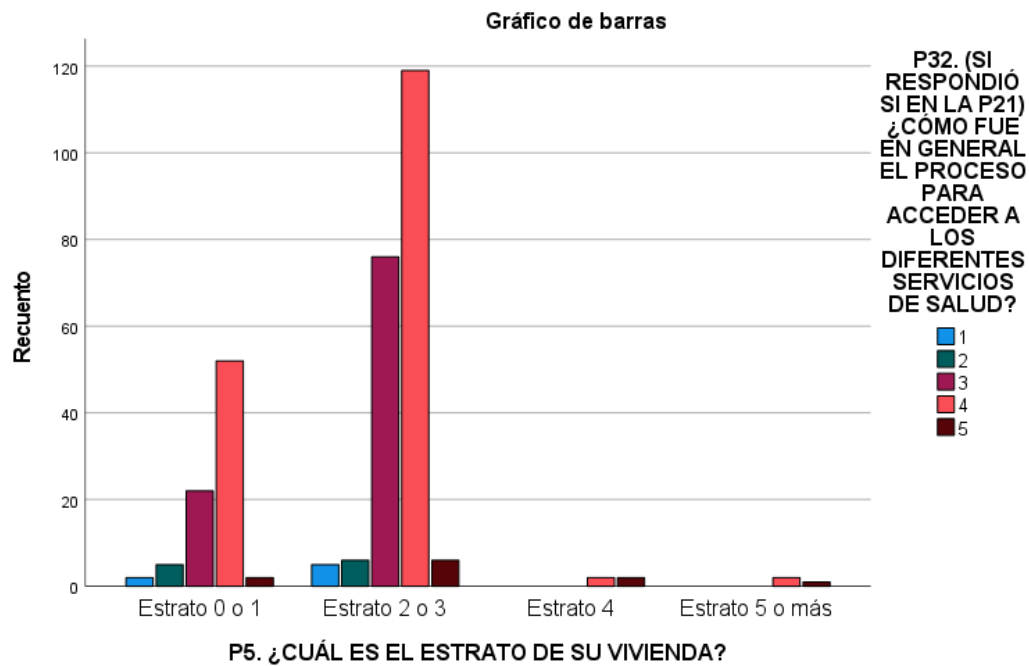
Figura 26 ¿Cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud? vs grupo de edad



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 25,385 (p-valor = 0,013). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: Inaccesible a el valor 5: muy accesible.

El grupo poblacional de 18 a 60 años refieren que pudieron acceder de manera oportuna a los diferentes servicios de salud.

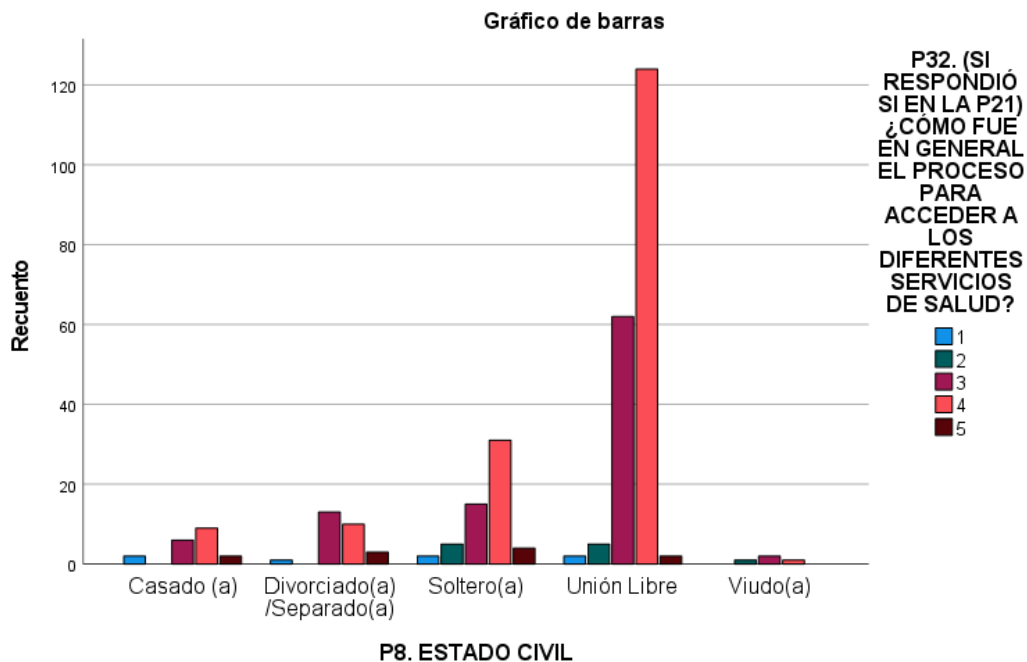
Figura 27 ¿Cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud? vs estrato socioeconómico



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 38,40 (p-valor < 0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: Inaccesible a el valor 5: muy accesible.

Los encuestados que pertenecen a los estratos 0 a 3 expresan que pudieron acceder de manera oportuna a los diferentes servicios de salud.

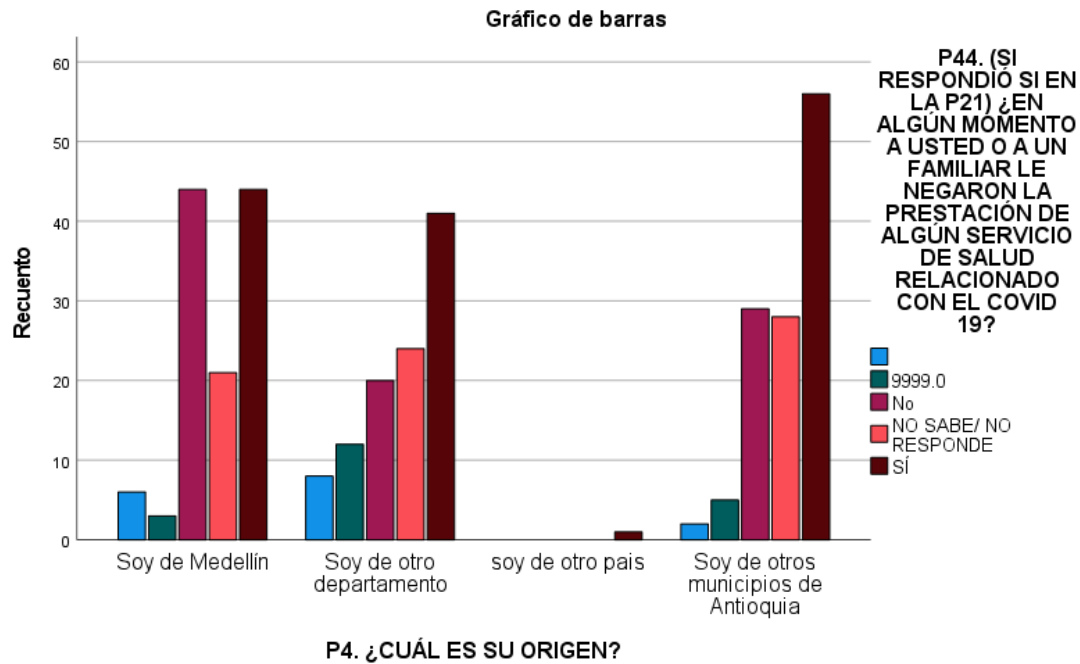
Figura 28 ¿Cómo fue en general el proceso para acceder a los diferentes servicios de salud? vs estado civil



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 38,69 (p-valor = 0,001). Indicando asociación estadística altamente significativa al 5%. El puntaje va desde el valor 1: Inaccesible a el valor 5: muy accesible.

Las personas que viven en unión libre fueron las que más pudieron acceder de manera oportuna a los diferentes servicios de salud.

Figura 29 ¿En algún momento a usted o a un familiar le negaron la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19? Vs el origen



Nota: Chi-cuadrado de Pearson de 24,077 (p-valor = 0,022). Indicando asociación estadísticamente significativa al 5%. El valor 9999 es dato perdido, no tenido en cuenta en los análisis.

Las personas que eran de otros municipios de Antioquia fueron los que más presentaron negación en la prestación de algún servicio de salud relacionado con el COVID 19.

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Con el aumento de los casos de COVID-19 en Colombia, y la previsión de los efectos basados en experiencias de otros países, se generaron una serie de respuestas por parte de los gobiernos nacional, regional y local que incluyeron el aislamiento preventivo obligatorio, restricciones de movilidad y toques de queda para la contención de la propagación del virus. Generando así incertidumbre y crisis económica debido a la parálisis de actividades sobre todo en la población pobre y vulnerable, colocando en riesgo la seguridad alimentaria, satisfacción de necesidades. En ese sentido, es importante conocer el tipo de atenciones brindadas a la población en el marco de la pandemia.

En el Plan de Desarrollo “Medellín Futuro” 2020-2023, la atención a los hogares en pobreza se planteó a través del programa Medellín Me Cuida, a partir del cual se buscaba contribuir a la superación de la pobreza multidimensional y monetaria de las familias más vulnerables de Medellín.

En cuanto a las acciones tomadas por la Administración municipal, la Alcaldía de Medellín implementó algunas medidas que tuvieron como objetivo mitigar los efectos económicos y sociales de la pandemia, especialmente en la población más vulnerable, por medio de

Transferencias de dinero en efectivo no condicionadas, Transferencias de paquetes y complementos alimentarios de fuentes propias (unidades de la Secretaría de Inclusión social, Familia y Derechos Humanos) y donaciones de otros actores, Váucher de dinero, como donación de otros actores, para compra de alimentos y otros bienes en tiendas D1, otros servicios: como alojamiento por vulnerabilidad y COVID, transporte humanitario, autocuidado, acompañamiento psicosocial y otras atenciones a poblaciones vulnerables.

Se evidencian diversos retos y posibilidades significativas en cuanto al acceso a los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19. Se han identificado diversos factores que actuaron como obstáculos, tales como la percepción de la ayuda gubernamental, la gestión administrativa, la accesibilidad geográfica a los centros de salud, los tiempos de

desplazamiento, el conocimiento sobre los servicios disponibles, los procesos de atención médica y la percepción sobre el costo de los servicios.

Estas barreras subrayan la necesidad de estrategias específicas y enfocadas en mejorar la gestión administrativa en el ámbito de la salud, con el propósito de garantizar un acceso adecuado a los servicios de salud, especialmente durante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19. En consecuencia, se plantean estrategias para potenciar la gestión administrativa y facilitar el acceso a los servicios de salud.

- **Mejora en la comunicación y difusión de información:** Implementar campañas educativas continuas para informar a la población sobre los servicios de salud disponibles, sus ubicaciones, horarios de atención y procedimientos para acceder a ellos. Utilizar diversos canales de comunicación para llegar a diferentes segmentos de la sociedad.
- **Optimización de recursos y distribución equitativa:** Evaluar y distribuir los recursos de manera equitativa para garantizar una atención adecuada en todas las áreas geográficas. Esto incluye la asignación adecuada de personal médico, equipos y suministros médicos, y la mejora en la infraestructura sanitaria en zonas menos favorecidas.
- **Reducción de tiempos de desplazamiento:** Desarrollar estrategias para reducir los tiempos de desplazamiento hacia los centros de salud. Esto podría incluir la implementación de servicios de transporte accesibles y económicos para personas que viven lejos de los centros médicos.
- **Optimización de procesos de atención médica:** Implementar programas para reducir los tiempos de espera en la toma de paraclínicos ambulatorios y en los procedimientos diagnósticos, intervenciones y tratamientos. Esto podría involucrar la mejora en la gestión de citas, la eficiencia en la prestación de servicios médicos y la implementación de tecnologías que agilicen los procesos.
- **Consideración de costos y accesibilidad económica:** Evaluar y ajustar los costos de los servicios de salud para hacerlos más accesibles, especialmente para aquellos que enfrentan dificultades financieras. Se pueden implementar

programas de subsidios, seguros de salud más accesibles o incluso servicios médicos gratuitos en determinadas circunstancias.

En el municipio de Medellín consideran sus habitantes existen diferencias con relación a la percepción de los beneficios proporcionados por la alcaldía, debido a que estos recursos y medidas destinadas a las familias se encontraban condicionadas a ciertas características (estrato social, ubicación geográfica, tipo de vulnerabilidad, entre otros).

Si bien hay una valoración positiva de las ayudas, recursos y medidas de emergencia recibidas y que fueron focalizadas hacia la población vulnerable, la población presentó su opinión generalizada sobre las limitaciones y exigencias para poder acceder a los beneficios brindados por el gobierno local.

Estas estrategias tienen el potencial de mejorar significativamente el acceso a los servicios de salud y reducir las barreras identificadas durante la pandemia. Una gestión administrativa enfocada en la equidad, eficiencia y accesibilidad puede ser clave para fortalecer los sistemas de salud y garantizar una atención médica adecuada para toda la población.

El modelo de gestión pública genera un impacto directo sobre la vida y muerte de la población. En lugar, de limitar mediciones de eficiencia a corto plazo se deben hacer a mediano y largo plazo. Se requiere organizar la gobernanza de los territorios mediante la deliberación y participación de los actores públicos y privados, buscando siempre el consenso de los más incluyentes posibles y razonables (cocreación, gobernanza democrática y deliberativa, gobernanza libertaria).

La gestión pública tiene la necesidad de adaptarse a los cambios generados por esta pandemia y se debe desarrollar una gestión pública sensible a las situaciones de las poblaciones, para la salud preventiva, se debe tener en cuenta las diferencias locales y regionales y para poder tomar medidas sanitarias que tengan un impacto positivo en la población.

La gestión pública posterior a la pandemia debe reformarse en un enfoque centrado en la evaluación de las consecuencias, que integre nuevos criterios de intervención regional

y nacional en el que se garantice la calidad y la continuidad del goce de los derechos y servicios públicos a cada habitante en todo el territorio nacional. En el sector de la salud, como en los demás, la transformación de los modos de gobernanza sectorial debe ir de la mano de un proceso de democratización de la gestión pública.

Esta pandemia por COVID-19 más que una enfermedad, es una señal que muestra otra vez los desbalances estructurales que existen en las comunidades. Frente a los horizontes investigativos cabe resaltar la importancia de los análisis complejos como intercambios entre la epidemiología y las ciencias sociales, miradas interdisciplinarias, y el diálogo de saberes con los habitantes del territorio. Este tipo de análisis permite hacer un análisis más profundo que unas cifras y datos descontextualizados. El propósito es mostrar realidades y coproducir un conocimiento social adecuado, que aporte insumos para la toma de decisiones de instituciones privadas, públicas y organizaciones gubernamentales, que contribuyan a superar la crisis agudizada por la pandemia.

8 REFERENCIAS

- Alcaldía de Medellín (2020). Plataforma ‘Medellín Me Cuida’ – Alcaldía de Medellín. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=02pL9Vq8wzM>
- Alcaldía de Medellín. (2020). DECRETO 0364 DE 13 de marzo. Medellín: Gaseta Oficial N. 4674. AÑO XXV. 13, marzo, 2020
- Alcaldía de Medellín. (2022). Presupuesto General y modificaciones presupuestales de Medellín <https://www.medellin.gov.co/es/centro-documental/presupuesto-general-y-modificaciones-presupuestales/>
- Aleph. (s.f.). ¿Qué es la nueva gestión pública y cuáles son sus funciones? <https://aleph.org.mx/que-es-la-nueva-gestion-publica-y-cuales-son-sus-funciones>
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36(1), 1-10. <https://doi.org/10.2307/2137284>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá (2022). Medellín me cuida. Disponible en: <https://www.metro-polgov.co/medellin-me-cuida>
- Área Metropolitana del Valle de Aburrá. (2020). Medellín me cuida. Obtenido de <https://www.metropol.gov.co/medellin-me-cuida>
- Barona, o. M. (2014). Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población colombiana, 2013. Bogotá.
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: El derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Publica de Mexico*, 57(5), 433–440. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i5.7623>
- Cid, C., Marinho. M. (2022). *Dos años de pandemia de COVID-19 en América Latina y el Caribe: reflexiones para avanzar hacia sistemas de salud y de protección social universales, integrales, sostenibles*. Retrieved May 30, 2023, from <https://www.google.com/search?q=pandemia+de+COVID->

19+en+América+Latina+y+el+Caribe%3A+reflexiones+para+avanzar+hacia+sistema
s+de+salud+y+de+protección+social+universales%2C+integrales%2C+sostenibles+&
rlz=1C1UUXU_esCO997CO997&sxsrf=APwXEdfJVJeh6RcUt91jkwXb

Castaño, R. A., Ramírez, J., Vélez, M., Escobar, M. L., Osorio, J. J., Toro, W., Arias
Mauricio, J. F., Humberto Restrepo, J., Fernando Lopera, J., & Milena Rodríguez, S.
(2007). LA INTEGRACIÓN VERTICAL EN EL SISTEMA DE SALUD
COLOMBIANO. *Revista de Economía Institucional*, 9(17), 279–308.
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0124-
59962007000200011](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0124-59962007000200011)

CEPAL (s.f.). Acerca de Gestión Pública. [https://www.cepal.org/es/temas/gestion-
publica/acerca-gestion-publica](https://www.cepal.org/es/temas/gestion-publica/acerca-gestion-publica)

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. &
Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre
población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 00. Recuperado de:
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-
16862007000100019&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019&lng=es&tlng=es).

Congreso de Colombia. (2011). Ley 1438 por medio de la cual se reforma el Sistema General
de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201438%20de%202011.pdf

Congreso de Colombia. (2015). Ley 1751 por medio de la cual se regula el derecho
fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf

DANE. (2023). Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/>

Departamento Nacional de Planeación (2022). Manual Operativo Pro - grama Ingreso
Solidario. Disponible en: [https://ingresosolidario.dnp.gov.co/documentos/Manual_Ope-
-rativo-IngresoSolidario.pdf](https://ingresosolidario.dnp.gov.co/documentos/Manual_Operativo-IngresoSolidario.pdf)

DW. (2023). Endemia, epidemia, pandemia: ¿cuál es la diferencia?
<https://www.dw.com/es/endemia-epidemia-pandemia-cu%C3%A1l-es-la-diferencia/a->

60313748

- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es&tlng=es.
- Fernandes, G. A. de A. L., & Pereira, B. L. S. (2020). Os desafios do financiamento do enfrentamento à COVID-19 no SUS dentro do pacto federativo. *Revista de Administração Pública*, 54(4), 595–613. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200290>
- Fuentes, S. (2017). El acceso a los servicios de salud: consideraciones teóricas generales y reflexiones para Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(2), 272-286. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000200012
- Gutiérrez, J. P., Fajardo-Dolci, G., & García-Saisó S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-187. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014
- Hernández, B., Campero, L., Suárez, L., Atienzo, E., & Lozada, A. (2017). El acceso a métodos anticonceptivos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 59(3), 236-247. <https://www.scielosp.org/article/spm/2017.v59n3/236-247/>
- Horcajada, J., Padilla, B. (2012). Endemia y epidemia. Investigación de un brote epidémico nosocomial. *Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 31 (3): 181-186. Recuperado de: https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/eimc/seimc_eimc_v31n03p181a186.pdf
- IPAPPG. (2022). Gestión Pública: ¿Qué es y cuál es su función? <https://ipappg.edu.pe/blog/gestion-publica-que-es-y-cual-es-su-funcion/>
- Ingrid Vargas-Lorenzo, M. L.-N.-P. (2010). Acceso a la atención en salud en Colombia. Bogotá.

Medellín Cómo Vamos. (27 de abril de 2023). Medellín Cómo Vamos. Obtenido de <https://www.medellincomovamos.org/medellin> Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Colombia llegó al aseguramiento universal en salud al alcanzar el 99,6 %*. Retrieved May 30, 2023, from <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 (2023). *Cartilla pedagógica reforma estructural al sistema de salud colombia potencia mundial*. Recuperado de: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/cartilla-reforma-estructural-salud-msps-2023.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2006). Decreto 1011 De 2006. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%201011%20de%202006.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Resolución 2654 de 2019. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202654%20de%202019.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020a). Resolución 385 De 2020. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20385%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020b). Resolución 521 De 2020. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20521%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020c). Resolución No. 0000380 del 10 de marzo de 2020. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20000380%20del%2010%20de%20marzo%20de%202020.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2020d). Resolución 385 del 12 de marzo de 2020. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20385%20del%2012%20de%20marzo.pdf

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020e). Resolución 536 De 2020. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20536%20de%202020.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020f). Decreto 358 De 2020. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%20358%20de%202020.pdf
- National Geographic. (2022). Pandemia, endemia y epidemia: ¿qué son y en qué se diferencian? <https://www.nationalgeographic.com/ciencia/2022/08/pandemia-endemia-y-epidemia-que-son-y-en-que-se-diferencian>
- NIAID. (2022). Origins of Coronaviruses. <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/origins-coronaviruses>
- Presidencia de la República. (2020). Decreto 417 del 17 de marzo de 2020. Bogotá D.C.: Presidencia de la República de Colombia
- 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. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 236–259. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- Sachs, J. (2001). *subdesarrollo tropical*. <https://www.nber.org/papers/w8119>
- Secretaría de Salud (2019). Acceso efectivo a los servicios de salud, el objetivo de la cuarta transformación. <https://www.gob.mx/salud/articulos/acceso-efectivo-a-los-servicios-de-salud-el-objetivo-de-la-cuarta-transformacion>
- Suárez, M., Segura, L., Mendoza, R. (2006) Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú. Recuperado de: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-391260>
- Ley N° 100. Diario oficial del Congreso de la República de Colombia, Bogotá, 23 de diciembre de 1993.
- López, M. & Jiménez, F. (2009). Gestión del desarrollo, programa administración pública territorial. Bogotá: Escuela Superior de Administración Pública.

- OMS (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- OPS (2022). Salud Universal. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- OPS (2019). Salud Universal. <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
- OPS y OMS. (2020). COVID-19: glosario sobre brotes y epidemias. <https://www.paho.org/es/documentos/covid-19-glosario-sobre-brotes-y-epidemias>
- Organización Mundial de la Salud. (2020) Alocución de apertura del director general de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]. Available from: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-openingremarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march2020#.X3kVKcSzMMU.gmail>
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. OPS/OMS. Washington, D.C; 2021. p. 26. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologicaenfermedad-por-coronavirus-covid-19-22-julio-2021>
- Ortún, V. (1995). Gestión pública: conceptos y métodos. Revista Asturiana de Economía, (4), 7-26. <http://www.econ.upf.edu/~ortun/publicaciones/RAE95.pdf>
- Penchansky R, Thomas JW (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care;19(2):127-40. DOI: 10.1097/00005650-198102000-00001. PMID: 7206846.
- PortalClínic (2024). ¿Qué es el coronavirus SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19? <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19>
- PortalClínic. (2021). COVID-19 ¿Qué es el Coronavirus? | Virus SARS-CoV-2 | PortalClínic. <https://www.clinicbarcelona.org/asistencia/enfermedades/covid-19>
- RAE. (2021). Acceso | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE.

<https://dle.rae.es/acceso>

Rodríguez, S. (2010). Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Barcelona: E-08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) .

Restrepo-Zea JH, 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. Rev. Gerenc. Polít. Salud; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyys13-27.assa>

UdeA. (2020). Hospital digital de Medicina UdeA: líder en telemedicina en el país y aliado estratégico en la atención de pacientes con COVID-19. Obtenido de http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/ut/p/z1/tVZde5owFP4r88JLzAESCLujlGrxq9iqIzS-AYKYCbGCdf33i2u31lm1m8JNCLznzXschIUoHsU5OwbnbIyFTmbykkMB6o5WiqjaHTHHgO2IZju-btqKNRDY23AdBWCdie9O76zs3l56GAvn75xNX1Rxp7w0c8LE-GoFIXbcseLWHPY8Nn7N_A

UNESCO. (2017). Acceso a la educación superior: ¿Qué factores influyen? <https://es.unesco.org/news/acceso-educacion-superior-que-factores-influyen>

UNIR. (2022). ¿Qué es la Gestión Pública? Funciones y objetivos. <https://colombia.unir.net/actualidad-unir/gestion-publica/>

Universidad de Barcelona. (2020). ¿Qué es el SARS-CoV-2? - Universidad de Barcelona. <https://www.ub.edu/portal/web/radio-sarscov2-es/que-es>

WebMD. (2021). Coronavirus History: How Did Coronavirus Start? <https://www.webmd.com/covid/coronavirus-history>

WHO (2023). Información básica sobre la COVID-19. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19>

10. ANEXOS

ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MEDELLÍN 2020-2022

La Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), está realizando una encuesta con el fin de identificar los posibles factores asociados a la Gestión Pública y al acceso a los servicios de salud durante la pandemia por COVID 19, en Medellín entre 2020-2022. Le solicitamos de manera muy respetuosa su valioso aporte en brindar información que servirá para ofrecer servicios de apoyo y acompañamiento por parte de la administración municipal. La ESAP, agradece su colaboración y mantiene en absoluta confidencialidad la información que usted entrega y en caso de querer acceder a ella en cualquier momento lo puede hacer, con lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y demás regulaciones aplicables en materia de protección de datos personales en Colombia, pone en su conocimiento información explicativa sobre el tratamiento de sus datos personales.

La encuesta tendrá una duración aproximada de 5 min.

** Indica que la pregunta es obligatoria*

1. P1. SEXO: *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

Otro: _____

16/2/24, 15:44

ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MEDELLÍN 2020-2022

2. P2. GRUPO DE EDAD *

Marca solo un óvalo.

- Menos de 18 años
- De 18-33 años
- De 34-60 años
- Más de 60 años

3. P3. ¿EN CUÁL BARRIO DE MEDELLÍN VIVE USTED? *

4. P4. ¿CUÁL ES SU ORIGEN?

Marca solo un óvalo.

- Soy de otros municipios de Antioquia
- Soy de Medellín
- Soy de otro departamento
- Otro: _____

5. P5. ¿CUÁL ES EL ESTRATO DE SU VIVIENDA? *

Marca solo un óvalo.

- Estrato 0 o 1
- Estrato 2 o 3
- Estrato 4
- Estrato 5 o más
- No sabe / No responde

6. P6. OCUPACIÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID19 (PUEDE SELECCIONAR VARIOS) *

Selecciona todos los que correspondan.

- Estudiaba
- Trabajaba Empleado
- Trabajaba Independiente
- Estudiaba y Trabajaba
- Ama de Casa
- Desempleado
- Pensionado
- Otro: _____

7. P7. ¿ES LA CABEZA DE SU HOGAR? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No

8. P8. ESTADO CIVIL *

Marca solo un óvalo.

- Casado (a)
- Unión Libre
- Divorciado(a)/Separado(a)
- Soltero(a)
- Viudo(a)

9. P9. ¿CUÁL ES EL MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO POR USTED? *

Marca solo un óvalo.

- Sin estudios
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Técnico/Tecnólogo
- Universitario o más

10. P10. ¿TIPO DE VIVIENDA DEL ENTREVISTADO? *

Marca solo un óvalo.

- Propia
- Alquiler
- Familiar
- No tengo casa (situación de calle)
- Refugio, centro de acogida o institución similar
- Hotel, hostel o algo similar
- Otro: _____

11. P11. ¿CUÁNTOS NIÑOS MENORES DE 18 AÑOS HAY EN SU HOGAR? *

12. P12. ¿A QUÉ RÉGIMEN DEL SISTEMA DE SALUD SE ENCUENTRA AFILIADO? *

Marca solo un óvalo.

- Subsidiado
- Contributivo
- Especial
- Otro: _____

13. P13. ¿CUÁLES FUERON LAS PRINCIPALES FUENTES DE INGRESOS EN SU HOGAR * ENTRE LOS AÑOS 2020-2022? (PUEDE SELECCIONAR VARIAS)

Selecciona todos los que correspondan.

- No teníamos fuentes de ingresos
- Pequeño negocio propio o actividad generadora de ingresos
- Trabajo informal de uno o de más miembros del hogar
- Trabajo temporal/ pago según jornada trabajada
- Trabajo formal remunerado de uno o de más miembros del hogar en un sector privado
- Trabajo formal remunerado de uno o de más miembros del hogar en un sector público
- Programa de ayuda del gobierno, instituciones humanitarias u otros programas
- Préstamos bancarios o deudas
- Ahorros acumulados por actividades previas
- Pensión
- Programa gubernamental de protección social o de asistencia
- Otro: _____

BARRERAS DE ACCESO EN TIEMPOS DE PANDEMIA COVID19

A continuación se harán preguntas sobre el acceso a los servicios de salud en tiempos de pandemia del COVID19

14. P14. ¿LA PANDEMIA DEL COVID-19 AFECTÓ SUS FUENTES DE INGRESOS ECONÓMICOS? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe / No responde

15. P15. ¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA DEL GOBIERNO DURANTE EL COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/ No responde

16. P16. ¿RECIBIÓ ALGÚN TIPO DE AYUDA DE INSTITUCIONES HUMANITARIAS/SOCIALES DURANTE EL COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe/ No responde

17. P17. (SI SU RESPUESTA ANTERIOR FUE SÍ), ¿LA AYUDA RECIBIDA FUE SUFICIENTE PARA SATISFACER SUS NECESIDADES BÁSICAS?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Insu Completamente

16/2/24, 15:44

ENCUESTA DE CARACTERIZACIÓN DE BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD MEDELLÍN 2020-2022

18. P18. ¿USTED A QUÉ EPS SE ENCONTRABA AFILIADO ENTRE LOS AÑOS 2020-2022? *

Marca solo un óvalo.

- SURA
- NUEVA EPS
- SAVIA SALUD
- SALUD TOTAL
- SANITAS
- COOSALUD
- Otro: _____

19. P19. ¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Cáncer
- Diabetes
- Enfermedad Cardiovascular
- Inmunosupresión
- Obesidad
- Ninguna
- Otro: _____

20. P20. ¿TIENE USTED ALGÚN CONOCIMIENTO SOBRE LOS SÍNTOMAS DEL COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe / No responde

21. P21. ¿ USTED O ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA NUCLEAR HA SIDO DIAGNOSTICADO AL MENOS UNA VEZ CON CORONAVIRUS (COVID19)? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe / No responde

22. P22. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21)¿EN ESA OCASIÓN FUERON AL MÉDICO?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- No sabe / No responde

23. P23. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) QUÉ TIPO DE AYUDA RECIBIÓ POR PARTE DEL GOBIERNO DURANTE LA PANDEMIA (PUEDE SELECCIONAR VARIAS)

Selecciona todos los que correspondan.

- No recibí ningún tipo de ayuda
- Ayuda económica
- Ayuda en alimentación (mercado)
- Ayuda en transporte
- Ayuda en el pago de servicios de salud (diferente a la EPS)
- Otro: _____

24. P24. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) CONSIDERA QUE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL ALCALDE DURANTE EL TIEMPO DE LA PANDEMIA POR COVID 19 FUE:

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy Muy buena

25. P25. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) EL SISTEMA DE SALUD DE MI MUNICIPIO, GARANTIZÓ LA ATENCIÓN EN SALUD DE TODAS LAS PERSONAS SIN IMPORTAR LOS RECURSOS DE LOS PACIENTES

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Total Totalmente de acuerdo

26. P26. ¿CONOCÍA CUÁLES CENTROS DE SALUD ESTABAN DENTRO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD DISPONIBLES PARA LA ATENCIÓN DE COVID 19 CUANDO SE NECESITÓ? *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Ning Total conocimiento

27. P27. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CUÁNTO FUE EL TIEMPO PROMEDIO EN DÍAS, QUE LE SUPUSO DESPLAZARSE A LOS HOSPITALES DE NIVEL I, II O III?

28. P28. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CÓMO FUE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU ENFERMEDAD (O LA DE ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA), DESDE EL COMIENZO HASTA ESTE MOMENTO EN CUANTO A DIAGNOSTICO?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Defi. Excelente

29. P29. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CÓMO FUE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU ENFERMEDAD DESDE EL COMIENZO HASTA ESTE MOMENTO EN CUANTO A INTERVENCIÓN?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Defi. Excelente

30. P30. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CÓMO FUE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU ENFERMEDAD DESDE EL COMIENZO HASTA ESTE MOMENTO EN CUANTO A TRATAMIENTO?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Defi. Excelente

31. P31. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CÓMO FUE EL PROCESO DE ATENCIÓN DE SU ENFERMEDAD DESDE EL COMIENZO HASTA ESTE MOMENTO EN CUANTO A REHABILITACIÓN?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Defi Excelente

32. P32. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CÓMO FUE EN GENERAL EL PROCESO PARA ACCEDER A LOS DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Inac Muy accesible

33. P33. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) EN GENERAL, ¿CÓMO HA SIDO SU TRAYECTO POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE UN EPISODIO DEL COVID19?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Muy A tiempo

34. P34. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) EN GENERAL, EN SU RECORRIDO POR LOS DIFERENTES SERVICIOS DE SALUD PARA EL EPISODIO DEL COVID19, ¿CON QUÉ PROBLEMAS SE ENCONTRÓ?

Selecciona todos los que correspondan.

- Acceso inoportuno a los servicios
- Recursos económicos insuficientes
- Falta de transporte
- No estaba afiliado al sistema de salud
- Estaba solo(a)
- Interrupción de los servicios
- Atención selectiva de servicios
- Otro: _____

35. P35. ¿QUÉ SUGERENCIAS TIENE PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS DIFERENTES * SERVICIOS DE SALUD EN CASO DE UNA PANDEMIA SIMILAR?

Selecciona todos los que correspondan.

- Rapidez en la atención
- Acceso a los diferentes servicios
- Más profesionales
- Una atención personalizada
- Otro: _____

36. P36. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) POR LOS SERVICIOS DE SALUD TUVO QUE PAGAR ALGÚN VALOR POR :

Selecciona todos los que correspondan.

- Consulta
 Medicamentos
 Ayudas Diagnósticas
 Hospitalización
 No tuve que pagar ningún valor
 Otro: _____

37. P37. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P36)¿QUÉ OPINA DE LO QUE TUVO QUE PAGAR POR LOS SERVICIOS DE SALUD?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Acc: Muy costoso por el servicio prestado

38. P38. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21)¿CUÁNTO TIEMPO APROXIMADO (DÍAS) TUVO QUE ESPERAR PARA LA TOMA DE UN PARACLÍNICO AMBULATORIO?

39. P39. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿CUÁNTO TIEMPO (DÍAS) TUVO QUE ESPERAR PARA LA TOMA DE UN PARACLÍNICO EN HOSPITALIZACIÓN?

40. P40. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿ALGÚN PROFESIONAL LE HIZO SEGUIMIENTO A LA ENFERMEDAD SUYA O DE ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 No sabe/No responde

41. P41. SI RESPONDIÓ AFIRMATIVAMENTE ¿CÓMO LE FUE CON EL SEGUIMIENTO?

Marca solo un óvalo.

- 1 2 3 4 5
Mal Excelente

42. P42. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿Presentó interrupciones en el seguimiento de su tratamiento?

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

43. P43. SI PRESENTÓ INTERRUPCIONES EN EL SEGUIMIENTO, ¿CÓMO INFLUYÓ EN SU SALUD?

Marca solo un óvalo.

- 1 2 3 4 5
Muy Muy bien

44. P44. (SI RESPONDIÓ SI EN LA P21) ¿EN ALGÚN MOMENTO A USTED O A UN FAMILIAR LE NEGARON LA PRESTACIÓN DE ALGÚN SERVICIO DE SALUD RELACIONADO CON EL COVID 19?

Marca solo un óvalo.

- Sí
- No
- NO SABE/ NO RESPONDE

45. P45. ¿SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ANTERIOR FUE SI, ESPECIFIQUE CUÁL?

Selecciona todos los que correspondan.

- Urgencia
- Cita prioritaria
- Cirugía
- Consulta
- Internación
- Otro: _____

46. P46. ¿RECIBIÓ ALGUNA DOSIS DE UNA VACUNA CONTRA EL COVID-19? *

Marca solo un óvalo.

- Pfizer
- Moderna
- Janssen/J&J*
- Sinovac
- AstraZeneca

47. P47. SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿CUÁNTAS DOSIS (NÚMERO) DE LA VACUNA CONTRA EL COVID-19 RECIBIÓ?

48. P48. ¿LE FUE FÁCIL ACCEDER A LOS PUESTOS DE VACUNACIÓN? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 NO SABE/ NO RESPONDE

49. P49. CONSIDERA QUE LOS HORARIOS PARA LA VACUNACIÓN FUERON: *

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4 5

Nad Muy adecuados

50. P50. ¿AL MOMENTO DE IR A VACUNARSE ESTABAN DISPONIBLES LAS VACUNAS? *

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No
 NO SABE/ NO RESPONDE