

**EVALUACIÓN DE USO DEL SERVICIO DE CASA DE PASO DE UNA EPS
INDIGENA EN CALI, DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO DE SALUD
RURAL**

CATALINA JIMÉNEZ CERQUERA

**Tesis de Grado para optar al título de
Magister en Gerencia para la Innovación Social**

ASESOR DE TESIS:

YOSETH ARIZA ARAUJO

M.D, M. Sc. PROFESOR AUXILIAR

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD, PROGRAMA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD ICESI**

UNIVERSIDAD ICESI

SANTIAGO DE CALI

2016

Tabla de contenido

Introducción	1
Marco Contextual.....	5
Estado del Arte	6
La OMS y los determinantes sociales	6
Utilización de los servicios de salud desde áreas rurales	7
Marco Teórico.....	10
Modelos de Acceso a los Servicios de Salud	10
Modelos cuantitativos de uso de los servicios de salud.	10
Modelos integrados.	11
Modelo de Aday y Andersen.....	12
El sistema de salud en Colombia	14
Relaciones con el Modelo de Aday y Andersen.	15
Garantía de participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los pueblos Indígenas en Colombia.	17
Modelo de atención de la EPS-Indígena objeto de estudio.....	18
Objetivo del modelo.....	18
Morbilidad.....	19
Diferenciales en el plan de beneficios.....	19
.....	19
Acompañamiento Hospitalario.....	19

Apoyo Funerario.	20
Apoyo Social.....	20
Orientación y Acompañamiento Jurídico.....	20
Transporte.	20
Guías Bilingües.....	20
Relaciones del modelo de la -EPS-I con el modelo teórico de Aday y Andersen.	20
Planteamiento Del Problema.....	22
Descripción Del Problema	22
Justificación.....	25
Objetivos	26
Objetivo General	26
Objetivos Específicos.....	26
Metodología	27
Enfoque de la investigación	27
Área De Estudio.....	27
Población Y Muestra.....	28
Criterios De Inclusión	28
Criterios De Exclusión	29
Fuentes De Información.....	29
Descripción de la población entrevistada.....	30
Cronograma.....	33

Resultados y Discusión	34
Caracterización de la población	38
Categorías De Análisis Datos Cualitativos	45
Análisis De Datos Cualitativos	48
Dinámicas de atención en la ruralidad.	48
Dinámicas de atención desde la ruralidad a la ciudad.....	53
Dinámicas de atención en la ciudad.	56
Otras situaciones emergentes.	64
Conclusiones	66
REFERENCIAS	72
ANEXO A. PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO	77
ANEXO B. FORMATO DE ENTREVISTA.....	82
CATEGORIA 1. Necesidades de atención en salud desde la ruralidad.....	82
CATEGORIA 2. Dinámicas de atención y servicios desde la ruralidad a la ciudad	82
CATEGORIA 3. Experiencias vividas en la Atención en la ciudad.....	82
ANEXO C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83
ANEXO D. RESPUESTAS DE LOS ENTREVISTADOS.....	85
ENTREVISTA 1	85
ENTREVISTA 2	86
ENTREVISTA 3	88
ENTREVISTA 4	89

ENTREVISTA 5	91
ENTREVISTA 6	93
ENTREVISTA 7	94
ENTREVISTA 8	96
ENTREVISTA 9	97
ENTREVISTA 10	98
ENTREVISTA 11	99
Figura 1. Traducción de modelo para estudiar el acceso a los servicios de salud.	14
Figura 2.Sistema de salud en Colombia, Relaciones con el modelo de Aday y Andersen. 17	
Figura 3. Cronograma periodo Mayo-Noviembre de 2016.....	33
Figura 4.Comportamiento de los usuarios de acuerdo a los roles y días de la semana.	40
Figura 5.Distribución de Usuarios de Acuerdo al Género	41
Figura 6.Distribución de pacientes de acuerdo al género.....	41
Figura 7. Distribución de acompañantes de acuerdo al género.....	41
Tabla 1.Número de registros y % de cumplimiento de los datos solicitados en el formato para huéspedes de la Casa de Paso	35
Tabla 2. Relación Pacientes/acompañantes de acuerdo al día de ingreso.....	39
Tabla 3Distribución de usuarios de acuerdo a Género y Rol.....	40
Tabla 4.Distribución de frecuencia de usuarios de acuerdo a los rangos de edad, género y rol.....	42

Tabla 5. Distribución de frecuencia de pacientes de acuerdo a motivos de ingreso	43
Tabla 6. Porcentaje de distribución de la población departamento del cauca.....	44
Tabla 7. Porcentaje de distribución de la población otros departamentos	44
Tabla 8.Reingresos de Acuerdo a Usuarios Únicos	45
Tabla 9. Descripción de Usuarios Entrevistados.....	46
Tabla 10. Categorías de análisis de los datos cualitativos	47
Tabla 11.Modalidades y tipo de atención	70
Tabla 12. Distancia de la casa de paso a los servicios de mediana y alta complejidad en Cali.	71
Tabla 13.Distancia de los servicios de baja complejidad en el oriente del Cauca	71

Introducción

Desde 1981, la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, y diferentes instituciones como el Banco Mundial y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, OECD, han intentado proponer listas de indicadores cada vez más específicos para la medición de condiciones de salud, adaptándose al contexto de los diferentes países, uno de los más importantes es por supuesto la esperanza de vida (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2014).

A nivel mundial y durante los últimos 60 años según el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, y datos de estadísticas sanitarias de la OMS en 2014, la salud ha mejorado, particularmente teniendo en cuenta el indicador de esperanza de vida. Según diversos análisis desde el siglo XX hasta ahora a nivel mundial, la esperanza de vida ha aumentado (Organización Mundial de la Salud, 2013). Es claro, que el aumento de la esperanza de vida ha tenido relación con la reducción de muertes por enfermedades infecciosas, también, a que enfermedades como VIH y otras que antes eran consideradas potencialmente mortales debido a mejoras en la práctica médica y los medicamentos ahora son consideradas enfermedades crónicas y tratables.

Por otro lado, al respecto de la ruralidad en el mundo, existen grandes diferencias en cuanto al número de población rural por continente y por supuesto también en las condiciones de vida. Actualmente, de los 3313 millones de pobladores rurales del mundo, América Latina tiene sólo 123, además en el continente latinoamericano existen una gran cantidad de territorios vacíos, lo que indica que casi el 40% del total de la población vive disperso. Sumado a lo anterior y como situación común del panorama rural, los servicios de calidad, entre ellos los servicios de salud, se concentran en las áreas urbanas y tienen muy poca presencia en las mencionadas poblaciones dispersas (Pérez, 2011).

Del mismo modo, la ruralidad está relacionada con la pobreza, la pobreza rural representa casi el 63% de la pobreza de todo el mundo y aunque en América Latina existen excepciones en las que por el contrario la pobreza se concentra en las zonas urbanas, en casi todos los países las condiciones en las que viven los pobres rurales son mucho peores que las de los pobres en las zonas urbanas (Fondo Monetario Internacional, 2001).

Para el caso de Colombia, la población rural es igual al 32 % cerca de once millones de habitantes y casi unas 650 cabeceras municipales, de las 1 098 que tiene el país, entran en la categoría de poblaciones dispersas, la población pobre en las zonas urbanas es aproximadamente del 30%, en el campo es del 65% y casi el 83% de la población rural pertenece al régimen subsidiado de salud mientras que de los restantes una gran mayoría pertenecen al régimen vinculado (Gutiérrez, García, y Garrigou, 2014). Por otro lado, el Ministerio del Interior, a través de la Dirección de Asuntos Indígenas, ROM y minorías, reconoce 66 pueblos indígenas, los cuales se encuentran en 787 Resguardos indígenas, ubicados en 239 municipios que corresponden a 29 de los 33 departamentos que conforman el territorio colombiano, estos resguardos tienen una superficie de 339.472 km² que representan el 29.73% de la superficie del país, por lo que es imposible obviar dentro del mapa rural a las comunidades indígenas (Ministerio de Salud, 2013a), además, según un informe de CEPAL en 2014, poco más del 70% de sus niños sufren de desnutrición crónica, el 63% del total de su población está sumergida en una pobreza estructural e incluso el 47,6% está por debajo de la línea de miseria, y de acuerdo con datos del ministerio de salud solo el 67,5% de los indígenas están afiliados al régimen subsidiado de salud (es decir cerca de 931.647, de un total de 1,4 millones), quedando por fuera del cubrimiento universal cerca de 32,4% (PNUD, 2014). Ahora bien, en el país, el estado asumió la obligación de garantizar a los pueblos indígenas, la participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, para lo cual le otorgó a las Asociaciones de Cabildos Indígenas la posibilidad de conformar Empresas Promotoras de

Salud Indígenas del Régimen Subsidiado e Instituciones Prestadoras de Servicios en Salud, con la intención de preservar la permanencia social y cultural de esta población, a través del respeto y protección a su diversidad étnica según la Ley 691 del 2001 y por el hecho de que la población este inmersa en el SGSSS, deben gozar de los mismos derechos que el resto de la población colombiana (Ministerio de Salud, 2013a).

Es evidente, que la situación del contexto rural predispone, el comportamiento de la salud de la población en Colombia, ya que la presencia de ciertos determinantes condiciona la capacidad de contar con una vida larga y saludable, afectando la noción de bienestar (Aguado, M., Calvo, C., Dessal, C., Riechmann, J., Gonzalez, J., y Montes, C., 2012), expresándose a través de situaciones de desigualdad y de inequidades en salud. El tema de la migración del campo a la ciudad en nuestro país, está influenciado en una gran parte por la necesidad de acceso a servicios y el acceso a salud no es una excepción debido a la baja cobertura en las zonas rurales.

Santiago de Cali, no es una ciudad ajena a este tipo de situaciones, por ser centro de referencia a nivel Nacional debido a que cuenta con un gran número de clínicas y hospitales que presta servicios de alta complejidad, recibe a diario, un gran número de personas procedentes de zonas rurales, para hacer uso de diferentes servicios de salud, entre estas un gran número de población indígena. En nuestra ciudad existen casas de paso ubicadas en las cercanías de los centros hospitalarios, con la intención de hospedar a pacientes y familiares facilitando así el acceso a los servicios de salud, pero se desconoce la forma en la que son usados los servicios de dichos lugares. Las EPS Indígenas, en vista de las necesidades de su población, también cuentan con los servicios de casa de paso, entre ellas, la EPS Indígena, EPS-I, objeto de nuestro estudio, es la que cuenta con mayor flujo poblacional, y los pacientes y acompañantes que ahí se hospedan, acuden a diferentes clínicas de la ciudad para recibir servicios de salud. Entender los factores asociados al uso del servicio, podría sugerir puntos

favorables para el desarrollo de estrategias innovadoras con repercusiones importantes en el modelo de atención para dicha EPS-I, pero que, a la vez, aporten a la construcción de un nuevo modelo de atención en salud rural, ajustado a la problemática municipal y departamental con la esperanza de que puedan ser replicadas en todo el territorio nacional.

Marco Contextual

Este estudio investigativo se llevará a cabo en la casa de paso con sede en Cali, una EPS Indígena, pública de carácter especial de orden nacional que administra recursos del régimen subsidiado, según la información consignada en su Cartilla de Derechos y Deberes, esta se designa en servicio de sus afiliados y de la comunidad contribuyendo al fortalecimiento sociocultural de los pueblos indígenas, en el marco de sus planes de vida, reconociendo el respeto y el fortalecimiento de la sabiduría ancestral, garantizando así el acceso a los servicios contemplados en el plan obligatorio de salud subsidiado, y realizando esfuerzos para brindar acogida a otros servicios los cuales buscan atender las necesidades reales de los pueblos indígenas (AIC, 2016).

Así mismo, la EPS-I presta los servicios a sus afiliados en los departamentos de Cauca, Valle, Caldas, Antioquia, Nariño, Huila, Putumayo, la Guajira y Caquetá, con mayor participación en el Cauca donde se concentra el 70% de la población (Ministerio de Salud, 2013a). De otro lado, la EPS-I, en vista de las necesidades de su población cuenta con servicios diferenciales en el plan de beneficios, entre ellos las casas de paso y el acompañamiento hospitalario desde las mismas. En la ciudad de Cali, la entidad cuenta con una Casa de Paso ubicada en el Barrio San Fernando, entender como los afiliados usan el servicio y los diferentes factores asociados al mismo, representan el mayor interés de nuestro estudio investigativo.

Estado del Arte

La OMS y los determinantes sociales

La salud es definitivamente una preocupación de carácter mundial, una inversión absolutamente vital para el desarrollo y un elemento central de los objetivos de desarrollo sostenible, adicionalmente, el acceso a la atención en salud es un derecho fundamental y una responsabilidad de los gobiernos del mundo (Organización Mundial de la Salud, 2009a). Las políticas en salud, intentan disminuir la exclusión, universalizar la cobertura, y proteger a la población del empobrecimiento, en un documento publicado en el año 2009, la directora general de la OMS afirmó que a la organización le interesa la salud de las personas, pero que esta depende de diversos factores (Organización Mundial de la Salud, 2009b), que deben trabajarse para que se propicie el surgimiento de sistemas más robustos, más eficientes y equitativos, para lo cual en el año 2005 se estableció la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, CDSS, para que ofreciera asesoramiento y se identificaran los datos sobre posibles intervenciones en favor de la equidad sanitaria (Romero, 2009), esta comisión planteó entonces que las inequidades en salud eran el resultado de un sistema de relaciones complejo que aun persiste en los ámbitos local, nacional y mundial, motivo por el cual desde su surgimiento instó a realizar acciones que contrarrestaran cualquier cantidad de factores determinantes de la salud, desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las influencias más inmediatas, en todos los niveles, mundiales y locales (WHA62.14, 2009), lo anterior, tiene gran importancia en los contextos rurales en los que las características de la población y la disposición de los servicios de salud, determinan el uso de los servicios y condicionan a su vez, la salud de las personas.

Utilización de los servicios de salud desde áreas rurales

Con respecto a la utilización de los servicios de salud, se han desarrollado estudios sobre la utilización de servicios específicos de salud en el mundo, así como estudios que recopilan información sobre las características que diferencian el uso de los servicios de salud en las zonas rurales y urbanas en diferentes países.

Tomando como referencia un estudio sobre utilización de los servicios de salud, en Nigeria, con relación a la utilización de los servicios entre las zonas rurales y urbanas este sugiere que las posibilidades de reestructuraciones al interior del sistema solo pueden darse a través del análisis entre la distribución de los recursos, los problemas de salud y los patrones de utilización, y evidencia que factores relacionados con las necesidades de la población y los medios con los cuales cuenta la población para acceder a los servicios de salud se convierten en los predictores más importantes de la utilización de los servicios, además que la existencia de barreras geográficas, de disponibilidad de los servicios y económicas afectan dicha utilización (Oladipo, J., 2014), lo que no difiere del contexto latinoamericano. En Colombia, según diferentes estudios sobre la utilización de los servicios de salud se hace evidente que las características de la población y la distribución geográfica de los servicios de salud, suponen grandes retos en cuanto al uso de los servicios se refiere (Flórez, Campo, Trochez, Peña, 2012). No lejos de esto, en un artículo publicado en el año 2011 por la Asociación Americana de Hospitales, según datos provenientes del censo, cerca de setenta y dos millones de estadounidenses viven en las zonas rurales y también presentan características que los diferencian de aquellos que viven en las zonas urbanas y que determinan el uso de los servicios de salud (Asociación Americana de Hospitales, 2011). Pero, aunque existan similitudes en los patrones de utilización de servicios en cuanto a zonas rurales y urbanas en el mundo, un estudio de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, por ejemplo, señala que en países de América Latina y África, las disparidades de salud son más marcadas, a pesar que existe una

legislación y reglamentación, el abordaje es diferente al de los países desarrollados en donde los servicios son fácilmente disponibles y diferentes planes de salud han reducido sustancialmente las barreras (Sheil-Adlung, X., 2015).

De esta manera cabe resaltar como en Estados Unidos, surgen desde 1980, servicios y programas de asistencia social y comunitaria en vista de las necesidades de los usuarios de los servicios de salud de procedencia rural, uno de ellos expuesto como caso de éxito es la implementación de los programas de vivienda de apoyo o de relevo médico que inicialmente se desarrollaron como estrategia post alta hospitalaria con el fin de reducir las estancias prolongadas y las posibilidades de reingreso o readmisión de personas que no contaban con vivienda. Actualmente, a través de diversos estudios de medición de impacto, ha sido demostrada la efectividad de estos programas y se ha facilitado la adaptación de las mismas estrategias para otros usuarios con enfermedades crónicas y/o usuarios que residen en lugares distantes, entre ellos población rural, que se desplazan en busca de tratamientos médicos, de tal forma que se han condicionado paquetes de servicios que incluyen el hospedaje, servicios de alimentación y hasta transporte para pacientes y familiares al momento de recibir dichos tratamientos, al punto que los hospitales compiten por la calidad de los servicios de asistencia social prestados (Centro de Información Sobre Salud Rural, 2014).

Por su parte, en Colombia el uso de los servicios de salud, por parte de los pobladores rurales ha sido restringido, en gran parte por las mismas limitaciones de la Ley 100, la exclusión de la población rural del marco del sistema de salud ha favorecido el auge de numerosas acciones de tutela instauradas como mecanismo para acceder a sus derechos en salud, situaciones que han dado lugar a otras leyes y resoluciones como la Resolución 1440 de 2013 que reglamenta los servicios de apoyo social y la Ley 691 de 2001 que sugiere la adecuación de planes de beneficios para usuarios de salud indígena. Es así como, las necesidades de la población rural colombiana han obligado a la aparición de estrategias como:

- Casas de paso, como parte de los servicios diferenciales del modelo de atención en salud indígena reglamentados de acuerdo a la Ley 691 de 2001, servicio dirigido a toda la población perteneciente al régimen subsidiado de salud, afiliada a las EPS indígenas y con requerimiento de atención en salud en lugar diferente a su municipio de procedencia.
- Hogares de paso para menores de 18 años con diagnóstico de cáncer, reglamentados por la Ley 1440 de 2013 en Colombia, vigilados por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Estrategia Hamart, probablemente fundamentada en estrategias de otros países e impulsada desde la Secretaria de Salud del Tolima, a través del Programa de Salud Sexual y Reproductiva, con el objetivo de disminuir la mortalidad materno perinatal en las mujeres del área rural del departamento, esta estrategia, dispone de hogares de paso ubicados en 15 municipios en los que se brinda hospedaje, alimentación y transporte gratuito a las mamitas de las áreas rurales, que no tienen la condición económica para pagar hotel ni alimentación durante el control prenatal, los servicios médicos o exámenes del recién nacido (Secretaria de Salud del Tolima, 2015), cabe anotar que es la única estrategia de este tipo, conocida en el país, que surge desde un nivel de gobernanza departamental, pero que a la vez tiene poca difusión y no se evidencian ejercicios de medición de impacto en la salud de los pobladores rurales.

Estas estrategias, se diseñan incluyendo tan solo algunos segmentos de la población, debido a que no existe actualmente un modelo atención en salud rural definido y en funcionamiento que dé cobertura a la totalidad de la población rural colombiana como en los países desarrollados.

Marco Teórico

Modelos de Acceso a los Servicios de Salud

Existen diversas propuestas a partir de las cuales se puede abordar el tema de acceso a la salud desde la investigación, a continuación, se presentan las características de los diferentes modelos teóricos, y se analiza en detalle el modelo de Aday y Andersen una de las propuestas más difundidas en estados unidos y América Latina, la cual es sumamente relevante para nuestra investigación.

Las primeras iniciativas para estudiar los sistemas de salud, proponían hacer énfasis en las características de estructura, organización y funcionamiento de los mismos sistemas, lo que les impedía ser flexibles, pero tras el auge del tema de la equidad en salud surgió la necesidad de tomar como referencia la perspectiva del usuario (Tamez, 1999).

Ahora bien, para describir las características del modelo de Aday y Andersen, es necesario revisar de manera resumida los principales componentes de los diferentes modelos de estudio del uso de los servicios de salud:

Modelos cuantitativos de uso de los servicios de salud.

Dentro de estos modelos uno de los más utilizados es el epidemiológico, el cual considera que los servicios de salud deben ser programados desde las necesidades de la población, y considera una visión estadística del uso de los recursos. El modelo económico, por su parte, se basa en la demanda y costos de la atención, pero no considera relevante la caracterización de la población. El modelo de organización de servicios de salud, se enfoca en las características de los servicios, pero deja de lado la utilización, aunque considera el enfoque administrativo, la interface usuario-servicio o relación médico paciente y el enfoque de accesibilidad que se relaciona con la necesidad mencionada en el modelo epidemiológico (Tamez, 1999).

Ninguno de los modelos mencionados anteriormente considera la visión individual del usuario, es decir las necesidades y características que determinan el uso de los servicios, por ello surgen los modelos psicosocial, sociológico y sociocultural. El psicosocial, indaga acerca del comportamiento del usuario frente a sus necesidades, incorpora las creencias de los usuarios, pero deja de lado la visión del profesional de salud y analiza tres esferas la motivación, la percepción y el aprendizaje del usuario. El modelo sociológico, por el contrario, se basa en las redes de apoyo social, es decir, la relación del individuo con su entorno y otros factores relacionados con la disponibilidad de los servicios y los niveles de conocimiento sobre la salud. Por su parte, el modelo sociocultural incorpora el concepto de necesidad como el grado de preocupación y grado de interferencia con la rutina y hace énfasis en las creencias de los individuos (Tamez, 1999).

Modelos integrados.

Los modelos integrados, se consideran modelos más complejos que incluyen, variables diversas relacionadas con el uso de los servicios, y cuyo énfasis depende del interés particular que el investigador tenga.

Dentro de estos modelos se destaca el social-psicológico, del que Aday y Andersen son los principales exponentes, en el cual la utilización es estudiada como el número de consultas médicas en un lapso de tiempo determinado. Otro de los modelos destacados es el de las creencias en servicios de salud, en el cual cobran importancia las motivaciones de las personas para utilizar servicios preventivos, y la necesidad cobra un papel importante, la utilización depende de que las personas tengan un mínimo de conocimientos y de que se perciban vulnerables. Otros autores, fundamentan la necesidad en aspectos culturales y sociales de los individuos, la percepción de la enfermedad y la búsqueda de ayuda, entre otros.

En definitiva, en los modelos integrados el concepto de necesidad empieza a transformarse y a construirse de manera más compleja, para enfrentarse al uso de los servicios de salud.

Modelo de Aday y Andersen.

El modelo de Aday y Andersen, logra explicar las diferencias en el uso, a partir de aspectos demográficos, sociales, económicos y psicológicos. Este modelo tiene como propósito, estudiar los determinantes de acceso a los servicios de salud para retroalimentar las acciones de las políticas sanitarias. A través del modelo, los autores logran reunir dos líneas, la primera reúne a aquellos investigadores que asocian el acceso con las características de la población y del sistema de salud, como los ingresos, la cobertura, y las instalaciones disponibles para la prestación de los servicios. La segunda línea se refiere a indicadores, relacionados con las tasas de utilización y la satisfacción de las personas con el servicio, lo que se relaciona más con el paso de las personas por el sistema (Aday y Andersen, 1974, p. 209).

En este contexto, como lo expone Reina en un artículo publicado en el 2014 citando a Aday y Andersen, al mencionar que estos plantean un esquema para el estudio del acceso identificando cinco componentes que se interrelacionan entre sí (Ver figura 1):

1. Las políticas sanitarias, debido a que tienen la capacidad de alterar o afectar el acceso a la atención médica.
2. Las características del sistema de atención en salud, compuestas principalmente por el recurso material y humano y su organización.
3. Las características de la población en riesgo, entre las cuales se mencionan los factores predisponentes del individuo para usar los servicios, la habilidad (medios que tiene el individuo para usar los servicios) y la necesidad (enfermedad),
4. La utilización, que se refiere al tipo de servicio recibido y los proveedores del mismo.

5. La satisfacción, que comprende las actitudes hacia el sistema de salud de aquellos que han estado en contacto con el mismo.

Partiendo de este esquema los mismos autores desarrollan dos tipos de indicadores que pueden medir el acceso, los indicadores de proceso y de resultado. En primer lugar, los indicadores de proceso reúnen las variables que pueden medir las características del sistema y de la población. Respecto a las características del sistema, estas son medidas en términos de disponibilidad y accesibilidad (número de médicos, número de camas de hospital y ambulancias, como tiempo de viaje o distancia al centro de atención, tiempo de espera para la cita, tipo de especialistas, entre otras), mientras que las características de la población, incluyen las actitudes de los individuos hacia la atención médica, ingresos, cobertura de seguro, género, estado civil, educación, raza, lugar de residencia, percepción del estado de salud y síntomas (Florez, S., Campos, C., Trochez, M., y Peña, C., 2012). Por otro lado, los indicadores de resultado, contienen variables relacionadas con la utilización y satisfacción, los cuales son medibles a partir del servicio utilizado, el lugar de la atención, el número de visitas y el porcentaje de personas satisfechas e insatisfechas con la atención recibida (Reina, Y., 2014).

Esta investigación toma como referencia los indicadores mencionados anteriormente para el análisis de los resultados.

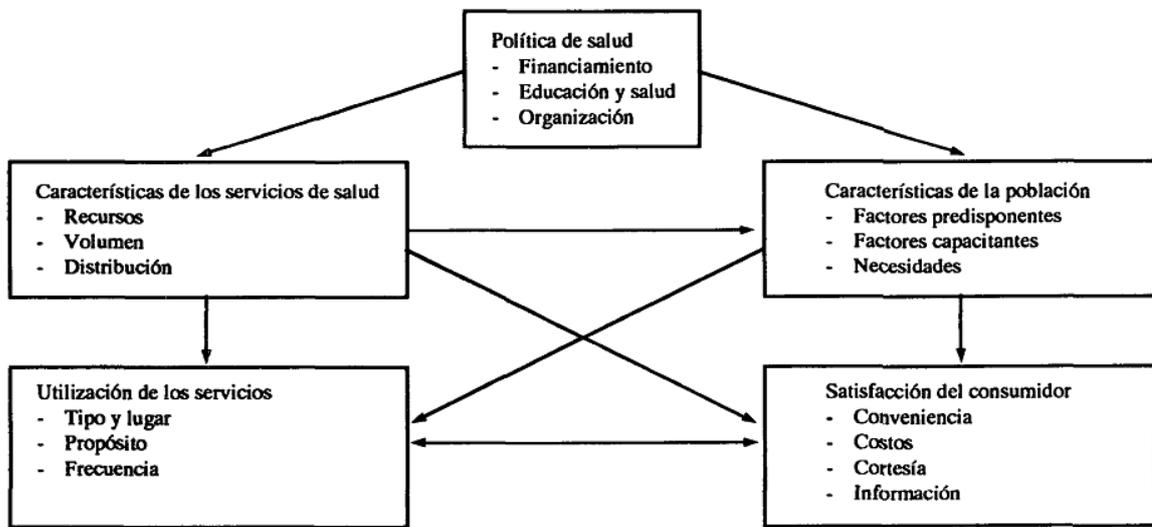


Figura 1. Traducción de modelo para estudiar el acceso a los servicios de salud.

Tomado de Aday y Andersen (1974). A framework for the study of access to medical care.

El sistema de salud en Colombia

En Colombia, desde el año 1993 se diseñó en el país el Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS, el cual se puso en marcha entre 1995 y 1996, la estrategia central del sistema se refiere al aseguramiento universal, para acceder a un Plan Obligatorio de Servicios igualitario y pretendía resolver dos problemas del sistema anterior, la segmentación en sistemas diferenciales de servicios para los distintos grupos de población y las desigualdades en el acceso a los servicios de salud, debidas principalmente, a barreras económicas. De esta forma se garantiza el acceso a los servicios de salud para toda la población colombiana. Para el efecto se crearon dos regímenes, el subsidiado para la población más pobre y sin capacidad de pago, financiado por el estado y por los trabajadores cotizantes de más altos ingresos; y el contributivo, para la población trabajadora con capacidad de pago y su familia, para los cuales se establecieron administradoras de fondos públicos o aseguradoras, Empresas Promotoras de Salud, EPS, quienes compiten por la afiliación de los usuarios. En ambos regímenes, los

usuarios, según su clasificación económica y la frecuencia de uso, realizarían copagos por la utilización de los servicios del POS, para contribuir a la racionalidad y sostenibilidad financiera del Sistema (Echeverry, E., 2002). Adicionalmente, se incluyeron los proveedores del servicio públicos y privados denominados, Instituciones Prestadoras de Salud, en adelante IPS, quienes compiten por los contratos con las aseguradoras (Vargas, I., 2009).

Relaciones con el Modelo de Aday y Andersen.

A continuación, se analizan algunos aspectos del sistema de salud en Colombia, con relación a la propuesta que ofrece el modelo teórico de Aday y Andersen (Ver figura 2):

1. Al respecto de las políticas sanitarias, en Colombia, el modelo de salud, se encuentra reglamentado por la Ley 100 de 1993.
2. De acuerdo a las características del sistema, este cede a las aseguradoras la responsabilidad de incidir en el acceso, definiendo los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios, y por su parte la red de prestadores de servicios de salud se organiza de acuerdo a los sistemas de acreditación y habilitación y prestan la atención de acuerdo a niveles de complejidad. Aun así, diferentes estudios demuestran deficiencias en la forma en que las EPS definen a que prestadores les asignan la responsabilidad de atención de los usuarios, así como en la infraestructura y organización de los mismos prestadores, e incluso los planes de beneficio (Vargas, I., 2009).
3. De acuerdo a las características de la población, según el marco de Aday y Andersen deben considerarse las características sociodemográficas creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios, en Colombia se ha intentado caracterizar a la población desde estrategias de focalización adoptadas desde medios como el Sistema de Información y Selección de Beneficiarios, SISBEN, pero no

- se han alcanzado las metas propuestas debido a que se subestima la magnitud y heterogeneidad de la pobreza en el país, conllevando a que en el régimen subsidiado por ejemplo, no estén ni puedan estar los que deberían, esta dimensión es importante debido a que en el modelo tomado como referencia se advierte que la relación con las condiciones de vida son absolutamente determinante para las condiciones de salud, (Echeverri, E., 2002), a través de diferentes estudios, sobre determinantes de acceso en el país se señalan diferencias significativas en la probabilidad de usar los servicios por la población asegurada y no asegurada (Vargas et al, 2010), lo que demuestra también que el aseguramiento en el sistema de salud colombiano no da garantía del acceso. Adicionalmente, el pago para el acceso a los servicios se identifica como un factor que capacita el uso de los servicios, y en muchas investigaciones el nivel socioeconómico se relaciona de forma importante con la probabilidad de utilización, aunque otras variables como el lugar de residencia, las condiciones laborales y el número de hijos también son condiciones que capacitan el uso de los servicios en Colombia (Vargas et al 2010).
4. En cuanto a la utilización de los servicios de salud, esta se ve influenciada por los demás factores al interior del modelo, en Colombia las barreras de accesibilidad se hacen evidentes y condicionan la utilización, en términos de la frecuencia de uso, el propósito y hasta en cuanto al tipo de servicio y el lugar donde es atendida la persona (Reina, Y., 2014).
 5. Por otro lado, la Ley 100 de 1993 crea el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud, SOGCS, el cual define los procesos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención que deben desarrollar las IPS y las EPS, para generar, mantener y mejorar una provisión de servicios accesibles y equitativos con nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos y lograr la adhesión y la satisfacción de los usuarios, por lo que se puede inferir que el sistema de

salud en Colombia si incluye la forma de medir la satisfacción de los usuarios de acuerdo a la calidad del servicio recibido.

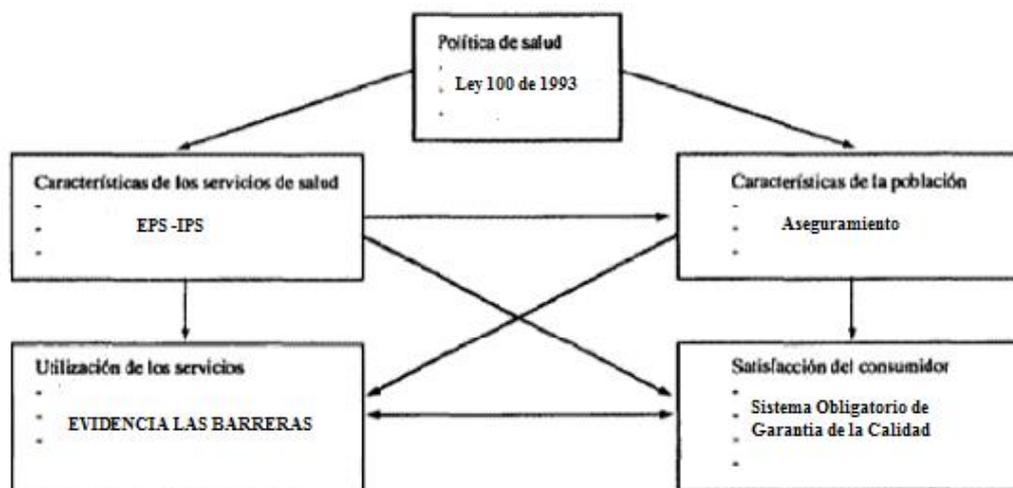


Figura 2. Sistema de salud en Colombia, Relaciones con el modelo de Aday y Andersen.

Garantía de participación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud para los pueblos Indígenas en Colombia.

Las comunidades indígenas en Colombia, han tenido que atravesar diversas luchas políticas y sociales para lograr la garantía de su derecho fundamental a la salud, siendo este un escenario de tensión permanente, debido a los graves problemas de salud que padecen, atribuibles en gran parte a su condición de vulnerabilidad y a la desidia estatal (Maldonado, 2016).

Antes, el tema indígena en el país se reducía a la definición de su forma de organización territorial y política en sus cabildos y resguardos según la reglamentación de la Ley 89 de 1890, como lo explica Maldonado (2016), siendo este apenas un reconocimiento aún incipiente de la diversidad étnica y cultural del país, posteriormente en el siglo XX se empiezan a evidenciar los problemas de equidad ya que de ninguna forma en el país se abordó la salud indígena con un enfoque diferencial e intercultural, ni existía normatividad, lo que hizo evidente su exclusión de la seguridad social en salud hasta que se expiden normas con este enfoque, como son las

Resoluciones 1013 de 1981 y 5078 de 1992 del Ministerio de Salud, el Decreto 1811 de 1990, entre otras (Ministerio de Salud, 2013a).

Con relación a la Ley 100, la mención de las comunidades indígenas fue limitada, ya que solo se hizo mención a estas como beneficiarias del Régimen Subsidiado en salud bajo la condición de población pobre y vulnerable con la posibilidad de constituir Entidades Promotoras de Salud y asociaciones de usuarios y bajo el amparo de estas normas y lo establecido en el Decreto 1088 de 1993, se permitió la creación de asociaciones de Cabildos y/o Autoridades Tradicionales Indígenas con el estatus de entidades de Derecho Público de carácter especial y se crearon varias EPS indígenas (EPS-I) de las cuales actualmente existen seis en el país, pero a pesar de la mención su definición dentro del marco de la Ley 100 obvió la características de la población y sus costumbres, situación que abrió paso a la expedición de la Ley 691 de 2001, donde se ratificó que esta población sería beneficiaria del Régimen Subsidiado, salvo que alguno de sus miembros cumpliera los requisitos para afiliarse al Régimen Contributivo y se consideró a través de la misma ley, la obligación de adecuar los planes de beneficios en salud conforme a sus usos y costumbres (Maldonado, 2016).

Modelo de atención de la EPS-Indígena objeto de estudio

Objetivo del modelo.

La EPS-I considero un modelo de salud, basado en la cosmovisión de cada pueblo, con base en el respeto y el fortalecimiento de sus prácticas ancestrales, medicina, ritualidad, normas culturales y formas de vida, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas. Además, expone y reitera la realización de acciones de promoción y prevención de manera intra y extramural intentado identificar en forma oportuna la enfermedad y el riesgo de enfermar, facilitando el tratamiento oportuno y adecuado. Así, dirige sus acciones al individuo, la familia y los grupos comunitarios (Ministerio de Salud, 2013a).

Morbilidad.

Los afiliados a la EPS-I se encuentran en los departamentos de Huila, La Guajira, Putumayo, Valle del Cauca, Antioquia, Caldas y con mayor participación en el Cauca donde se concentra el 70% de la población, el grupo etario con mayor peso dentro de su estructura poblacional es el que se encuentra entre los 15 y 44 años. Adicionalmente, la EPS-I enlista las siguientes enfermedades como propias de la población:

Mal de ojo, Susto, Arco: granos en la piel, se da en los adultos (chupos), Maleficios y hechicería, Diarrea dolor de estómago, Duende, La viuda, Visiones, Candelillas, Lastimadura, Alteraciones de la matriz, Pasmos dolor de cabeza crónica, Arco, Mal viento, Descuaje, Empacho, Encantamiento, Lastimadura o lisiadura, Mal de tierra, Hinchazón, Torcedura o lastimadura, Frio, Encajamiento, Eclipse, Amarramiento, Sucio, Mal de espanto (Ministerio de Salud, 2013a).

Diferenciales en el plan de beneficios.

Considerando las necesidades de las comunidades indígenas, y las problemáticas sociales culturales y económicas con las que se enfrentan a diario, la EPS-I presta servicios diferenciales a sus afiliados como:

Casas de paso. Las cuales se definen como un servicio de hospedaje al que tiene derecho el afiliado o acompañante durante el periodo de recuperación cuando es necesario remitir al afiliado a una institución de salud por fuera de su municipio de residencia habitual (Ministerio de Salud, 2013a).

Acompañamiento Hospitalario. Definido como la disposición de recurso humano al interior de las instituciones de salud con el propósito de realizar acompañamiento al afiliado que le garantice el acceso oportuno a los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2013a).

Y como complemento a la atención y de acuerdo a las características socioeconómicas de la población realiza según lo exponen los siguientes aportes:

Apoyo Funerario. Es un aporte económico que se reconoce por el afiliado fallecido y su monto depende de la reglamentación interna de la EPS-I.

Apoyo Social. Mecanismos que garantizan a los afiliados, eventualidades no cubiertas en el POSS, con el fin de evitar complicaciones en la salud de las personas, estos apoyos pueden ser para: transporte, alimentación, hospedaje u otros.

Orientación y Acompañamiento Jurídico. Para exigir el derecho a la salud de las comunidades, cuando se evidencian dificultades para la atención.

Transporte. Cuando es necesario el traslado de pacientes desde sus comunidades a la cabecera municipal para la atención la EPS-I se hace cargo de este transporte el cual puede ser fluvial, aéreo o marítimo.

Guías Bilingües. Que realizan el acompañamiento de los pacientes que se trasladan desde sus comunidades para recibir atención en salud en las diferentes IPS con la que se tiene contrato (Ministerio de Salud, 2013a).

Relaciones del modelo de la -EPS-I con el modelo teórico de Aday y Andersen.

A continuación, se analizan algunos aspectos del modelo de atención de la EPS-I en Colombia, con relación a la propuesta que ofrece Aday y Andersen trasladando el modelo de la EPS-I al esquema propuesto por los mismos autores:

1. El modelo de atención de la EPS-I, se encuentra bajo la reglamentación del sistema de salud en Colombia y en el marco de la Ley 691 del año 2001.
2. En cuanto a las características de la población, está dirigido a población indígena en su mayoría, y se encuentra presente en los departamentos de Valle, Huila, Antioquia,

- Caldas, Putumayo, La Guajira y Cauca. La población está adscrita al régimen subsidiado de salud, y es conocida la estrecha relación de las comunidades indígenas con la pobreza.
3. Con relación a las características de los servicios de salud, los servicios en los municipios se encuentran distribuidos en IPS de bajos niveles de complejidad en su mayoría, con requerimiento de desplazamiento para llegar la mayoría de veces al centro de atención inicial y con requerimiento de un segundo desplazamiento para acceder a servicios de alta complejidad en las ciudades, adicionalmente, y debido a las características de la población, ha sido indispensable la creación de servicios diferenciales dentro del plan de beneficios.
 4. La utilización de los servicios de salud, está influenciada por los demás factores presentes en el modelo de atención, y en la literatura no se evidencian estudios referentes a este apartado para el modelo de esta EPS-I en Colombia.
 5. La EPS-I ha desarrollado un sistema de atención e información al usuario y los resultados de las mediciones de satisfacción de los usuarios, se evidencian por obligación del SOGCS, en la Carta de desempeño, la cual es una herramienta que le muestra al usuario los resultados de la evaluación que el Ministerio de Salud y la Protección Social, realiza a nivel de las EPS de regímenes subsidiado y contributivo, estableciendo un Ranking de acuerdo a la satisfacción de los mismos usuarios (Matajira, C., Morales, G., Barney, E., 2016).

Planteamiento Del Problema

Descripción Del Problema

La salud es definida por la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, no solo como la ausencia de enfermedad y/o dolencia, y las poblaciones saludables son activos fundamentales para el desarrollo sostenible, una población saludable es el motor básico para alcanzar el desarrollo y apuntarle a mejoras en la salud contribuye a todos y cada uno de los objetivos del desarrollo sostenible. En definitiva, una vida sana requiere de asegurar que toda la población acceda a servicios de salud de alta calidad, implica el fortalecimiento de los sistemas de salud, la difusión del conocimiento médico, de la salud pública y tecnologías modernas, como también de una cobertura universal de salud, la eliminación del trabajo y la mortalidad infantil y finalmente, del acceso a la salud sexual y reproductiva y de la reducción de las muertes maternas.

Colombia ha registrado avances significativos en términos de cobertura en salud al pasar del 24% en 1996 al 96% de la población asegurada en 2013, es necesario reconocer que se han realizado esfuerzos para que el sistema de salud sea más equitativo, sin embargo, uno de los principales desafíos que afronta el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia es el acceso efectivo, a los servicios médicos. A pesar del aumento en la cobertura del aseguramiento, el acceso a los servicios de salud, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos al momento de necesitarlos, disminuyó en el mismo período al pasar de 79% a 76% de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV). Según esta encuesta, en 2014 de las más de un millón de personas con problemas de salud que no solicitaron atención médica, 8,8% no acudieron por falta de dinero. Adicionalmente, la distancia a los centros médicos o la alta cantidad de trámites para acceder al servicio de salud son causas para que la población no cuente con este servicio. En relación a

esta problemática, es evidente el peso de variables como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación, en la mediación del acceso, además estas barreras son mayores cuando se tratan de servicios de salud sexual y reproductiva (PNUD, 2013).

Según el Plan Nacional de Desarrollo, aún persisten barreras e inequidades de acceso real y efectivo de los usuarios a los servicios de salud, los obstáculos se deben principalmente a aspectos geográficos, debido a la acentuada separación de los últimos años entre lo rural y lo urbano, y las zonas de alta dispersión poblacional existentes, también a factores económicos y de falta de recursos sobre todo para la prestación de atención en altos niveles de complejidad, de incentivos frente a los programas de promoción y prevención con bajos niveles de adherencia y operativos referentes a las políticas de las aseguradoras, para los diferentes regímenes, problemas de infraestructura y dificultades asociadas a la disponibilidad del talento humano, causas que, finalmente, se traducen en brechas de atención y de resultados en salud (Congreso de la Republica, 2015).

También, el plan nacional de desarrollo, en vista de la necesidad y con el fin de atender de forma oportuna a la población en las zonas rurales y dispersas, estableció como estrategia principal la modificación del modelo de atención en salud, este nuevo modelo deberá integrar el trabajo de las entidades territoriales, aseguradoras y prestadoras del servicio bajo el enfoque de Gestión Integral de Riesgo en Salud, para ajustarse a las necesidades territoriales mediante modelos diferenciados (PNUD,2013), Santiago de Cali, es una ciudad que cuenta con instituciones prestadoras de servicios de salud de carácter público y privado que son reconocidas como centros de referencia nacional, y además con capacidad para atender alto nivel de complejidad, esta ciudad, recibe a diario, una gran cantidad de personas que se

desplazan desde la ruralidad para hacer uso de los servicios de salud, por lo cual no es ajena al tema.

En vista de la necesidad creciente de las comunidades rurales para acceder a servicios de salud de alta complejidad, algunas instituciones y entidades de salud crean hogares de paso con la intención de prestar un servicio de apoyo social para las personas de procedencia rural que requieren de servicios de salud en las urbes, recepcionando a diario a usuarios del sistema y acompañantes o familiares. En Santiago de Cali existen algunos hogares de paso en zonas cercanas a los centros médicos y hospitales dispuestos para la dispuestos para prestar servicios de hospedaje, en el barrio San Fernando se encuentran la mayoría, entre ellos la casa de paso objeto de nuestro estudio, la cual hospeda un volumen alto de personas provenientes de zonas rurales (aclarando que la EPS-I tiene cobertura en los departamentos de Cauca, Valle, Caldas, Antioquia, Nariño, Huila, Putumayo y La guajira), teniendo en cuenta que la EPS-I es una entidad de carácter especial, y reconociendo la estrecha relación de las comunidades indígenas con la pobreza, sumado al hecho del desplazamiento a las ciudades para obtener servicios de salud, se supone la existencia de gran cantidad de desafíos en materia social. Es por esto que surge el interrogante de ¿Cómo usan las personas de procedencia rural, el servicio de Casa de Paso de esta EPS-I?

Justificación

Dada la crisis del sistema de salud en Colombia, la investigación en servicios de salud se convierte en un proceso ineludible y su existencia se convierte en parte de las exigencias de la realidad. Las aspiraciones de la población en materia de salud y la obligación que tiene el estado de responder a ellas, reafirma la necesidad de contar con un conocimiento que ninguna otra área de investigación en salud podría proporcionar. Si bien es cierto, las casas de paso para usuarios del sistema de salud no constituyen un servicio de salud en sí, pero si prestan servicios como complemento y en respuesta a las necesidades reales de las poblaciones facilitando el acceso. Con la realización de este estudio, se busca identificar cuáles son los factores asociados y que determinan la utilización de los servicios por la población. El conocimiento de esos factores podrá instrumentalizar la planificación, operacionalización y evaluación de estrategias, programas y modelos de atención, con la finalidad de promover la oferta y el acceso a los servicios, con la consecuente mejoría del perfil de salud de la población rural.

Adicionalmente y considerando que, según la Organización Mundial de la Salud, el desarrollo de una sociedad, ya sea rica o pobre, urbana o rural, puede juzgarse por la calidad del estado de salud de la población, por cómo se distribuyen los problemas de salud a lo largo del espectro social y por el grado de protección del cual gozan las personas enfermas (como se cita en Pineda. B, 2012) y que la Comisión para los Determinantes Sociales de la Salud hace la recomendación de identificar cadenas causales en pro de mejorar la salud de las poblaciones (como se cita en Zúñiga, 2010), se hace necesario desarrollar procesos de evaluación que permitan el desarrollo de soluciones innovadoras que cuenten con la posibilidad de ser replicables, favoreciendo el desarrollo social de las comunidades a nivel municipal, departamental y nacional.

Objetivos

Objetivo General

Evaluar el uso del servicio de casa de paso de Asociación Indígena del Cauca sede Cali, desde la perspectiva del usuario indígena de procedencia rural.

Objetivos Específicos

- Describir los perfiles de usuarios de los servicios del hogar de paso de la EPS-I.
- Describir la percepción de los usuarios (pacientes y/o cuidadores), además de otros actores involucrados en el proceso, en relación a la atención y los servicios prestados en el hogar de paso de la EPS-I.
- Identificar y priorizar las barreras, limitaciones y necesidades durante el proceso de atención en salud desde la ruralidad.

Metodología

En esta investigación se usará el método deductivo, porque a través de los conocimientos adquiridos, se estableció una pregunta de investigación, a partir de la cual se desarrollará el problema. Se usará también el método inductivo, cuando a partir de esta problemática detectada, generamos conclusiones verídicas y buscamos la solución de la misma.

Enfoque de la investigación

Se emplearán los dos enfoques, cuantitativo con un alcance descriptivo frecuentista para la descripción de la población atendida en el periodo de estudio y un enfoque cualitativo de tipo fenomenología interpretativa, ya que permite comprender las experiencias cotidianas y articular las similitudes y las diferencias, al intentar comprender las dinámicas, experiencias y necesidades de los usuarios indígenas de procedencia rural.

Área De Estudio.

En la ciudad de Santiago existen clínicas y hospitales, que son centros de referencia a nivel departamental y regional debido a que prestan servicios de salud de alta complejidad. Cerca de algunas clínicas y hospitales, en determinados sectores de la ciudad, existen hogares de paso que hospedan a diario una gran cifra de personas provenientes de la ruralidad y que se desplazan para acceder a servicios de salud, acompañados generalmente por un integrante de su núcleo familiar y/o acompañante o en el caso de los niños dos acompañantes, en la mayoría de las ocasiones.

Los Barrios San Fernando y Tequendama, se caracterizan por ser centro del clúster de la salud en la ciudad de Cali, y en ellos se encuentran ubicados algunos hogares de paso de la ciudad. Para esta investigación nos interesamos en el hogar de paso de la Asociación Indígena

del Cauca, debido a que alberga una alta cantidad de población perteneciente al régimen subsidiado de salud, que además es atendida en diferentes centros médicos y hospitales de la ciudad por lo que cualquier tipo de intervención, tendría un alto impacto.

Población Y Muestra

Las unidades de análisis que participaron del estudio, fueron los usuarios del servicio de casa de paso (pacientes y/o acompañantes o miembros del núcleo familiar de los mismos), los cuales cumplieron con los criterios de inclusión, el número de la muestra estuvo dado de acuerdo al nivel de saturación de las categorías de análisis.

Adicionalmente se revisaron los registros de la base de datos de huéspedes de la Casa de Paso y se utilizaron los que correspondían a los días primeros 14 días del mes de noviembre, se escogió este periodo debido a que se hizo el contacto con la casa de paso en la segunda semana del mes de noviembre y para el día 14 ya se habían saturado las categorías de análisis por lo que se decide finalizar con el trabajo de campo y utilizar solo los datos correspondientes a este periodo del mes.

Criterios De Inclusión

Para ser incluidos en esta investigación, los usuarios y/o acompañantes o familiares, debían hablar español, ser mayores de 18 años y adicionalmente debieron estar hospedados en el hogar de paso entre el 1 y 14 de noviembre de 2016.

Respecto a la base de datos, los criterios de inclusión para los registros fueron, en primer lugar, que las paginas pudieran ser escaneadas, en segundo lugar se incluyeron los registros cuyas información contenida en cada fila fuera legible, y que al menos el 50% de los datos relevantes se encontrara diligenciado.

Criterios De Exclusión

Fueron excluidos de esta investigación los usuarios o familiares o acompañantes que no hablen español o que no cuenten con intérprete en el momento de la entrevista, también, aquellos que presenten enfermedades de salud mental o algún tipo de afasia que les impida comunicarse, además los menores de edad, serán excluidos debido a las implicaciones legales de su participación.

Se excluyeron también los registros cuyos datos en la fila a la que correspondían, no fueran legibles, o que no tuvieran diligenciadas las casillas de datos relevantes en más de un 50%.

Fuentes De Información

Para realizar esta investigación recurrimos a en primer lugar a fuentes de investigación secundaria como el registro o base de datos de huéspedes de la casa de paso, desde el 1 al 14 de noviembre, se indago por la existencia de los registros impresos y digitales , se obtuvo el registro diligenciado manualmente durante ese periodo y algunos registros en Excel que se encontraban incompletos y que correspondían a los datos de los pacientes hospedados, que hacían parte de la base de datos no oficial de la administradora de la casa de paso. Otras fuentes de investigación secundaria correspondieron a los artículos publicados en Colombia sobre el tema de Acceso a salud desde la ruralidad, satisfacción de usuarios de los servicios de salud, adicionalmente sobre reglamentación del sistema de salud en Colombia, del modelo de salud de la EPS-I y sobre pueblos indígenas en Colombia, así como referentes internacionales en servicios de apoyo social y modelos de utilización de los servicios de salud.

Respecto a las fuentes de información primaria, se utilizó la información obtenida a través de las entrevistas a usuarios del servicio y a los funcionarios de la EPS-I en relación con la casa de paso.

Descripción de la población entrevistada

Para efectos de la investigación, se vinculó a la población a través de un formato de consentimiento informado que fue leído por los participantes y para los participantes en los casos en que estos afirmaron no saber leer. Fueron entrevistados 8 usuarios, de los cuales tres hombres y tres mujeres se encontraban en rol de acompañantes y dos mujeres en el rol de pacientes. Adicionalmente fueron entrevistados dos funcionarios a cargo de la casa de paso, hombre y mujer y fue necesaria, la entrevista con una mujer funcionaria de la EPS-I, fundadora de la casa de paso Sede Cali. A continuación, se describen los participantes:

E1 y E2, son funcionarios de EPS-I a cargo de la Casa de Paso, también se auto reconocen como indígenas, ambos llevan más de 2 años en sus labores de la Casa de Paso, son bilingües.

E3, Es un hombre cuya edad se encuentra en un rango entre los 41 y los 50 años, acompañante de su hijo menor de edad (10 años), con un diagnóstico de Síndrome Convulsivo, que requiere cuidado en casa por dependencia de Terapia Física y Respiratoria, traqueostomizado, que recibe alimentación a través de una sonda de gastrostomía. E3 se desempeñaba en su labor como agricultor, en su finca en Jamundí en la que vivía con su esposa y su hija menor de 2 años de edad. Se encuentra en la ciudad de Cali desde hace 3 meses acompañando a su hijo y la madre del menor no puede acompañarlo, ella se desempeña como profesora en una escuela y uno de los dos debe continuar trabajando para asumir las responsabilidades económicas que tenían previamente al desplazamiento a la ciudad, cuidar a la hija menor e sobrellevar ahora los gastos correspondientes al hospedaje y la alimentación de E3.

E4, es una mujer mayor de 60 años, con un Diagnóstico de EPOC, que se encuentra en la ciudad de Cali desde hace 2 meses, que requiere de cuidado en casa y requerimiento de terapia respiratoria, se encuentra intentando seguir una dieta balanceada para recuperarse tras su estadía en una unidad de cuidados intensivos, llegó a la ciudad acompañada por su hijo y ahora

tiene pendiente la realización de exámenes adicionales, para un diagnóstico diferencial y posteriores pautas de tratamiento. Antes de su enfermedad, se dedicaba a las labores de la casa y agricultura. Su hijo es carretillero de caña, no proporcionó datos de la edad del hijo acompañante.

E5, es una mujer, acompañante cuyo rango de edad está comprendido entre los 21 y 30 años, quien desempeña el oficio de carretillera de caña, lleva 2 días en la ciudad y se encuentra acompañando a su madre y a su hermano quien requirió apoyo para realizar los trámites administrativos con la entidad.

E6, es un hombre, acompañante, cuyo rango de edad esta entre los 41 y 50 años, se encuentra acompañando a su esposa a quien se le realizo un Trasplante Renal hace 4 meses, se desempeña como agricultor en la finca que tiene abandonada, es procedente de Toribio y manifiesta que tiene un hijo menor de edad 17 años que se encuentra estudiando secundaria, que no ve a su madre desde que se trasladó a Cali para el trasplante. Además, refiere que se turna para el rol de acompañante con una hermana de su esposa.

E7, es una mujer, paciente con Diagnostico de IRC con edad entre 41 y 50 años a quien ya en otras ocasiones había venido a la ciudad debido a su enfermedad renal, y a que se realizaba diálisis peritoneal, recibió un Trasplante Renal hace casi 4 meses, y ahora requiere cuidados especiales para su recuperación. No puede irse a casa debido a que recibe terapia de Inmunoglobulina y requiere exámenes y medicamentos especializados aún. Manifiesta que tiene un hijo de 17 años que se va a graduar de secundaria y que no lo ve desde que se tuvo que desplazar a la ciudad para el trasplante.

E8, es un hombre, con edad en un rango de 31 a 40 años, agricultor procedente de Piendamó, acompañante de su hijo, un menor de 4 años, a quien le realizaron una cirugía de cadera, ya había estado en la casa de paso en una ocasión anterior y se encuentra en su segundo día de

hospedaje, su estancia fue corta se irá al día siguiente a la entrevista. La madre del menor no pudo estar presente ya que trabaja en un colegio y no puede ausentarse de su labor.

E9, es una mujer cuya edad oscila entre los 41 y 50 años acompañante, su madre tiene un diagnóstico de Tumor Cancerígeno y recibe tratamiento de quimioterapia y radioterapia. Sabe que debe estar en Cali, cerca de un mes, lleva 2 días hospedada en la Casa de Paso, su madre es una mujer mayor de 60 años. E9 se dedica a las labores de ama de casa y agricultura. Sus hermanas le ayudan para los gastos de la enfermedad de su madre y alimentación especial que debe recibir.

E10, es una mujer entre los 21 y 30 años acompañante, su hermano IRC hemodiálisis, su hermano lleva cerca de 3 años viviendo en Cali, hospedado en el hogar de paso, ella ya trabaja en Cali, en labores domésticas y se queda con el hermano los días que debe acompañarlo a hemodiálisis, E10 tiene una hija de 7 años.

E11, es una mujer quien se desempeñaba hace algunos años como coordinadora de las casas de paso de la EPS-I, fundadora de la casa de paso sede Cali, quien, a través de una entrevista telefónica, cuenta la historia sobre las razones que llevaron a la fundación de la casa de paso de la EPS-I sede Cali.

Cronograma

El cronograma de actividades incluye las primeras seis semanas que se desarrollaran entre mayo y junio del año 2016 y las 19 semanas correspondientes al cuarto semestre de la maestría, que se desarrollaran entre julio y noviembre de 2016 (Ver figura 3).

ETAPAS	PERIODOS SEMANAS	Mayo-Junio de 2016						Julio-Noviembre de 2016																			
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
CONSULTA DE FUENTES SECUNDARIAS																											
DESARROLLO DEL ANTEPROYECTO																											
ENTREGA DEL PRIMER BORRADOR DEL ANTEPROYECTO																											
DEVOLUCION DEL ANTEPROYECTO CON LAS OBSERVACIONES																											
SELECCIÓN PRUEBA Y AJUSTE DE INSTRUMENTOS																											
AJUSTE DEL MARCO TEÓRICO																											
RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN																											
ORDENAMIENTO Y PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN																											

Figura 3. Cronograma periodo Mayo-Noviembre de 2016.

Resultados y Discusión

El estudio se divide en dos metodologías, una cuantitativa que permite realizar un análisis descriptivo de la población que se hospedó en la casa de paso de una EPS-I sede Cali en un periodo comprendido entre el 1 y el 14 de noviembre de 2016, una segunda metodología, se plantea al abordar a 8 usuarios del servicio y dos funcionarios a cargo de la casa de paso a través de entrevistas semiestructuradas, con la intención de conocer sus percepciones sobre las necesidades de atención en salud desde la ruralidad, las dinámicas de atención y servicios desde las poblaciones a la ciudad, y por supuesto las experiencias vividas durante la atención en el hogar de paso. También, fue necesario incluir una entrevista telefónica a una funcionaria fundadora de la casa de paso sede Cali, con la intención de conocer acerca de las razones que motivaron el origen del servicio y sus inicios.

De uno de los funcionarios de la casa de paso se obtuvieron 44 folios, separados, diligenciados a mano con la letra de ambos funcionarios encargados de la casa de paso y del registro. Cada folio tiene campo para 9 registros, sin embargo, en 8 folios se diligenciaron campos adicionales por fuera de los predefinidos, por lo que se encontraron en total 405 registros de usuarios, de los cuales 2 se excluyeron debido a que algunos datos de información relevante para la investigación no eran legibles claramente, por lo que se trabajó con los datos de 403 registros. Este formato fue diseñado inicialmente por la funcionaria a cargo de la casa de paso sede Cali, la cual lleva trabajando por más de 3 años en el lugar, ella afirma que al formato se le fueron adicionando casillas y se estandarizo después en las demás casas de paso del país. Los folios, son archivados en carpetas y el día 25 de cada mes se envían a Popayán, y posteriormente al funcionario que transcribe los registros a un formato Excel, que se encuentra en las oficinas de Minga Popayán. Esta base de datos se solicitó también, formalmente a la Coordinadora de Minga, pero reiteró por información del funcionario a cargo, que los registros

del mes de noviembre aún se encontraban en la Casa de paso de Cali, y se ofrecieron a facilitar información de meses anteriores si fuera necesario. Por lo anterior, y con la intención de estudiar los datos más recientes, se procedió a fotografiar cada folio manual de donde se obtuvo la información que se presenta a continuación.

Cada folio para el registro de los usuarios, contenía un formato, en el que se encontraba consignada la información de cada uno de los usuarios, se evidencio que no se diligenciaban en totalidad todos los datos solicitados y pudo evaluarse de esta forma el número de registros diligenciados y el porcentaje de cumplimiento (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Número de registros y % de cumplimiento de los datos solicitados en el formato para huéspedes de la Casa de Paso

Dato Solicitado para el Registro	Número de Registros en el que se Diligencia	% de Cumplimiento
Fecha de Ingreso	405	100
Fecha de Egreso	15	3,7
Nombres y Apellidos Completos	405	100
Sexo	405	100
Tipo de Documento de Identidad	405	100
No de Documento de Identidad	405	100
Reg. De Seguridad Social	400	98,8
Código Carné	400	98,8
Procedencia Municipio	405	100
Procedencia Resguardo o Vereda	405	100
Fecha de Nacimiento	405	100
Edad	405	100
Persona que atiende	405	100
Código de Actividad	405	100
Diagnostico	194	47,9
Código Procedimiento	0	0
Valor de Aporte	17	4,2
Firma del Usuario	405	100
Nombre del Personal de Salud Responsable	405	100

Se consideraron como datos relevantes para la investigación, la fecha de ingreso, nombres y apellidos completos, el régimen de seguridad social, el lugar de procedencia, la fecha de nacimiento, la edad, el código de actividad (si es paciente o acompañante) y el diagnóstico.

A pesar de que se encontraban registrados 405 ingresos, solo fueron registrados 15 egresos. Uno de los funcionarios de la casa de paso manifestó que en ocasiones las personas se iban de la ciudad tras la cita médica o hasta por demoras en los tramites, debido a que no cuentan con el dinero para su estadía o alimentación y no dan aviso en la fecha de egreso, además en la casa de paso no se realiza seguimiento, o no se tienen medidas de continuidad para los usuarios.

En lo referente a los nombres y apellidos completos de los usuarios, a pesar de que encontraba diligenciado en todos los registros, la interpretación y legibilidad de lo que estaba escrito se convirtió en una tarea difícil ya que se trataba de tipos de letra diferentes, pero era necesario para establecer el número de visitas o reingresos por usuario.

El régimen de seguridad social se encontraba diligenciado en 400 de los registros, las convenciones establecidas eran: 1 para régimen contributivo, 2 para régimen subsidiado y 3 para régimen vinculado, pero en 80 de ellos no era legible dicho número, por lo que se tuvo que consultar con los funcionarios de la casa de paso quienes manifestaron que todos los usuarios pertenecían al régimen subsidiado, aunque se encontraron 3 casillas diligenciadas con el número 3. Así mismo, el Código de Carné, se diligenció en 400 registros, en 398 como EPS-I, en los restantes se encontró un registro de Coosalud y uno de Emssanar. No es claro si esta casilla debe ser diligenciada con el nombre de carné o entidad de Salud o si existe una codificación de carné por usuario que no se está utilizando. Debido a la falta de claridad e intencionalidad del registro de estos ítems, se decidió que no era pertinente incluirlos dentro del análisis.

Para la interpretación de las edades debido a dificultades en la legibilidad de los registros, también fue necesario apoyarse en las fechas de nacimiento en ocasiones y revisar además los registros anteriores si era el caso de los usuarios que reingresaban o se repetían en los folios.

De los diagnósticos registrados se encontraron 194, datos que debería coincidir con el número el número de pacientes y que será analizado en un apartado más adelante.

El código de actividad fue diligenciado en todos los registros, para este existían los códigos: S5100 Estadía de comunero con problemas de salud, S51001 Estadía de Familiar de comunero con problemas de salud, S51002 Alimentación a comunero con problemas de salud, S51003 Alimentación a familiares de comunero con problemas de salud, S51004 Transporte interno para traslado de comunero con problemas de salud a citas médicas desde la casa de paso, S51005 Acompañamiento por PSC para atención médica y otros procedimientos en la red de prestadores, S51006 Seguimiento a tratamiento, S51007 Apoyo social de comunero en casa de paso. A pesar de la existencia de esta codificación solo se diligencia el registro con dos códigos 55000 que 55001 no se antepone la S en ninguno de los registros y no deja claro si las demás actividades se realizaban en algún momento en la casa de paso, o si se realizan porque no hay registro, o donde consignan dicho registro, lo que hace necesario evaluar la utilización de estas convenciones en el formato si no serán utilizadas para el fin propuesto.

El código de procedimiento, es una casilla que no se diligencia, y la codificación está orientada a acciones que involucran la prestación de un servicio por personal de salud capacitado: 1. Curaciones, 2. Inyecciones, 3. Cateterismo vesical, 4. Retiro de puntos, 5. Educación, 6. Otros. Es posible que no sea diligenciada, ya que procedimientos como estos son llevados a cabo solo por el personal de los servicios de cuidado en casa o en las IPS, como lo aseguran los funcionarios de la casa de paso, pero es necesario también evaluar la pertinencia de una casilla en el formato para un servicio que no se presta directamente por la casa de paso.

La casilla valor del aporte solo se encuentra diligenciada en 17 registros, se desconocen las razones de la omisión de diligenciamiento en el resto de registros o si por el contrario existe un registro adicional para consignar estos datos, de ser así debe evaluarse también la pertinencia de su presencia en el formato.

Caracterización de la población

Como se mencionaba anteriormente, se incluyeron para el análisis 403 usuarios (entre pacientes y familiares), que ingresaron a la casa de paso durante los primeros 14 días del mes de noviembre. A través del análisis de los datos, se evidenció que la casa de paso de la EPS-I sede Cali, tiene un promedio de 28,7 ingresos/día, siendo el mínimo de ingresos 16, el máximo de ingresos 39 y la mediana 29,5 ingresos.

Durante los 14 días, el total de ingresos de pacientes fue de 201, con un mínimo de ingresos de 8 pacientes el día viernes 4 de noviembre y un máximo de 21 ingresos el día miércoles 2 de noviembre. El total de ingresos de acompañantes fue de 202, con un mínimo de ingresos de 7 acompañantes el día lunes 14 de noviembre y un máximo de ingresos de 18 acompañantes en los días miércoles 2, jueves 3, martes 8 y domingo 13 de noviembre respectivamente.

Ahora bien, de acuerdo a los datos, pudo establecerse la relación paciente/acompañante por día, el menor coeficiente encontrado fue de 0,58 el día viernes 11 de noviembre lo que supone que hubo 0,58 pacientes por cada acompañante, es decir que el número de pacientes fue casi la mitad del número de acompañantes, se desconocen las razones de esta situación ya que la base de datos de registros de usuarios no proporciona esta información.

Por el contrario, el día lunes 14 de noviembre el coeficiente de relación pacientes/acompañantes, fue de 1,429, lo que supone que hubo 1,429 pacientes por cada acompañante, esta situación puede deberse a que la recolección de los registros para el análisis se finalizó a las 11 de la mañana del mismo día, por lo cual es posible que no se haya alcanzado

a registrar el total de usuarios, pero este dato es de conocimiento del investigador, si el análisis lo realizara un evaluador externo, esto sería difícil de concluir debido a que en la base de datos de registros tampoco se tiene en cuenta la hora de ingreso, lo que podría considerarse como elemento importante para el análisis de comportamientos de los usuarios.

Tabla 2. Relación Pacientes/acompañantes de acuerdo al día de ingreso

Día de Ingreso Mes de Noviembre	Pacientes	Acompañantes	Razón	Total Usuarios/día
Martes 1	17	16	1,063	33
Miércoles 2	21	18	1,167	39
Jueves 3	16	18	0,889	34
Viernes 4	8	8	1,000	16
Sábado 5	10	11	0,909	21
Domingo 6	14	13	1,077	27
Lunes 7	15	13	1,154	28
Martes 8	16	18	0,889	36
Miércoles 9	16	16	1,000	32
Jueves 10	14	13	1,077	27
Viernes 11	10	17	0,588	27
Sábado 12	15	16	0,938	31
Domingo 13	17	18	0,944	35
Lunes 14	10	7	1,429	17
Total	201	202	0,995	403

Sin embargo, los datos de registro si evidencian cambios en el comportamiento de los usuarios durante determinados días de la semana, de tal forma que durante los días sábado y domingo hay incremento en la frecuencia de ingresos, siendo los picos de mayores ingresos los días martes y miércoles, pero dicha frecuencia de ingresos disminuye considerablemente entre los días jueves y viernes, de tal forma se repite el ciclo cada semana (Ver Gráfico 1).

Por otro lado, se analizó también la distribución de los usuarios de acuerdo al género, llama la atención que se encuentran datos de un mayor registro de usuarios mujeres en el rol de acompañantes, pero al mismo tiempo en el rol de pacientes (Ver tabla 3).

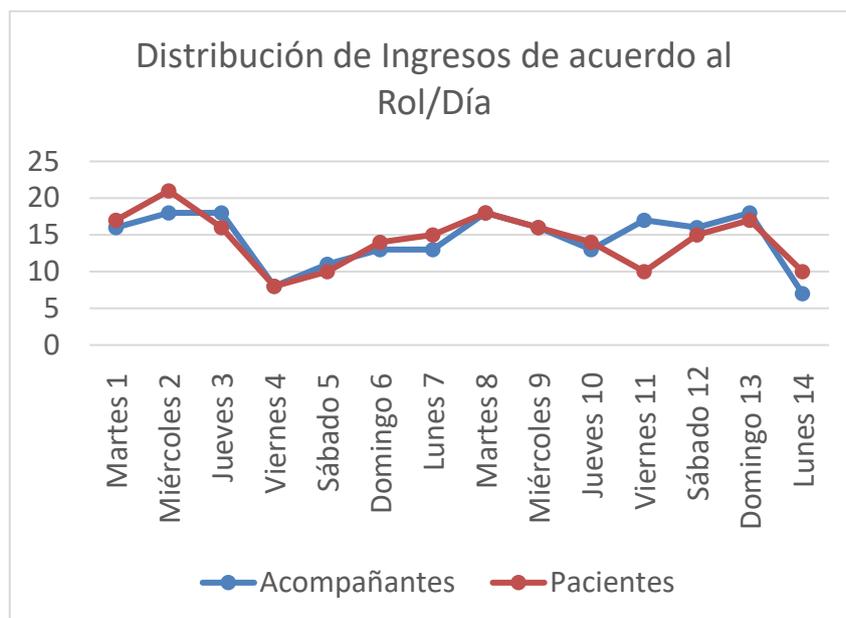


Figura 4. Comportamiento de los usuarios de acuerdo a los roles y días de la semana.

Tabla 3 Distribución de usuarios de acuerdo a Género y Rol

Día de Ingreso Mes de Noviembre	Acompañantes		Pacientes	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Martes 1	8	8	9	8
Miércoles 2	12	6	12	9
Jueves 3	10	8	8	8
Viernes 4	3	5	7	1
Sábado 5	5	6	8	2
Domingo 6	8	5	8	6
Lunes 7	7	6	8	7
Martes 8	14	4	11	7
Miércoles 9	11	5	8	8
Jueves 10	8	5	7	7
Viernes 11	7	10	7	3
Sábado 12	8	8	7	8
Domingo 13	10	8	9	8
Lunes 14	4	3	6	4
Total	115	87	115	86

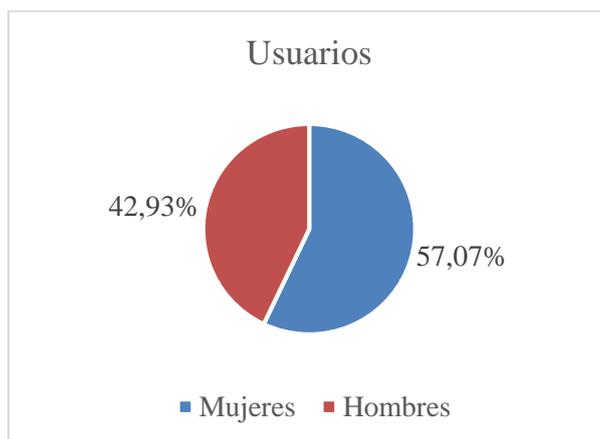


Figura 5. Distribución de Usuarios de Acuerdo al Género



Figura 6. Distribución de pacientes de acuerdo al género



Figura 7. Distribución de acompañantes de acuerdo al género

Las edades de los usuarios registrados, se agruparon en rangos de edad para facilitar su análisis, se consideraron los rangos de 0 a 5 años, de 6 a 15 años, de 16 a 20 años, de 21 a 30 años, de 31 a 40 años, de 41 a 50 años, de 50 a 60 años, y mayores de 60 años. La mayor distribución de frecuencias se encontró en el rango de 21 a 30 años, además, con relación a los

roles, si bien son las mujeres quienes tienen la más alta frecuencia de ingresos como acompañantes, a su vez tienen una incidencia alta de ingresos en el rol de paciente.

Tabla 4. Distribución de frecuencia de usuarios de acuerdo a los rangos de edad, género y rol.

Rangos de Edad	Pacientes		Acompañantes	
	Género Femenino	Género Masculino	Género Femenino	Género Masculino
De 0 a 5 Años	11	0	0	0
De 5 a 15 Años	5	24	0	1
De 16 a 20 Años	1	10	9	16
De 21 a 30 Años	32	11	55	5
De 31 a 40 Años	7	13	9	30
De 41 a 50 Años	18	7	28	19
De 50 a 60 Años	26	4	14	16
Mayores de 60 Años	15	15	0	0

Respecto al análisis de los diagnósticos clínicos, 7 pacientes de la base de datos de registro, no tenían anotado el diagnóstico, por lo cual se excluyeron estos para el análisis, es decir, del total de 201 pacientes registrados, se analizaron los diagnósticos de solo 194. Se encontró que no se diligenció en el formato, el diagnóstico, sino el motivo de ingreso, y aparecen de nuevo dificultades al momento de interpretar lo que se encontraba escrito, por lo cual fue necesario agrupar los datos similares para facilitar el análisis, por ejemplo: Aquellos que tenían la palabra terapias se incluyeron en el grupo Terapia Física y/o Respiratoria, aquellos que se denominaban pacientes renales, o las siglas IRC, o hemodiálisis se incluyeron en el grupo Enfermedad Renal. Posteriormente se procede al análisis y se encuentra lo siguiente:

El motivo de ingreso más frecuente, fue el requerimiento de terapia física y/o respiratoria, con un total de 58 registros, 29,8% de los pacientes. La enfermedad renal, ocupa el segundo lugar de motivos de ingreso con una frecuencia de 55 registros, 28,3%, en su mayoría pacientes que se desplazan por requerimientos de diálisis peritoneal o hemodiálisis. El tercer lugar de frecuencia de motivos de ingreso lo ocupa el grupo de trasplantes (renales o de medula ósea) con 27 registros, 13,91%, seguido de las citas de control con especialista con 24 registros, 12,37% (ver tabla 5).

Tabla 5. Distribución de frecuencia de pacientes de acuerdo a motivos de ingreso

Motivos de Ingreso	Frecuencia de Usuarios
Trauma Raquimedular	2
Enfermedad Renal	55
Infección de Vías Urinarias	2
Enfermedad Cardíaca	7
Oftalmología	3
Exámenes Diagnósticos	5
Citas de Control con Especialista	24
Diagnósticos Relacionados con Cáncer	7
Terapia Física y/o Respiratoria	58
Trasplantes	27
Ortopedia	4
Total, de Usuarios	194

Por otro lado, también fue posible analizar, con base en los 403 registros incluidos, los lugares de procedencia de los usuarios, de tal forma que la distribución muestra que el 85,5% de los usuarios es procedente del departamento del Cauca, y el 14.64 % restante representa a los departamentos de Antioquia, Valle y Putumayo. Los usuarios procedentes del departamento del Cauca en su mayoría, se desplazan desde los municipios ubicados al oriente del departamento (Ver tablas 6y 7).

Tabla 6. Porcentaje de distribución de la población departamento del cauca

Departamento Del Cauca Subregión % Distribución De la Población	
Sur	11,42%
Pacifico	9,18%
Norte	15,14%
Oriente	48,15%
Centro	1,24%
Total	85,13%

Tabla 7. Porcentaje de distribución de la población otros departamentos

Otros Departamentos % Distribución de la Población	
Antioquia	1,74
Valle	5,21
Putumayo	7,94
Total	14,89

Ahora bien, fue posible analizar también, el número de reingresos de acuerdo a la frecuencia de usuarios únicos (entendidos como el número de usuarios que no se repiten en el listado), para lo cual se utilizaron los datos de 101 usuarios únicos, se evidenció que durante los 14 días evaluados, 6 usuarios reingresaron en 11 ocasiones y 4 en 13 ocasiones, estos reingresos representan estancias prolongadas, lo que es importante al medir utilización y la disponibilidad de cupos para el servicio de hospedaje en la casa de paso (ver tabla 8).

Tabla 8. Reingresos de Acuerdo a Usuarios Únicos

Reingresos	Usuarios Únicos	Total, de registros
1	39	39
2	16	32
3	10	30
4	7	28
5	3	15
6	2	12
7	2	14
8	5	40
	1	9
10	4	40
11	6	66
12	1	12
13	4	52
14	1	14
Total	101	403

Categorías De Análisis Datos Cualitativos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas (ver anexos), a 8 usuarios entre pacientes y acompañantes, cuyas edades, motivos de ingreso y lugares de procedencia se hallaron entre los más frecuentes según los datos del análisis cuantitativo (ver tabla 7). Adicionalmente se entrevistó a dos funcionarios de la EPS-I, un hombre y una mujer que se encuentran a cargo de la casa de paso sede Cali. Posteriormente se transcribieron las entrevistas y se agrupan los datos en categorías para ser analizadas. Se establecieron tres categorías que corresponden a tres momentos de la atención en salud: la atención en la ruralidad, la atención desde la ruralidad a la ciudad y finalmente la atención en la ciudad (ver tabla 8).

Tabla 9. Descripción de Usuarios Entrevistados

Usuario	Edad	Género	Procedencia	Motivo De Ingreso
E3 A	41-50	Masculino	Jamundí	Acompaña a su hijo que requiere terapia física y respiratoria. Estancia prolongada
E4 P	Mayor de 60	Femenino	Corinto	Diagnóstico de EPOC, requiere terapia respiratoria. Estancia Prolongada
E5 A	21-30	Femenino	Corinto	Acompaña a su madre E4. Estancia Prolongada
E6 A	41-50	Masculino	Toribio	Acompaña a su esposa E7 Estancia prolongada
E7 P	41-50	Femenino	Toribio	Paciente Renal a quien realizan Trasplante Renal hace pocos meses. Estancia Prolongada
E8 A	41-50	Femenino	Caldono	Acompaña a su madre con diagnóstico de CA. Lleva pocos días en la casa de paso, pero requerirá de Estancia Prolongada
E9 A	41-50	Masculino	Piendamó	Acompaña a su hijo menor de edad a quien realizaron una cirugía de cadera. Estancia corta.
E10 A	21-30	Femenino	Toribio	Acompaña a su hermano que tiene una enfermedad renal está en Hemodiálisis. Estancia Prolongada.

Tabla 10. Categorías de análisis de los datos cualitativos

Categoría	Subcategoría	Categoría Detallada	Preguntas
Dinámicas De Atención En La Ruralidad	Características De La Población	Factores Predisponentes	¿Cuáles son las necesidades en salud más urgentes en su comunidad?
		Factores Capacitantes	¿Es fácil obtener atención médica en su comunidad?
Dinámicas De Atención En La Ruralidad	Características Del Sistema	Necesidades	¿Es fácil acudir a un hospital en su comunidad? ¿es fácil recibir atención una vez en él?
		Distribución Servicios	¿Visita el hospital para recibir atención preventiva o solo cuando sufre una emergencia?
Dinámicas De Atención Desde Ruralidad A La Ciudad	Características Del Sistema	Tiempos De Espera	De acuerdo con su experiencia ¿considera usted que la atención médica es asequible? ¿se necesita contar con un seguro? ¿Qué hacen las personas que no tienen seguro? ¿A dónde se dirigen cuando necesitan atención? ¿ha tenido usted, o alguna persona que conozca, que dejar de acudir al médico u hospital debido a su alto costo?
		Distancia Al Centro De Atención	¿Le dieron suficiente información antes de trasladarse a la ciudad, acerca del lugar a donde debía llegar? ¿Quién le dio la información?
Dinámicas De Atención En La Ciudad	Satisfacción	Información	¿Cuándo supo de la existencia de la casa de paso? ¿le explicaron previamente en qué consistía el servicio?
		Actitudes	De acuerdo a su experiencia ¿Qué piensa ahora sobre esa información?
Dinámicas De Atención En La Ciudad	Utilización	Propósito Lugar	¿Cómo ha sido su experiencia en la casa de paso?
		Conveniencia	¿Ha tenido dificultad con algún trámite, orden o autorización de servicio estando aquí?
Dinámicas De Atención En La Ciudad	Satisfacción	Costos	¿Le han llamado de su entidad para preguntarle por su experiencia?
		Información	¿Se encuentra satisfecho con el servicio? ¿Regresaría?
Dinámicas De Atención En La Ciudad	Satisfacción	Cortesía	

Análisis De Datos Cualitativos

Dinámicas de atención en la ruralidad.

Según el modelo de Aday y Andersen, las características de la población al igual que las características del sistema son indicadores de proceso, al indagar sobre las dinámicas de atención de las comunidades en las zonas rurales, emergieron respuestas que dan cuenta de dichos indicadores, y representan factores, que se convierten en barreras, bien sean geográficas, económicas y/o culturales.

Por un lado, las barreras geográficas, involucran las distancias que las personas deben recorrer para ingresar a un centro de atención, las siguientes citas ilustran las situaciones en que estas barreras se hacen presentes:

- **E7** *“Soy de Toribio, el hospital es lejos, uno no consulta a no ser que se sienta mal, solo se da cuenta que sufre de algo si va, de resto hay otros médicos, pero no le hacen a uno cosas como esto, pueden tratar de pronto otras enfermedades mandarle a uno cosas que ayudan, pero a veces uno no se cura total”*, así explica una mujer que padece una enfermedad renal crónica y que debía viajar con frecuencia debido a que se realizaba diálisis peritoneal.
- **E3** *“Lo que se necesita es transporte, para sacar a mi niño le pedí el favor al vecino que tiene una camioneta, si no, no sé qué sería de este niño. La demora es conseguir el transporte hasta donde sea el centro de salud”*, como cuenta un usuario sobre una situación de emergencia con su hijo en una vereda del municipio de Jamundí.
- **E10** *“Para el hospital más cerca hay que ir a Popayán. Uno más o menos puede, otras personas tienen más difícil salir de la casa, por la plata, por los niños”*.
- Uno de los funcionarios de la casa de paso, expresa: **E1** *“La mayoría de personas viven en Timbiquí o en Piamonte, allá solo hay centro de salud, las más vulnerables están en*

Timbiquí y todo lo que es pacífico. Por eso es tan difícil ir al médico, para esa gente no es fácil, es muy duro". Timbiquí queda a 143 kms de Popayán en línea recta, sin conexión por vía terrestre y a cerca de 280 km de Cali, un viaje estimado de más de 11 horas y que requiere dos medios de transporte, fluvial y terrestre.

- Así mismo otro funcionario de la casa de paso asegura que en las zonas rurales no es fácil acceder a servicios médicos, *E2 "No, difícil, si la gente no conoce, no puede llegar con facilidad. Para la gente del Cauca es más fácil porque todos vienen a Cali, son horitas, para los de putumayo es muy duro porque todo es más lejos"*, desde Puerto Asís Putumayo a Cali, los usuarios deben recorrer una distancia aproximada de 593 kilómetros, un viaje de casi 15 horas vía terrestre.

También es importante tener en cuenta, los factores capacitantes, es decir los medios que tienen los usuarios para acercarse o usar los servicios, que se traducen en muchos casos en barreras económicas, sobre esto los funcionarios de la casa de paso opinan:

- **E1** *"Las necesidades más urgentes, son económicas, las personas están económicamente muy mal, uno no va al médico porque no tiene plata, ir al médico cuesta"*. Aunque el sistema de salud en Colombia, ha intentado eliminar barreras económicas, garantizando el acceso a los servicios de salud para toda la población, las personas realmente desconocen sus propios derechos, y las largas distancias que deben recorrer en algunos casos para recibir la atención inicial, suponen costos de desplazamiento que acentúan el imaginario de que la atención en salud cuesta.
- **E2** *"Las personas necesitan dinero, para su sostenimiento, deben comer, desplazarse, cuando la red hospitalaria está cerca pues no hay problema, pero si la persona no tiene recursos no va a las citas porque no tienen para el transporte"*, una vez más esto demuestra que determinados factores como este caso los ingresos económicos que puedan tener las personas de las zonas rurales, condicionan el uso de

los servicios de salud, es decir obligan a que las personas de las zonas rurales utilicen los servicios de salud de una forma diferente.

Las opiniones de los usuarios no difieren de las de los funcionarios así lo evidencia la siguiente cita:

- **E10** *“Lo que pasa es que **hay mucha distancia**, y pues que **necesitan los enfermos ir con alguien** y pues ya son dos **personas para pagar es caro**. Mi mamá o yo acompañamos a mi hermano”,* dice una usuaria, acompañante de un paciente con enfermedad renal crónica.

Por otro lado, las barreras culturales, se construyen en los imaginarios sociales y las representaciones, así lo explica también uno de los funcionarios de la casa de paso:

- **E2** *“En el Cauca es fácil acceder a un hospital de primer nivel, la gente que vive en las veredas aprovecha para tomar el fin de semana un carrito, generalmente los días de mercado. Pero **la gente es muy tímida, prefieren ir a un médico mayor porque ir a un hospital da miedo, no van por no salir del resguardo**”,*
- **E2** *“Las personas solo van por emergencias, pero es que son tímidos, es la cultura”.*

Un tema muy importante, es el del aseguramiento que también hace parte de los factores capacitantes, sobre esto, se encontró que los usuarios asocian el aseguramiento con factores económicos:

- **E6** *“**Si, hay casos de personas que hasta se mueren, o que están muy enfermas pero que no pueden ir al médico porque no tienen dinero, o están sin seguro porque se quedaron sin trabajo. Es muy difícil por los hijos**”. Así como lo enuncia un agricultor, procedente de Toribio, las personas confían en que el*

aseguramiento les da ventajas, pero no desligan el acceso de los factores económicos.

- **E3** “*Si tú no tienes seguro es porque tienes plata. O sino no le ponen cuidado rápido*”, expresa uno de los usuarios, asombrado de que pueda concebirse la idea de no contar con aseguramiento.
- **E6** “*Tener seguro lo ayuda, porque cuando no se tiene, la salud vale mucho, si no hay plata no lo atienden como es, no le ponen lo que se necesita*”, dice un usuario reiterando la idea de que el dinero es equivalente al aseguramiento.
- Por su parte uno de los funcionarios de la casa de paso, hace alusión a la organización de los cabildos y resguardos entorno al tema de aseguramiento, **E1** “*Claro, es importante tener seguro, las personas que no tienen seguro a ellos el cabildo les colabora, dependiendo del resguardo, se dirigen al resguardo, como allá están censados los mandan a Popayán. Las personas que yo conozco todas tienen carné de EPS-I*”.

A su vez, a través de las entrevistas se indagó acerca de las necesidades de la población, percibidas de acuerdo a la morbilidad, los usuarios dicen:

- En primer lugar, conocer a personas de su comunidad con necesidades de atención en salud, **E8** “*Pues yo conozco muchas personas que necesitan ir al médico a que les vean los ojos, o porque tienen dolores o algunas veces cosas más graves...*”
- Y algunos consideraron la importancia de priorizar la atención para algunos grupos de edad, **E9** “*Pues los niños necesitan ir al médico, los ancianos también, depronto muchas enfermedades en el Cauca, no las conozco todas, pero allá lo remiten a Popayán, toca lejos*”, aunque promover la salud debe ser importante en todos los grupos de edad.

- Un paciente manifestó, dificultades relacionadas con la cronicidad de su enfermedad y la disponibilidad de algunos servicios específicos, en el municipio de Toribio, donde vive, **E6** “*en donde nosotros vivimos no hay un lugar donde hacer diálisis, hace falta, es muy difícil tener que desplazarse a otro lado*”. Y resalta el tema de falta de recursos en los centros de atención, **E6** “*Ahora, en los hospitales es difícil también que lo atiendan a uno, no hay lo que se necesita en todos los casos, por eso lo mandan a uno acá a Cali*”.

Frente al tema de promoción y prevención de la salud un usuario, mencionó lo siguiente:

- **E5** “*Las necesidades más importantes son que le enseñen a uno a cuidarse, si uno supiera evitaría muchas cosas, pero eso no lo hacen*”, el tema de promoción y prevención para la salud cobra importancia y es aplicable en todas las enfermedades crónicas.

Un funcionario de la casa de paso, habla sobre el mismo tema:

- **E1** “*Allá no hacen nada de prevención, la gente solo va cuando es una urgencia, cuando están muy llevados, por eso llegan aquí tan enfermos. Por ejemplo, los pacientes renales terminan todos en trasplante no van a tiempo*”.

Con relación a los tiempos de espera en los hospitales, un usuario manifestó que estos dependen claramente de la gravedad de la situación:

- **E3** “*En el hospital se demoran en atenderlo, si es una urgencia de pronto no, si es el niño lo atienden rápido. Depende si a la enfermedad es leve lo atienden ahí o lo atienden rápido.*”

Ahora bien, centrándonos en el modelo propuesto por Aday y Anderson, las características de la población y del sistema que se han descrito anteriormente a través de las citas tomadas de

las entrevistas con los usuarios y los funcionarios de la casa de paso, se logran describir patrones que influyen y dan cuenta de la utilización de los servicios:

- **E8** *“Pues yo conozco muchas personas que necesitan ir al médico a que les vean los ojos, o porque tienen dolores o algunas veces cosas más graves, pero aquí para ir al médico toca ir al centro de salud, a pescador o hasta Popayán, pero van el domingo, los lunes es lleno.”*
- **E2** *“...la gente que vive en las veredas aprovecha para tomar el fin de semana un carrito, generalmente los días de mercado.”*

Las dos citas anteriores, permiten correlacionar los datos encontrados en el análisis cuantitativo, que demuestra los comportamientos de los usuarios respecto a los días de la semana, es evidente entonces que por las facilidades de transporte se evidencie incremento de ingresos a la casa de paso entre los días domingo y miércoles de cada semana.

Dinámicas de atención desde la ruralidad a la ciudad.

En cuanto a las dinámicas de atención desde la ruralidad a la ciudad se intentó indagar sobre el proceso de transición, visto desde las características del sistema medidas en relación a la disponibilidad de los servicios hasta la satisfacción del usuario por la información recibida previo al traslado a la ciudad, de esta forma los usuarios expresaron:

- **E3** *“Allá te dan un calmante y remiten si ven que no son capaces, te echan para Cali.”*
- **E6** *“Ahora, en los hospitales es difícil también que lo atiendan a uno, no hay lo que se necesita en todos los casos, por eso lo mandan a uno acá a Cali”*
- **E6** *“en donde nosotros vivimos no hay un lugar donde hacer diálisis, hace falta, es muy difícil tener que desplazarse a otro lado”.*

Las anteriores citas, evidencian como los escasos recursos y el requerimiento de un mayor nivel de complejidad son causales del desplazamiento a las urbes. Estos desplazamientos, se dan bajo unas condiciones:

- **E1** *“a las personas les avisan que hay casa de paso antes de venir, los resguardos saben, la EPS-I costea el transporte ida y vuelta. Si la persona no conoce al llegar se le hace el acompañamiento”*, informa un funcionario de la casa de paso de la EPS-I. Llama la atención como recae sobre los resguardos la responsabilidad de informar a las personas acerca de sus derechos, aunque es de suponerse que tiene relación con la forma de organización de las mismas comunidades indígenas.

Los usuarios cuentan su experiencia respecto al desplazamiento desde las zonas rurales a la ciudad:

- **E8** *“nos vinimos en un carro que nos mandaron en Popayán, pero si nos dijeron que aquí había todo, que no había que traer nada. Y si le quedan a uno haciendo falta cosas”*, este usuario menciona las dificultades con respecto a la información entregada previo al traslado.
- **E4** *“De corinto me mandaron a Valle del Lili en ambulancia, yo no recuerdo nada, estuve muy mal, mi hijo dice que solo me echaron en un carro porque estaba muy grave y le dijeron que tenía que venir a Cali porque si no me iba a morir, era una emergencia”* por su parte esta usuaria, hace referencia a la necesidad que tenía de ser trasladada de forma urgente a la ciudad y menciona la información que fue dada a su hijo previo al traslado , con relación a esa información expresa también, **E4** *“pues no era importante para mí que me dijeran sobre esas cosas, pero si para él, porque él no se orienta mucho en Cali, uno esta donde lo lleven y se queda donde lo ponen ellos son los que tienen que voltear y se desesperan y se cansan”*.

Las anteriores expresiones demuestran como para los usuarios es de suma importancia, la información que reciben previo al traslado a la ciudad, acerca de esto otras personas también opinan:

- Uno de los funcionarios de la casa de paso, considera que, **E1 “hace falta más información, entre los resguardos, el acompañamiento que necesita la gente es total”**, lo que lleva a pensar en la necesidad de diferenciar las funciones u obligaciones de los resguardos y de la EPS-I.
- Aunque a la vez, el otro funcionario de la casa de paso, cuenta que **E2 “Algunos vienen direccionados, o les dan mi número, llaman y preguntan que es el hogar, si toca ir a recogerlos pues toca ir. Si llaman se les explica algo del reglamento de la casa de paso, que es comunitaria. Aunque estas personas se encuentran con todas las barreras”**, a través de estas frases, es evidente que no existe un protocolo o ruta de atención para el usuario, no está definida la información que será entregada ni el medio a través del cual debe hacerse.
- Por otro lado, se evidencia también la forma en que el servicio de la Casa de paso por no ser considerado parte de la atención en salud sino como un complementario, es excluido del sistema de referencia y contra referencia que debe tener la EPS y a la vez no cuenta con un sistema de comunicación que permita que los beneficiarios del servicio fluyan en forma segura y eficiente a través de redes dispuestas para tal fin, es así como se interpreta lo que dice **E6 “El 17 de junio, nos vinimos para Cali por lo del trasplante, al salir de Imbanaco, no había casa de paso, no era adecuada. Nos tocó pagar arrendo, hasta que nos dieron un cuarto, en la casa de paso. Yo ya conocía el hogar de paso de Santander, Popayán y Cali”** además, al afirmar conocer o haber utilizado el servicio en otras ciudades, supone que el servicio cuente las mismas características en todas estas.

- Otro claro ejemplo de las falencias en la operatividad es el siguiente, **E9** “*nos programaron la cirugía del niño entonces **vinimos y ya sabía que aquí nos podíamos quedar** lo operaron y nos dieron salida. Entonces ya había venido a dejar las cosas y me lo traje acá ya mañana nos vamos*”, las personas asumen que cuentan con el cupo de hospedaje, sin contar con la disponibilidad real del lugar, no existe tampoco una estrategia de priorización de usuarios.

Uno de los funcionarios de la casa de paso, piensa en la forma de solucionar algunos problemas de la casa de paso, y sugiere acompañar más:

E2 “*Creo que deberíamos formar un equipo desde el territorio, **hacer más acompañamiento**, desde los promotores una propuesta para que ayuden a acompañar. Necesitamos más acompañamiento **desde allá donde vienen**. A mí me gusta escuchar y ayudar a solucionar. También se necesita más apoyo de los cabildos. Identificar que comuneros necesitan más el apoyo, por ejemplo, si la gente no sabe, se busca al gobernador.*

Dinámicas de atención en la ciudad.

Teniendo en cuenta el modelo de Aday y Anderson, se procedió a evaluar las dinámicas de atención en la ciudad en cuanto a los indicadores de resultado se refieren, ya que es en la ciudad en donde se usa realmente el servicio de casa de paso. A continuación, se mencionarán y se citarán expresiones de los usuarios y funcionarios de la EPS-I con relación a la utilización y la satisfacción del servicio. La utilización según el modelo revisado se relaciona estrechamente con el tipo de servicio recibido, el lugar y la frecuencia, mientras que la satisfacción depende de las relaciones con los costos, la información recibida, la conveniencia del servicio y la cortesía.

Indagando sobre el servicio de la casa de paso, se preguntó a los funcionarios a cargo, sobre los datos históricos y de fundación de la casa, debido a que no existen documentos de soporte

de dicha fundación, fue necesario recurrir a otras fuentes de tal forma que se incluyó una entrevista a otra funcionaria de la EPS-I. En primer lugar, estos, afirman que la EPS-I fue pionera en la idea de creación de las casas de paso para usuarios de salud en el país:

- **E2** *“La primera casa de paso de la EPS-I fundada en el país, fue la casa de Popayán, posteriormente y en dependencia de la necesidad de los afiliados para trasladarse a otras ciudades por sus requerimientos y circunstancias alrededor del tema, se evidenció la necesidad de abrir otros espacios para la prestación de este servicio.*

Así mismo explica que la fundación del resto de casas en el país fue a raíz de las necesidades que iban surgiendo:

- **E2** *“de acuerdo a las necesidades se empiezan a fundar las casas de paso en diferentes lugares del país, estas se encuentran ubicadas en los departamentos de Cauca, Valle, Caldas, Antioquia, Huila, Putumayo, la Guajira y Caquetá, pero solo los inmuebles con sede en Popayán y Cali, son propiedad de la EPS-I, el resto son viviendas en alquiler”.*

Otra funcionaria de EPS-I, a través de una entrevista telefónica, cuenta acerca de los inicios de la casa de paso sede en Cali.

- **E11** *“Inicialmente el servicio de casa de paso, orientaba personas y consideraba la posibilidad de hospedaje, pero solo con la provisión de mínimas condiciones prestando servicio en horas de la noche. Con el tiempo y dado el aumento de flujo de población, sumado a la estrecha relación de las comunidades indígenas con la pobreza se ha requerido de cierta transformación del servicio, ahora es considerada como un servicio de apoyo social de la EPS-I y ésta destina una cuota mínima de apoyo para provisiones cada mes”.*

La misma funcionaria, nos acerca a los datos históricos sobre la fundación de la casa:

- **E11** *“La casa de paso de la EPS-I sede Cali, fue fundada en junio del año de 1999, en una ocasión se desplazaron dos comuneros a la ciudad de Cali, estos dos comuneros mueren víctimas de un accidente de tránsito, debido a que no conocían la ciudad y no entendían la señalización, no hablaban español y no existía en ese entonces un servicio de orientación ni de casa de paso, posterior a estos hechos, se funda la casa de paso en la ciudad que se encuentra ubicada en el barrio San Fernando”.*

La casa de paso, se encuentra ubicada en el barrio San Fernando y sus instalaciones corresponden a las de una vivienda familiar, es decir, no ha sido adaptada para la prestación de un servicio con flujo alto de usuarios, como lo evidencia el análisis cuantitativo, la casa de paso tiene un promedio 28,7 ingresos/día, cuenta con 2 niveles, en el primer nivel se encuentran la cocina, un patio, 2 duchas y 3 instalaciones sanitarias, una sala en la cual se encuentra ubicado un televisor, y dos espacios (antes comedor y garaje) en los que se ubican 4 camas y 3 camarotes. En el segundo nivel se encuentran 4 habitaciones un baño común con ducha y demás instalación sanitaria, una de las habitaciones está dispuesta para el almacenaje de insumos y donaciones y para el hospedaje del funcionario de la EPS-I de turno, adicionalmente hay un espacio entre las habitaciones y en él se ubican 2 camas quedando así un espacio para 1 escritorio donde se ubica 1 computador. Si contáramos el número de camas disponibles, la totalidad de cupos sería aproximadamente de 12 pero, si contáramos solo con el número de habitaciones disponibles solo sería de 3. De cualquier forma, a diario siempre se supera la capacidad instalada y recurren a el uso de colchonetas dispuestas en el piso para hospedar a todos los usuarios.

Hay 2 funcionarios a cargo de la casa de paso, un hombre y una mujer cuyas edades oscilan entre los 31 y 40 años, ambos indígenas, el hombre es auxiliar de enfermería y la mujer es

promotora de salud. Los funcionarios se encargan de recibir a los usuarios hacer su registro, atender sus necesidades y brindar acompañamiento a los usuarios que lo requieran, bien sea ayudándoles con tramites o acompañándolos a las citas médicas. Estos desempeñan sus labores en dos turnos el turno del día que comienza a las 6 de la mañana hasta las 6 de la tarde y el de la noche de las 6 de la tarde hasta las 6 de la mañana del día siguiente. Se rotan los turnos por semana, es decir durante la semana, uno de los dos funcionarios tiene asignada la noche y el otro el turno del día, de tal forma que pueden invertirse los turnos cada semana.

En la casa de paso existe un reglamento interno, que se traduce en normas de convivencia y para el mantenimiento del orden al interior de la casa, al momento de ser hospedados, los usuarios asumen este reglamento lo que garantiza su permanencia en el hogar.

Con relación a dichas normas, los usuarios afirman que:

- **E5** *“solo se puede quedar un acompañante y un paciente”* dice una mujer que es acompañante.
- En el caso de los niños, dice uno de los acompañantes, **E3** *“solo puede estar la mamá o papá, uno de los dos”*.

Con relación al costo del servicio, es importante aclarar que el hospedaje y alimentación del acompañante tienen costo, explica uno de los funcionarios de EPS-I:

- **E1** *“los recursos que da la EPS-I son limitados para el mes, deben rendir. La casa es de la EPS-I así que ellos pagan el agua, el internet, dan para el mercado, los utensilios de aseo y papelería”*.
- **E1** *“la casa de paso le cobra al acompañante 1000 pesos diarios, de ahí sale para los arreglos de la casa, para subsidiar el transporte a la clínica de algunas personas y demás”*.

Los usuarios del servicio también hablan sobre esto:

- **E3** *“el hospedaje también vale 1.000 pesos diarios, el mes vale 10.000, yo pago el mes porque de a mil no me alcanza, ¿de dónde yo toda esa plata? Aquí no hacen desayuno, me toca ir a una cafetería”.*
- **E3** *“aquí todo es comunitario, para la comida recogen plata entre todos, vale 1.000 pesos”.*

Un día de hospedaje y alimentación para un acompañante tiene entonces un valor total de 3.000 pesos, sin incluir el costo del desayuno porque no se prepara ahí. Entonces los ingresos de la casa de paso, a razón del hospedaje estarían determinados por el número de ingresos diario de acompañantes.

Es de esta forma como las características de los usuarios, inciden en el uso del servicio, el acceso se encuentra garantizado según la Ley 100 de 1993, pero diversos factores como los geográficos, económicos y culturales hacen que el uso de los servicios por parte de la población rural sea diferente.

Sobre la conveniencia de los servicios los usuarios expresan:

- **E4** *“Aquí hacen una olla comunitaria, pero **no todos podemos comer de allí, algunos seguimos una dieta**”.*
- **E5** *“Aquí, es difícil, ponen la olla comunitaria, pero **de ahí no le puedo dar a mi mamá ella debe comer otras cosas**”.*
- **E7** *“La verdad, la casa de paso presta el servicio, pero **uno necesita un lugar más adecuado. Adecuado es que tenga una pieza y al menos un baño para uno solo, aquí toca compartir con mucha gente y yo tengo unas condiciones especiales, trato de comer aparte, pero a veces no alcanza, uno no puede tener las defensas muy altas porque hace rechazo, por eso es mejor tenerlas bajitas me dijo el médico, pero eso también es un riesgo**”*

- **E5** “Cada persona debería tener una pieza por lo menos los pacientes, *aquí hay mucha gente*”.

Las citas señaladas anteriormente pueden correlacionarse con los datos obtenidos en el análisis cuantitativo, en el que se encontró que el mínimo de días de estancia fue de y el máximo de lo que supone el hospedaje de pacientes de corta y larga estancia. Además, que cerca del 29,8% de los pacientes se encuentran en la casa de paso con requerimiento de servicios de cuidado en casa o que en el caso de los pacientes trasplantados que representan el 13.91%, requieren cuidados especiales. Situación que los funcionarios a cargo de la casa de paso no desconocen, por tanto, uno de ellos dice:

- **E2** “*Yo creo que deberíamos crear un home-care propio, donde se preste servicio de medicina occidental y propia para los pacientes que necesitan cuidado en casa. También que tenga personas bilingües, una Naza, una Embera, y así. Es necesario ampliar la casa de paso*”.

Una usuaria en postoperatorio de trasplante renal, se expresa y manifiesta sus expectativas:

- **E7** “*Sé que esto un día va a tener más piezas, está en proyecto, pero se demora me dijo una coordinadora de aquí*”.

Surgen alrededor de este tema, dos inquietudes, en primer lugar, si ¿es la casa de paso un lugar para los pacientes de larga estancia? y en segundo lugar ¿es la casa de paso un lugar para ofrecer cuidados especiales a este tipo de población?

Por otro lado, los trámites administrativos, se pueden convertir también en una barrera para el uso de los servicios:

- Un funcionario de la casa de paso explica, **E1** “*Si fuera en Popayán la gente podría moverse más fácil, al llegar aquí quedan ciegos, ni siquiera saben preguntar por*

los medicamentos en la droguería” haciendo énfasis en las características de la población como dificultad para el uso de los servicios”.

- Un acompañante manifiesta, **E3** *“esta semana me tocaba ir a exámenes con el niño, pero la autorización de la ambulancia no está, depronto mañana”.*
- **E7** *“Recibo terapias de inmunoglobulina en el 3er piso de Imbanaco, me iban a mandar a Popayán a hacerme las terapias, pero no podía porque tengo que estar aquí así que tuvimos que iniciar un proceso para que me autorizara todo aquí cerca de la casa de paso”, dice un usuario.*
- **E5** *“Aquí devuelven las autorizaciones, porque no quedan bien diligenciadas, se demora varios días, porque con tantas ordenes yo creo que se olvidan de uno si uno no está ahí para presionar pues no le sale nada”.*

Los tramites de autorizaciones, se gestionan en Popayán, aunque esta investigación no hace énfasis en las actividades de vigilancia y control sobre las oficinas de trámites y autorizaciones de Cali y Popayán, se sugiere revisar la existencia de procedimientos relacionados con la recepción y el manejo de quejas y sugerencias de usuarios sobre el tema.

Se preguntó a los usuarios si volverían a la casa de paso en caso de necesitarlo y estas fueron algunas de sus respuestas:

- **E3** *“Es bueno , hasta el momento estoy bien. Si me tuviera que ir y regresar pues, lo haría”,*
- **E9** *“Ya mañana me voy, pero aquí es bueno, por lo menos a nosotros nos fue bien” dice un usuario que tuvo una estancia corta.*
- **E5** *“Pues si tuviera que volver, la pensaría, pero es lo que la EPS-I nos da. Deberían trabajar para que las cosas mejoren, yo no sé cómo se hace eso”.*

- **E4** *“El servicio no es tan malo, pero algunas personas necesitamos cosas especiales, y aquí es difícil, no es tan cómodo. Ojalá no tuviera que volver a necesitar de estos servicios espero recuperarme, pero ¿cómo que falta cierto?, pero si tocara volver, pues sabemos que no hay más, toca echar mano de esto, porque no hay más. Si vuelvo que sea un tiempo cortico”*.
- **E6** dice *“Esto es de paciencia, pero es por la salud de ella, ojalá todo salga bien”*.
- **E6** *“Pues si tuviera que volver uno ya está más acostumbrado, se prepara trae más cosas se coge más paciencia”*.
- **E7** *“Es que es duro, porque no hay plata que alcance, pero si esto mejora seguro uno si viene sin pensarlo tanto”*.
- **E3** *“Ahora la EPS-I nos da los insumos, medicamentos, la nutrición, hasta el momento todo, pero apenas estamos comenzando”*.

La satisfacción de los usuarios por el servicio recibido, es un componente que es imposible desligar de las características propias de la población encuestada, y para el caso, está condicionada de acuerdo a la expectativa de cada usuario, el servicio ofrece unas condiciones mínimas que no están pensadas de acuerdo a las particularidades de los mismos, obteniendo en esa misma medida un mínimo de bienestar común. Un funcionario de la casa de paso dice:

- **E2** *“Hay mucha gente agradecida y otra si muy desagradecida, no están apreciando, pero es entendible, es cultural. Yo trato de hacer lo mejor, algunas veces la gente tiene la imagen que todo es malo, pero generalmente son gente blanca, campesinos. Los indígenas, mi gente es muy agradecida”*.

Pero es necesario reiterar, que la garantía del acceso a salud no es un acto filantrópico, sino más bien un derecho que debe ser respetado.

Otras situaciones emergentes.

Adicionalmente, a través de las entrevistas surgen otras situaciones que las personas exteriorizan.

- Uno de los funcionarios de la casa de paso expone, **E1** *“Popayán sabe cuándo las personas llegan aquí, no hacen seguimiento a no ser que la persona ponga una queja o una tutela o llaman cuando los pacientes están muy malitos o vienen recomendados. Si están muy malitos la EPS-I se comunica con el acompañante”*. Es necesario considerar, la pertinencia de medidas de continuidad desde la casa de paso, lo cual sirve para retroalimentar y mejorar el servicio prestado.

Santiago de Cali, es un receptor a nivel nacional de usuarios del sistema de salud, procedentes de las zonas rurales, debido a la existencia de centros de atención de alta complejidad, pero como lo expresan las siguientes citas no es solo un fenómeno que se relaciona con Cali y el Cauca, tampoco específico de las EPS indígenas:

- **E1** *“Aquí a veces llegan pacientes con otro carnet de mallamas o emssanar. Toca revisarles el carné porque solo se pueden quedar las personas de EPS-I”*.
- **E3** *“La mamá del niño lo cambió de eps, lo paso a esta EPS-I, con esta ya llevamos 3 meses, llamaron de Popayán y ellos lo remitieron a esta casa de paso porque Saludcoop no tenía casa de paso para hacerle los cuidados, no consiguieron”*.
- **E3** *“A mí me podían mandar para Jamundí, pero no a la finca, en Jamundí el arrendo vale 340.000, tampoco me alcanza”*, hace referencia a la prestación de servicios de cuidado en casa en el municipio de Jamundí, debido a que no hay cobertura para las zonas rurales.

También, es imposible obviar, las relaciones que el usuario sostiene con el resto de la familia de la que se separa al desplazarse a la ciudad:

- **E6** *“Aquí a veces nos turnamos o viene la hermana de ella, o yo, tenemos un hijo de 17 años hace rato no puede ver a la mamá”.*
- **E7** *“Aquí en la casa de paso pues, tengo que estar hasta salir de esto, tengo una cirugía pendiente para definir, cuánto tiempo más voy a tener que quedarme. Tengo un niño de 17 años, que ya se gradúa de 11, el 10 de diciembre y me llama a preguntarme que, si voy a ir, pero en realidad no puedo”.*
- **E4** *Mi hijo es carretillero de caña, él me manda para comer.*
- **E8** *“Aquí es difícil unos se ve a gatas, las hermanas mandan algo también. Allá ellas también se dedican a la agricultura hay café, plátano, yuca”.*

Otros usuarios abren la posibilidad de indagar sobre otras situaciones de interés particular, que pueden ser aprovechadas para el mejoramiento de la experiencia o la adaptación de algunas estrategias:

- **E8** *“A mí me gustaría aprender a manejar un computador si me enseñaran”.*
- **E8** *También le digo que allá donde yo vivo hay una emisora local, yo creo que deben servir para algo a ustedes los estudiantes. Es que no le doy mi número porque allá es difícil la señal”.*
- **E10** *“También la gente necesita que lo escuchen, Víctor se sienta a hablar con uno y lo escucha de las cosas que le pasan, nosotros los más jóvenes también nos sentimos a veces aburridos aquí, mi hermano y los que yo he visto que son pacientes que duran mucho tiempo, se aburren porque hay q dormir a las 9 y en el día solo el orden y las terapias, esto cansa”.*

Conclusiones

Los usuarios de los servicios de la casa de paso de la EPS-I, sede Cali, son en su mayoría, mujeres jóvenes, entre los 21 y 30 años bien sea en calidad de paciente o acompañante, provenientes del Oriente del Cauca y los motivos de ingreso más frecuentes son: El requerimiento de terapia física o respiratoria, la condición de paciente renal, las consultas médicas de control, el trasplante de médula ósea y trasplante renal.

Respecto a la percepción de los usuarios en relación a la atención y los servicios prestados es evidente que el servicio de la casa de paso no satisface sus necesidades de atención por completo, pero sus expectativas están limitadas a las condiciones mínimas que el servicio les ofrece a pesar de saber que sus requerimientos en atención y cuidado son mayores.

A continuación, se enlistan en orden de prioridad las barreras y limitaciones evidentes durante el proceso de atención en salud desde la ruralidad:

- 1) Barreras de accesibilidad geográfica y disponibilidad de los servicios de salud en zonas rurales, dadas por las distancias a los centros de atención y en algunos casos por la inexistencia de los mismos en determinadas zonas.
- 2) Barreras de accesibilidad económica que impiden que las personas puedan usar los servicios de salud en las ciudades, aunque el sistema de salud en Colombia contemple que los gastos del asegurado se encuentran cubiertos, algunos factores predisponentes, entre ellos la estrecha relación de las comunidades rurales y de los indígenas con la pobreza, condicionan el acceso, aun mas cuando el foco de la atención no es la familia.
- 3) Barreras de accesibilidad cultural que limitan el uso de los servicios de salud para las comunidades rurales, dadas por la existencia de múltiples imaginarios sociales y sus representaciones.

- 4) Poca disponibilidad y eficiencia de servicios de asistencia social para personas rurales en la ciudad, sumado a la inexistencia de reglamentación para el funcionamiento de los hogares o casas de paso (solo se encuentra reglamentado en el caso de menores de 18 años con diagnóstico de cáncer), lo que conduce que se ofrezcan servicios en condiciones que en lugar de facilitar el acceso lo limitan.

Por lo anterior y teniendo en cuenta que cada vez es más frecuente que las comunidades se desplacen desde las zonas rurales a la ciudad para hacer uso de los servicios de salud, se hace necesario desde las ciudades diseñar e implementar estrategias para contribuir a la eliminación de las barreras y determinantes sociales del acceso a salud, que puedan tener la posibilidad de ser escalables y replicables en diferentes lugares del territorio nacional, debido a que no es solo una problemática del ámbito local.

Acerca del servicio de casa de paso de esta EPS-I, los limitantes en la prestación del servicio en la sede Cali, se presentan por las siguientes causas:

- 1) La inexistencia de un sistema de registro y control efectivo, que permita el conocimiento de los usos, y perfiles detallados de usuario, y que adicionalmente facilite los procesos administrativos de la casa de paso.
- 2) La capacidad de atención disminuida por las condiciones de infraestructura de la casa de paso, agravada por el alto flujo de población y por la existencia de usuarios con requerimientos especiales.
- 3) La inexistencia de un manual operativo de referencia y contra referencia de la casa de paso y de redes de apoyo.
- 4) La inexistencia de estrategias o medidas de continuidad en la atención.

De tal forma que las estrategias que se pretendan diseñar deben tener como objeto atender las causas mencionadas anteriormente.

Con relación al sistema de registro y control de ingresos y egresos, es necesario establecer un protocolo y una guía básica para el registro, en el formato deben incluirse como mínimo datos como: nombres y apellidos del usuario, número de identificación, edad, genero, rol (acompañante o paciente), ocupación, nombre del usuario al que acompaña o nombre del usuario que lo acompaña, lugar de procedencia (municipio, resguardo o vereda y departamento), tipo de aporte diario o mensual, valor del aporte, diagnostico principal, motivo de ingreso, número telefónico, dirección de residencia, institución donde recibe atención, y nombre de quien lo registra.

Una de las situaciones a las que debe darse solución es al tema de la capacidad de atención, de la casa de paso, para la cual debe definirse en un numero el límite de cupos y debe establecerse por parte de la entidad un sistema de clasificación de usuarios, que permita garantizar la atención oportuna de acuerdo a lo que estos requieran (hospedaje, alimentación, cuidado en casa, aislamiento protectivo, entre otros).

Posteriormente, debe establecerse una red de prestadores de servicio, suscritos para el mismo fin, bien sean otras casas de paso de la ciudad, hoteles, hostales, comedores entre otros, de tal forma que sea posible distribuir los usuarios previamente clasificados y de acuerdo a los requerimientos entre la red de prestadores.

Cuando ya se haya establecido dicha red, será necesario operativizar un sistema de referencia y contrareferencia. También debe considerarse de manera simultánea, el diseño de un programa de Telemedicina que facilite la rotación de los cupos del servicio de casa de paso ya que, según lo expuesto en los resultados, la mayoría de ingresos a la casa de paso se justifican en requerimientos de terapia física y respiratoria que en algunos casos previa evaluación y selección de los mismos podrían ser manejados de esta forma.

Propuesta de operativización de referencia y contrareferencia para casa de paso receptora de usuarios rurales del Cauca

Es necesario definir algunos conceptos para la operatividad del sistema de referencia y contrareferencia en la casa de paso:

- Referencia y contrareferencia, son el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios a los usuarios garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios, teniendo en cuenta que la casa de paso sede Cali, hace parte de la red de prestadores de servicios de salud, a pesar de que no se preste en ella un servicio de salud como tal, pero es un complemento a la atención misma.
- La Referencia es el envío de los usuarios por parte de un prestador de servicios de salud, al prestador de servicios de casa de paso como complemento a los servicios de salud prestados al usuario y/o familiar o acompañante en la ciudad de Cali, dicha referencia debe hacerse previo al traslado de los usuarios a la ciudad, tal y como se solicitan los cupos para la prestación de servicios de salud en las IPS.
- La Contrareferencia es la respuesta que el prestador de servicios de casa de paso, da al prestador que remitió. La respuesta debe ser la contraremisión del usuario con las debidas indicaciones a seguir (modalidades de atención en las que debe continuar) o simplemente la información sobre la atención prestada al usuario.

Debe existir previamente un sistema de selección y clasificación de usuarios, que permita la prestación del servicio oportuno de acuerdo a lo que el usuario requiere.

Adicionalmente debe existir una guía de atención de la casa de paso, la cual debe contener como mínimo objetivos, población objeto, alcance, recomendaciones y algoritmos de manejo

y su metodología de realización debe ser explícita y con actualizaciones periódicas no mayores a 5 años, y deben estar basadas en la evidencia, lo que supone que la casa de paso debe hacer mediciones periódicas de la efectividad de sus procesos.

Adicionalmente deben estructurarse protocolos frente a situaciones específicas, como el ingreso, desplazamiento de usuarios desde la casa de paso a citas médicas, egreso, asignación de apoyo económico para transportes, recepción de propuestas de investigación y de respuesta, recepción de ayudas y donaciones, y protocolo de derivación de pacientes a otros servicios (casa de paso alterna), de acuerdo a la clasificación dadas las condiciones del usuario.

Deben definirse también, las modalidades y tipos de atención, las cuales son muy importantes para los procesos de referencia y contrareferencia:

Tabla 11. Modalidades y tipo de atención

Modalidad	Tipo
Intramural	Ambulatorios
	Hospitalarios
Extramural	Atención Domiciliaria
Telemedicina	Promoción Y Prevención
	Rehabilitación
Transporte	Terrestre
	Aéreo
	Marítimo
	Fluvial

Se deben describir adicionalmente las áreas geográficas y las rutas de atención, en este caso se describen las del oriente del Cauca teniendo en cuenta que son los pacientes de mayor frecuencia de ingresos a la casa de paso (ver tabla 13), así como se deben describir las rutas y la distancia del servicio de casa de paso al centro de atención y el medio de transporte necesario.

Deben tenerse en cuenta las ambulancias disponibles en la ciudad para el transporte de los usuarios en caso de requerirlo y debe existir también un procedimiento estandarizado para su

solicitud, así como los servicios de ambulancia para el traslado de usuarios en caso de egreso, o los procedimientos estandarizados para acceder a auxilios de transporte.

Tabla 12. Distancia de la casa de paso a los servicios de mediana y alta complejidad en Cali.

Servicio De Casa De Paso	Mediana Y Alta Complejidad	Distancia	Medio De Transporte	Tiempo Viaje
	Clínica Colombia	2.3 Km	Caminando	30 Minutos
	Instituto De Niños Ciegos Y Sordos Del Valle Del Cauca	350 m	Caminando	5 Minutos
	Fundación Clínica Infantil Club Noel	2.1km	Caminando	25 Minutos
	Centro Medico Imbanaco	450 m	Caminando	6 Minutos
	Clínica Nuestra Señora De Los Remedios	6.1 Km	En Vehículo	20 minutos
Casa De Paso	Funcancer	1.5 Km	Caminando	18 Minutos
	Cruz Roja Colombiana	500 m	Caminando	6 Minutos
	ESE Mario Correa	6.2 Km	En Vehículo	28 Minutos
	Gamma nuclear Ltda	5.7 km	En Vehículo	20 Minutos
	Hospital Psiquiátrico Universitario Del Valle	6.2 Km	En Vehículo	28 Minutos
	Ridoc Resonancia De Occidente	6.0 Km	En Vehículo	20 Minutos

Tabla 13. Distancia de los servicios de baja complejidad en el oriente del Cauca

Baja Complejidad			Baja, Mediana Y Alta Complejidad	Mediana Y Alta Complejidad
Toribio	Caldono	Puracé		
124 Km	Inza	77.9km	Silvia 32.3 Km	
Páez	101 Km	Jambaló	57.5 Km	Totoró
125 Km		86.3 Km		33.7 Km
			Popayán 139 Km	Cali



REFERENCIAS

- Aday, A. , Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. Revisado el 10 de octubre de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>
- Aguado, M., Calvo, C., Dessal, C., Riechmann, J., Gonzalez, J.,y Montes,C.(2012). La necesidad de repensar el bienestar humano en un mundo cambiante. Revista Papeles de relaciones ecosociales y cambio global. No 119; Pag 49-76. Revisado el 25 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.achc.org.co/hospital360/tendencias_emergentes/Evolucion_del_Bienestar_Humano.pdf
- Asociación Americana de Hospitales.(2011). The opportunities and challenges for rural hospitals in an era of health reform. Revisado el 20 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.aha.org/research/reports/tw/11apr-tw-rural.pdf>
- Asociación Indígena del Cauca(2016). Carta de Derechos y Deberes de los Afiliados. Revisado el 20 de noviembre de 2016. Disponible en: <http://190.254.19.13:1080/saludAic/archivos/CartaDerechosYDeberes.pdf>
- Centro de información sobre salud rural. (2014). Servicios humanos para apoyar la salud rural. Revisado el 10 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.ruralhealthinfo.org/topics/rural-human-services>
- CEPAL (2014). Los pueblos indígenas en América Latina: Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Revisado el 21 de noviembre de 2016. Disponible en:
- Comision Economica para America Latina y el Caribe (2014). Innovación social en salud. Un aporte al avance de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Revisado el 24 de mayo de 2016. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37194/S1420531_es.pdf

Congreso de la República de Colombia. (1993). Ley 100: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Revisado el 20 de mayo de 2016. Disponible en:

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html

Congreso de la República de Colombia. (2010). Ley 1384 : Ley Sandra Ceballos, por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia. Artículo 14. Servicio de apoyo social. Revisado el 20 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1384_2010.html

Congreso de la Republica de Colombia (2015). Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018. Revisado el 20 de mayo de 2016. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/ArticuladoVF.pdf>

Echeverri, E.(2002). La Salud en Colombia: Abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. Revisado el 3 de diciembre de 2016. Disponible en: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol1_n_3/salud_espacio_4.pdf

Florez, S., Campo, C., Trochez, M., Peña, C.(2012). Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace Cauca, 2012. (Tesis de especialización). Universidad EAN-Universidad del Cauca,Popayán, Colombia. Revisada el 15 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2004/FlorezSofi2012.pdf?sequence=1>

Florez, S., Campos, C., Trochez, M., y Peña,C.(2012). Barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para la comunidad afrocolombiana de Quilcace, Cauca. Revisado el 1 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://repository.ean.edu.co/bitstream/handle/10882/2004/FlorezSofi2012.pdf?sequence=1>

Fondo Monetario Internacional (2001). La pobreza rural en países en desarrollo. Su relación con la política pública. Revisado el 30 de mayo de 2016. Disponible en: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/issues/issues26/esl/issue26s.pdf>

Gutiérrez, E., García, P., y Garrigou, P. (2014). Más vale llegar a tiempo. Misión de médicos sin fronteras en Colombia. Revisado el 13 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.msf.mx/document/mas-vale-llegar-a-tiempo>

Maldonado, G. Perspectivas y retos de la salud indígena en Colombia. Revista Omnia, Universidad del Rosario, Vol 2, Edición 17. Revisado el 23 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.urosario.edu.co/revista-nova-et-vetera/Inicio/Omnia/Perspectivas-y-retos-de-la-salud-indigena-en-Colom/>

Matajira, C., Morales, G., Barney, E. (2016). Sistema de Evaluación y Calificación de Actores: Ranking de Satisfacción EPS 2016. Revisado el 6 de Diciembre de 2016. Disponible en: http://www.consultorsalud.com/sites/consultorsalud/files/ranking_de_satisfaccion_eps_2016.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013b). Resolución 1440 de 2013. Revisada el 12 de octubre de 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201440%20de%202013.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). Estudio Técnico de Servicios Diferenciales para los Pueblos Indígenas de Colombia. Revisado el 12 de noviembre de 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/mi-plan/Estudios%20de%20Suficiencia1/Estudio%20suficiencia%20Indigenas.pdf>

Oladipo, J. (2014). Utilización de los servicios de salud en las zonas rurales y urbanas: un factor determinante en la planificación y gestión de los sistemas de prestación de servicios de salud. Ciencias de la Salud Africanas. 2014 Jun; 14 (2): 322 - 333. Revisado el 16 de diciembre de 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4196405/>

Organización Mundial de la Salud (2009a). Análisis de sistemas de salud deteriorados en situaciones de crisis. Manual Modular. Revisado el 26 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/adhsm_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud (2009b) Declaración directora general. Impacto de la crisis financiera en la salud. Revisado el 23 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financical_crisis_20090401/es/

Perez, E. (2011). Nueva ruralidad, globalización y salud. Revista CES Medicina 2007, Colombia; Vol 21(No 1), pag 89-100. Revisado el 30 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2611/261120985009.pdf>

Pineda. B (2012). Desarrollo humano y desigualdades en salud en la población rural en Colombia. Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 97-102. Revisado el 20 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

PNUD (2014). Pueblos indígenas, dialogo entre culturas. Revisado el 20 de noviembre de 2016. Disponible en: http://pnud.org.co/img_upload/61626461626434343535373737353535/2012/cuaderno_indigenas.pdf

PNUD(2013). Objetivos de desarrollo sostenible, Colombia. Herramientas de aproximación al contexto local. Revisado el 27 de mayo de 2016. Disponible en: <http://afecolombia.org/Portals/0/Documentos/ODS-Colombia.compressed.pdf>

Reina, Y (2014). Acceso a los servicios de salud en las principales ciudades colombianas. Revisado el 4 de Diciembre de 2016. Disponible en: http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_200.pdf

Sheil-Adlung, X. (2015). Global evidence on inequities in rural health protection. New data on rural deficits in health coverage for 174 countries. Revisado el 14 de diciembre de 2016. Disponible en: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/ressourcepdf.action;jsessionid=lnjrycxfyc41qjsxyb1gt2dgt1bf3s0ghnkgfx1dqg7rqvkjrmn2!475858318?ressource.ressourceid=51297>

Tamez, S.(1999). Modelo de Andersen: Una Visión Crítica. Reencuentros, Volumen 25. Revisado el 1 de diciembre de 2016. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&iid=324&archivo=3-27-324ivu.pdf&titulo=Modelo de Andersen: una visión crítica

- Vargas, I.(2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia. Revisado el 2 de noviembre de 2016. Disponible en:<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/iv11de1.pdf;jsessionid=35D9BD1FD493354E1DADD808A77D0C1F?sequence=1>
- WHA62.14 (2009). Reducir las inequidades sanitarias actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Revisado el 14 de mayo de 2016. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf
- Zuñiga, A. (2010). Una teoría de la justicia para el cuidado sanitario: La protección de la salud en la constitución después de la reforma AUGE. Revista de Derecho Volumen 23, No2, Diciembre de 2010, Santiago de Chile. Revisado el 23 de mayo de 2016. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/revider/v23n2/art06.pdf>
- Whitehead, M. (2010). Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1. OMS Europa. Revisado el 25 de noviembre de 2016. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>

ANEXO A. PROCEDIMIENTO OPERATIVO ESTANDARIZADO**FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**“Evaluación de uso del servicio de Casa de Paso de una EPS indígena en Cali,
desde la perspectiva del usuario de salud rural”.**

Preparado por:	CATALINA JIMENEZ CERQUERA
Aprobado por:	

UNIVERSIDAD ICESI

SANTAGO DE CALI

2016-2

TABLA DE CONTENIDO

1. Alcance y aplicabilidad.....	1
2. Responsabilidades.....	1
3. Materiales y equipos necesarios.....	1
4. Procedimientos.....	2

1. Alcance y Aplicabilidad

Se debe realizar un abordaje del uso del servicio de Casa de Paso de la Asociación Indígena del Cauca sede Cali, desde la perspectiva del usuario, que dé cuenta de las variables acceso, disponibilidad y accesibilidad de 3 momentos específicos en la transición del acceso a la salud desde la ruralidad a los centros urbanos.

La propuesta nos lleva a la posibilidad de definir objetivos para el diseño de una estrategia innovadora en materia de servicios que pueda ser implementada por la EPS-I, entendiendo la necesidad de transformación de los servicios de base y que contribuya a la eliminación de barreras y determinantes sociales de acceso a la salud.

Debido a la importancia en la recolección de la información con este documento pretendemos verificar la pertinencia del instrumento que será utilizado para aportar respuestas a la pregunta de investigación

1. Responsabilidades

Nombre	Responsabilidades
Catalina Jiménez Estudiante 4to semestre Maestría en Gerencia para la Innovación Social.	Diseño del instrumento. Ajustar el instrumento de acuerdo a prueba piloto. Recolección de la información a cada sujeto a entrevistar. Sistematización de la información recogida Análisis de la información.

2. Materiales y equipos necesarios

Para la recolección de la información se necesita lo siguiente:

Lapiceros

Grabadora de voz

Hoja con el instrumento

Fotocopias de consentimiento Informado

3. Procedimientos

Para la realización de las entrevistas a los individuos previamente seleccionados, es necesario realizar:

Selección de las personas a entrevistar

- a. Se identifica a los usuarios del servicio que cumplan los siguientes criterios de inclusión:
 - Que hable español.
 - Que sea mayor de 18 años.
 - Que se encuentre hospedado en la casa de paso en calidad de paciente o acompañante
 - Que haya pasado más de 24 horas hospedado en la casa de paso.
- b. Tener en cuenta los siguientes criterios de exclusión:
 - Que no hable español
 - Que sea menor de edad
 - Que lleve menos de 24 horas de hospedado en la casa de paso.
- c. De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se procede a efectuar la entrevista.

Durante la recolección

- a. La entrevista debe realizarse en un lugar cómodo donde pueda asegurarse poca distracción e interrupciones.
- b. Para realizar la entrevista, el usuario debe estar de acuerdo con su aporte en la investigación estar consciente de esto, debe firmar el formato de consentimiento informado.
- c. La entrevistadora debe presentar un saludo e iniciar con la entrevista de la manera más informal posible.
- d. Las preguntas no deben someterse a un orden específico (entrevista semiestructurada) se tendrá una guía con posibles preguntas la entrevistadora debe tener la capacidad de saber llegar y buscar la información que necesita para la investigación todo debe fluir con un lenguaje natural y espontáneo.

- e. En caso de que el usuario a entrevistar no entienda la pregunta, la entrevistadora podrá explicar el contenido sin cambiar la intencionalidad
- f. Por último, la entrevistadora se despedirá con cordialidad y dará los agradecimientos, en nombre de la Investigación y de la Universidad Icesi por la atención y la colaboración prestada.

Preparación para el ingreso de datos

- Para el ingreso de los datos se escucharán las respuestas otorgadas por los usuarios a entrevistar
- Se agruparán las respuestas arrojadas con el lenguaje natural en cuadros diseñados para esto.
- Se reiterará que lo dicho por el entrevistado sea lo mismo presentado.

Especificaciones

La entrevista semiestructurada tiene dos enfoques:

1. Enfoque desde la experiencia:
 - a. Preguntas sobre conceptos su experiencia en 3 momentos de la atención.
2. Enfoque desde la opinión personal
 - a. Preguntas respecto a las actitudes que asume la persona frente a determinadas situaciones en los 3 momentos de la atención.

ANEXO B. FORMATO DE ENTREVISTA

CATEGORIA 1. Necesidades de atención en salud desde la ruralidad

¿Cuáles son las necesidades en salud más urgentes en su comunidad?

¿Es fácil obtener atención médica en su comunidad?

¿Es fácil acudir a un hospital en su comunidad? ¿es fácil recibir atención una vez en él?

¿Visita el hospital para recibir atención preventiva o solo cuando sufre una emergencia?

De acuerdo con su experiencia ¿considera usted que la atención médica es asequible? ¿se necesita contar con un seguro? ¿Qué hacen las personas que no tienen seguro?

¿A dónde se dirigen cuando necesitan atención? ¿ha tenido usted, o alguna persona que conozca, que dejar de acudir al médico u hospital debido a su alto costo?

CATEGORIA 2. Dinámicas de atención y servicios desde la ruralidad a la ciudad

¿Le dieron suficiente información antes de trasladarse a la ciudad, acerca del lugar a donde debía llegar? ¿Quién le dio la información?

¿Cuándo supo de la existencia de la casa de paso? ¿le explicaron previamente en qué consistía el servicio?

De acuerdo a su experiencia ¿Qué piensa ahora sobre esa información?

CATEGORIA 3. Experiencias vividas en la Atención en la ciudad.

¿Cómo ha sido su experiencia en la casa de paso?

¿Ha tenido dificultad con algún trámite, orden o autorización de servicio estando aquí?

¿Le han llamado de su entidad para preguntarle por su experiencia?

¿Se encuentra satisfecho con el servicio?

¿Regresaría?

ANEXO C. FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD ICESI

MAESTRIA EN GERENCIA PARA LA INNOVACION SOCIAL

Evaluación del uso del servicio de casa de paso de una EPS-I en Cali, desde la perspectiva del usuario de salud rural.

Investigadora: Catalina Jiménez

Propósito de la investigación

Evaluar el uso del servicio de casa de paso de la Asociación Indígena del Cauca sede Cali, prestado a pacientes y familiares o acompañantes, de procedencia rural.

¿Cómo se podría beneficiar si participa en la investigación?

Usted se podría beneficiar, si es posible con esta investigación, identificar problemáticas (barreras, limitaciones y necesidades), para el posterior diseño de estrategias viables de mejora en torno al servicio de casa de paso, de tal forma que los resultados se vean reflejados en mejoras en cuanto al acceso y uso de dichos, aunque es posible que esto sea a largo plazo.

¿Quiénes participarán en la investigación?

Usuarios del servicio (pacientes y sus familiares y/o acompañantes).

¿Qué pasará durante la investigación?

Si usted acepta participar se desarrollará:

1. Un análisis de las respuestas dadas durante la entrevista
2. Se concluirá sobre la percepción de los entrevistados.

¿Podría derivar algún riesgo su participación?

En realidad, ninguno conocido puesto que se realizarán preguntas sencillas, usted narrará sus experiencias, pero será libre de entregar solo la información que le sea posible.

Confidencialidad

La información que se obtenga será utilizada únicamente para propósitos de este estudio y no se compartirá con otras personas no involucradas en el. Su nombre no se utilizará en ningún reporte de publicación.

Sus derechos en la investigación.

Su participación en esta investigación es completamente voluntaria. Si usted no desea participar, se le respetara su decisión

Adicionalmente, después de iniciado el estudio usted podrá retirarse en cualquier momento y por cualquier razón.

Deseo que las respuestas otorgadas durante la entrevista sean analizadas discutidas y usadas posteriormente en caso tal de que esto así lo requiera.

Si No

Con su firma, usted certifica que ha leído el presente formato de consentimiento informado, que le han sido resueltas todas sus preguntas satisfactoriamente y que acepta voluntariamente su participación en el estudio

Lugar y fecha

Nombre del entrevistado

Documento de identidad

Firma

Nombre del investigador

Documento de identidad

Firma o huella

ANEXO D. RESPUESTAS DE LOS ENTREVISTADOS

ENTREVISTA 1

CATEGORIA 1.

Las necesidades más urgentes, son económicas, las personas están económicamente muy mal, uno no va al médico porque no tiene plata, ir al médico cuesta.

La mayoría de personas viven en Timbiquí o en Piamonte, allá solo hay centro de salud, las más vulnerables están en Timbiquí y todo lo que es pacífico. Por eso es tan difícil ir al médico, para esa gente no es fácil, es muy duro.

De verdad, no son asequibles.

Allá no hacen nada de prevención, la gente solo va cuando es una urgencia, cuando están muy llevados, por eso llegan aquí tan enfermos. Por ejemplo, los pacientes renales terminan todos en trasplante no van a tiempo.

Claro, es importante tener seguro, las personas que no tienen seguro a ellos el cabildo les colabora, dependiendo del resguardo, se dirigen al resguardo, como allá están censados los mandan a Popayán. Las personas que yo conozco todas tienen carné de AIC.

CATEGORIA 2.

A las personas les avisan que hay casa de paso antes de venir, los resguardos saben, la AIC costea el transporte ida y vuelta. Si la persona no conoce al llegar se le hace el acompañamiento. Hace falta más información, entre los resguardos, el acompañamiento que necesita la gente es total.

CATEGORIA 3.

Aquí en la ciudad ya todo es más fácil, si la persona no conoce se le hace el acompañamiento, se le diligencian los medicamentos y el auxilio de transporte para regresarse. En la ciudad si se tienen que mover en transporte urbano, que lo debe pagar el usuario.

La casa de paso le cobra al acompañante 1000 pesos diarios, de ahí sale para los arreglos de la casa, para subsidiar el transporte a la clínica de algunas personas y demás.

Si fuera en Popayán la gente podría moverse más fácil, al llegar aquí quedan ciegos, ni siquiera saben preguntar por los medicamentos en la droguería.

Las eps tienen su hogar de paso, por ejemplo, el hogar de Mallamas es para la gente que viene del putumayo, allá es más ordenado, aunque son menos pacientes, mucho menos.

Popayán sabe cuándo las personas llegan aquí, no hacen seguimiento a no ser que la persona ponga una queja o una tutela o llaman cuando los pacientes están muy malitos o vienen recomendados. Si están muy malitos la AIC se comunica con el acompañante.

Aquí a veces llegan pacientes con otro carnet de mallamas o emssanar. Toca revisarles el carné porque solo se pueden quedar las personas de AIC

Los tramites se realizan en la oficina principal aquí a la vuelta, lo que quede mal es de aquí de Cali, no de Popayán. Hay cosas que se pueden hacer aquí.

Los recursos que da la AIC son limitados para el mes, deben rendir. La casa es de la AIC así que ellos pagan el agua el internet, dan para el mercado, los utensilios de aseo y papelería. Se hace registro fotográfico de lo que se entrega o se gasta.

ENTREVISTA 2

CATEGORIA 1

Las personas necesitan dinero, para su sostenimiento, deben comer, desplazarse, cuando la red hospitalaria está cerca pues no hay problema, pero si la persona no tiene recursos no va a las citas porque no tienen para el transporte.

No, difícil, si la gente no conoce, no puede llegar con facilidad. Para la gente del Cauca es más fácil porque todos vienen a Cali, son horitas, para los de putumayo es muy duro porque todo es más lejos.

En el Cauca es fácil acceder a un hospital de primer nivel, la gente que vive en las veredas aprovecha para tomar el fin de semana un carrito, generalmente los días de mercado. Pero la gente es muy tímida, prefieren ir a un médico Mayor porque ir a un hospital da miedo, no van por no salir del resguardo.

Las personas solo van por emergencias, pero es que son tímidos, es la cultura.

No es asequible si no se tiene seguro, debe buscar vinculación porque si no se puede morir, los cabildos hacen el acompañamiento.

Si, se de un caso, mi hermana no tiene carne, tenía antes AIC, pero la retiraron, estamos esperando el certificado del cabildo.

CATEGORIA 2

Algunos vienen direccionados, o les dan mi número, llaman y pregunta que es el hogar, si toca ir a recogerlos pues toca ir. Si llaman se les explica algo del reglamento de la casa de paso, que es comunitarias. Aunque estas personas se encuentran con todas las barreras.

Creo que deberíamos formar un equipo desde el territorio, hacer mas acompañamiento, desde los promotores una propuesta para que ayuden a acompañar. Necesitamos más acompañamiento desde allá donde vienen. A mí me gusta escuchar y ayudar a solucionar. También se necesita más apoyo de los cabildos. Identificar que comuneros necesitan más el apoyo, por ejemplo, si la gente no sabe, se busca al gobernador.

CATEGORIA 3

Hay mucha gente agradecida y otra si muy desagradecida, no están apreciando, pero es entendible, es cultural. Yo trato de hacer lo mejor, algunas veces la gente tiene la imagen que todo es malo, pero generalmente son gente blanca, campesinos. Los indígenas, mi gente es muy agradecida.

Aquí es bien compleja la situación, yo no puedo dar papaya para que la gente se queje en Popayán.

Yo creo que deberíamos crear un HomeCare propio, donde se preste servicio de medicina occidental y propia para los pacientes que necesitan cuidado en casa. También que tenga personas bilingües, una Naza, una Embera, y así. Es necesario ampliar la casa de paso.

ENTREVISTA 3

CATEGORIA 1.

Yo soy agricultor, vivo en Jamundí y cultivo plátano maíz y café. Estoy aquí con mi niño, la señora viene a verlo, pero hay otra niña de 2 años, la señora manda dinero de la finca.

Lo que se necesita es transporte, para sacar a mi niño le pedí el favor al vecino que tiene una camioneta, sino, no sé qué sería de este niño. La demora es conseguir el transporte hasta donde sea el centro de salud.

En el hospital se demoran en atenderlo, si es una urgencia de pronto no si es el niño lo atienden rápido. Depende si la enfermedad es leve lo atienden ahí o lo atienden rápido.

En donde yo vivo solo sé que debo ir al hospital piloto de Jamundí, si las personas no tienen carné deben tener plata, en el hospital lo atienden solo si tiene carné si no se queda sin atención.

Si tú no tienes seguro es porque tienes plata. O sino, no le ponen cuidado rápido.

Donde yo vivo si hay personas que si no tienen plata no pueden ir.

CATEGORIA 2.

Allá te dan un calmante y remiten si ven que no son capaces, te echan para Cali. Pero en el hospital no dicen que hay casa de paso, me mandaron a la clínica. No le dicen a uno nada.

El niño tenía Cafesalud, nos mandaron en ambulancia a la clínica Saludcoop.

AIC llamó a la clínica Saludcoop y aviso que había casa de paso, pero no me dijeron nada solo me dieron en Popayán un número y llamé porque yo no sabía que era eso.

Pues si no me hubieran dado el numero hubiera tenido que venir sin saber, no debería ser así.

CATEGORIA 3.

Primero nos mandaron a Valle del Lili, de allá a Saludcoop y el Home Care siempre es en esta casa.

La mamá del niño lo cambió de eps, lo paso a AIC, con esta ya llevamos 3 meses, llamaron de Popayán y ellos lo remitieron a esta casa de paso porque Saludcoop no tenía casa de paso para hacerle los cuidados no consiguieron.

Solo puede estar mamá o papá uno de los dos.

Ahora la AIC nos da los insumos, medicamentos, la nutrición, hasta el momento todo, pero apenas estamos comenzando.

Aquí todo es comunitario, para la comida recogen plata entre todos, vale 1000 pesos.

El hospedaje también vale 1000 pesos diarios, el mes vale 10000, yo pago el mes porque de a mil no me alcanza de donde yo toda esa plata. Aquí no hacen desayuno, me toca ir a una cafetería.

A mí me podían mandar para Jamundí, pero no a la finca, en Jamundí el arrendo vale 340.000, tampoco me alcanza.

Es bueno AIC

Esta semana me tocaba ir a exámenes con el niño, pero la autorización de la ambulancia no está, de pronto mañana.

Hasta el momento estoy bien. Si me tuviera que ir y regresar pues, lo haría.

ENTREVISTA 4

CATEGORIA 1.

Yo llevo un mes y medio aquí, tengo EPOC, soy de corinto cauca.

Allá iba al hospital, solo me mandaban un antibiótico, no mejoré y cuando me mandaron para acá llegué muy complicada.

Los hospitales allá son muy malos, es difícil que lo atiendan a uno bien.

Uno solo va cuando se siente muy enfermo, pero es por eso.

Yo tengo 4 hijos ellos siempre me acompañan, pero, también es que uno tiene que tener plata.

La gente se enferma y no va al médico porque no tiene plata, y si no tiene seguro pues no sé dónde los atienden ahora siempre piden el carné y si queda lejos de la casa pues toca esperar.

Tengo vecinos que no tienen seguro no van al médico porque son pobres, una señora cerca a la casa se cayó, la llevaron al hospital, pero como no tenía seguro se demoraron muchos días en atenderla se murió.

CATEGORIA 2.

De corinto me mandaron a Valle del Lili en ambulancia, yo no recuerdo nada, estuve muy mal, mi hijo dice que solo me echaron en un carro porque estaba muy grave y le dijeron que tenía que venir a Cali porque si no me iba a morir, era una emergencia.

Pues no era importante para mí que me dijeran sobre esas cosas, pero si para él, porque él no se orienta mucho en Cali, uno esta donde lo lleven y se queda donde lo ponen ellos son los que tienen que voltear y se desesperan y se cansan.

CATEGORIA 3.

Después de salir de la uci, nos mandaron a otro hogar, ese si es bonito, Betania ese es de la clínica valle del Lili, allá estuvimos 15 días, luego me dijeron que tenía que venir para acá, que allá no se podía más.

Ahora que estoy aquí vino mi otra hija, porque él no entendía bien, no se supo desenvolver y es muy impaciente en la AIC no le entienden y le da rabia.

Tengo unos exámenes, biopsia, patología me mandaron a dinámica, pero queda muy lejos de la casa de paso, me los iban a pasar para Imbanaco que es más cerca, pero aun no me definen nada.

Aquí hacen una olla comunitaria, pero no todos podemos comer de allí, algunos seguimos una dieta.

Mi hijo es carretillero de caña ellos me mandan para comer.

Aquí estoy porque necesito seguir las terapias, en corinto no me las pueden hacer tengo que terminarlas. Y me faltan los exámenes ir y volver es muy caro, por eso me tengo que quedar aquí.

El servicio no es tan malo, pero algunas personas necesitamos cosas especiales, y aquí es difícil no es tan cómodo. ¿Ojalá no tuviera que volver a necesitar de estos servicios espero recuperarme, pero como que falta cierto?, pero si tocara volver, pues sabemos que no hay más toca echar mano de esto, porque no hay más si vuelvo que sea un tiempo cortico mija.

ENTREVISTA 5

CATEGORIA 1.

Yo acompaño a mi mamá desde el martes antes estaba solo mi hermano, pero me toco venir a mí.

Las necesidades más importantes son que le enseñen a uno a cuidarse, si uno supiera evitaría muchas cosas, pero eso no lo hacen.

La gente va al médico cuando tiene una emergencia porque para ir hay que tener dinero, hasta para el transporte, sobre todo si es muy lejos. Y tiene que ir con alguien que entienda porque uno solo a veces se enreda o no entiende muchas cosas, entre dos de pronto es más fácil.

Los seguros los deberían tener todos, pero hay gente que no se preocupa, si toda la gente supiera lo difícil que es buscaría la forma de tenerlo. Lo otro es que tampoco entienden bien que deben hacer a veces, otras veces el cabildo si informa. Pero la gente piensa que es difícil, hacer las vueltas para tener seguro.

Otros no creen que sirva ir al médico. O son muy guapos y se aguantan. Pero se pueden morir.

Un amigo no tiene seguro, ir al médico sin seguro es demasiada plata por eso no va, dice que más adelante se mete a uno.

Tenaz no tener seguro eso complica mucho las cosas.

CATEGORIA 2.

A mi mamá la mandaron en ambulancia con mi hermano, yo si conocía la casa de paso de Santander, aquí no, no conocíamos la ciudad, yo vine porque mi hermano es muy impaciente y dice que en la AIC no le entienden, tengo una amiga que vive aquí, me dijo que vivía en Alfonso López, pero yo tampoco conozco, aquí hay que subirse al Mío y no sé.

Pero de resto no nos dijeron nada de Cali, yo ya sabía q ella estaba en la casa de paso, llegue fácil porque ya me dieron la dirección.

Pues es importante toda la información antes de venir así uno se viene bien preparado.

CATEGORIA 3.

Aquí, es difícil, ponen la olla comunitaria, pero de ahí no le puedo dar a mi mamá ella debe comer otras cosas. Tampoco hay camas suficientes. Me voy a quedar hasta que le hagan los exámenes para quedar más tranquila, solo se puede quedar un acompañante y un paciente, pero yo me quede y mi hermano también me quede a la mala, pero es que no tengo a donde ir, ¿Dónde me voy a quedar? Yo conocía el hogar de Santander por un tío antes, que estuvo ahí, pero dicen que allá no había cupo entonces la mandan para acá.

Aquí devuelven las autorizaciones, porque no quedan bien diligenciadas, se demora varios días, porque con tantas ordenes yo creo que se olvidan de uno, si uno no está ahí para presionar pues no le sale nada.

Aquí dan permiso para ir a la casa y volver, pero eso es mucho gasto.

Cada persona debería tener una pieza por lo menos los pacientes, aquí hay mucha gente.

Pues si tuviera que volver, la pensaría, pero es lo que la AIC nos da, deberían trabajar para que las cosas mejoren yo no sé cómo se hace eso.

ENTREVISTA 6

CATEGORIA 1.

Yo estoy aquí acompañando a mi esposa, ella ya lleva aquí 2 meses, en la finca trabajamos cultivando café, ahora la finca está abandonada, mi esposa es paciente renal antes iba a hemodiálisis, esperamos tres años, ya habíamos venido al hogar de paso antes, esperamos 3 años para el trasplante. Venimos desde Toribio.

En donde nosotros vivimos no hay un lugar donde hacer diálisis, hace falta es muy difícil tener que desplazarse a otro lado. Ahora en los hospitales es difícil también que lo atiendan a uno, no hay lo que se necesita en todos los casos, por eso lo mandan a uno acá a Cali.

Tener seguro lo ayuda, porque cuando no se tiene la salud vale mucho, si no hay plata no lo atienden como es, no le ponen lo que se necesita.

Si hay casos de personas que hasta se mueren, o que están muy enfermas pero que no pueden ir al médico porque no tienen dinero, o están sin seguro porque se quedaron sin trabajo. Es muy difícil por los hijos.

CATEGORIA 2.

El 17 de junio, nos vinimos para Cali por lo del trasplante, al salir de Imbanaco, no había casa de paso, no era adecuada. Nos tocó pagar arrendo, hasta que nos dieron un cuarto, en la casa de paso. Yo ya conocía el hogar de paso de Santander, Popayán y Cali.

Pues saber desde antes donde quedan las cosas pues ayuda bastante, las otras personas se pierden eso es complicado, nosotros ya teníamos la experiencia de otras veces.

CATEGORIA 3.

Creo que mi esposa necesita un lugar más adecuado, por lo menos la comida debe ser aparte, compartir con mucha gente es malo para ella, por las defensas. Tiene que comer especial y tiene un virus, está pendiente una cirugía que le van a hacer para definir si nos podemos ir.

Aquí a veces nos turnamos o viene la hermana de ella, o yo, tenemos un hijo de 17 años hace rato no puede ver a la mamá.

Recibe terapias en Imbanaco nos mandaban para Popayán a algunas cosas, pero tuvimos que iniciar un proceso para que la atiendan aquí en Imbanaco, le continúen su control. El seguimiento.

Esto es de paciencia, pero es por la salud de ella ojala todo salga bien

Pues si tuviera que volver uno ya está más acostumbrado, se prepara trae más cosas se coge más paciencia.

ENTREVISTA 7

CATEGORIA 1.

A mí me hicieron un trasplante renal, tengo 47 años, sufría de la presión arterial un día me enfermé mucho, luego me empezaron diálisis porque ya mi riñón no funcionaba. Estuve en diálisis 3 años y medio, esperando el trasplante.

Soy de Toribio, el hospital es lejos, uno no consulta a no ser que se sienta mal, solo se da cuenta que sufre de algo si va, de resto hay otros médicos, pero no le hacen a uno cosas como esto, pueden tratar de pronto otras enfermedades mandarles a no cosas que ayudan, pero a veces uno no se cura total.

CATEGORIA 2

El trasplante me lo hace el 17 de junio, estuve hospitalizada en Imbanaco y después me dan salida pero que debo quedarme en un lugar cerca por si se presenta algún tipo de emergencia y

que debo seguir en unos exámenes de control, ya conocíamos el hogar de paso, pero la promotora de AIC que también conocía el caso y que va a Imbanaco todos los días, nos informa que el hogar de paso en este momento no cuenta con las condiciones para que yo me pueda quedar, mejor dicho que no hay pieza que porque le estaban haciendo unos arreglos.

Yo conocía la casa de paso de aquí de antes, y también la de Popayán y Santander porque una vez me toco acompañar a mi padre cuando estaba enfermo.

Nos tocó pagar arrendo 2 meses antes de quedarnos en la Casa de paso, eso es mucha plata, ha sido muy difícil, además no contábamos con que eso podía pasar, no nos vinimos preparados.

CATEGORIA 3.

Aquí en la casa de paso pues, tengo que estar hasta salir de esto, tengo una cirugía pendiente para definir, cuanto tiempo mas voy a tener que quedarme. Tengo un niño de 17 años, que ya se gradúa de 11, el 10 de diciembre y me llama a preguntarme que, si voy a ir, pero en realidad no puedo.

La verdad, la casa de paso presta el servicio, pero uno necesita un lugar más adecuado. Adecuado es que tenga una pieza y al menos un baño para uno solo, aquí toca compartir con mucha gente y yo tengo unas condiciones especiales, trato de comer aparte, pero a veces no alcanza, uno no puede tener las defensas muy altas porque hace rechazo, por eso es mejor tenerlas bajitas me dijo el médico, pero eso también es un riesgo. Recibo terapias de inmunoglobulina en el 3er piso de Imbanaco, me iban a mandar a Popayán a hacerme las terapias, pero no podía porque tengo que estar aquí así que tuvimos que iniciar un proceso para que me autorizara todo aquí cerca de la casa de paso.

Sé que esto un día va a tener más piezas, está en proyecto, pero se demora me dijo una coordinadora de aquí.

Es que es duro, porque no hay plata que alcance, pero si esto mejora seguro uno si viene sin pensarlo tanto.

ENTREVISTA 8

Yo estoy de acompañante de mi mamá Delfina Chocué, ella tiene un tumor cancerígeno recibe radioterapia en Imbanaco y quimioterapia en Funcancer. Llegamos el jueves de esta semana. Soy ama de casa y cultivo en mi casa también, agricultura. Estoy casada pero no tengo hijos. Mi mamá tiene 69 años.

CATEGORIA 1

Pues yo conozco muchas personas que necesitan ir al médico a que les vean los ojos, o porque tienen dolores o algunas veces cosas más graves, pero aquí para ir al médico toca ir al centro de salud, a pescador o hasta Popayán, pero van el domingo, los lunes es lleno.

En Caldon, no hay hospital, toca ir a Popayán.

Si hay gente que no tiene carné de salud no va al médico, pero a mayoría de veces se puede gestionar en el cabildo, hay que preguntar, es que si uno no pregunta no llega a ningún lado, es la misma cultura.

CATEGORIA 2

Yo vine un día de paso, a una cita de control me quedé una noche por eso ya conocía.

De todas formas, en Popayán le dicen a uno donde es.

Nos vinimos en un carro que nos mandaron en Popayán. Pero si nos dijeron que aquí había todo que no había que traer nada. Y si le quedan a uno haciendo falta cosas.

CATEGORIA 3

Aquí toca comprar por cuenta mía la comida de mi mamá, porque a ella me toca prepararle a parte, y no traje ollitas ni nada porque me dijeron que tenían todos los utensilios de cocina, pero aquí hay ollas muy grandes porque hacen para todos. Yo si traía dinero, pero me ha tocado comprar en que prepararle entonces yo creo que no me va a alcanzar.

Todos los días recolectan para el almuerzo son 1000, pero si usted no recomienda no le guardan el otro día, salimos tarde del examen no nos dejaron comida. Siempre hay arroz, lentejas y jugo. Aquí es difícil unos e ve a gatas, las hermanas mandan algo también. Allá ellas también se dedican a la agricultura hay café plátano yuca.

A mí me gustaría aprender a manejar un computador si me enseñaran.

También le digo que allá donde yo vivo hay una emisora local (dice el nombre en Naza), yo creo que deben servir para algo a ustedes los estudiantes. Es que no le doy mi numero porque allá es difícil la señal.

Pues si volvería, hay cosas buenas, de pronto como vienen los estudiantes esto es para mejorar.

ENTREVISTA 9

Yo traje al niño a una cirugía de la cadera.

CATEGORIA 1

Pues los niños necesitan ir al médico, los ancianos también, de pronto muchas enfermedades en el Cauca no las conozco todas, pero allá lo remiten a Popayán toca lejos.

En pendamos pues allá es el centro de salud, allá van las personas, de allá lo mandan a uno a Popayán.

La mamá del niño es profesora, yo trabajo en la finca por eso no vino ella, tiene que dar clases en el colegio.

Pues la verdad los que yo conozco allá tienen carné AIC o emssanar, claro uno lo necesita si no como hace para ir al médico, no hay bolsillo que aguante.

Imagínese yo tengo 4 hijos, aunque ellos ya son mayores el mas pequeño tiene 14 años él estudia todavía.

CATEGORIA 2

Yo vine hace 5 años cuando el niño tenía un año que le hicieron la primera cirugía. Por eso ya conocía.

Nos programaron la cirugía del niño entonces vinimos y ya sabía que aquí nos podíamos quedar lo operaron y nos dieron salida. Entonces ya había venido a dejar las cosas y me lo traje acá ya mañana nos vamos.

CATEGORIA 3.

Ha mejorado mucho esto, ahora hay más cosas esta más limpio, me parece que lo mejor es la sencillez de las personas, claro aquí hay que cuidar las cosas y respetarse uno al otro. No he tenido problema con las ordenes aquí ha sido rápido.

Ya mañana me voy, pero aquí es bueno, por lo menos a nosotros nos fue bien.

Si yo si volvería si me toca.

ENTREVISTA 10

CATEGORIA 1

Pues allá hay muchos enfermos como mi hermano, que es paciente renal, que viajan varias veces en la semana.

Lo que pasa es que hay mucha distancia, y pues que necesitan los enfermos ir con alguien y pues ya son dos personas para pagar es caro. Mi mamá o yo acompañamos a mi hermano.

Para el hospital más cerca hay que ir a Popayán. Uno más o menos puede, otras personas tienen más difícil salir de la casa, por la plata, por los niños.

Los seguros de salud eso se lo ayuda a conseguir uno el cabildo o si usted trabaja le dan uno, pero si no pues es bien duro.

No, así como cercano no conozco he escuchado que otras personas si tienen familiares sin carné y luchan para conseguir cuando tienen que salir al médico.

CATEGORIA 2

Yo trabajo aquí en Cali, ya en una casa de familia, me quedo aquí cuando viene a acompañar a mi hermano. Él ya vive aquí. Mi mamá también trabaja en Popayán en una casa de familia, así entre las dos lo apoyamos, para los gastos.

Pero cuando uno viene de Popayán ya le han dicho a uno como llegar y aquí lo orientan y pues de resto es que toca aprender uno solo.

CATEGORIA 3

Aquí hay unas reglas, pero no todo el mundo las cumple, unos hacen aseo mientras los otros duermen y no hacen caso.

También la gente necesita que lo escuchen, Víctor se sienta a hablar con uno y lo escucha de las cosas que le pasan, nosotros los más jóvenes también nos sentimos a veces aburridos aquí, mi hermano y los que yo he visto que son pacientes que duran mucho tiempo se aburren porque hay q dormir a las 9 y en el día solo el orden y las terapias, esto cansa.

Pues fuera por uno, lo mejor sería estar curado y no tener que volver, pero así nos tocó, entonces hay que volver cuando él lo necesite.

ENTREVISTA 11

¿Cuándo se fundó la casa de paso y cuáles fueron los motivos que ocasionaron su fundación?

La casa de paso se fundó en junio del año 1999, en una ocasión se desplazaron dos comuneros a la ciudad de Cali, estos dos comuneros mueren víctimas de un accidente de tránsito, debido a que no conocían la ciudad y no entendían la señalización, no hablaban español y no existía en ese entonces un servicio de orientación ni de casa de paso, posterior a

estos hechos, se funda la casa de paso en la ciudad que se encuentra ubicada en el barrio San Fernando.

¿Cuál es el objeto de la casa de paso?

Al principio era una casa pequeña ya que no venían muchas personas, comparado con la cantidad que recibe ahora. El objetivo de la casa de paso era prestar un servicio social, orientar y acompañar, así sigue siendo ahora, aunque es más grande y tal vez sea más difícil satisfacer las expectativas de la población.

¿Qué cargo desempeñó en la EPS-I y por cuanto tiempo?

Yo, venía de la secretaria de salud, tuve la experiencia durante 5 años de ser coordinadora de la casa de paso.