

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL
NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

Víctor Steven Villarraga Villarruel

Escuela Superior De Administración Pública

Administración Pública Territorial

CETAP Purificación

Purificación - Tolima

2026

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO
HOSPITAL LA CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑOS 2026

Monografía

Victor Steven Villarraga Villarruel

Presentado Al Docente TUTOR:

Oscar Salazar Duque Phd.

Escuela Superior De Administración Pública

Administración Pública Territorial

CETAP Purificación

Purificación – Tolima

2026

Dedicatoria

La culminación de este análisis sobre las barreras de acceso a la salud representó un proceso complejo que exigió la colaboración armónica de múltiples disciplinas, así como el apoyo invaluable de los docentes de la ESAP, los usuarios y la comunidad de Purificación en general

. Expreso mi más profundo reconocimiento a los autores e investigadores que me precedieron; sus legados intelectuales han sido el cimiento fundamental para alcanzar nuestro objetivo de generar un nuevo conocimiento que contribuya al fortalecimiento de la administración pública territorial

Agradecimientos

En primera instancia, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a Dios, por ser la fuente de mi fortaleza y sabiduría, guiando mis pasos en cada etapa de este proceso académico. De manera muy especial, dedico este logro a mi señora madre, cuyo amor incondicional, sacrificio y apoyo constante han sido el motor fundamental de mi vida y la motivación principal para alcanzar esta meta profesional. Asimismo, manifiesto una gratitud especial al docente y tutor, Oscar Salazar Duque, por su invaluable orientación técnica, su rigor académico y su generosa disposición para compartir su conocimiento, elementos que fueron determinantes para estructurar este análisis sobre las barreras de acceso a la salud en el territorio.

Finalmente, extendiendo un sincero agradecimiento al personal administrativo de la E.S.E. Nuevo Hospital La Candelaria, por su apertura y colaboración en el suministro de la información necesaria para este estudio. Hago un reconocimiento especial a la profesional universitaria Yhilma Grimaldo Álvarez, jefe de Talento Humano, cuya gestión, apoyo institucional y calidad humana fueron piezas clave para el desarrollo y la exitosa culminación de esta investigación en beneficio de la comunidad de Purificación y su área de influencia

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

Carta Aprobatoria

Firma del jurado

Resumen

La experiencia académica y profesional en la región me ha permitido investigar las barreras de acceso a los servicios de consulta externa (medicina general y especializada) en la E.S.E. Nuevo Hospital La Candelaria (NHC), con lo cual observamos que el problema identificado radica en la demora para la asignación de las citas médicas, debido al alto flujo de la demanda para los servicios médicos, pues se puede hablar de aproximadamente 42.000 usuarios al año de la región sur Oriente del departamento del Tolima que convergen en el área de consulta externa del NHC.

Esto genera fallas sistémicas en la asignación de citas por medios digitales (WhatsApp y teléfono) que excluyen a la población rural y a los adultos mayores por falta de conectividad o habilidades tecnológicas.

Esta problemática se escogió como tema de investigación para lograr visibilizar la desconexión entre las dimensiones de calidad y las vivencias reales de los usuarios reportadas en sus PQR

Sus apartes comprenden desde la fundamentación teórica y legal hasta el diagnóstico operativo, con un alcance regional que impacta a Purificación y seis municipios circundantes (Saldaña, Prado, Dolores, Alpujarra, Coyaima y Natagaima)

La pertinencia del proyecto es de vital importancia, ya que la salud es un derecho fundamental conexas a la vida que actualmente se ve vulnerado por demoras de hasta 18 días en medicina general y meses en especialidades, afectando desproporcionadamente a sujetos de especial protección como madres gestantes y pacientes crónicos

La metodología utilizada, siguiendo la taxonomía de Ortiz (2006), se define como una investigación de finalidad aplicada, con fuentes de campo desarrolladas in situ en el municipio de Purificación

El control de variables es no experimental (ex-post-facto), con una dimensión temporal transversal y un alcance descriptivo y explicativo, el diseño emplea un enfoque mixto que integra el modelo de cobertura efectiva.

Además, para anticipar los resultados, en síntesis, se espera identificar los obstáculos específicos que impiden una cobertura sanitaria efectiva, evidenciando la brecha entre la gestión administrativa y la satisfacción del usuario

Finalmente, el estudio pretende entregar una hoja de ruta técnica y operativa que permita al NHC rediseñar sus métodos de atención, garantizando que el sistema de salud responda de manera oportuna a las realidades geográficas y sociales de acuerdo a la demanda de los servicios.

Tabla De Contenido

1 Introducción	11
2. Planteamiento del Problema	13
2.1 Pregunta de investigación	18
3. Justificación	19
4 Objetivos	21
4.2 Objetivos Específicos.....	21
5 Marcos referenciales	22
5.1 Marco teórico	22
5.2 Marco conceptual.....	25
5.3 Marco legal.	30
5.4 Marco espacial	34
6. Metodología	35
6.1 Diseño metodológico	35
7. Selección y descripción de los participantes para la encuesta	37
8. Técnicas e Instrumentos de Investigación	38
8.1 Muestra (Participantes):	38
8.2 Criterios de Inclusión:.....	39
9 Cronograma de actividades para la encuesta	39
10 Resultados esperados u obtenidos.....	39

10.1 Encuesta tiempos de espera	39
10.3 Encuesta Likert nivel de satisfacción	50
11 Conclusiones	59
12 Recomendaciones.	61
Glosario	63
13 Referencias	65

Lista de Tablas

Tabla 1	18
Tabla 2	36
Tabla 3	39
Tabla 4	40
Tabla 5	42
Tabla 6	44
Tabla 7	46
Tabla 8	48
Tabla 9	50
Tabla 10	51
Tabla 11	53
Tabla 12	54
Tabla 13	56

Lista de Graficas

Grafica 1	41
Grafica 2	43
Grafica 3	45
Grafica 4	47
Grafica 5	49
Grafica 6	55

Lista de Anexos

Anexo 1.....	¡Error! Marcador no definido.
Anexo 2.....	¡Error! Marcador no definido.

1 Introducción

El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental y pilar principal en la vida de todas las personas. La Organización mundial de la salud (OMS,1946) lo establece como la garantía de que todas las personas reciban los servicios de salud esenciales que necesitan, en el momento y lugar adecuados, sin enfrentar dificultades o barreras. Este concepto está directamente vinculado a la meta de lograr la Cobertura Sanitaria Universal.

Las grandes disparidades socioeconómicas que padece la mayoría de la población provocan que dicho derecho fundamental experimente barreras que dificultan el goce de una salud efectiva y de calidad. Marmot (2015) sostiene que las desigualdades sociales determinan diferencias significativas en salud, mostrando cómo las condiciones socioeconómicas influyen en la esperanza de vida y el bienestar de las poblaciones.

Esta monografía analiza los principales obstáculos que enfrentan los usuarios del Nuevo Hospital La Candelaria (NHC) de Purificación Tolima, para acceder a los servicios de consulta externa en medicina general y medicina especializada que presta la institución, esto con él con el objetivo de diseñar estrategias que mejoren la oportunidad y la calidad de la atención a la población.

Debido a su ubicación geográfica el NHC, no solo presta sus servicios de primer, segundo y algunos de tercer nivel a la población purificense, sino que además atiende la demanda regional de municipios aledaños como Saldaña, Prado, Dolores, Alpujarra, Coyaima y

Natagaima, en lo correspondiente en el área de consulta externa a medicina especializada y algunos servicios del primer nivel de atención previamente autorizados. Esta condición lo convierte en un hospital de vital importancia para la región. En coherencia con lo señalado por el Departamento Nacional de Planeación (DNP;2022), las instituciones de referencia cumplen un papel estratégico en la garantía de servicios de salud para comunidades rurales o dispersas.

El fin de esta monografía es visibilizar las dificultades que experimentan los usuarios del área de influencia del NHC para acceder a las consultas médicas. Además, se analizarán las falencias del proceso de asignación de citas, donde se evidencian tiempos prolongados de espera que afectan directamente a poblaciones vulnerables como niños, adultos mayores y pacientes con enfermedades crónicas (Bran-Piedrahita et al., 2020). Estas condiciones ponen en riesgo la continuidad de los tratamientos y la garantía del derecho a la salud, tal como lo advierte la Corte Constitucional en la Sentencia T-760 (2008).

El objetivo de este análisis es proponer estrategias que permitan superar dichas barreras y avanzar hacia la mejora continua del acceso a los servicios de salud en el municipio, orientadas desde la gobernanza participativa y la administración pública eficiente. Bajo este enfoque, se busca consolidar un sistema más justo y equitativo, en coherencia con los principios de integralidad y justicia (Ruiz Rivera, 2014).

2. Planteamiento del Problema

El problema central es la persistencia de diversas barreras de acceso que impiden la prestación eficiente y oportuna de los servicios de salud del área de consulta externa (medicina general y especializada) en el NHC. Se observa una insuficiencia de la capacidad de cupos diarios de citas frente a una demanda regional masiva, lo que vulnera el derecho fundamental a la salud de los habitantes de Purificación y seis municipios circundantes

¿Cuáles son las posibles causas directas o indirectas del problema?

Basados en las vivencias de los usuarios las causas directas son: El desbordamiento de la demanda, donde el flujo masivo de usuarios excede la oferta efectiva de servicios, y la implementación de un sistema de asignación de citas ineficaz basado exclusivamente en líneas telefónicas y WhatsApp, este sistema de asignación de citas funciona de la siguiente manera:

- 1 Línea para solicitar cita de medicina general 7am a 11 am (únicamente). Tel 3184095052.
- 2 Línea médico especialista de 2 pm a 4 pm (únicamente). Tel 3188276166.
- 3 Línea crónicos de 10 am a 12 pm y 2 pm a 4 pm (únicamente). Tel 3154645150

- 4 Agendar cita vía chat de whats app al teléfono 3162754850
- 5 Agendar cita vía correo electrónico, solicitándola al correo
Nhc.citas@gmail.com.
- 6 Agendar cita vía link...<http://forms.gle/jn9G4pphhUFH7Rs7>.

Como se puede observar es un sistema que utiliza medios digitales para la obtención de la cita médica, lo cual muestra un avance en el desarrollo tecnológico de las herramientas aplicadas por el NHC, pero que lamentablemente no tiene en cuenta las barreras tecnológicas y de conectividad de los habitantes de las áreas rurales y de la población adulta mayor, además el flujo es constante provoca que las líneas telefónicas regularmente se encuentran colapsadas.

Entre tanto dentro de las causas indirectas tenemos la escasez de personal médico especializado, la falta de conectividad en zonas rurales que excluye digitalmente a los usuarios y la desconexión administrativa entre la capacidad institucional y las necesidades reales del territorio.

Cabe resaltar que para el año 2026 el NHC cuenta con las siguientes Especialidades: ginecología, cirugía general, anestesiología, medicina interna, ortopedia, cardiología, dermatología y urología. De las cuales solo ginecología y anestesiología están disponibles las 24 horas, especialidades como medicina interna cuenta con 3 especialistas que se rotan de acuerdo a disponibilidad de agenda y de presupuesto durante la semana, en el caso de ortopedia cabe resaltar que también cuenta con 2 especialistas que atienden durante casi toda la semana, Dermatología, urología y Cardiología generalmente son especialidades que vienen una sola vez

al mes. Esto debido en primera medida al limitado presupuesto para contratar Especialidades y en segunda medida al desinterés por parte de algunos médicos especialistas en laborar en zonas geográficas alejadas de las ciudades

. ¿Cuáles son las manifestaciones o consecuencias del problema?

La problemática se manifiesta en tiempos de espera prolongados que retrasan la atención médica necesaria, provocando que los diagnósticos de los pacientes se agudicen debido a la demora. Esto genera un riesgo crítico en la continuidad de tratamientos para pacientes crónicos y la pérdida de controles prenatales y postparto en madres y recién nacidos, quienes son sujetos de especial protección constitucional

¿Cuáles son las cifras actuales que concretan el problema?

Actualmente, se reporta una afluencia de 800 pacientes semanales que buscan servicios en el NHC, Según cifras suministradas por el área de facturación del NHC, diariamente hay 5 médicos generales en el área de consulta externa y un médico para controles de menores y crónicos, cada uno de ellos con 27 consultas diarias. En cambio, los médicas espacialitas atienden a 18 pacientes cada uno, se debe tener en cuenta que hay especialidades que por temas de agenda y de presupuesto solo vienen una vez por semana y algunos incluso solo una vez al mes.

Las demoras en la asignación de citas superan muchas veces los 18 días para medicina general, mientras que para medicina especializada las agendas pueden estar congestionadas hasta por dos meses, además existe otra anomalía que genera desconfianza en el paciente y es la no continuidad del criterio médico, esto hace referencia a que en determinado caso un paciente recibe una orden médica para laboratorio u apoyos diagnósticos como ecografías entre otros, al volver con los resultados de los exámenes en muchas ocasiones no es posible lograr la cita con el médico tratante inicial, y aunque el conocimiento puede ser el mismo el criterio varia, y esa percepción la obtiene el paciente que no queda del todo satisfecho con su diagnóstico cuando sucede este caso en particular, caso contrario cuando es el médico tratante inicial y final el mismo.

Cabe resaltar que la Gerencia actual del NHC ha realizado enormes esfuerzos para lograr aumentar la oferta de especialidades, aunque el estado financiero de la institución no permite tener una mayor capacidad de oferta, el presupuesto está muy limitado esto en primera medida debido al no pago de las EPS

La escasez de personal especializado en el ámbito local de Purificación se correlaciona directamente con la problemática estructural descrita en la Como se evidencia en la Figura 7 de Salazar Duque (2025), que Colombia posee una de las proporciones más bajas de especialistas médico-quirúrgicos por cada 100,000 habitantes en comparación con países de la región y referentes internacionales

Esta brecha estadística no solo limita la capacidad resolutive del sistema, sino que impide que los hospitales de mediana complejidad, como el NHC, funcionen armónicamente en sus procesos de referencia y contrarreferencia, dejando la atención de salud supeditada a una oferta fragmentada e insuficiente para la carga epidemiológica actual

Esta limitación en el talento humano se agrava por la crisis financiera que enfrentan las Empresas Sociales del Estado (ESE), las cuales presentan graves dificultades para contratar especialistas debido a la falta de presupuesto y liquidez

Esta situación es consecuencia directa del incumplimiento en los pagos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las cuales han implementado estrategias para dilatar la cancelación de los servicios prestados, asfixiando financieramente a los hospitales públicos

En el caso concreto del NHC, esta realidad se traduce en que la disponibilidad de ciertas especialidades dependa exclusivamente de la sostenibilidad fiscal inmediata, provocando que los profesionales solo asistan una vez por semana o al mes, lo que vulnera el derecho fundamental a una atención oportuna y continua para los habitantes de la región

Para finalizar tenemos como referente comparativo el periodo 2024 – 2025, donde se identificó que, a pesar de los indicadores oficiales de cumplimiento reportados por el hospital, las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) radicadas ante la Secretaría Municipal de Salud ya mostraban una discrepancia significativa entre la gestión institucional y la realidad del usuario. A nivel nacional, se utiliza como contexto la cifra de 802.690 PQR registradas en 2013, de las cuales un alto porcentaje correspondía a falta de oportunidad en la atención.

2.1 Pregunta de investigación

¿Cuál es el impacto de las barreras de acceso en los servicios de consulta externa en el Nuevo Hospital La Candelaria (NHC) de Purificación – Tolima y a qué consecuencias conllevan en la garantía del derecho fundamental a la salud de la población de su área de influencia?

Tabla 1

Causas y Efectos

Causa (problemática identificada)	Efectos (consecuencias en los usuarios)
Insuficiencia de citas médicas diarios para la demanda de pacientes	Agudización de los diagnósticos de los pacientes debido a las demoras críticas en la atención
Fallas sistémicas en la asignación de citas mediante el uso exclusivo de líneas telefónicas y WhatsApp	Exclusión de la población rural y de los adultos mayores que carecen de conectividad o habilidades tecnológicas
Escasez de personal médico especializado para atender a los usuarios de Purificación y seis municipios adicionales	Vulneración del derecho a la salud en sujetos de especial protección, como madres gestantes y recién nacidos
Tiempos de espera prolongados que superan los 18 días en medicina general y hasta dos meses en especialidades	Riesgo en la continuidad de tratamientos para pacientes crónicos que requieren atención consecutiva
Complejidad del proceso de asignación de citas y de facturación de la miasma	Saturación de los servicios y percepción de una atención deshumanizada o de baja calidad

3. Justificación

La presente monografía sobre las barreras de acceso a los servicios de consulta externa en el Nuevo Hospital La Candelaria de Purificación, Tolima, se fundamenta en la necesidad de comprender un fenómeno que afecta directamente la garantía del derecho fundamental a la salud. ¿Por qué investigar este objeto de estudio? Porque las inequidades estructurales en el sistema de salud colombiano se manifiestan con mayor intensidad en territorios rurales y dispersos, donde las dificultades de disponibilidad, accesibilidad y continuidad de la atención ponen en riesgo la vida y el bienestar de poblaciones vulnerables (Marmot, 2015; OMS, 1946). La pertinencia social radica en que este análisis visibiliza las condiciones reales de acceso de comunidades que históricamente han enfrentado exclusión y desigualdad.

El propósito es generar evidencia que permita orientar estrategias de mejora institucional y administrativa, fortaleciendo la capacidad de respuesta del hospital garantizando un acceso más equitativo y oportuno. En coherencia con Penchansky y Thomas (1981), el estudio busca identificar cómo las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad se ven afectadas en el contexto local, y cómo estas limitaciones repercuten en la satisfacción de los usuarios y en la equidad de la atención.

Los hallazgos tendrán impactos sociales, económicos y políticos. Socialmente, contribuirán a mejorar la calidad de vida de los usuarios al reducir tiempos de espera y fortalecer la continuidad de tratamientos. Económicamente, permitirán optimizar recursos institucionales mediante procesos más eficientes de asignación de citas. Política y culturalmente, aportarán

insumos para la formulación de políticas públicas territoriales que reconozcan las particularidades de Purificación y sus municipios aledaños. En el ámbito académico, la investigación enriquecerá el campo de estudios sobre acceso a la salud, aportando un caso de análisis que combina metodologías cuantitativas y cualitativas, y que puede servir de referencia para futuras investigaciones en administración pública y salud.

Este estudio se enmarca principalmente en la línea de Capacidad Institucional, al analizar la eficiencia y equidad de los procesos administrativos del hospital, y en la línea de Nuevas perspectivas de los Derechos Humanos, al abordar la salud como derecho fundamental y evaluar las condiciones que limitan su garantía.

Cabe resaltar que la investigación es viable porque se dispone de recursos metodológicos y acceso a información primaria a través de encuestas, entrevistas y análisis documental de las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) registradas en el hospital. Además, el tema es de interés para la población involucrada, que ha manifestado disposición a participar y aportar sus experiencias, lo que asegura la pertinencia y factibilidad del estudio (Ortiz, 2006).

Por último, a pesar de la abundante literatura sobre acceso a la salud en Colombia, persisten vacíos en estudios aplicados a contextos municipales específicos, donde las condiciones geográficas, sociales y culturales generan particularidades que no siempre son captadas por diagnósticos nacionales. Este proyecto busca llenar ese vacío, aportando evidencia localizada sobre Purificación y su área de influencia, y proponiendo estrategias de mejora que respondan a las realidades territoriales.

4 Objetivos

4.1 Objetivo general

Realizar un estudio integral que permita Identificar las barreras de acceso a los servicios de consulta externa prestados en el Nuevo Hospital la Candelaria de Purificación – Tolima, mediante un enfoque incluyente, participativo y basado en la gobernanza como resultado de una administración pública eficiente.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar si la oferta de servicios del área de consulta externa del Nuevo

Hospital la Candelaria es suficiente para el flujo de pacientes que requieren los servicios del Hospital.

- Evaluar el proceso actual de asignación de cita, identificando tiempos de espera y cumplimiento de la normatividad vigente en los procesos de calidad de salud y teniendo en cuenta la percepción de los usuarios.

- Sugerir estrategias de solución que ayuden a fortalecer los métodos de asignación de citas médicas en el Nuevo Hospital la Candelaria de Purificación Tolima, orientadas a garantizar el acceso equitativo, eficiente y oportuno de la población más vulnerable.

5 Marcos referenciales

5.1 Marco teórico

El análisis de las barreras de acceso a los servicios de salud del área de consulta externa del NHC requiere comprender la relación entre la oferta institucional y las necesidades de la población. En este sentido, Penchansky y Thomas (1981) proponen que el acceso es el grado de ajuste entre el paciente y el sistema a través de cinco dimensiones fundamentales: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y acomodación. Bajo esta óptica, las dificultades reportadas en el NHC, como las fallas en la asignación de citas, representan una ruptura en la dimensión de acomodación u organización de la oferta frente a las realidades de los usuarios.

Complementando esta visión, el acceso es visto como el resultado de la interacción entre factores predisponentes. Según Aday y Andersen, (1974):

El acceso a la atención médica es el resultado de la interacción entre características predisponentes (como la edad, el sexo y la educación), recursos facilitadores (como los ingresos, el seguro y la disponibilidad de servicios) y la necesidad percibida por el individuo. Estas tres categorías determinan conjuntamente la utilización de los servicios de salud y la satisfacción derivada de ellos (p,213).

Para comprender por qué un individuo decide buscar atención médica, se recurre al Modelo de Aday y Andersen (1974). Este esquema explica el acceso como el resultado de la interacción de tres grupos de factores:

Factores Predisponentes: Características sociodemográficas como la edad, educación y creencias sobre la salud

Factores de Habilitación: Recursos que permiten el uso del servicio, tales como los ingresos, el seguro de salud y la ubicación de las clínicas

Necesidad Percibida: La valoración subjetiva que hace el usuario sobre su propio estado de enfermedad

Aplicando esta teoría podemos identificar, por ejemplo, cómo la falta de conectividad en las zonas rurales de Purificación actúa como un factor de inhabilitación tecnológica que impide el contacto efectivo con el hospital.

Para evaluar el éxito de la intervención sanitaria, es crucial el Modelo de Tanahashi (1978). Este autor propone un esquema secuencial conocido como el "embudo" del acceso, donde el paciente debe superar etapas críticas para recibir atención: disponibilidad (existencia del servicio), accesibilidad (capacidad de llegar), aceptabilidad (confianza en el sistema), contacto (inicio del tratamiento) y efectividad (calidad necesaria para sanar)

En el contexto del NHC, las barreras pueden aparecer en cualquier fase, reduciendo drásticamente la efectividad final del sistema para la población regional.

Desde una perspectiva sociopolítica, el acceso está condicionado por los determinantes Sociales de la Salud Marmot (2015), “Las desigualdades en salud surgen debido a las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen” (p. 2). En este

sentido las barreras no son solo administrativas o geográficas, sino que resultan de las circunstancias en que las personas nacen, crecen y trabajan. Por tanto, las demoras en diagnósticos y tratamientos que enfrentan los habitantes de Purificación reflejan inequidades estructurales y disparidades socioeconómicas que afectan la esperanza de vida de la comunidad

Por tanto, las demoras en diagnósticos y tratamientos que enfrentan los habitantes de Purificación reflejan inequidades estructurales y disparidades socioeconómicas que afectan la esperanza de vida de la comunidad.

Desde una perspectiva regional, se discuten los determinantes sociales y políticos que condicionan la efectividad de las políticas públicas en América Latina (Sánchez-Torres, 2017).

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) establece que la salud es un derecho humano fundamental que obliga a los Estados a garantizar servicios que cumplan con los criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Bajo este enfoque de derechos, Andrés Felipe Ruiz Rivera (2014) plantea que la justicia aplicada a la salud debe basarse en la integralidad, entendiendo que el bienestar no se limita a la atención médica, sino que abarca condiciones sociales y culturales. Por su parte, el modelo conductual más utilizado para explicar la búsqueda de atención médica es el propuesto por Ronald Andersen, quien divide los factores en categorías predisponentes, facilitadores y de necesidad percibida.

Finalmente, para entender la efectividad de la cobertura, es crucial el esquema conocido como el "embudo" del acceso. Según Tanahashi (1978), para que una intervención sea exitosa, el

paciente debe superar etapas secuenciales que van desde la disponibilidad y accesibilidad hasta la efectividad del tratamiento recibido.

5.2 Marco conceptual

El acceso a los servicios de salud.

Se entiende como la posibilidad real y efectiva que tienen las personas de utilizar servicios oportunos, adecuados y de calidad, en función de sus necesidades. No se limita a la existencia de infraestructura, sino que abarca la interacción entre la oferta institucional y la demanda social (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1946).

De acuerdo con el Modelo Conductual de Andersen y Aday (1974), el acceso depende de tres factores: predisponentes (edad, educación, creencias), habilitadores (ingresos, seguros, disponibilidad de servicios) y necesidad percibida. Este enfoque ha sido ampliamente utilizado en diagnósticos institucionales y políticas públicas de salud.

Por su parte, Penchansky y Thomas (1981) definen el acceso como el grado de ajuste entre el paciente y el sistema, a través de cinco dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y acomodación. Estas categorías permiten identificar con precisión las barreras que enfrentan los usuarios en contextos rurales como Purificación.

Barreras de acceso.

Se entienden como los obstáculos, trabas o dilataciones que impiden que la población acceda de manera equitativa a los servicios de salud, según Campaz & Montaña (2019) plantean la siguiente categorización:

Barreras Administrativas: Son estrategias técnico-administrativas que niegan o dilatan la prestación del servicio. Barreras Geográficas: Se refieren a las dificultades derivadas de la localización física, la dispersión poblacional y la infraestructura vial.

En Purificación, la distancia desde las zonas rurales y los municipios del área de influencia hacia el hospital genera demoras que agudizan los diagnósticos

Barreras Económicas: Comprenden la incapacidad de pago y los gastos de bolsillo (transporte, medicamentos no disponibles o consultas particulares) en los que incurren los usuarios ante las fallas del sistema

Barreras Culturales: Surgen de la falta de confianza en el sistema o discrepancias en el concepto de salud-enfermedad

La resistencia o desconfianza hacia la telemedicina es un factor cultural relevante detectado en zonas rurales.

Cobertura efectiva

El Modelo de Tanahashi (1978) aporta una visión complementaria al analizar la efectividad de la cobertura en cinco etapas: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, contacto y calidad.

Disponibilidad: Existencia física del servicio y recursos humanos

Accesibilidad: Capacidad del usuario para llegar al servicio

Aceptabilidad: Confianza del usuario en el personal y el tratamiento

Contacto: Inicio efectivo del tratamiento o consulta

Calidad: Recibir la atención técnica necesaria para sanar.

Según este autor, las barreras pueden aparecer en cualquiera de estas fases, reduciendo la efectividad del sistema de salud.

Humanización de los Servicios de Salud

Categoría emergente que se refiere al trato amable, respetuoso y digno por parte del personal administrativo y asistencial.

La falta de humanización se traduce en desinterés o mala atención, lo cual actúa como una barrera subjetiva que desmotiva al usuario a utilizar los servicios del hospital.

Accesibilidad

Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Oportunidad

Es la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios

Seguridad

Es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.

Niveles de Atención

Primer Nivel de Atención: Se enfoca en la promoción, prevención y resolución de necesidades básicas (puestos de salud).

Segundo Nivel de Atención: Nivel de mediana complejidad que brinda diagnósticos especializados, medicina interna y hospitalización.

Pertinencia

Es el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales.

Sistema de Información y Atención al Usuario (SIAU)

Es la herramienta institucional diseñada para captar las Peticiones, Quejas y Reclamos (PQR) de los ciudadanos.

Sujetos de Especial Protección Constitucional

Poblaciones que, debido a su condición de vulnerabilidad (niños, adultos mayores, madres gestantes y pacientes crónicos), requieren una atención prioritaria y continua por parte del Estado para garantizar sus derechos fundamentales.

En el ámbito de los determinantes sociales, Marmot (2015) sostiene que el acceso está condicionado por las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y trabajan. Así, las barreras de acceso no son únicamente administrativas o geográficas, sino también estructurales, vinculadas a desigualdades socioeconómicas y culturales.

Finalmente, Ruiz Rivera (2014) plantea una teoría de la justicia aplicada al derecho a la salud, destacando la integralidad como fundamento. Desde esta perspectiva, la salud no debe

limitarse a la atención médica, sino abarcar condiciones sociales, ambientales y culturales que garanticen bienestar.

5.3 Marco legal.

La salud y el acceso a la misma poseen una robusta normatividad tanto en el ámbito internacional como Nacional.

Marco legal internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948):

En su artículo 25, establece que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, incluyendo la asistencia médica y los servicios sociales necesarios

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966):

Este tratado, ratificado por Colombia, obliga a los Estados a garantizar el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental

La Observación General No. 14 de este pacto define los criterios AAAQ
(Disponibilidad, Accesibilidad, Aceptabilidad y Calidad) :

como los pilares esenciales para evaluar el acceso real a los servicios

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006):

Instrumento clave para el abordaje de la discapacidad psicosocial, que enfatiza la inclusión, la no discriminación y el acceso a servicios de salud especializados y comunitarios en igualdad de condiciones

Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible:

A través del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3, busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, mientras que el ODS 10 se enfoca en reducir las desigualdades que afectan a poblaciones vulnerables y personas con discapacidad

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946):

Define la salud no solo como la ausencia de afecciones, sino como un estado de completo bienestar físico, mental y social internacional.

Marco legal Nacional.

La normativa colombiana ha evolucionado hacia la protección de la salud como un derecho fundamental autónomo, con especial énfasis en la eliminación de barreras administrativas y territoriales

Constitución Política de 1991:

El artículo 49 establece que la atención de la salud es un servicio público a cargo del Estado, garantizando a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación.

El artículo 44 prioriza los derechos de los niños, incluyendo la salud y la seguridad social, sobre los derechos de los demás.

Sentencia T-760 de 2008 (Corte Constitucional):

Hito jurídico que identificó fallas sistémicas en el sistema de salud y ordenó su reestructuración para eliminar barreras administrativas y financieras que obligaban al uso excesivo de la tutela.

Sentencia T-212 de 2011:

Dictamina que el acceso efectivo a la salud puede depender del financiamiento de transporte y hospedaje cuando el paciente no cuenta con recursos, asegurando que la distancia geográfica no sea un impedimento para la atención.

Ley Estatutaria de Salud 1751 de 2015:

Es la norma de mayor jerarquía actual. Consagra la salud como un derecho fundamental autónomo e irrenunciable

Prohíbe expresamente la negación o interrupción de servicios por razones administrativas o económicas y establece que la atención debe ser oportuna, eficaz y con calidad.

Ley 100 de 1993:

Creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), organizando la prestación del servicio a través de los regímenes contributivo y subsidiado.

Ley 1438 de 2011:

Fortalece el sistema mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) y prohíbe las políticas internas que fragmenten la atención o limiten el acceso a los usuarios.

Ley 1618 de 2013:

Establece disposiciones para garantizar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, asegurando su atención integral en el SGSSS.

Instrumentos de gestión y calidad.

Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y Modelo MAITE:

Buscan adaptar el sistema de salud a las realidades territoriales y rurales (como el caso de Purificación, Tolima), integrando acciones para reducir brechas de acceso y mejorar la coordinación entre agentes.

Ministerio de Salud, resolución 3100 de 2019:

Define las condiciones de habilitación de los servicios de salud para garantizar estándares mínimos de calidad y suficiencia en la infraestructura y el talento humano.

Decreto 4747 de 2007:

Regula la relación entre prestadores y pagadores, con el fin de facilitar el sistema de referencia y contrarreferencia para una atención oportuna e integral.

5.4 Marco espacial

Municipio: Purificación, Tolima, Delimitación Geográfica General, la investigación se sitúa en el municipio de Purificación, ubicado en la zona suroriental del departamento del Tolima, Colombia. Coordenadas aproximadas: 3°51'32"N 74°55'53"O.

Extensión: Cuenta con una superficie aproximada de 422 km², lo que implica una dispersión considerable de la población rural en relación con el casco urbano.

Entorno Político-Administrativo: El análisis abarca tanto la Cabecera Municipal como su Zona Rural, la cual está compuesta por numerosos barrios y veredas (como Chenche, Baura, El Tigre, entre otras).

Población Objetivo: Usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) residentes en el municipio, con especial énfasis en aquellos que dependen del Régimen Subsidiado.

Infraestructura de Salud (Punto de Análisis). ESE Hospital Nuevo de Purificación: Principal centro de atención de primer y segundo nivel para el municipio y zonas aledañas (como Prado o

Saldaña). Centros y Puestos de Salud Rurales: Ubicaciones clave para analizar la barrera de "Disponibilidad" (presencia de médicos y medicamentos en las veredas).

Tiempo de ejecución del estudio: analizaremos la información suministrada por el hospital de los meses de febrero marzo y abril del 2026 y realizaremos encuesta tipo Likert entre el mes de abril y mayo 2026.

6. Metodología

6.1 Diseño metodológico

En esta investigación, las personas y los contextos no se reducen a simples variables, pues se busca comprender los motivos internos que orientan la acción humana y los fenómenos concretos vinculados con la coyuntura del acceso a los servicios de salud actual. Por tal razón, el enfoque metodológico se orienta hacia el análisis de un estudio de caso, adoptando una mirada holística y amplia sobre las barreras que limitan el acceso a la consulta general y especializada en el NHC. En donde se consideran dimensiones sociales, históricas, culturales y económicas de los participantes, con el propósito de reconocer el sentido de sus experiencias y explorar las necesidades propias de la condición humana, entendida como finita y determinada por una realidad que exige ser asumida de manera reflexiva.

Tabla 2
Aproximación Jerárquica de Tipos de Investigación

Elemento	Descripción	Fuente
Tipo de investigación: Descriptiva, no experimental, con enfoque mixto (cuantitativo–cualitativo).	Esto permite no solo tabular la frecuencia de las barreras encontradas, sino también realizar una interpretación de los motivos internos de la acción humana y los fenómenos sociales en salud pública que afectan a la comunidad.	Hernández-Sampieri et al. (2014); Taylor & Bogdan (1998)
Objetivo	Identificar y caracterizar las barreras de acceso en el NHC, analizando su impacto en la equidad y oportunidad de la atención	Documento base
Método	El método principal es el estudio de caso colectivo. Este proceso es descriptivo, transversal e interpretativo · Proceso Deductivo: Se utiliza para explorar los datos empíricos basándose en marcos teóricos establecidos · Proceso Inductivo: Se basa en la revisión de la literatura y las narrativas recolectadas para producir nuevo conocimiento situado en el territorio.	Penchansky & Thomas (1981); Tanahashi (1978).

Enfoque	Mixto: cuantitativo (estadística descriptiva) y cualitativo (narrativas y análisis documental).	Taylor & Bogdan (1998)
Fuentes de información	Investigación en el lugar donde se centra el análisis	De campo
El lugar donde el estudio de campo llevado a cabo,	Usuarios que asisten a consulta medica	Área de consulta externa del NHC

Fuente: Ortiz-Garcia (2006), Protocolo de Investigación, Tabasco

7. Selección y descripción de los participantes para la encuesta

Población: La población objeto de estudio son los usuarios que asisten o intentan asistir al servicio de consulta externa (medicina general y especializada) en el NHC durante el periodo comprendido del 11 al 15 de mayo del 2026.

Se considera una afluencia de 800 pacientes semanales, pero para efectos prácticos se va a tomar una muestra de 60 pacientes, que asistan a los diferentes servicios del área de consulta externa, en lo referente a citas médicas general, citas medicina especializada, citas de control y desarrollo y citas de pacientes crónicos.

Cabe resaltar que el estudio solo se realiza en base a las consultas médicas general y especializada, otros servicios, como algunos apoyos diagnósticos, laboratorios y servicios de odontología no están incluidos en esta investigación.

8. Técnicas e Instrumentos de Investigación

Se emplearán técnicas complementarias para captar tanto datos estadísticos como narrativas de vida:

- Encuestas Estructuradas: Cuestionario auto aplicado (físico) con preguntas cerradas tipo Likert para medir la satisfacción y frecuencias de barreras.

8.1 Muestra (Participantes):

Se utilizó un muestreo por conveniencia, fundamentado en la accesibilidad, de acuerdo al tipo de consulta al que asistió cada paciente

La muestra se divide en 4 grupos estratégicos:

m1 (medicina general): 15 usuarios que asistieron a consulta médico general

m2 (medicina especializada, incluye pediatría): 15 usuarios que asistieron a consulta de las diferentes especialidades que brinda el NHC

m3 (crónicos o reformulación): 15 usuarios que asistieron al servicio de consulta de crónicos ya sea por médico general o reformulación por enfermería dependiendo la situación de cada paciente

m4(controles de crecimiento y desarrollo): 15 usuarios (menores de edad o jóvenes) que asisten a su control de crecimiento según lo estipulado por la Atención Integral en Salud Infantil y Adolescente.

8.2 Criterios de Inclusión:

- Usuarios residentes en Purificación o su área de influencia (Saldaña, Prado, Dolores, Alpujarra, Coyaima y Natagaima)

9 Cronograma de actividades para la encuesta

Tabla 3

Cronograma de actividades

Actividad realizada	Fecha Ejecución
Encuesta directa tiempos de espera	Realizada del 27 al 30 de abril de 2026
Encuesta de satisfacción tipo Likert	Realizada del 11 al 15 de mayo 2026

10 Resultados esperados u obtenidos

10.1 Encuesta tiempos de espera

Para mayor lograr una mayor eficiencia de la investigación, se procede a realizar una encuesta a los 4 tipos de muestras ya antes descritos por separado, con el objetivo de la más

acertada información de cada usuario, cabe resaltar que en general son 60 usuarios, que asistieron a sus consultas médicas entre los días 27 de abril al 30 de abril del presente año.

La pregunta era la siguiente: ¿Cuánto tiempo demoro en obtener su cita médica?, con las siguientes opciones de respuesta: 1. De 0 a 3 días, opción de respuesta 2. De 4 a 15 días, opción de respuesta 3 De 16 a 30 días, opción de respuesta 4. más de 30 días, con lo cual obtuvimos los siguientes resultados

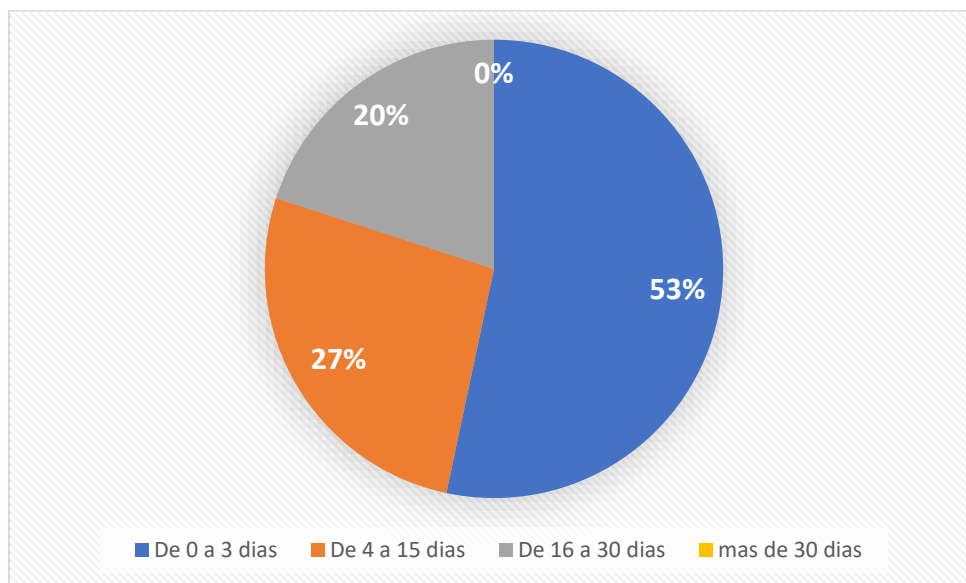
A continuación, se detalla cada tabla su respectiva gráfica y una interpretación que comprende las fortalezas, las alarmas, la comparación con las otras entre sí, y las posibles implicaciones sociales

Tabla 4
resultados muestra 1

m1 (medicina general): 15 usuarios que asistieron a consulta médico general			
¿Cuánto tiempo demoro en obtener su cita médica?			
opción	intervalo	respuesta x	%
1	De 0 a 3 días	8	53%
2	De 4 a 15 días	4	27%
3	De 16 a 30 días	3	20%
4	más de 30 días	0	0%

Grafica 1

Tiempos de Espera Muestra 1 Medicina General



Interpretación de la grafica

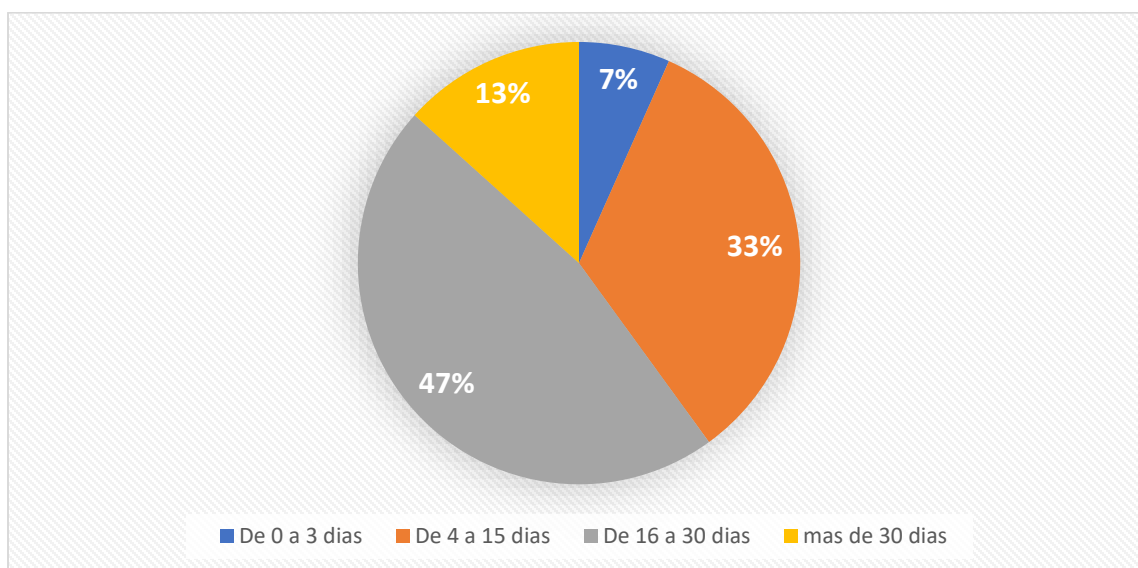
- En medicina general más del 50% de los usuarios obtuvieron cita en menos de 3 días, lo cual refleja buena capacidad de respuesta en servicios básicos, lo cual refleja un nivel de oportunidad aceptable, alineado con estándares de atención primaria.
- El 47% restante experimentó demoras de entre 4 y 30 días. Aunque no hubo casos de espera superior a un mes, los tiempos de 16–30 días (20%) son problemáticos porque pueden retrasar diagnósticos básicos y afectar la continuidad de tratamientos.

- Los tiempos prolongados afectan más a pacientes vulnerables (adultos mayores, madres gestantes, población rural). Se evidencia una brecha interna, mientras unos acceden rápido, otros enfrentan demoras que generan inequidad en el derecho a la salud.
- Medicina general muestra mejor desempeño que especialidades (donde predominan esperas largas). Sin embargo, la proporción de usuarios con demoras de hasta 30 días en M1 indica que la presión de la demanda también impacta este nivel.

Tabla 5
resultados muestra 2

m2 (medicina especializada, incluye pediatría): 15 usuarios que asistieron a consulta de las diferentes especialidades que brinda el NHC			
¿Cuánto tiempo demoro en obtener su cita médica?			
	intervalo	respuesta x	%
1	De 0 a 3 días	1	7%
2	De 4 a 15 días	5	33%
3	De 16 a 30 días	7	47%
4	más de 30 días	2	13%

Grafica 2
Tiempos de Espera Muestra 2 Medicina Especializada



Interpretación de la grafica

- Casi la mitad de los usuarios (47%) esperaron entre 16 y 30 días, y un 13% más de un mes. Esto significa que 6 de cada 10 pacientes especializados enfrentan demoras superiores a dos semanas, lo cual es un indicador de ineficiencia estructural en la oferta de especialistas.
- Los tiempos prolongados en especialidades afectan directamente a pacientes con enfermedades crónicas, pediátricas o gestantes, donde la oportunidad del

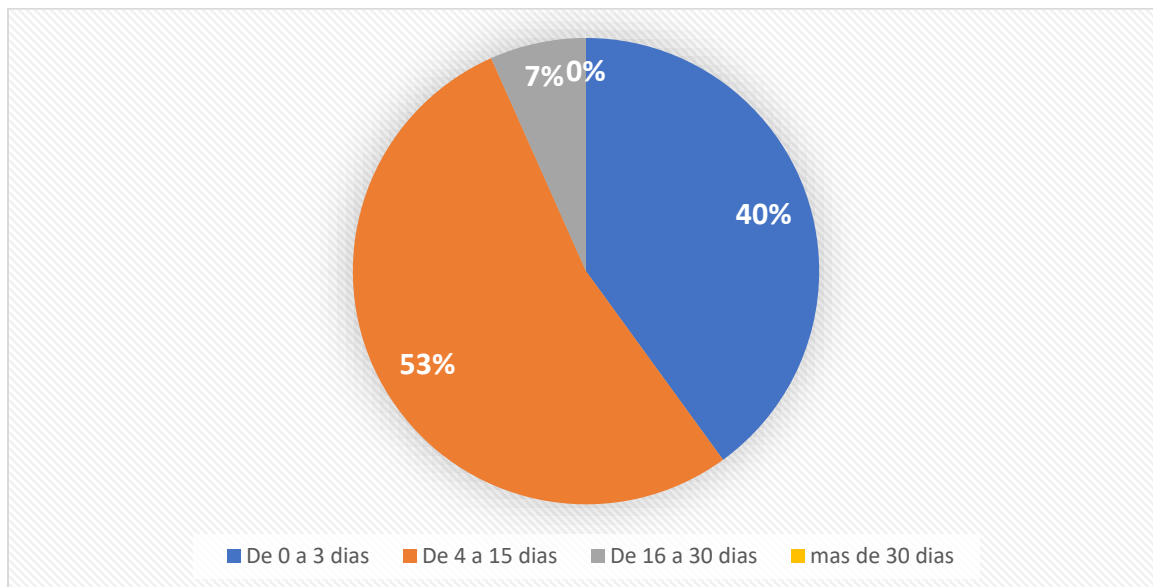
diagnóstico es vital y por ende el retraso puede generar agravamiento de patologías, aumento de hospitalizaciones y mayor gasto institucional.

- Mientras en M1 más del 50% accede en menos de 3 días, en M2 solo el 7% lo logra. Lo cual evidencia una brecha interna, el hospital responde bien en servicios básicos, pero falla en niveles de mayor complejidad.
- La población rural y dispersa es la más afectada, pues además de esperar semanas para una cita, debe asumir costos de transporte y en algunos casos alojamiento. Esto incrementa la inequidad y vulnera el derecho fundamental a la salud.

Tabla 6
resultados muestra 3

m3 (crónicos o reformulación): 15 usuarios que asistieron al servicio de consulta de crónicos ya sea por médico general o reformulación por enfermería dependiendo la situación de cada paciente			
¿Cuánto tiempo demoro en obtener su cita médica?			
	intervalo	responda x	%
1	De 0 a 3 días	6	40%
2	De 4 a 15 días	8	53%
3	De 16 a 30 días	1	7%
4	más de 30 días	0	0%

Grafica 3
Tiempos de Espera Muestra 3 Pacientes Crónicos



Interpretación de la grafica

- El 93% de los pacientes crónicos accedió a cita en menos de 15 días, lo cual es un indicador positivo frente a la necesidad de continuidad en tratamientos. La ausencia de esperas superiores a un mes refleja que el NHC sí prioriza a esta población vulnerable, en coherencia con la protección constitucional.
- Aunque más de la mitad (53%) esperó entre 4 y 15 días, este intervalo puede ser problemático para pacientes que requieren reformulación de medicamentos o controles frecuentes. un retraso de dos semanas en pacientes dependientes de

medicación puede generar riesgos clínicos como descompensaciones o interrupciones en el tratamiento.

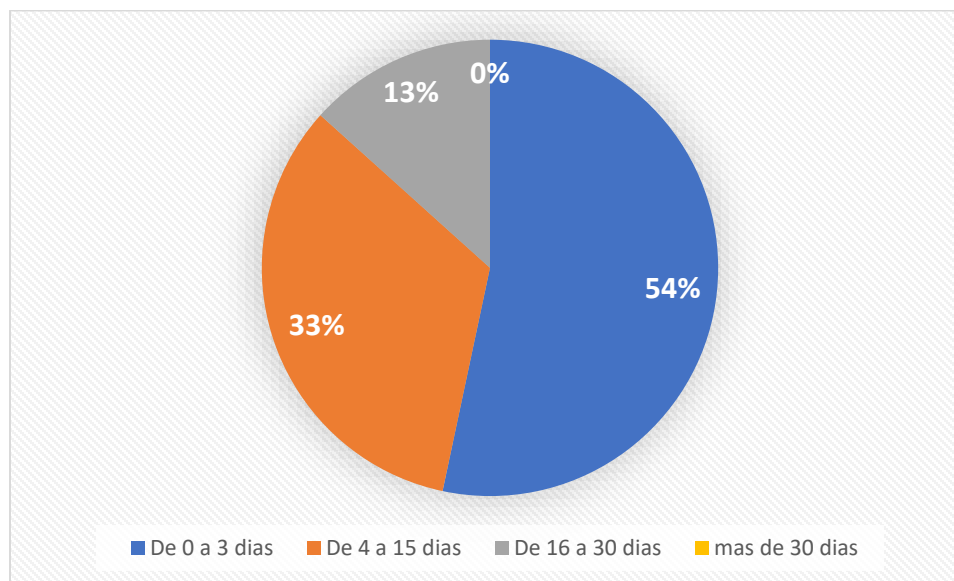
- M3 muestra mejor desempeño que especialidades (M2), donde predominan esperas largas. Sin embargo, es menos eficiente que medicina general (M1), donde más de la mitad accede en menos de 3 días. Esto sugiere que el NHC prioriza a los crónicos, pero aún no logra garantizar la oportunidad plena que exige su condición.
- La relativa rapidez en la atención de crónicos que refleja un 40% a la hora de conseguir su cita en menos de tres días evidencia una política institucional de priorización, pero las demoras de hasta 15 días pueden afectar especialmente a

Tabla 7
Resultados Muestra 4

m4(controles de crecimiento y desarrollo): 15 usuarios (menores de edad o jóvenes) que asisten a su control de crecimiento según lo estipulado por la Atención Integral en Salud Infantil y Adolescente.			
¿Cuánto tiempo demoro en obtener su cita médica?			
	intervalo	responda x	%
1	De 0 a 3 días	8	53%
2	De 4 a 15 días	5	33%
3	De 16 a 30 días	2	13%
4	más de 30 días	0	0%

Grafica 4

Tiempos de Espera Muestra 3 Promoción y Mantenimiento de la Salud



Interpretación de la grafica

- Más de la mitad de los usuarios (53%) accedieron a cita en menos de 3 días, lo que refleja una respuesta rápida y eficiente en servicios de promoción y prevención. Esto es clave porque los controles de crecimiento y desarrollo son parte de la Atención integral en salud infantil y adolescente, donde la oportunidad es fundamental para garantizar un adecuado seguimiento.
- Un tercio de los usuarios (33%) esperó entre 4 y 15 días. Aunque no es crítico, puede retrasar la detección temprana de problemas de crecimiento o desarrollo. Además 14% que esperó entre 16 y 30 días representa un grupo vulnerable, ya que los retrasos en controles pediátricos pueden tener consecuencias en la salud infantil a largo plazo.

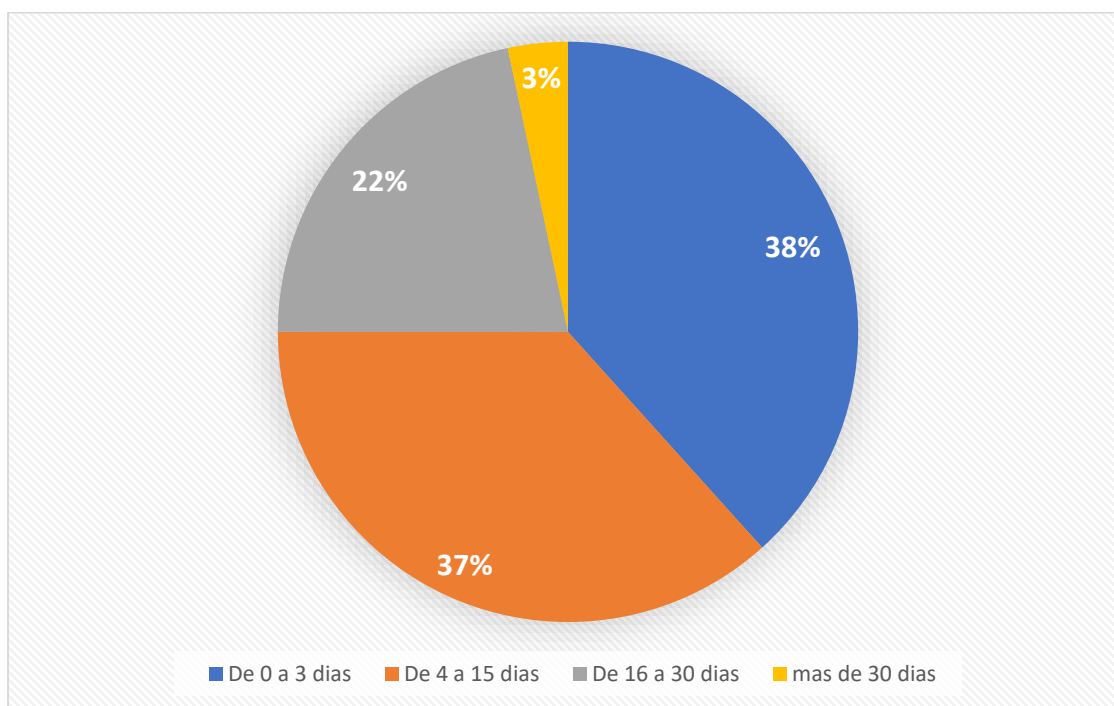
- M4 se comporta de manera similar a M1 (medicina general), con más de la mitad de los usuarios atendidos en menos de 3 días. Es mucho más eficiente que M2 (especialidades), donde predominan las demoras largas. Se acerca a M3 (crónicos), pero con mejor desempeño, ya que los tiempos críticos (>30 días) no aparecen en M4.
- La buena respuesta en M4 refleja una priorización institucional hacia la población infantil y adolescente, coherente con la protección constitucional de los niños.

A continuación, la tabla con información de la muestra completa la cual es de 60 pacientes

Tabla 8
tabla general de los tiempos de espera

Tabla general de tiempos de espera(muestra completa de los 60 usuarios)			
	Intervalo	responda x	%
1	De 0 a 3 días	23	38%
2	De 4 a 15 días	22	37%
3	De 16 a 30 días	13	22%
4	más de 30 días	2	3%

Grafica 5
Tiempos de Espera Generales



La gráfica general de tiempos de espera evidencia que el hospital logra atender con rapidez a la mayoría de los usuarios, pero mantiene un núcleo problemático en especialidades, donde las demoras prolongadas comprometen la oportunidad y la equidad. El reto institucional es reducir el 29% de usuarios con tiempos críticos, garantizando que todos los servicios se ubiquen en el rango de menos de 15 días.

10.3 Encuesta Likert nivel de satisfacción

Se realiza encuesta física de formato Likert a una muestra de 60 pacientes que asistieron de manera general y aleatoria a sus consultas médicas.

La finalidad de la encuesta era medir el nivel de satisfacción de los usuarios frente a los mecanismos implementados por el NHC para acceder a los servicios de salud del área de consulta externa.

Las preguntas de la encuesta se hicieron entorno a las 6 dimensiones claves en la calidad de la atención en salud. Como lo observamos en la siguiente tabla

Tabla 9
preguntas encuesta likert y su respectiva dimensión

Preguntas		Dimensión
Iten 1	Pude obtener una cita médica en un tiempo razonable	Disponibilidad
Iten 2	El hospital cuenta con suficientes médicos para atender la demanda	Disponibilidad
Iten 3	El proceso de asignación de citas fue sencillo y claro	Accesibilidad
Iten 4	Los canales de comunicación (teléfono, WhatsApp, presencial) fueron adecuados para mí	Humanización
Iten 5	El personal administrativo me trató con respeto y amabilidad	Humanización
Iten 6	El tiempo de espera para la consulta fue adecuado	Oportunidad
Iten 7	Mi tratamiento o seguimiento se realizó de manera continua y sin interrupciones	Oportunidad
Iten 8	Los costos de transporte y otros gastos asociados fueron razonables	Asequibilidad
Iten 9	No tuve que incurrir en gastos adicionales por fallas del sistema	Asequibilidad
Iten 10	Estoy satisfecho con la atención recibida en el hospital	satisfacción global

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

Ítem 11	Recomendaría este servicio a otras personas de mi comunidad	satisfacción global
------------	---	---------------------

Realizada la encuesta, se procede a tabular la información con una tabla dinámica, donde se obtuvieron los siguientes resultados.

Tabla 10 representación tabla dinámica utilizada

Tabla 10
Representación Tabla Dinámica Utilizada

Encuestados	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Ítem 12
1	3	2	3	2	4	4	4	5	5	3	5	40
2	3	3	3	4	5	4	5	5	5	3	4	44
3	2	4	2	2	4	2	4	5	5	3	5	38
4	2	2	2	1	5	2	1	5	5	2	5	32
5	4	3	2	2	5	4	4	5	5	5	5	44
6	3	3	1	3	5	4	5	5	4	4	5	42
7	3	1	2	2	5	3	5	4	4	4	5	38
8	3	4	3	3	5	5	5	4	4	5	5	46
9	2	3	2	4	4	5	4	4	4	5	5	42
10	3	4	4	1	3	5	4	5	4	5	5	43
11	3	2	2	2	4	4	2	4	5	4	5	37
12	4	2	4	5	5	4	5	3	5	4	5	46
13	5	2	2	3	5	5	3	3	5	3	5	41
14	2	3	3	4	4	3	3	5	5	5	5	42
15	3	3	2	4	4	4	1	5	5	2	5	38
16	3	2	4	5	3	5	5	5	5	4	4	45
17	3	5	2	2	4	5	5	4	5	3	4	42
18	2	3	2	4	3	3	3	4	5	2	4	35
19	3	2	4	3	3	4	2	4	5	5	3	38
20	1	1	2	2	5	3	2	5	5	4	5	35

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

21	1	1	3	2	3	5	2	5	5	4	5	36
22	1	2	1	3	2	2	4	5	4	5	5	34
23	4	3	2	4	3	4	4	5	4	5	5	43
24	5	4	4	1	5	4	4	5	4	5	5	46
25	4	3	2	2	3	2	1	5	4	5	5	36
26	2	2	1	3	4	4	2	5	4	3	5	35
27	2	3	3	3	4	5	5	4	4	2	5	40
28	1	3	2	5	2	5	3	4	5	3	5	38
29	1	2	2	1	2	4	4	4	5	4	5	34
30	2	3	1	2	4	3	3	4	5	5	5	37
31	2	3	2	3	5	4	3	4	5	4	5	40
32	3	1	4	2	5	5	4	5	5	5	5	44
33	3	3	1	3	4	5	4	5	5	4	5	42
34	3	3	2	3	4	2	4	5	5	5	4	40
35	2	1	2	2	4	3	4	5	5	3	5	36
36	2	1	2	3	5	5	5	5	5	4	5	42
37	2	3	4	4	5	5	5	5	5	4	5	47
38	2	1	1	3	5	5	5	4	5	4	5	40
39	3	5	2	4	5	5	5	4	5	4	5	47
40	1	3	3	4	5	5	5	4	5	5	5	45
41	2	2	3	3	3	3	2	4	5	5	4	36
42	2	3	2	4	4	3	3	5	5	4	4	39
43	1	3	1	2	3	5	4	4	5	5	4	37
44	2	2	2	1	5	3	4	5	5	3	4	36
45	1	3	1	3	5	3	1	5	5	4	4	35
46	2	1	2	2	3	4	3	5	5	5	4	36
47	2	2	1	3	5	5	3	5	5	5	5	41
48	3	4	2	3	4	4	5	4	5	4	5	43
49	2	3	2	1	4	5	3	4	5	4	5	38
50	2	1	1	2	5	4	5	4	5	4	5	38
51	1	2	2	3	4	5	5	4	5	5	4	40
52	3	4	5	4	5	5	5	4	4	5	4	48
53	2	1	3	2	4	5	5	4	5	4	4	39
54	1	2	2	1	4	5	4	5	4	4	5	37
55	2	3	2	3	4	5	4	5	4	3	5	40
56	1	1	3	3	4	5	4	5	5	5	5	41
57	2	2	2	3	3	2	3	3	5	3	5	33
58	2	3	1	2	4	5	5	4	5	4	4	39

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

59	2	1	2	3	5	4	5	5	5	4	4	40
60	1	2	2	3	5	5	4	5	5	3	5	40
Total	2,3	2,5	2,3	2,8	4,1	4,1	3,8	4,5	4,8	4,0	4,7	

- Como se observa en la tabla anterior cada pregunta es tomada como ítem.
- En la fila de los totales da como resultado el promedio de la suma de cada columna y este como tal es tomado como el grado de satisfacción de cada pregunta tabulada con la información de los 60 encuestados

Tabla 11
Grados de Satisfacción Utilizados en la Encuesta

Grado de satisfacción	Niveles
Totalmente satisfecho	5
satisfecho	4
Algo satisfecho	3
Insatisfecho	2
Totalmente Insatisfecho	1

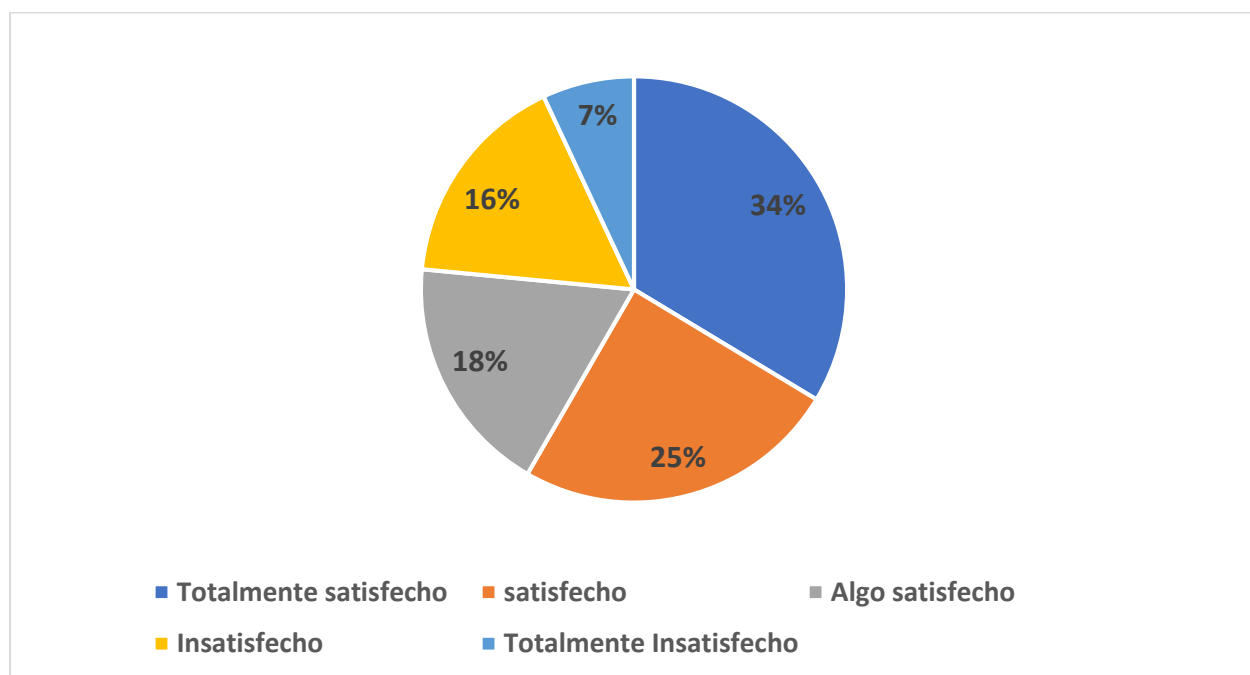
- Donde 1 es la calificación más baja y 5 la más alta
- También se puede observar en la imagen de la tabla dinámica el ítem 12, el cual es tomado como el grado de satisfacción de cada encuestado.

Tabla 12
Resultados por Ítem

Grado de satisfacción	Ítem 1	Ítem 2	Ítem 3	Ítem 4	Ítem 5	Ítem 6	Ítem 7	Ítem 8	Ítem 9	Ítem 10	Ítem 11	Total
Totalmente satisfecho	2	2	1	3	24	27	20	33	46	21	43	222
satisfecho	4	6	7	11	22	17	19	24	14	23	16	163
Algo satisfecho	17	23	10	22	11	10	11	3	0	12	1	120
Insatisfecho	25	17	31	17	3	6	6	0	0	4	0	109
Totalmente Insatisfecho	12	12	11	7	0	0	4	0	0	0	0	46
Total	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	660

- En esta tabla obtenemos los resultados de cada ítem con respecto a cada nivel de satisfacción, y en los totales siempre dará como resultado 60, ya que ese es el número de encuestados
- La casilla numero 12 o de totales es la que debe utiliza para realizar la gráfica e identificar el valor porcentual

Grafica 6
Grado de Satisfacción por cada Item



De la gráfica anterior podemos observar:

- Que la mitad de los usuarios (59%) se ubican en niveles positivos (4 y 5), lo que refleja una percepción favorable hacia el hospital.
- Un 23% manifiesta insatisfacción (niveles 1 y 2), lo que evidencia barreras persistentes en disponibilidad de citas, oportunidad y accesibilidad.
- El 18% restante se mantiene en una posición neutral, lo que indica indecisión o experiencias mixtas.

- La gráfica muestra una polarización moderada: existe confianza en el trato humano, pero también un grupo significativo que percibe deficiencias estructurales.

Con la información de las tablas dinámicas también se buscaba saber el resultado de cada pregunta con respecto a nivel de satisfacción, y de esta manera observar en que dimensión de calidad hay que reforzar según los resultados de la encuesta.

Tabla 13
Resultados Grados de Satisfacción por Pregunta y Dimensión

Preguntas		Dimensión	Nivel de satisfacción	
Ítem 1	Pude obtener una cita médica en un tiempo razonable	Disponibilidad	2,3	insatisfecho
Ítem 2	El hospital cuenta con suficientes médicos para atender la demanda	Disponibilidad	2,5	insatisfecho
Ítem 3	El proceso de asignación de citas fue sencillo y claro	Accesibilidad	2,3	insatisfecho
Ítem 4	Los canales de comunicación (teléfono, WhatsApp, presencial) fueron adecuados para mí	Humanización	2,8	insatisfecho
Ítem 5	El personal administrativo me trató con respeto y amabilidad	Humanización	4,1	satisfecho
Ítem 6	El tiempo de espera para la consulta fue adecuado	Oportunidad	4,1	satisfecho
Ítem 7	Mi tratamiento o seguimiento se realizó de manera continua y sin interrupciones	Oportunidad	3,8	algo satisfecho
Ítem 8	Los costos de transporte y otros gastos asociados fueron razonables	Asequibilidad	4,5	satisfecho

Ítem 9	No tuve que incurrir en gastos adicionales por fallas del sistema	Asequibilidad	4,8	satisfecho
Ítem 10	Estoy satisfecho con la atención recibida en el hospital	satisfacción global	4	satisfecho
Ítem 11	Recomendaría este servicio a otras personas de mi comunidad	satisfacción global	4,7	satisfecho

Resultados por ítem (dimensiones específicas)

Dimensión de disponibilidad

Ítem 1 (cita en tiempo razonable): promedio 2.3 → insatisfacción clara.

Ítem 2 (suficiencia de médicos): promedio 2.5 → insatisfacción moderada.

La disponibilidad es la dimensión más crítica por que los usuarios perciben que no hay suficientes citas ni médicos para la demanda.

Dimensión de accesibilidad

Ítem 3 (proceso sencillo de asignación): promedio 2.3 → insatisfacción marcada.

Los usuarios consideran que el proceso de asignación de citas es complejo y poco amigable, especialmente para población rural y adultos mayores.

Dimensión de humanización

Ítem 4 (canales de comunicación adecuados): promedio 2.8 → insatisfacción leve.

Ítem 5 (trato respetuoso y amable): promedio 4.1 → satisfacción alta.

Existe una contradicción, aunque el trato humano es valorado positivamente, los canales de comunicación (teléfono, WhatsApp, presencial) no son percibidos como suficientes o adecuados.

Dimensión de oportunidad

Ítem 6 (tiempo de espera adecuado): promedio 4.1 → satisfacción alta.

Ítem 7 (continuidad en tratamientos): promedio 3.8 → algo satisfecho.

La oportunidad se percibe mejor que la disponibilidad, pero aún hay riesgos en la continuidad de tratamientos crónicos.

Dimensión de asequibilidad

Ítem 8 (costos razonables): promedio 4.5 → satisfacción alta.

Ítem 9 (no gastos adicionales por fallas del sistema): promedio 4.8 → satisfacción muy alta.

Los usuarios valoran positivamente que los costos asociados sean razonables y que no deban asumir gastos extra por fallas del sistema.

Dimensión de satisfacción global

Ítem 10 (satisfecho con la atención): promedio 4.0 → satisfacción alta.

Ítem 11 (recomendaría el servicio): promedio 4.7 → satisfacción muy alta.

La percepción global es positiva: la mayoría recomendaría el hospital, lo que refleja confianza institucional.

11 Conclusiones

Las recomendaciones que a continuación se presentan están dadas por los resultados obtenidos de la tabulación de la información y sintetizadas a partir de los hallazgos del diagnóstico operativo y los modelos de gestión analizados en las fuentes.

Primero la brecha crítica en especialidades. Mientras que la medicina general presenta una oportunidad de atención aceptable (más del 50% en menos de 3 días), la medicina especializada constituye el núcleo problemático, donde 6 de cada 10 pacientes enfrentan demoras superiores a las dos semanas, afectando la detección temprana de patologías

En relación con la deficiencia en disponibilidad y accesibilidad, los usuarios identifican la insuficiencia de personal médico y la complejidad del proceso de asignación de citas como las

dimensiones más críticas del servicio, con niveles de satisfacción significativamente bajos (promedio de 2.3 sobre 5).

Por otra parte, observamos fortalezas en humanización y asequibilidad, donde existe una percepción favorable respecto al trato digno y amable por parte del personal (4.1/5.0), y los usuarios valoran positivamente que el sistema no les impone gastos adicionales excesivos por fallas administrativas, lo que refleja una confianza institucional básica a pesar de las trabas operativas

Así mismo existe la exclusión por barreras tecnológicas. El uso predominante de canales digitales (WhatsApp y líneas telefónicas) para citas genera una barrera de acceso para la población rural y los adultos mayores, quienes a menudo carecen de conectividad o habilidades tecnológicas, agudizando las inequidades en salud en el territorio.

Por último, existe la posibilidad de riesgo por saturación regional. Al ser el NHC un centro de referencia para siete municipios, la insuficiencia de la capacidad de la oferta frente a una demanda saturada de usuarios locales y de los municipios aledaños, se ve el riesgo de la continuidad de tratamientos de pacientes crónicos y los controles de poblaciones vulnerables (madres y niños).

La problemática de las barreras de acceso en el Nuevo Hospital La Candelaria (NHC) de Purificación no es un hecho aislado, sino que constituye una manifestación local de un déficit estructural a nivel nacional. La relación entre el estudio sobre las reformas a los modelos de salud y los hallazgos de esta monografía permite concluir que la precaria prestación de servicios

especializados en el municipio es una consecuencia directa de la baja densidad de profesionales en el país, lo que impide el desarrollo efectivo de los hospitales de mediana complejidad (Nivel II)

Para finalizar podemos afirmar que el déficit es macro Colombia frente al Contexto Regional con respecto a la cantidad de médicos especialista por número de habitantes. De acuerdo con la Figura 7 del documento Reformas a los Modelos de Salud, Colombia presenta una de las tasas más bajas de médicos especialistas (clínico-quirúrgicos) por cada 100.000 habitantes en comparación con países como México e Italia. Esta brecha estadística es el factor determinante que impide que las redes integrales e integradas de salud funcionen armónicamente, ya que los hospitales de mediana y alta complejidad no disponen permanentemente de los especialistas necesarios para garantizar la referencia y contrarreferencia efectiva, como se observa en el NHC

12 Recomendaciones.

Las recomendaciones apuntan a cerrar la brecha entre la gestión administrativa y la experiencia del usuario, garantizando que el hospital responda de manera equitativa, eficiente y humanizada. Su implementación fortalecería la capacidad institucional, reduciría inequidades territoriales y consolidaría el derecho fundamental a la salud en Purificación y municipios aledaños.

Diversificación de canales de asignación de citas: Es imperativo rediseñar el sistema de asignación de citas para que no dependa exclusivamente de medios digitales. Se sugiere implementar puntos de asignación presencial y descentralizados, por ejemplo, en los en los puestos de salud rurales (que las fechas están en remodelación). Esto puede facilitar el acceso a quienes sufren exclusión tecnológica por factores geográficos y de conectividad.

Fortalecimiento de la oferta médica: Realizar un estudio de necesidades financieras y de talento humano para incrementar el número de especialistas y médicos generales, garantizando que todos los servicios de consulta externa se ubiquen en un rango de espera inferior a los 15 días

Implementación de Brigadas Extramurales: Desarrollar jornadas de salud en veredas dispersas (como Chenche, Baura o El Tigre) con enfoque en el seguimiento de pacientes crónicos (diabetes e hipertensión), reduciendo así la necesidad de desplazamientos costosos y prolongados hacia la cabecera municipal.

Optimización del SIAU y Comunicación: Capacitar al personal administrativo en admisión al usuario con énfasis en gestión social, asegurando que los canales de comunicación sean efectivos y que los usuarios conozcan con claridad sus derechos, deberes y rutas de reclamación.

Mejora de la Infraestructura de Conectividad: Instalar medios tecnológicos y protocolos de telemedicina asistida en puestos de salud rurales, donde el personal de enfermería local apoye al paciente en el contacto con el especialista, mitigando las barreras geográficas y culturales.

Seguimiento a poblaciones de especial protección: Establecer una ruta prioritaria y de seguimiento consecutivo para madres gestantes y recién nacidos, evitando la interrupción de controles prenatales y post-parto que actualmente se ven afectados por la congestión de agendas.

Glosario

Accesibilidad: Se refiere a la posibilidad real y efectiva que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud garantizados por el sistema, superando barreras de localización física, dispersión poblacional o deficiencias en la infraestructura vial

Aceptabilidad: Dimensión del acceso que evalúa el nivel de confianza y seguridad que el usuario deposita tanto en el personal médico como en los tratamientos ofrecidos por la institución

Asequibilidad: Categoría que analiza la relación entre los costos de los servicios y la capacidad de pago del usuario, incluyendo la ausencia de gastos de bolsillo adicionales por fallas en el sistema administrativo

Barreras de acceso: Conjunto de obstáculos, trabas o dilataciones de tipo administrativo, geográfico, económico o cultural que impiden a la población el goce efectivo y equitativo del derecho a la salud

Consulta externa: Servicio hospitalario destinado a la atención de pacientes que requieren medicina general o especializada sin necesidad de internación o cuidados de urgencia

Disponibilidad: Etapa del acceso que garantiza la existencia física de la infraestructura, los medicamentos y, especialmente, el talento humano médico suficiente para cubrir la demanda de la población

Factores de habilitación: De acuerdo con el modelo de Aday y Andersen (1974), son los recursos (ingresos, seguros o conectividad tecnológica) que facilitan o permiten que un individuo haga uso efectivo de los servicios de salud disponibles

Gobernanza participativa: Enfoque de administración pública eficiente que busca la inclusión de los ciudadanos en la gestión y mejora de los procesos institucionales para garantizar un sistema más justo

Humanización: Dimensión de la calidad que se centra en brindar un trato digno, respetuoso y amable al paciente por parte del personal administrativo y asistencial

NHC: Siglas que identifican a la E.S.E. Nuevo Hospital La Candelaria, institución de mediana complejidad y centro de referencia regional para el suroriente del Tolima

Oportunidad: Característica del servicio que permite al usuario obtener la atención requerida en el momento adecuado, sin retrasos que comprometan su estado de salud o su vida

PQR: Acrónimo de Peticiones, Quejas y Reclamos, herramientas de participación que permiten visibilizar la brecha entre los indicadores oficiales de calidad y las vivencias reales de los usuarios

Sujetos de especial protección constitucional: Poblaciones en condiciones de alta vulnerabilidad, como niños, adultos mayores, madres gestantes y pacientes crónicos, que gozan de prioridad absoluta en la prestación de servicios estatales

13 Referencias

Aday, L. A. y Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208–220.

Bran-Piedrahita, L., Valencia-Arias, A., Palacios-Moya, L., Gómez-Molina, S., Acevedo-Correa, Y. y Arias-Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 123–137. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>.

Campaz, A. y Montaña, J. (2019). Barreras de acceso a los servicios de salud.

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). *Observación General No. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Naciones Unidas.

Congreso de la República. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993*. Diario Oficial No. 41.148.

Congreso de la República. (2011, 19 de enero). *Ley 1438 de 2011*. Diario Oficial No. 47.957.

Congreso de la República. (2015, 16 de febrero). *Ley Estatutaria 1751 de 2015*. Diario Oficial No. 49.427.

Corte Constitucional. (2008, 30 de julio). *Sentencia T-760 de 2008* (Manuel José Cepeda Espinosa, M.P.). Relatoría de la Corte Constitucional.

Departamento Nacional de Planeación. (2022). *Barreras de acceso a la salud en Colombia*. DNP.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. y Baptista-Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación (6.^a ed.). McGraw-Hill.

Marmot, M. (2015). *The health gap: The challenge of an unequal world*. Bloomsbury.

Organización de las Naciones Unidas. (1948, 10 de diciembre). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Naciones Unidas.

Organización de las Naciones Unidas. (1966, 16 de diciembre). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Naciones Unidas.

Organización Mundial de la Salud. (1946, 22 de julio). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. OMS.

Ortiz-García, M. (2006). Protocolo de investigación. Tabasco.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966, 16 de diciembre). Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Penchansky, R. y Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140.

Portafolio. (2026, 24 de marzo). Más de 514.000 reclamos en salud reflejan costos ocultos por ineficiencias en atención y acceso en Colombia. *Portafolio*.

Ruiz Rivera, A. F. (2014). La justicia aplicada a la salud: integralidad como fundamento.

Salazar Duque, O. (2025). Las reformas a los modelos de salud, retos para los gobiernos latinoamericanos

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Determinantes sociales, económicos y políticos en el acceso a la salud. *Revista de Salud Pública*.

Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization*, 56(2), 295-303.

The Global Health Observatory (WHO) 2024

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA EL NUEVO HOSPITAL LA
CANDELARIA DE PURIFICACIÓN TOLIMA AÑO 2026

Anexos

Anexo 1

Modelos Encuesta Mediación de Tiempos de Espera

¿Cuánto tiempo demoro en obtener su cita médica?		
Fecha:	Día:	Mes:
opción	intervalo	Responda con una x.
1	De 0 a 3 días	
2	De 4 a 15 días	
3	De 16 a 30 días	
4	más de 30 días	

Anexo 2

Formato Encuesta Likert

Fecha:	DD:	MM:	AA:				MARQUE CON UNA X LA OPCION SEGÚN SU CRITERIO				
Numero	Preguntas						Totalmente Insatisfecho	Insatisfecho	algo Insatisfecho	satisfecho	totalmente satisfecho
1	Pude obtener una cita médica en un tiempo razonable										
2	El hospital cuenta con suficientes médicos para atender la demanda										
3	El proceso de asignación de citas fue sencillo y claro										
4	Los canales de comunicación (teléfono, WhatsApp, presencial) fueron										
5	El personal administrativo me trató con respeto y amabilidad										
6	El tiempo de espera para la consulta fue adecuado										
7	Mi tratamiento o seguimiento se realizó de manera continua y sin interrupciones										
8	Los costos de transporte y otros gastos asociados fueron razonables										
9	No tuve que incurrir en gastos adicionales por fallas del sistema										
10	Estoy satisfecho con la atención recibida en el hospital										
11	Recomendaría este servicio a otras personas de mi comunidad										