

**BARRERAS QUE LIMITAN EL ACCESO Y DESEMPEÑO DEL SERVICIO DE
PSICOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SANTA MARGARITA EN EL MUNICIPIO DE
LA CUMBRE, VALLE DEL CAUCA.**

MARÍA CAMILA SÁNCHEZ GRIJALBA

LAURA CATALINA LÓPEZ MÉNDEZ



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI

2026

**BARRERAS QUE LIMITAN EL ACCESO Y DESEMPEÑO DEL SERVICIO DE
PSICOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SANTA MARGARITA EN EL MUNICIPIO DE
LA CUMBRE, VALLE DEL CAUCA.**

MARÍA CAMILA SÁNCHEZ GRIJALBA

LAURA CATALINA LÓPEZ MÉNDEZ

**Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título
de Magíster en Gerencia de Organizaciones de Salud**

Director del trabajo de grado:

Bertha Lucia Varela Rojas

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS
MAESTRÍA EN GERENCIA DE ORGANIZACIONES DE SALUD
SANTIAGO DE CALI**

2026

Santiago de Cali, 28 de junio de 2026

Doctor
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad De Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana
La Ciudad

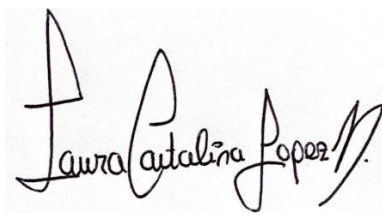
Por medio de la presente estamos entregando a usted el Trabajo de Grado cuyo título es “Barreras que limitan el acceso y desempeño del servicio de psicología en la ESE Hospital Santa Margarita en el municipio de La Cumbre, Valle del Cauca.”

Esperamos que este Trabajo cumpla con los requisitos académicos exigidos y que alcance el propósito para el cual fue elaborado.

Atentamente,



MARÍA CAMILA SANCHEZ GRIJALBA
1144207431



LAURA CATALINA LOPEZ MENDEZ
1144109472

Doctor
Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas
Pontificia Universidad Javeriana

Santiago de Cali, junio 28/2026

Por medio de la presente me permito comunicarle, que en mi calidad de director de trabajo de grado he leído detenidamente el informe final del estudio titulado **“BARRERAS QUE LIMITAN EL ACCESO Y DESEMPEÑO DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SANTA MARGARITA EN EL MUNICIPIO DE LA CUMBRE, VALLE DEL CAUCA”**, realizado por los estudiantes de Maestría en **GERENCIA DE ORGANIZACIONES EN SALUD** la Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad Javeriana nombres: **MARÍA CAMILA SÁNCHEZ GRIJALBA C.C 1144207431 & LAURA CATALINA LOPEZ MENDEZ C.C 1144109472**, y considero que cumplen con todos los requisitos requeridos para ser presentada a evaluación.

Atentamente

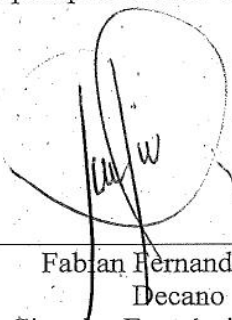


Bertha Lucia Varela Rojas
Director del Trabajo de Grado

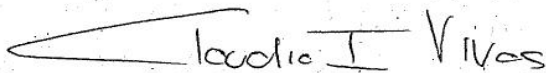
ARTÍCULO 23 de la resolución N° 13 de julio 6 de
1946

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque la Tesis no contenga ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas al anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

“BARRERAS QUE LIMITAN EL ACCESO Y DESEMPEÑO DEL SERVICIO DE PSICOLOGÍA EN LA ESE HOSPITAL SANTA MARGARITA EN EL MUNICIPIO DE LA CUMBRE, VALLE DEL CAUCA”. Aprobado por el Comité de Trabajos de Grado en cumplimiento de los requisitos exigidos por la Pontificia Universidad Javeriana para optar por el título de Magíster en Gerencia de Organizaciones en Salud.



Fabian Fernando Osorio Tinoco
Decano
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas



Claudia Isabel Vivas Tobar
Directora Maestría en Ger. Org. en Salud.



Mauricio Bonilla Sánchez
Jurado



Bertha Lucia Varela Rojas
Director del Trabajo de Grado

Santiago de Cali, 21 de julio de 2026.

Dedicamos este trabajo, de manera muy especial, a Dios, por ser nuestra guía, fortaleza y fuente de sabiduría en cada etapa de este camino. Gracias por darnos la perseverancia, la esperanza y la oportunidad de culminar este importante logro académico, recordándonos que con fe, esfuerzo y dedicación todo propósito es posible.

A nuestras familias, por su amor incondicional, comprensión, paciencia y apoyo constante durante este proceso. Gracias por creer en nosotras, por alentarnos en los momentos de dificultad, celebrar cada avance y convertirse en el motor que nos impulsó a seguir adelante. Este logro también les pertenece, pues ha sido construido con su compañía, sacrificio y confianza.

A todas las personas que, de una u otra manera, hicieron parte de este recorrido, brindándonos su apoyo, conocimientos y palabras de aliento. Cada aporte fue valioso para alcanzar esta meta.

Con profundo cariño, respeto y gratitud, dedicamos este trabajo a ustedes, quienes hicieron posible que este sueño hoy se convierta en una realidad.

Agradecimientos

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento a la Dra. Bertha Lucía Varela Rojas, directora de este trabajo de grado, por su orientación, compromiso y valiosos aportes durante todo el proceso investigativo.

A los docentes de la Maestría, por compartir sus conocimientos y experiencias, contribuyendo significativamente a nuestra formación académica y profesional.

A la ESE Hospital Santa Margarita, especialmente al Dr. Aicardo Solís, gerente de la institución, por su disposición, confianza y apoyo para el desarrollo de esta investigación.

A nuestras familias, por su amor, comprensión y apoyo incondicional, siendo el principal motor para alcanzar esta meta.

A nuestros compañeros de la Maestría, por el compañerismo, el aprendizaje compartido y el respaldo brindado durante este camino.

Finalmente, agradecemos a todas las personas que, de una u otra manera, hicieron posible la culminación de este trabajo de grado. Su apoyo y confianza fueron fundamentales para alcanzar este importante logro.

Glosario

Atención en salud: Conjunto de servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y promoción de la salud que se prestan a individuos y comunidades para mejorar su bienestar físico, mental y social (OMS, s.f., *Health systems strengthening glossary*).

Atención primaria en psicología: Nivel de atención que actúa como primer contacto con el sistema de salud, orientado a la prevención, detección temprana, intervención inicial y referencia de dificultades psicológicas (OMS y WONCA, 2008, *Integrating mental health into primary care: A global perspective*).

Copago: Monto económico que debe pagar un afiliado al recibir un servicio de salud cubierto parcial o totalmente por el sistema de aseguramiento (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud): Sistema de codificación de procedimientos médicos y de salud utilizado en Colombia para facturación, tarificación y reporte de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

EPS (Entidad Promotora de Salud): Entidad encargada de afiliar usuarios al régimen de salud, promocionar la atención, coordinar servicios y garantizar su prestación en Colombia (Ley 100 de 1993, Congreso de Colombia).

ESE (Empresa Social del Estado): Institución pública de salud en Colombia destinada a prestar servicios de salud, generalmente en primer y segundo nivel, orientada al bienestar de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

Facturación: Proceso de registro, codificación, documentación y liquidación de servicios de salud prestados, para su cobertura por los sistemas de aseguramiento o pago a prestadores (OMS, s.f., *Health systems strengthening glossary*).

Promotora de salud: Entidad responsable de la promoción, prevención y coordinación de los servicios de salud para mejorar el bienestar poblacional y la gestión de la demanda de servicios (OMS, s.f., *Health systems strengthening glossary*).

Procesos de atención en salud mental: Conjunto de actividades y servicios destinados a promover la salud mental, prevenir trastornos, tratar, rehabilitar y reintegrar a las personas con necesidades de salud mental (OMS, 2021, Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030).

Salud mental: Estado de bienestar en el que el individuo reconoce sus propias capacidades, puede afrontar tensiones normales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente, y contribuir a su comunidad (OMS, 2021, Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030).

Servicios de salud mental: Medios y estructuras mediante los cuales se entregan intervenciones eficaces en salud mental, incluyendo atención ambulatoria, hospitalaria, comunitaria y de rehabilitación (OMS, 2021, Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030).

Servicio de psicología: Unidad o prestación profesional especializada en evaluación, diagnóstico, intervención, seguimiento y soporte psicológico de individuos o grupos, orientada a mejorar la salud mental y el bienestar emocional (OMS, 2021, Plan de Acción Integral Sobre Salud Mental 2013-2030).

Sostenibilidad financiera: Capacidad de un sistema o entidad para mantener sus operaciones, servicios y funciones en el largo plazo, con recursos adecuados y previsibles para cumplir con sus objetivos (OMS, s.f., *Health systems strengthening glossary*).

Telemedicina en salud mental: Modalidad de prestación de servicios de salud mental que utiliza tecnologías de la información y la comunicación para consultas, seguimiento y tratamiento a distancia (OMS, 2010, *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States*)

Contenido

	Pág.
Introducción	23
1. Antecedentes y justificación	25
1.2 Pregunta de investigación	34
2. Objetivos	35
2.1 Objetivo general	35
2.2 Objetivos específicos	35
3. Marco de referencia	36
3.1 Marco teórico	36
3.2 Estado de arte	43
4. Metodología	59
4.1 Enfoque de Investigación	59
4.2 Tipo de Estudio	59
4.3 Población y Muestra	60
4.4 Criterios de Inclusión/Exclusión	61
4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	61
4.6 Categorías de Análisis	62
5. Resultados	65
5.1 Descripción de la muestra	65

5.2 Resultados obtenidos en el grupo de usuarios	65
5.2.1 Disponibilidad según los usuarios.....	65
5.2.2 Accesibilidad según los usuarios	69
5.2.3 Asequibilidad según los usuarios	74
5.2.4 Aceptabilidad según los usuarios	77
5.2.5 Adaptabilidad según los usuarios.....	81
5.3 Resultados obtenidos en el personal asistencial.....	85
5.3.1 Disponibilidad según el personal asistencial	85
5.3.2 Accesibilidad según el personal asistencial	88
5.3.3 Asequibilidad según el personal asistencial	92
5.3.4 Aceptabilidad según el personal asistencial	95
5.3.5 Adaptabilidad según el personal asistencial.....	100
5.4 Resultados obtenidos en el personal administrativo	105
5.4.1 Disponibilidad según el personal administrativo	105
5.4.2 Accesibilidad según el personal administrativo	110
5.4.3 Asequibilidad según el personal administrativo	114
5.4.4 Aceptabilidad según el personal administrativo	118
5.4.5 Adaptabilidad según el personal administrativo	122
6. Discusión.....	127

6.1 Dimensión de Disponibilidad.....	127
6.2 Dimensión de Accesibilidad	131
6.3 Dimensión de Asequibilidad.....	137
6.4 Dimensión de Aceptabilidad.....	145
6.5 Dimensión de Adaptabilidad.....	154
6.6 Lineamientos de mejora para la gestión del servicio de psicología	164
6.6.1 Simulación financiera y análisis de viabilidad.....	169
6.6.2 Metodología de la proyección financiera 2026–2028.....	172
6.6.3 ROI consolidado de los cinco lineamientos	179
Conclusiones	181
Referencias	184

Listado de figuras

Figura 1. Intentos por gestionar cita o recibir atención en el servicio de psicología	66
Figura 2. Disponibilidad de personal y servicio	67
Figura 3. Tiempo para conseguir cita.....	67
Figura 4. Oferta de servicios psicológicos necesarios	68
Figura 5. Facilidad para cumplir las citas en psicología	69
Figura 6. Medios para llegar al hospital.....	70
Figura 7. Conocimiento del lugar donde se presta el servicio de psicología	71
Figura 8. Orientación sobre citas y horarios	72
Figura 9. Problemas con el transporte o distancias	73
Figura 10. Dinero gastado en citas.....	74
Figura 11. Relación gastos y asistencia a las consultas	75
Figura 12. Percepción sobre la accesibilidad económica del servicio	76
Figura 13. Inasistencia por falta de dinero	76
Figura 14. Percepción de la atención del personal y la institución	77
Figura 15. Percepción sobre el trato.....	79
Figura 16. Percepción sobre posibles prejuicios y demás en la atención	79
Figura 17. Percepción sobre la adaptación del servicio	80
Figura 18. Percepción sobre la adaptación de horarios.....	81
Figura 19. Percepción sobre la consecución de citas	82
Figura 20. Percepción sobre la asistencia a citas en los horarios designados	83
Figura 21. Percepción sobre los cambios a realizar en el servicio.....	84
Figura 22. Percepción de suficiencia de personal	85

Figura 23. Frecuencia en la desatención del servicio.....	86
Figura 24. Percepción sobre los recursos disponibles.....	87
Figura 25. Percepción sobre la coordinación entre servicios.....	88
Figura 26. Percepción sobre las dificultades para el acceso al servicio.....	89
Figura 27. Percepción sobre la suficiencia de información	90
Figura 28. Percepción de la accesibilidad del servicio	91
Figura 29. Percepción sobre estrategias de acceso	92
Figura 30. Percepción sobre posibles razones económicas para no asistir a citas	93
Figura 31. Percepción sobre las barreras para el acceso	94
Figura 32. Estrategias que podrían implementarse	95
Figura 33. Percepción sobre la experiencia del usuario.....	97
Figura 34. Percepción sobre el rechazo al servicio por diferentes razones.....	98
Figura 35. Percepción sobre la formación del personal de salud en atención humanizada y culturalmente sensible.....	99
Figura 36. Percepción sobre la adecuación de los horarios del servicio de psicología..	100
Figura 37. Percepción respecto a la facilidad para reprogramar citas o atender casos de los usuarios.....	101
Figura 38. Percepción sobre la capacidad del modelo de atención psicológica para adaptarse a las diferentes edades, condiciones y problemáticas de los usuarios	102
Figura 39. Percepción sobre las principales estrategias para la adaptabilidad del servicio de psicología	103
Figura 40. Disponibilidad de personal para atención en psicología	106

Figura 41. Calificación de la frecuencia de lista de espera o dificultades de asignación del servicio	107
Figura 42. Limitaciones en recursos físicos o tecnológicos.....	108
Figura 43. Calificación del sistema de seguimiento de casos	109
Figura 44. Canales utilizados por ESE para comunicación sobre aspectos operativos del servicio.....	111
Figura 45. Principales obstáculos administrativos o logísticos para acceder al servicio	112
Figura 46. Presencia o no de costos del servicio de psicología	114
Figura 47. Percepción sobre la posible incidencia de lo económico para asistir a citas psicológicas.....	115
Figura 48. Aspecto por mejorar económicamente desde una perspectiva administrativa	117
Figura 49. Percepción de la actitud del personal administrativo hacia los usuarios	118
Figura 50. Existencia y frecuencia de capacitaciones sobre protocolos orientados al trato humano.....	119
Figura 51. Frecuencia sobre la recepción de comentarios sobre la atención en psicología	120
Figura 52. Percepción sobre la alineación entre normas, procedimientos administrativos y necesidades reales de los usuarios	121
Figura 53. Percepción sobre la flexibilidad de procedimientos y horarios para solicitar citas	123
Figura 54. Percepción sobre la facilidad para reprogramar citas	124

Figura 55. Percepción sobre el ajuste del sistema administrativo a las necesidades de los usuarios	125
---	-----

Listado de tablas

Tabla 1. Comportamiento Servicio de Psicología.....	28
Tabla 2. Facturación por Actividades de Psicología.....	29
Tabla 3. Categorías de Análisis.....	62
Tabla 4. Percepción sobre la actitud del personal administrativo y asistencial	96
Tabla 5. Recomendaciones del personal asistencial.....	104
Tabla 6. Frecuencia en la remisión de usuarios por falta de disponibilidad del servicio.....	107
Tabla 7. Acceso a información suficiente para solicitar citas o usar el servicio de psicología	110
Tabla 8. Conocimiento de estrategias para facilitar acceso a personas por situación particular	113
Tabla 9. Conocimiento sobre la existencia de convenios u otros	116
Tabla 10. Mejoras para facilitar el acceso al servicio de psicología	126
Tabla 11. Directrices operativas EBAS - Servicio intramural (Resolución 4886 de 2018)	164
Tabla 12. Costos de talleres y ampliación horario	167
Tabla 13. Costos de facturación por actividad	170
Tabla 14. Variaciones reales entre periodos anuales.....	170
Tabla 15. Metodología de la proyección financiera.....	172
Tabla 16. Proyección financiera 2026-2028	173
Tabla 17. Crecimiento proyectado respecto al año real 2025	174
Tabla 18. Plan Operativo por estrategia	175
Tabla 19. Costos y proyección estrategia 1	176

Tabla 20. Costo y proyección estrategia 2	176
Tabla 21. Costo proyección estrategia 3	177
Tabla 22. Costo proyección estrategia 4	178
Tabla 23. Costo proyección estrategia 5	178
Tabla 24. Costo-beneficio de la implementación conjunta	179

Resumen

El presente estudio analizó las barreras que limitan el acceso al servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita en el municipio de La Cumbre (Valle del Cauca), desde la perspectiva de tres actores: 22 usuarios, 10 miembros del personal asistencial y 7 colaboradores del personal administrativo. Se empleó un enfoque cualitativo con diseño de estudio de caso instrumental y alcance descriptivo-propositivo, utilizando como categorías analíticas las cinco dimensiones del acceso propuestas por la teoría de las 5A (disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad). Los resultados revelan barreras estructurales en todas las dimensiones: insuficiencia de talento humano, distancias geográficas y costos de transporte prohibitivos para la población rural, estigma sociocultural, rigidez horaria y ausencia de mecanismos de trazabilidad entre los EBAS y el servicio intramural del hospital. Estas barreras explican la caída en la facturación del servicio y el deterioro de los indicadores asistenciales, con una reducción del 19,9% en el año 2025 respecto a 2024 en términos de períodos anuales completos comparables. Como respuesta, se proponen cinco lineamientos estratégicos operativizados con simulación financiera que demuestra la viabilidad de recuperar y superar el nivel histórico de facturación (\$51,7 millones en 2024) mediante la activación de actividades grupales sub ejecutadas, la articulación EBAS-hospital bajo la Resolución 4886 de 2018 y un modelo híbrido de atención con enfoque territorial. La inversión estimada de \$7.600.000 genera un ingreso adicional proyectado de \$35.000.000 en el primer año, con un ROI de \$4,61 por cada peso invertido.

Palabras clave: Barreras de acceso; salud mental comunitaria; teoría de las 5A; servicio de psicología; gestión en salud.

Abstract

This study analyzed the barriers that limit access to the psychology service at ESE Hospital Santa Margarita in the municipality of La Cumbre (Valle del Cauca), from the perspective of three groups: 22 users, 10 healthcare staff members, and 7 administrative staff members. A qualitative approach was employed, using an instrumental case study design with a descriptive-propositional scope, and applying as analytical categories the five dimensions of access proposed by the 5A theory (availability, accessibility, affordability, acceptability, and adaptability). The results reveal structural barriers across all dimensions: insufficient human resources, geographic distances and prohibitive transportation costs for the rural population, sociocultural stigma, inflexible operating hours, and a lack of traceability mechanisms between the EBAS and the hospital's inpatient services. These barriers explain the decline in service revenue and the deterioration of care indicators, with a 19.9% reduction in 2025 compared to 2024 in terms of comparable full calendar years. In response, five strategic guidelines are proposed, supported by a financial simulation that demonstrates the feasibility of recovering and exceeding the historical revenue level (\$51.7 million in 2024) by activating underutilized group activities, coordinating primary care centers (EBAS) with hospitals under Resolution 4886 of 2018, and implementing a hybrid care model with a territorial focus. The estimated investment of \$7,600,000 generates projected additional revenue of \$35,000,000 in the first year, with an ROI of \$4.61 for every peso invested.

Keywords: Barriers to Access, community mental health, 5A theory, psychology services, health management.

Introducción

La salud mental constituye un componente esencial del bienestar integral de las personas y de la calidad de vida de las comunidades. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) reconoce que los trastornos mentales afectan a un porcentaje significativo de la población mundial, generando consecuencias no solo a nivel individual, sino también social y económico. En este contexto, el acceso oportuno y adecuado a los servicios de psicología se convierte en un factor determinante para la prevención, detección y tratamiento de los problemas de salud mental, así como para la promoción de la funcionalidad y productividad de la población.

En Colombia, el sistema de salud establece la provisión de servicios de psicología dentro de la red pública, bajo la coordinación de Empresas Sociales del Estado (ESE) y entidades prestadoras de salud (EPS). Sin embargo, múltiples investigaciones han evidenciado que la disponibilidad de servicios, la organización institucional y las barreras administrativas y económicas influyen de manera directa en la utilización efectiva de estos servicios (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2019). Estas limitaciones pueden comprometer la continuidad del cuidado, la adherencia a los tratamientos y, en consecuencia, la salud mental de la población.

El municipio de La Cumbre, en el departamento del Valle del Cauca, enfrenta desafíos particulares derivados de su localización geográfica, recursos limitados y concentración de servicios de salud en cabeceras municipales cercanas. En este contexto, la ESE Hospital Santa Margarita ofrece atención en psicología como parte de su portafolio, pero se han identificado barreras que afectan tanto el acceso de la población como el desempeño de los profesionales en la prestación del servicio. Entre estas barreras se encuentran factores relacionados con la

infraestructura, la disponibilidad de personal, los procesos administrativos y la percepción de los usuarios sobre la atención recibida.

El propósito de la presente investigación es analizar estas barreras y demostrar, con base en evidencia epidemiológica, económica y normativa, la necesidad de fortalecer y ampliar la planta del servicio de psicología en la institución. Partiendo del análisis de los indicadores de salud mental del territorio, de la demanda creciente de atención psicológica y del impacto que los trastornos mentales generan en la funcionalidad y productividad de la población, se busca ofrecer una explicación al por qué la capacidad instalada actualmente puede resultar insuficiente para ofrecer una respuesta integral y oportuna a las necesidades de la comunidad.

Asimismo, el estudio pretende mostrar el valor estratégico del servicio de psicología en el marco de las políticas nacionales de salud mental, en particular su papel dentro del Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS) y de la Ruta Integral de Atención en Salud Mental (RIAS-MH), que establecen la obligatoriedad de brindar acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación. Contar con un equipo de psicología fortalecido no solo es un imperativo normativo, sino también una inversión costo-efectiva para la institución y para el sistema de salud local.

La investigación se fundamenta en la perspectiva de la gerencia en salud, considerando la administración de recursos humanos, financieros y tecnológicos, así como la optimización de procesos, la calidad del servicio y la satisfacción de los usuarios. Este enfoque permite no solo identificar los obstáculos existentes, sino también proponer soluciones orientadas a mejorar la accesibilidad, la eficiencia y la sostenibilidad del servicio de psicología.

En síntesis, la presente investigación busca ofrecer un análisis integral sobre los factores que limitan el acceso y desempeño de la atención en psicología en un contexto específico,

proporcionando evidencia para el fortalecimiento de la gestión de servicios de salud mental en la ESE Hospital Santa Margarita, y su aporta elementos que puede contribuir al desarrollo de políticas locales que respondan de manera efectiva a las necesidades de la comunidad, promoviendo una atención más equitativa, oportuna y centrada en el usuario.

1. Antecedentes y justificación

La atención en salud mental en Colombia ha sido regulada por marcos normativos como la Ley 1616 de 2013, ley de salud mental vigente y más recientemente la Ley 2460 de 2025, que actualiza y fortalece el marco de garantías para el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, así como por la Resolución 3280 de 2018, que establece las rutas integrales de atención en salud (RIAS) y la Resolución 4886 de 2018 que establece los lineamientos para la atención en salud mental en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Verificación normativa

Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones.

Ley 2460 de 2025: Por medio de la cual se garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana. Modifica y complementa la Ley 1616 de 2013.

No obstante, en la E.S.E Hospital Santa Margarita del municipio de La Cumbre, se evidencia un debilitamiento progresivo en los indicadores asociados al servicio de psicología, entre ellos la baja cobertura de primeras consultas, la escasa adherencia a seguimientos clínicos y la reducida participación en actividades psicoeducativas. Esta situación no solo compromete la

atención integral, sino que limita el cumplimiento de los estándares exigidos por el Sistema Único de Habilitación (Resolución 3100 de 2019) y obstaculiza futuras aspiraciones de acreditación en salud (Parra-Henao, 2022).

La evidencia internacional y nacional han demostrado que los trastornos mentales constituyen una de las principales causas de carga de enfermedad a nivel global, afectando significativamente la calidad de vida de las personas y generando importantes impactos económicos y sociales. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, los trastornos mentales representan una proporción considerable de los años vividos con discapacidad, estimándose que una de cada ocho personas en el mundo vive con algún tipo de trastorno mental (World Health Organization, 2022). En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social ha señalado que problemáticas como la depresión, la ansiedad y el consumo de sustancias psicoactivas presentan una alta prevalencia, consolidándose como un reto prioritario para el sistema de salud, especialmente en contextos con limitaciones en el acceso a servicios especializados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

A nivel territorial, en el departamento del Valle del Cauca y particularmente en el municipio de La Cumbre, distintos instrumentos de planificación en salud han reconocido la necesidad de fortalecer la atención en salud mental, especialmente en contextos rurales y semirurales donde persisten barreras geográficas, económicas y de disponibilidad de servicios. A pesar de la existencia de lineamientos y recursos orientados a la atención de estas problemáticas, se presentan dificultades en la oportunidad de la atención, la continuidad de los tratamientos y la articulación entre los diferentes niveles de atención. Estas brechas se ven acentuadas por factores sociales y territoriales que influyen en la demanda de servicios de salud mental y en la capacidad de respuesta institucional (Gobernación del Valle del Cauca, 2020).

En este contexto, la consolidación y fortalecimiento del servicio de psicología en las instituciones prestadoras de salud del municipio de La Cumbre, especialmente la E.S.E Hospital Santa Margarita resulta fundamental para garantizar una atención oportuna, integral y centrada en las necesidades de la población. La presencia de este servicio puede permitir la detección temprana de problemáticas en salud mental, la intervención en usuarios con condiciones asociadas y la prevención de complicaciones que podrían derivar en mayores costos sociales y en salud. Asimismo, contribuye a optimizar el uso de los recursos disponibles y a fortalecer la atención primaria en salud, en coherencia con las políticas públicas nacionales y territoriales, posicionándose como un componente clave para mejorar la calidad de vida de la comunidad y la efectividad del sistema de salud.

Para el caso de la E.S.E Hospital Santa Margarita uno de los principales factores que incide en esta problemática es la existencia de una única profesional encargada del servicio de psicología, lo cual genera una alta concentración de responsabilidades clínicas, administrativas y comunitarias. Esta sobrecarga afecta la calidad de la atención, la disponibilidad de citas y la posibilidad de desarrollar procesos terapéuticos continuos, lo que a su vez se refleja en el abandono de tratamientos por parte de los usuarios. Según Fernández Moreno (2024), la calidad del vínculo terapéutico y la disponibilidad del profesional son factores clave para la adherencia y la satisfacción del paciente en servicios psicológicos. La población usuaria del hospital ha manifestado inconformidad, señalando barreras subjetivas para acceder al servicio, lo cual se traduce en una baja demanda espontánea y una percepción negativa de la oferta institucional. Esta desconexión entre oferta y demanda repercute directamente en el incumplimiento de metas institucionales de cobertura y calidad.

Tabla 1. *Comportamiento Servicio de Psicología*

Año	Consulta por Primera Vez	Controles	Educación	Psicoterapia
2022	415	276	415	109
2023	506	368	506	173
2024	357	425	357	93
2025	410	351	41	30

Nota. Datos tomados de la ESE Hospital Santa Margarita (2025).

Los datos permiten evidenciar un comportamiento descendente en algunos de los componentes del servicio de psicología: controles, sesiones educativas y psicoterapia. Si bien en el año 2023 se registró un repunte generalizado (506 primeras consultas, 368 controles, 506 en sesiones educativas y 173 psicoterapias), lo cual podría explicarse por una mayor demanda postpandemia o esfuerzos puntuales de intervención, los resultados de 2024 y 2025 reflejan una tendencia regresiva. Para el año 2024 se observa una reducción del 29% en las consultas de primera vez respecto a 2023 (pasando de 506 a 357) y una caída abrupta del 46% en psicoterapia (de 173 a 93). Aunque los controles aumentaron ligeramente (de 368 a 425), esto no compensó la caída en las otras áreas. Para el año 2025, aumentaron las consultas por primera vez en un 14,8% pero todas las demás categorías cayeron; los controles a un 17,4%, las sesiones educativas en un 88,5% y la psicoterapia en un 67,7%.

Este comportamiento evidencia algunas dificultades estructurales de sostenibilidad del servicio, que confirman lo identificado, una única profesional sin acompañamiento técnico-operativo, baja respuesta de la comunidad, nula adherencia a procesos continuos, y ausencia de estrategias para mantener la oferta en niveles funcionales.

La educación psicosocial, que en 2022 y 2023 mostró números alineados a la consulta inicial, también ha disminuido (de 506 en 2023 a solo 410 en 2025), lo que refleja una falta de seguimiento programado, territorialización del servicio o acciones preventivas sostenidas.

Tabla 2. Facturación por Actividades de Psicología¹.

Actividad CUPS	2022	2023	2024	2025	Promedio 2022–2024
1. Consulta de primera vez y control (890208/890308)	31.714.626	44.390.109	40.549.573	33.654.300	38.884.769
2. Educación psicosocial (990201/990206)	1.478.694	188.387	16.000	1.089.700	561.027
3. Talleres colectivos / grupales	760.064	0	0	0	253.355
4. Psicoterapia individual (943102)	2.548.653	5.737.074	11.200.433	6.606.000	6.495.387
5. Otras actividades (890408)	115.528	0	16.000	98.900	43.843
TOTAL FACTURADO	36.617.565	50.315.570	51.766.006	41.448.900	46.233.047

Nota. Datos tomados de la ESE Hospital Santa Margarita (2025)

¹ La versión inicial de esta tabla presentaba los datos de 2025 con corte a mayo de ese año, lo que introducía un sesgo metodológico al comparar períodos de distinta duración (años completos 2022–2024 frente a cinco meses de 2025). Esta asimetría temporal generaba una subestimación artificial del desempeño de 2025 e impedía establecer comparaciones válidas entre períodos. Para corregir este sesgo, la tabla fue actualizada con los datos reales del año 2025 completo (enero–diciembre), conforme al principio de comparabilidad temporal exigido en investigación cuantitativa (Hernández-Sampieri et al., 2010). El promedio 2022–2024 se mantiene como referencia histórica dado que 2025 constituye el período de análisis y no forma parte de la base de cálculo del promedio. Todos los valores corresponden a pesos colombianos (COP).

Con base en la Tabla 2 de facturación por actividades de psicología, se observa que en 2022 y 2023 el total facturado ascendió a \$36,6 y \$50,3 millones respectivamente, mientras que 2024 registró el mejor desempeño histórico del período con \$51,7 millones. Con el año 2025 completo (\$41.448.900), la variación real respecto a 2024 es del -19,9%, cifra metodológicamente válida porque compara períodos de igual duración (12 meses contra 12 meses). Esta reducción es significativa e indica una tendencia de deterioro que justifica las intervenciones propuestas, pero no puede catalogarse como un colapso abrupto: el servicio facturó más en 2025 que en 2022 (\$36.617.565) y mantiene un potencial de recuperación demostrado por sus propios datos históricos

El análisis desagregado por la línea de actividad revela las señales de alarma específicas. La consulta cayó de \$44.390.109 en 2023 a \$33.654.300 en 2025 (-24,2%), lo que indica menor capacidad de atención del profesional de planta. La psicoterapia, que había crecido aceleradamente hasta los \$11.200.433 de 2024, se redujo a \$6.606.000 en 2025 (-41,0%), aunque sigue siendo la segunda línea más importante del servicio. La educación psicosocial mostró una leve recuperación en 2025 (\$1.089.700 vs. \$16.000 en 2024), señal positiva que debe fortalecerse. Los talleres colectivos continúan en cero desde 2023, lo que representa el mayor potencial de crecimiento incremental del servicio.

Además, actividades como educación psicosocial y talleres, claves en la prevención y promoción de salud mental, presentan una ejecución marginal o nula en los últimos años. En 2023 solo se facturaron 14 actividades educativas y ninguna sesión de taller, situación que refleja la desarticulación del componente comunitario del servicio. Esta caída impacta directamente la capacidad de la ESE para sostener financieramente su oferta psicológica y confirma la necesidad

de adoptar estrategias como la descentralización con Equipos Básicos en Salud, que faciliten el acceso territorializado, mejoren la adherencia de los usuarios y aumenten los servicios facturables, especialmente mediante articulación con instituciones educativas.

A pesar de estas dificultades, el hospital no ha implementado estrategias innovadoras y sostenibles que permitan mitigar el impacto de la limitación en recurso humano ni fortalecer el servicio en términos de diversidad de enfoques, modalidades o canales de atención. No se evidencian acciones para integrar el componente psicológico con otras áreas como medicina general, trabajo social o promoción y prevención, ni se han adoptado tecnologías que amplíen el alcance de la atención. Acosta et al. (2021) advierten que los modelos fragmentados de atención en salud mental resultan ineficaces en contextos rurales y exigen un abordaje interprofesional para garantizar continuidad y pertinencia. La falta de respuesta institucional al deterioro progresivo de los indicadores, así como la ausencia de un plan de mejora estructurado, reflejan vacíos en la gestión directiva del componente psicosocial.

Adicionalmente, se identifica la inexistencia de sistemas formales de monitoreo y evaluación que permitan medir la calidad y efectividad del servicio desde la experiencia del usuario. La Resolución 276 de 2019 establece que las instituciones deben garantizar procesos de autorregulación y monitoreo interno como parte de la ruta hacia la calidad. Sin embargo, el hospital carece de mecanismos para recoger y sistematizar información sobre satisfacción del usuario, resultados clínicos, impacto psicosocial y continuidad terapéutica. Esta falta de evidencia dificulta la toma de decisiones informadas y la identificación de puntos críticos que requieren intervención. Parra-Henao (2022) destaca que la ausencia de información confiable y sistemática es uno de los mayores obstáculos para implementar planes de mejora continua en el sistema de salud público colombiano.

Por otro lado, pero no distante es que, uno de los efectos colaterales menos visibilizados del deterioro en el servicio de psicología es el impacto negativo en los procesos de facturación y sostenibilidad financiera del hospital. En el marco del aseguramiento en salud, la facturación de los servicios individuales y colectivos en salud mental requiere del cumplimiento riguroso de estándares técnicos y administrativos, incluyendo la oportunidad en el registro de atenciones, la codificación adecuada según CUPS y CIE-10, y la trazabilidad en el proceso terapéutico. La baja cobertura en primera consulta, la nula adherencia al seguimiento psicológico y la escasa ejecución de actividades psicoeducativas afectan directamente la producción de servicios y, por ende, el volumen de facturación registrado por el área financiera. Según Lopera-Medina (2022), muchas

ESE en Colombia enfrentan déficits presupuestales cuando sus servicios psicosociales no son rentables, debido a una combinación de baja demanda, oferta limitada y dificultades para justificar técnicamente la atención prestada ante las EPS. En el caso de la E.S.E Hospital de La Cumbre, la inexistencia de estrategias que amplíen la atención y la ausencia de un segundo profesional en psicología no solo repercuten en la calidad del servicio, sino que también comprometen el flujo de ingresos institucionales y la viabilidad financiera del área, afectando la planeación de futuras inversiones en salud mental.

Finalmente, el contexto social de La Cumbre demanda una respuesta diferenciada. Se trata de un municipio con población predominantemente en régimen subsidiado, con antecedentes de afectación por violencia estructural, migración y desigualdad social. Estas condiciones aumentan la vulnerabilidad psicosocial y exigen un enfoque territorializado que considere las particularidades culturales y comunitarias. Hernández Henríquez (2024) señala que en territorios rurales es necesario articular el saber profesional con las prácticas de cuidado

comunitario y las redes de apoyo locales. Sin estrategias de articulación con actores sociales, sin inversión en formación continua y sin ajustes en el modelo de atención, el servicio de psicología de la ESE seguirá funcionando por inercia, sin capacidad real de transformación ni de respuesta efectiva a las demandas del entorno.

Frente al panorama descrito, una de las opciones de mejora que debería contemplar la ESE es fortalecer los mecanismos de articulación entre las atenciones extramurales realizadas por los Equipos Básicos en Salud para la Vida (EBAS) y el componente intramural del servicio de psicología en el hospital, bajo el marco del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Si bien actualmente existen acciones desplegadas en zonas rurales y corregimientos, resulta prioritario asegurar que las personas atendidas en dichos entornos sean efectivamente canalizadas hacia el hospital para dar continuidad a sus procesos clínicos, conforme a las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Esta articulación evitaría la fragmentación del proceso terapéutico, permitiría consolidar la historia clínica integral, facilitaría el seguimiento por parte del equipo de planta y contribuiría al aumento de los indicadores institucionales de cobertura, adherencia y facturación.

En esta lógica, es necesario implementar mecanismos estandarizados de derivación desde las zonas rurales hacia el hospital, asegurando que cada intervención inicial derive en una atención formal, trazable y facturable dentro del marco normativo vigente. Así mismo, la integración de remisiones provenientes de instituciones educativas podría continuar siendo un insumo valioso para el ingreso temprano de población infantil y juvenil a procesos breves de intervención o acompañamiento psicológico. Estas remisiones, cuando se consolidan dentro de la historia clínica institucional y se atienden conforme a las RIAS, habilitan además el respectivo proceso de facturación, conforme lo establece la Resolución 4886 de 2018. Esta estrategia

garantizaría no solo la continuidad clínica y la integralidad del cuidado, sino también la sostenibilidad financiera del servicio y su impacto territorial efectivo.

El valor del presente estudio reside en articular las barreras de acceso al servicio de psicología con sus implicaciones operativas, financieras y de gestión en una IPS pública como la ESE Hospital Santa Margarita, desde una mirada gerencial. Desde lo operativo, evidencia cómo la rigidez institucional afecta la continuidad de los tratamientos. Desde lo financiero, demuestra que la baja cobertura y la inasistencia constituyen pérdidas evitables que impactan la sostenibilidad. Desde lo gerencial, ofrece un diagnóstico estructurado desde la metodología de las 5A que orienta la toma de decisiones. Así, el principal aporte es proporcionar a los gestores de la IPS una hoja de ruta basada en evidencia local para transformar el servicio de psicología en un eje estratégico del modelo de atención en salud mental.

1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales barreras que limitan el acceso, la cobertura y la remisión al servicio de psicología que obstaculizan la prestación de servicios de salud mental de la ESE Hospital Santa Margarita?

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Analizar las principales barreras que limitan el acceso al servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita, en el municipio de La Cumbre (Valle del Cauca) y su impacto en el modelo de atención de salud mental en la comunidad.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar las principales barreras de acceso, cobertura y remisión que afectan la prestación efectiva del servicio de psicología desde de la metodología de las 5 A
- Describir las barreras de acceso a la atención primaria en psicología de la ESE desde la perspectiva del usuario, personal administrativo y asistencial.
- Diseñar lineamientos de mejora para la gestión del servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita, orientados a optimizar el acceso, la continuidad de la atención y la sostenibilidad institucional, en coherencia con el Modelo Integral de Atención en Salud y las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental.

3. Marco de referencia

3.1 Marco teórico

En este apartado se aborda la teoría de las 5A con respecto a la accesibilidad en salud, El concepto de accesibilidad en salud constituye una categoría central dentro de los debates sobre equidad y justicia social en salud, pues permite diferenciar entre la mera existencia de servicios y la posibilidad real de que los individuos los utilicen de manera efectiva. Mientras que el acceso engloba un marco amplio que integra dimensiones organizativas, económicas, sociales y culturales, la accesibilidad se refiere específicamente a las condiciones que facilitan o limitan que una persona llegue y haga uso de la atención disponible. En este sentido, hablar de accesibilidad implica reconocer que no basta con que los servicios estén presentes, sino que deben ser alcanzables en términos geográficos, económicos, informativos y simbólicos. De este modo, la accesibilidad se convierte en un componente esencial del acceso, y su análisis permite visibilizar las barreras estructurales y contextuales que pueden profundizar las desigualdades en salud, especialmente en poblaciones en situación de vulnerabilidad.

El concepto de acceso a los servicios de salud ha sido objeto de estudio y debate en la literatura sanitaria debido a su complejidad y multidimensionalidad. Según Penchansky & Thomas (1981), el acceso no puede reducirse únicamente a la disponibilidad de servicios médicos, sino que debe entenderse como la capacidad de los individuos para obtener atención de salud adecuada, oportuna y satisfactoria, considerando tanto sus necesidades como las características del sistema de salud.

Esta perspectiva reconoce que la utilización de los servicios depende de múltiples factores interrelacionados, que incluyen la estructura y organización de la oferta, la asequibilidad

económica, la ubicación geográfica, las características culturales y las preferencias personales de los pacientes. Asimismo, Penchansky & Thomas (1981) destacan que el acceso efectivo implica una coherencia entre lo que el sistema puede ofrecer y lo que los usuarios requieren, de manera que no solo se trata de la existencia de recursos médicos, sino de la capacidad de estos para responder a las necesidades reales de la población.

La teoría de las 5A del acceso permite analizar este concepto de manera integral y sistemática, identificando barreras y facilitadores que afectan la utilización de los servicios de salud. La primera de estas dimensiones es la disponibilidad, que hace referencia a la existencia de servicios de salud suficientes y apropiados para cubrir las necesidades de la población. Incluye el número y tipo de profesionales de la salud, la cantidad de instalaciones, los recursos médicos y tecnológicos disponibles, así como la diversidad de servicios ofrecidos. La falta de disponibilidad puede generar desigualdades en la atención, limitando la capacidad de las personas para recibir atención oportuna, especialmente en comunidades rurales o marginadas. Además, la disponibilidad no solo se relaciona con la cantidad de recursos, sino también con su distribución equitativa, de modo que todas las personas tengan la oportunidad de acceder a ellos según su necesidad.

La accesibilidad, como segunda dimensión, se entiende como la ubicación geográfica de los servicios de salud y la facilidad con la que los pacientes pueden llegar a ellos. Este aspecto implica que deben tenerse en cuenta aspectos importantes, entre ellos la posibilidad para que los usuarios puedan recibir atención en los puestos de salud, la distancia que pueda haber entre sus hogares y los lugares donde se encuentran disponibles dichos servicios. Además de poder lograr que el personal encargado de prestarlos pueda articularse con promotoras de salud, se aproveche el acceso a internet para ejercer la telemedicina, el transporte disponible, las condiciones del

entorno, la infraestructura vial y la conectividad entre comunidades y centros de atención. La accesibilidad influye directamente en la utilización de los servicios y puede ser una barrera significativa para grupos vulnerables, como personas con movilidad reducida, poblaciones rurales o quienes carecen de transporte adecuado. Asimismo, también se relaciona con la información disponible sobre los servicios, ya que conocer la existencia y ubicación de los recursos es fundamental para que puedan ser utilizados efectivamente.

La tercera dimensión corresponde a la asequibilidad, que evalúa la capacidad de los individuos para costear los servicios de salud, considerando tanto los costos directos (consultas, medicamentos, procedimientos) como los indirectos (transporte, pérdida de ingresos o cuidados complementarios). La asequibilidad constituye un determinante clave para garantizar la equidad en salud, puesto que los costos excesivos pueden impedir que los pacientes accedan a servicios necesarios, generando inequidades y aumentando la vulnerabilidad de ciertos grupos. Además, la asequibilidad no se limita a la capacidad económica individual, sino que también implica la existencia de seguros de salud, subsidios o políticas que reduzcan la carga financiera sobre los usuarios, promoviendo así un acceso más equitativo y sostenible.

La aceptabilidad, como cuarta dimensión, se refiere a la compatibilidad de los servicios de salud con las expectativas culturales, sociales y personales de los pacientes. Este aspecto incluye el respeto por valores, creencias, género, edad y preferencias, así como la actitud de los profesionales hacia los usuarios. La aceptabilidad impacta directamente la disposición del paciente para utilizar los servicios y la satisfacción con la atención recibida. Experiencias percibidas como discriminatorias, poco empáticas o culturalmente insensibles pueden generar rechazo y subutilización de la atención disponible. Esta dimensión resalta la importancia de la

competencia cultural y la humanización de los servicios de salud como estrategias fundamentales para garantizar una atención integral y respetuosa.

La quinta dimensión es la adaptabilidad, que examina cómo los servicios de salud se estructuran y organizan para ajustarse a las necesidades del paciente. Este aspecto incluye horarios de atención, tiempos de espera, facilidad para obtener citas, disponibilidad de personal en turnos flexibles y la capacidad de adaptar la prestación del servicio según las necesidades individuales. Una adecuada organización puede facilitar el acceso incluso cuando otros factores, como la distancia o los costos, representan barreras, mientras que deficiencias organizativas pueden impedir que los usuarios reciban atención adecuada, aun cuando los servicios están disponibles y son asequibles.

En un esfuerzo por ampliar la comprensión de este fenómeno, Levesque et al. (2013) propusieron un enfoque centrado en el paciente, que concibe el acceso como un proceso dinámico y relacional en el que confluyen las características de los sistemas de salud y las capacidades de las poblaciones. Este modelo incorpora la idea de que el acceso no solo depende de la oferta disponible, sino también de la percepción, la capacidad de búsqueda y la experiencia de uso de los usuarios. Así, se reconoce la importancia de factores como la información, la confianza y la capacidad de agencia de los pacientes en la interacción con los sistemas de salud. En esa dirección, los autores plantean cinco dimensiones del sistema de salud —disponibilidad, accesibilidad, acomodación, asequibilidad y aceptabilidad—, que se corresponden con cinco habilidades de los usuarios: percibir, buscar, alcanzar, pagar y comprometerse con la atención. Esta propuesta aporta un marco integral para comprender que las barreras de acceso surgen tanto de fallas estructurales en la organización del sistema como de limitaciones sociales, económicas y culturales que afectan a las comunidades. Con ello, se refuerza la idea de que garantizar acceso

efectivo requiere políticas públicas que consideren simultáneamente la oferta institucional y las capacidades de la población.

Por su parte, Saurman (2016) planteó la necesidad de modificar la teoría de Penchansky & Thomas para hacerla más flexible y aplicable en distintos contextos, especialmente en entornos rurales y marginados. Propone incorporar una sexta dimensión: la responsabilidad (accountability). Esta categoría busca subrayar el rol que tienen los sistemas y prestadores de salud en garantizar que los servicios no solo estén disponibles y organizados, sino que también respondan de manera efectiva, transparente y responsable a las necesidades de la población. Con esta adición, el acceso deja de ser únicamente un asunto de adecuación entre oferta y demanda, para convertirse también en un proceso donde el sistema asume un compromiso activo de garantizar equidad, calidad y continuidad en la atención.

La inclusión de la responsabilidad permite resaltar la importancia de que los sistemas de salud rindan cuentas a la ciudadanía y fortalezcan mecanismos de evaluación constante. En contextos de desigualdad, esta sexta dimensión se vuelve crucial, pues obliga a los tomadores de decisiones a no limitarse a ampliar la cobertura, sino a garantizar que los servicios lleguen con calidad y pertinencia a quienes más lo necesitan. En consecuencia, la teoría de acceso se enriquece al integrar la noción de responsabilidad como un principio transversal, que articula la planificación, la implementación y la evaluación de la atención en salud.

Más recientemente, Sieck et al. (2021) ampliaron este debate al ámbito digital al introducir el concepto de “TechQuity”, un marco para la equidad en salud digital basado en las cinco A. Su enfoque analiza cómo las tecnologías de la información pueden facilitar o limitar el acceso, considerando aspectos como la disponibilidad de dispositivos, la conectividad, la alfabetización digital, la asequibilidad tecnológica y la aceptabilidad de las herramientas digitales

en diferentes grupos sociales. En este sentido, las cinco A deben reinterpretarse en el marco de la salud digital.

Así, la asequibilidad incluye los costos de dispositivos, conectividad y alfabetización digital; la accesibilidad incorpora la facilidad de uso de las plataformas y la disponibilidad de contenidos en diversos idiomas y formatos; la disponibilidad se extiende a la oferta de tecnologías y su cobertura geográfica; la aceptabilidad exige que los usuarios confíen en los sistemas digitales y los perciban como culturalmente pertinentes; y la adaptabilidad se relaciona con la capacidad de estas herramientas para integrarse en los procesos clínicos y satisfacer necesidades reales de salud. De este modo, la TechQuity reconoce que la equidad digital en salud solo puede lograrse si se identifican y corrigen las brechas en cada una de estas dimensiones. Este aporte es fundamental en un contexto donde la salud digital ha adquirido mayor relevancia, ya que permite visibilizar nuevas formas de inequidad vinculadas a la brecha digital.

En ese orden de ideas, la evolución conceptual de la accesibilidad a los servicios de salud refleja un proceso continuo de revisión y adaptación a los contextos cambiantes. El modelo inicial de Penchansky & Thomas (1981) estableció un marco fundamental mediante las cinco dimensiones del acceso, permitiendo analizar de manera estructurada la interacción entre oferta y demanda de servicios. Posteriormente, Levesque et al. (2013) ampliaron esta perspectiva al incorporar la noción de un proceso dinámico y bidireccional en el que confluyen las características del sistema de salud y las capacidades de las poblaciones, lo que permite una comprensión más integral del recorrido del paciente dentro del sistema. En esa misma línea, Saurman (2016) propuso una modificación a la teoría original de las cinco A, con el objetivo de hacerla más flexible y aplicable a contextos específicos, reforzando la necesidad de un modelo que responda a las realidades locales y a las particularidades de los usuarios. Más recientemente,

Sieck et al. (2021) trasladaron este debate al ámbito digital con su propuesta de las cinco A para la equidad tecnológica en salud, destacando la importancia de considerar las barreras y facilitadores en entornos mediados por tecnologías de la información.

De acuerdo a los aportes revisados y teniendo en cuenta el problema de investigación delimitado, se puede plantear como eje principal la teoría de las 5A para lograr hacer una interpretación de los resultados, en la que se entienden que, el acceso a la salud no constituye un concepto estático, sino una construcción en constante transformación que requiere adaptarse a los cambios sociales, culturales y tecnológicos con el fin de garantizar la equidad y la justicia sanitaria. El análisis de estas perspectivas evidencia que tanto el acceso como la accesibilidad en salud no pueden reducirse a condiciones estructurales, sino que deben entenderse como procesos relacionales y contextuales en los que confluyen múltiples dimensiones. En este marco, la accesibilidad se concibe como la capacidad efectiva de las personas para utilizar los servicios de salud de manera oportuna y adecuada, resultado de la interacción entre la organización del sistema y las condiciones, capacidades y contextos de los usuarios (Penchansky & Thomas, 1981; Levesque et al., 2013; Saurman, 2016; Sieck et al., 2021).

A partir de los enfoques revisados, la accesibilidad a los servicios de salud mental se comprende como un fenómeno multidimensional y dinámico, resultado de la interacción entre las características del sistema de salud y las capacidades de la población. La teoría de las cinco A —disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad— permite estructurar el análisis de las barreras desde una perspectiva integral, mientras que los aportes de Levesque et al. y Saurman refuerzan la necesidad de considerar la responsabilidad institucional y la experiencia del usuario. En el contexto de la gerencia de servicios de salud, estos marcos conceptuales adquieren especial relevancia al evidenciar que las barreras de acceso no solo

comprometen la utilización de los servicios, sino que inciden directamente en la eficiencia operativa, la sostenibilidad financiera y el cumplimiento de los estándares regulatorios, particularmente en instituciones públicas de contextos rurales.

3.2 Estado de arte

Para entender la atención en salud mental es necesario conocer el contexto que la rodea, para ello se pueden retomar informes de investigación que la abordan. Por ejemplo, en un informe presentado por Sapiens Labs. (2024) se señala que la pandemia por Covid-19 tuvo un impacto en el deterioro de la salud mental de las personas, a pesar del tiempo transcurrido aún no se observa una recuperación de la misma, de hecho, destaca que las generaciones más jóvenes son quienes han tenido mayor afectación en el funcionamiento mental.

Pese a que el mencionado informe revela parte del problema al que se enfrenta la humanidad, no puede ser tomado como algo generalizado debido a que la muestra se tomó en países con acceso a internet, lo cual puede limitar la percepción que puedan tener aquellos que no están conectados. Adicionalmente, se señala como una posible correlación entre el uso de smartphones, dieta ultra procesada, toxinas ambientales, soledad, todo ello como una explicación a la situación, no es comprobada.

El panorama actual de la salud mental en el mundo refleja profundas desigualdades estructurales y una limitada capacidad institucional para responder a las necesidades crecientes de la población. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), solo 144 de los 194 Estados miembros participaron en la edición más reciente del Mental Health Atlas, lo que representa una tasa de respuesta del 74 % y evidencia una leve disminución en la cobertura informativa respecto a años anteriores. Este nivel de participación muestra que, aunque la salud

mental ha ganado relevancia política, aún persisten vacíos en la disponibilidad y calidad de los datos globales, lo cual dificulta la formulación de políticas basadas en evidencia.

En términos de gobernanza y planificación, el informe indica que el 81 % de los países cuentan con una política o plan nacional de salud mental; sin embargo, solo el 56 % incorpora estrategias específicas para niños y adolescentes, y apenas el 42 % incluye a personas mayores (OMS, 2024). Asimismo, aunque el 72 % de los países posee legislación en la materia, menos de la mitad cumple plenamente con los estándares internacionales de derechos humanos. Estos datos reflejan una brecha importante entre la formulación de políticas y su implementación efectiva, lo que limita la garantía de derechos y la integralidad de la atención en salud mental.

El déficit de recursos económicos y humanos constituye otro de los principales desafíos identificados. El gasto mundial en salud mental se mantiene en niveles críticos: la mediana global es de 2,69 dólares por persona, y los países de bajos ingresos destinan menos de un dólar per cápita (OMS, 2024). Además, el gasto total en salud mental representa apenas el 2,1 % del presupuesto nacional de salud, proporción que no ha variado significativamente desde 2017. En cuanto a talento humano, la mediana global es de 13,5 profesionales especializados por cada 100 000 habitantes, cifra que desciende a 1,1 en países de bajos ingresos, lo que demuestra una desigual distribución de recursos y una capacidad limitada para atender la demanda global de servicios psicológicos y psiquiátricos.

Finalmente, en lo referente a la prestación de servicios, el informe destaca que menos del 10 % de los países ha completado la transición desde modelos hospitalarios hacia sistemas comunitarios, y solo el 12 % cumple plenamente con los criterios de integración de la salud mental en la atención primaria (OMS, 2024). A pesar de que el 63 % de los Estados ofrece servicios de telemedicina y el 68 % desarrolla programas de prevención del suicidio, la cobertura

efectiva sigue siendo limitada. Estos indicadores confirman que la salud mental continúa siendo una prioridad insuficientemente atendida a nivel global y subrayan la necesidad de fortalecer los sistemas públicos, aumentar la inversión y promover estrategias comunitarias que garanticen un acceso equitativo a la atención integral.

Ahora bien, con respecto a la situación de la salud mental en América Latina y el Caribe se pueden identificar desafíos estructurales que se expresan en la alta prevalencia de trastornos mentales y en la limitada respuesta institucional de los sistemas de salud. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024), los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias representan cerca del 10 % de la carga total de enfermedad en la región, afectando especialmente a las poblaciones más jóvenes y a los grupos en situación de vulnerabilidad. Este panorama evidencia que los problemas de salud mental no solo impactan en el bienestar individual, sino que también generan consecuencias económicas y sociales significativas para los países latinoamericanos.

Uno de los indicadores más preocupantes es la brecha de tratamiento, que alcanza niveles cercanos al 78 % en los casos de trastornos mentales moderados o graves (OPS, 2024). Esto significa que más de tres cuartas partes de las personas que requieren atención especializada no la reciben, lo que se traduce en sufrimiento prolongado, riesgo de cronificación y deterioro de la calidad de vida. Las causas principales de esta brecha incluyen la escasez de profesionales de salud mental, la insuficiencia de servicios comunitarios y la persistente estigmatización asociada a los trastornos mentales, factores que limitan el acceso oportuno a la atención.

En el plano financiero, la inversión pública destinada a la salud mental sigue siendo insuficiente. Según datos de la OPS (2024), los países de América Latina y el Caribe asignan en promedio solo el 2 % del gasto total en salud a este ámbito, y gran parte de esos recursos

continúa concentrándose en hospitales psiquiátricos, en lugar de promover servicios ambulatorios o comunitarios. Esta situación contrasta con las recomendaciones internacionales que abogan por un modelo de atención centrado en la comunidad y la integración de la salud mental en la atención primaria. La falta de redistribución presupuestal constituye un obstáculo clave para lograr sistemas de atención más inclusivos y sostenibles.

Por último, algunos trastornos específicos muestran tendencias preocupantes. La depresión y los trastornos de ansiedad figuran entre los más frecuentes, mientras que los problemas asociados al consumo de alcohol presentan una brecha de atención cercana al 85 % (OPS, 2024). Además, la prevalencia de demencia en personas mayores de 60 años oscila entre el 6,5 % y el 8,5 %, con proyecciones que indican que esta cifra podría duplicarse cada dos décadas. Estos datos subrayan la necesidad urgente de fortalecer las políticas públicas en salud mental, ampliar la cobertura de servicios comunitarios y desarrollar estrategias de prevención adaptadas al contexto sociocultural de la región.

Por otro lado, al revisar investigaciones sobre el tema de la atención en salud mental, en el contexto latinoamericano, Leyton et al. (2025) analizan el impacto de la telemedicina en la atención en salud mental en el sistema privado chileno, enfocándose en el acceso, la adherencia al tratamiento, los costos para los usuarios y el uso de licencias médicas. Con un enfoque de investigación aplicada, busca aportar evidencia para el diseño de políticas públicas más equitativas, eficientes y sostenibles. El estudio se divide en dos fases: una descriptiva, que examina datos de 2012 a 2023 de ISAPRES y Fonasa, y otra analítica, que utiliza modelos econométricos para evaluar los efectos causales de la telemedicina en salud mental.

En cuanto a la población objeto del estudio, no se abordan usuarios individuales mediante encuestas o entrevistas, sino que se trabaja con datos agregados derivados del sistema de

prestaciones de salud. Los instrumentos utilizados corresponden a registros administrativos del sistema de salud, como licencias médicas electrónicas, reportes de facturación y bases históricas de uso de servicios, lo que otorga robustez estadística al análisis, aunque limita la aproximación cualitativa o experiencial al fenómeno.

Este estudio muestra un aumento sostenido en el uso de la telemedicina en salud mental, lo que ha mejorado el acceso en poblaciones vulnerables como mujeres y personas con movilidad reducida. También se ha reducido el gasto de bolsillo, especialmente en mujeres, destacando su aporte a la equidad financiera. A nivel clínico, se observa mayor adherencia al tratamiento, menor abandono y mejor manejo de licencias médicas.

Dicho documento concluye que la telemedicina en salud mental representa una herramienta efectiva para mejorar indicadores estructurales del sistema sanitario, y recomienda su integración progresiva y normativa dentro del marco de la Ley 21.541, actualmente vigente en Chile. Para garantizar su expansión con calidad y seguridad, se plantean líneas de acción orientadas al fortalecimiento de la infraestructura tecnológica, la capacitación continua del personal, la definición de protocolos clínicos y éticos, y la protección de datos sensibles.

La experiencia chilena sirve como un referente útil para otros países latinoamericanos como Colombia, que también busca mejorar la cobertura, continuidad y facturación en salud mental. En particular, para la ESE Hospital Santa Margarita en La Cumbre, esta evidencia destaca la necesidad de fortalecer la articulación entre niveles de atención, mejorar el registro y seguimiento de usuarios, e implementar herramientas tecnológicas y organizativas que aseguren la sostenibilidad del componente psicosocial con un enfoque territorial e intersectorial.

Otra de las investigaciones revisadas, es el artículo de Fernández Moreno (2024) que ofrece una perspectiva crítica y actualizada sobre la atención de los trastornos de ansiedad desde

la atención primaria, planteando la necesidad de una reorganización de funciones que integre de forma efectiva a psicólogos clínicos, enfermeros y farmacéuticos comunitarios en un modelo colaborativo centrado en el paciente.

Este texto resalta la importancia del psicólogo clínico en el contexto comunitario, proponiendo que la intervención psicoterapéutica desde la atención primaria puede ser más efectiva y accesible, especialmente en casos leves como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Esta idea se apoya en los resultados del proyecto PSICAP, que evidenció mayor eficacia de las terapias grupales frente al tratamiento convencional. También se destacan los beneficios de la terapia cognitivo-conductual en grupo, enfocada en el afrontamiento, la regulación emocional y el desarrollo de habilidades sociales

Por su parte, el rol del profesional de enfermería es presentado como clave en la identificación, acompañamiento y seguimiento de pacientes ansiosos. A través del modelo NANDA–NOC–NIC, el artículo propone una sistematización del cuidado que permite estructurar objetivos terapéuticos realistas y adaptados al nivel de ansiedad del paciente. La intervención enfermera no solo contempla el soporte emocional y la educación para la salud, sino también estrategias preventivas y conductuales como el fomento de rutinas saludables, la escucha activa y la detección de factores desencadenantes.

En el caso de los farmacéuticos comunitarios, se visibiliza un potencial poco explorado en la prevención secundaria y terciaria de los trastornos de ansiedad. Estos profesionales pueden detectar señales tempranas de malestar emocional, favorecer la adherencia al tratamiento y realizar un acompañamiento educativo durante la dispensación de psicofármacos, siempre y cuando estén adecuadamente capacitados.

Para el caso de Colombia, la situación no es muy diferente, de hecho, se constituye en un componente estratégico para el bienestar de la población y un indicador central de equidad y desarrollo social. En los últimos años, los diagnósticos de depresión, ansiedad y trastornos del estado de ánimo han mostrado un incremento sostenido, con una prevalencia más alta en mujeres y en población joven, según el Análisis de situación de la salud mental con énfasis en determinantes sociales (2019–2023) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Este incremento refleja tanto un mayor reconocimiento de los problemas de salud mental como la presión creciente sobre un sistema con limitaciones en cobertura y acceso.

La Política Nacional de Salud Mental 2024–2033 resalta que la depresión continúa siendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud, con implicaciones directas sobre la capacidad del sistema para responder oportunamente (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). A pesar de los avances normativos y la existencia de programas especializados, persisten barreras económicas, geográficas y sociales que dificultan el acceso a los servicios. Según el Ministerio de Salud, un 66,3 % de los colombianos reconoció haber enfrentado algún problema de salud mental a lo largo de su vida, lo que evidencia la necesidad de fortalecer la cobertura y garantizar la atención en todos los niveles (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

En cuanto a la cobertura y acceso, los datos muestran desigualdades notorias entre regiones y estratos socioeconómicos. La densidad de psicólogos en el país es de aproximadamente 11 por cada 100.000 habitantes (Cámara de Representantes, 2025), lo que resulta insuficiente frente a la demanda creciente y limita la posibilidad de atención oportuna. Esta brecha tiene un efecto directo sobre la calidad del servicio, generando tiempos de espera prolongados y dificultad para ofrecer seguimiento adecuado a los pacientes.

Los indicadores epidemiológicos sobre intentos de suicidio muestran tendencias preocupantes. En 2023, se registraron 40.850 casos (39.496 personas), mientras que el primer periodo epidemiológico de 2024 refleja la continuidad de esta tendencia al alza (Instituto Nacional de Salud, 2023; 2024; 2025). En Bogotá, los reportes de SaluData evidencian que la ideación suicida se concentra en adolescentes y jóvenes, mientras que la morbilidad atendida por ansiedad y trastornos del estado de ánimo constituye una de las principales demandas en los servicios de urgencias y consulta externa (SaluData, 2024a, 2024b). Estas cifras ponen en evidencia la urgencia de intervenciones preventivas y de programas de seguimiento clínico, especialmente dirigidos a grupos vulnerables.

Desde la perspectiva de calidad de la atención, la oferta institucional incluye servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, pero aún enfrenta limitaciones en cobertura y especialización. La concentración de profesionales en las grandes ciudades y la escasa presencia en áreas rurales profundizan las desigualdades. Además, los recursos financieros y humanos disponibles no siempre permiten garantizar un seguimiento integral, afectando la efectividad de los tratamientos y la continuidad de los cuidados (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024).

El impacto social y económico de la insuficiencia de servicios de salud mental también ha sido documentado. Estudios del Banco de la República (2025) muestran que la pandemia de COVID-19 exacerbó los niveles de ansiedad y depresión, generando repercusiones en la productividad laboral, el rendimiento académico y la cohesión social. Las consecuencias se acentúan en estratos socioeconómicos más bajos, donde la cobertura de servicios y la disponibilidad de profesionales son más limitadas.

Por otro lado, las investigaciones realizadas en el contexto colombiano muestran diferentes aspectos del sistema de salud, por ejemplo, el estudio realizado por Gómez-Restrepo et al. (2022) el cual propone una contribución significativa al análisis del impacto de la pandemia por COVID-19 sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia, específicamente desde la perspectiva de usuarios con diagnósticos recientes de depresión y/o consumo problemático de alcohol. Esta investigación, de carácter transversal, se desarrolla en el marco del proyecto DIADA, una estrategia de implementación tecnológica para la integración de salud mental en atención primaria. A través de una encuesta aplicada entre noviembre de 2020 y agosto de 2021, se exploró la percepción de los pacientes sobre las facilidades (o dificultades) para acceder tanto a servicios generales como a servicios especializados en salud mental durante el periodo crítico de la pandemia.

El estudio evidencia un deterioro significativo en el acceso a los servicios generales de salud tras la pandemia, reportado por más del 80% de los participantes, especialmente entre mujeres, personas con comorbilidades y quienes padecen depresión. En cuanto a la salud mental, el panorama es aún más crítico: más del 85% indicó no haber tenido contacto con estos servicios, lo que revela una grave interrupción en la continuidad de la atención psicológica y psiquiátrica, incluso en personas ya diagnosticadas.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio se apoya en herramientas validadas como el PHQ- 9 y el AUDIT para establecer la severidad de los síntomas, y utiliza un instrumento adaptado del NIMH para captar las experiencias subjetivas de los pacientes. Esta aproximación refuerza la solidez de los resultados al integrar variables clínicas y contextuales, tales como edad, género, nivel socioeconómico, afiliación al sistema de salud, lugar de residencia y percepción del propio estado de salud mental durante la pandemia.

El estudio revela una desconexión preocupante entre los usuarios y el sistema de salud mental, incluso dentro de modelos integrados como DIADA. Los pacientes no reconocen la atención primaria como una vía válida para abordar sus necesidades psicológicas ni logran acceder efectivamente a servicios especializados. Esta situación refleja no solo deficiencias estructurales como la falta de personal, la fragmentación del sistema y las dificultades de movilidad, sino también una baja apropiación comunitaria del cuidado en salud mental, limitada por barreras tecnológicas, educativas y económicas. El análisis muestra que la pandemia no sólo agravó las limitaciones en el acceso a la salud mental, sino que también expuso debilidades en los modelos de atención, los cuales no se adaptaron adecuadamente a contextos de crisis prolongada. Se destaca la necesidad de fortalecer la comunicación entre usuarios e instituciones, mejorar la capacidad resolutive de la atención primaria y asegurar la continuidad del cuidado más allá de lo presencial.

Continuando en el contexto colombiano, la editorial de Parra-Henao (2022) constituye un valioso ejercicio de reflexión crítica sobre los avances y tensiones que atraviesan la innovación en salud pública en el contexto colombiano. A partir de una lectura integradora de marcos conceptuales internacionales y desarrollos normativos nacionales. El análisis propone una visión ampliada de la innovación en salud, que va más allá de la tecnología e incluye la mejora de sistemas, prácticas y políticas públicas para abordar problemas estructurales. Se concibe como un proceso cíclico impulsado por la insatisfacción con el estado actual, pero cuya implementación efectiva depende de factores culturales, normativos, organizacionales y de colaboración.

En este texto destaca el marco del CONPES 4069 de 2021, que plantea una política nacional de ciencia, tecnología e innovación con metas ambiciosas como alcanzar el 1 % del PIB en inversión en I+D y consolidar un ecosistema científico robusto. Si bien esta hoja de ruta

establece mecanismos concretos —como la integración funcional de institutos públicos de investigación y el fortalecimiento de capacidades institucionales, el artículo advierte que su éxito dependerá de factores como la colaboración interinstitucional, la flexibilidad organizativa y la participación de actores diversos.

Parra-Henao destaca la relevancia de la innovación abierta y social como estrategias clave para abordar problemas de manera colaborativa y con enfoque comunitario. Estas propuestas buscan superar modelos verticales en las políticas públicas, integrando herramientas digitales y saberes ancestrales, y promoviendo soluciones contextualizadas y culturalmente adecuadas.

Finalmente, el ensayo elaborado por Lopera-Medina (2022) constituye una de las pocas aproximaciones sistemáticas al papel de la ética en la administración en salud desde un enfoque teórico y contextualizado. Frente a la escasa literatura especializada sobre ética administrativa en el ámbito sanitario, la autora propone un marco reflexivo robusto que articula fundamentos filosóficos, funciones organizacionales y problemáticas socio estructurales que tensionan el quehacer del administrador contemporáneo.

El texto destaca que la gestión en salud está profundamente ligada a las condiciones materiales, políticas y éticas del entorno. La ética profesional se entiende no sólo como un conjunto de normas, sino como una práctica enraizada en el carácter moral del administrador, moldeado por su experiencia y contexto. La autora propone una visión compleja de los dilemas éticos, integrando tanto la ética del ser como la del deber, para lograr una gestión coherente con el derecho a la salud.

Dentro del ensayo identifica dos tipos de retos éticos: los ligados a contextos socioeconómicos (como desigualdad y corrupción) y los propios de las áreas funcionales de la

administración en salud. En cada una se presentan tensiones entre principios como eficiencia, equidad, legalidad, justicia y dignidad.

El abordaje teórico se enriquece con diversas perspectivas éticas: la ética kantiana (centrada en el deber), la ética de la virtud (centrada en el carácter), el consecuencialismo (basado en resultados), el principalísimo bioético (autonomía, justicia, beneficencia, no maleficencia), y la ética basada en derechos humanos. Esta diversidad permite a la autora mostrar que no existe una única forma de enfrentar los dilemas éticos, sino que el administrador debe construir una postura situada, crítica y deliberativa frente a cada circunstancia.

Como conclusión se puede decir que el texto critica el impacto del modelo de salud mercantilizado en el rol del administrador, señalando que la lógica del New Public Management ha convertido a los gestores en operadores enfocados en la rentabilidad, debilitando su compromiso con el bienestar colectivo. Por ello, se propone que el administrador actúe como un agente moral, defensor de la equidad, la dignidad y el cuidado. Además, se abordan los retos éticos en la investigación en salud, destacando la importancia de la integridad científica y el respeto a los participantes, entendiendo la ética investigativa como una responsabilidad social que va más allá del cumplimiento normativo.

En síntesis, el contexto colombiano revela un panorama de alta prevalencia de trastornos mentales, acceso desigual, insuficiencia de recursos humanos y limitaciones en la calidad de la atención. Estos desafíos exigen políticas públicas robustas, integrales y diferenciadas, que prioricen la equidad, fortalezcan la capacidad instalada y garanticen un seguimiento continuo de los pacientes para reducir la carga de enfermedad y mejorar el bienestar poblacional.

Ahora bien, con respecto al contexto local debe empezar señalándose que, el Valle del Cauca representa uno de los departamentos con mayor concentración poblacional del

suroccidente colombiano y enfrenta desafíos significativos en materia de salud mental. Según el Análisis de Situación de Salud Mental con Énfasis en Determinantes Sociales (2019–2023), los trastornos de ansiedad, depresión y otros problemas del estado de ánimo son los más prevalentes en la región, con una mayor incidencia en mujeres y población joven (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Estos problemas de salud mental se han visto exacerbados por determinantes sociales como la desigualdad económica, la violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias psicoactivas y el desplazamiento forzado, factores que afectan especialmente a la población vulnerable en municipios rurales.

En términos de intentos de suicidio, los datos departamentales muestran que la tasa en el Valle del Cauca supera la media nacional, con 62 por cada 100.000 habitantes frente a la media nacional de 56 por cada 100.000 habitantes. Este fenómeno se concentra principalmente en las cabeceras municipales, donde la urbanización, la presión social y el estrés académico o laboral aumentan el riesgo de intentos de suicidio (Ministerio de Salud y Protección Social, 2024). Los jóvenes, especialmente adolescentes entre 15 y 24 años, constituyen uno de los grupos más vulnerables, lo que enfatiza la necesidad de estrategias preventivas dirigidas a este sector poblacional.

El acceso a los servicios de salud mental en el Valle del Cauca muestra marcadas diferencias entre áreas urbanas y rurales. En la ciudad de Cali, la red de atención incluye hospitales, clínicas y programas especializados como la Línea 106, que ofrece atención psicológica gratuita y confidencial. Sin embargo, municipios pequeños y zonas rurales enfrentan restricciones significativas en la disponibilidad de profesionales y recursos, generando demoras en la atención y limitando el seguimiento clínico adecuado (Gobernación del Valle del Cauca, 2024). La densidad de psicólogos en el departamento es insuficiente para cubrir la demanda, un

problema que se refleja con mayor intensidad en localidades con baja densidad poblacional y limitaciones económicas.

El municipio de La Cumbre, con población cercana a 15.000 habitantes, enfrenta retos particulares derivados de su condición rural y su limitada infraestructura sanitaria. No existen registros oficiales desagregados de morbilidad por salud mental para el municipio; sin embargo, estudios locales sugieren que los factores de riesgo incluyen aislamiento social, falta de programas educativos en salud mental y limitación de profesionales disponibles para atención directa (Universidad Javeriana de Cali, 2025). Para contrarrestar esta situación, universidades y organismos departamentales han implementado programas de promoción de la vida y prevención de enfermedades, orientados a fortalecer la salud mental en municipios del suroccidente colombiano, incluyendo La Cumbre, Vijes y Villa Rica. Estas iniciativas buscan sensibilizar a la población, prevenir conductas suicidas y fomentar el acceso a atención psicológica de primera línea.

Los impactos de la pandemia de COVID-19 han sido un factor adicional que intensificó los problemas de salud mental en la región, aumentando los niveles de ansiedad y depresión, especialmente en población joven y en hogares con condiciones socioeconómicas limitadas (Banco de la República, 2025). La combinación de estos factores ha generado un aumento en la demanda de atención, poniendo de relieve la brecha existente entre la oferta de servicios y las necesidades reales de la población.

En el marco del Plan de Desarrollo Municipal 2024–2027, el municipio de La Cumbre plantea como eje central el fortalecimiento de las condiciones de bienestar y calidad de vida de la población, en articulación con los lineamientos nacionales y departamentales. Como instrumento de planificación destaca la necesidad de consolidar un territorio más equitativo y saludable,

orientando acciones hacia la promoción, prevención y prestación integral de los servicios de salud. En este sentido, se enfatiza la importancia de mejorar la capacidad institucional y la cobertura de los servicios, especialmente en contextos rurales, donde las condiciones geográficas y de acceso continúan representando desafíos significativos para la población (Alcaldía Municipal de La Cumbre, 2023).

En relación con la salud mental, el plan se enmarca en los lineamientos de la política pública nacional, promoviendo acciones orientadas a la prevención de problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y el riesgo de conducta suicida, así como al fortalecimiento de procesos de promoción del bienestar psicosocial. No obstante, aunque se reconocen estas problemáticas dentro del diagnóstico territorial, el abordaje de la salud mental se plantea principalmente desde estrategias de promoción y prevención, lo que sugiere limitaciones en la disponibilidad de servicios especializados y en la atención continua. Esto muestra que, si bien existe un reconocimiento institucional de la importancia de la salud mental, persisten retos en la consolidación de una oferta suficiente y oportuna de servicios psicológicos en el municipio (Alcaldía Municipal de La Cumbre, 2023).

Adicionalmente, el plan destaca la necesidad de fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención y de implementar estrategias con enfoque territorial que respondan a las particularidades de la población, especialmente en zonas rurales. En ese contexto, se plantea la importancia de mejorar la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud, así como de optimizar los recursos disponibles mediante una atención integral. Sin embargo, la identificación de estas necesidades también pone en evidencia la existencia de brechas estructurales en el sistema local de salud, lo que refuerza la pertinencia de analizar el funcionamiento de servicios específicos, como el de psicología, con el fin de identificar barreras,

oportunidades de mejora y estrategias que contribuyan al fortalecimiento de la atención en salud mental en el territorio (Alcaldía Municipal de La Cumbre, 2023).

En síntesis, el contexto del Valle del Cauca y La Cumbre evidencia un panorama de alta prevalencia de trastornos mentales, desigualdad en acceso a servicios, insuficiencia de profesionales especializados y vulnerabilidad social, especialmente en zonas rurales. La implementación de políticas públicas y programas comunitarios de promoción y prevención de la salud mental resulta crucial para reducir la brecha de atención y garantizar una cobertura equitativa que considere la diversidad de condiciones sociales, económicas y culturales en la región.

4. Metodología

4.1 Enfoque de Investigación

La investigación se enmarca en un enfoque cualitativo, al priorizar la comprensión profunda de las dinámicas institucionales, administrativas y operativas que inciden en la baja cobertura y débil continuidad del servicio de psicología en la E.S.E Hospital Santa Margarita del municipio de La Cumbre (Valle del Cauca). Este enfoque permite explorar los significados atribuidos por los actores al funcionamiento del servicio, facilitando una lectura interpretativa del contexto, las prácticas de atención y las relaciones interinstitucionales (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2010). Esta perspectiva resulta adecuada para analizar fenómenos donde la interacción humana, la percepción de la calidad, la cultura organizacional y los procesos de gestión son determinantes. Por ende, esta estrategia metodológica reconoce la importancia de situar el fenómeno en su contexto real, especialmente en instituciones públicas con restricciones operativas estructurales, lo cual fortalece la pertinencia de los hallazgos en escenarios de salud con enfoque territorial.

4.2 Tipo de Estudio

El estudio corresponde a una investigación aplicada, dado que se orienta a la resolución de un problema específico dentro del sistema de salud pública, es decir, el desmejoramiento del servicio de psicología en una E.S.E Hospital Santa Margarita del municipio de La Cumbre (Valle del Cauca). La investigación tiene un diseño de estudio de caso instrumental, lo que permite un análisis profundo del servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita, para comprender sus deficiencias estructurales y generar propuestas de mejora. De acuerdo con Stake (2005), este tipo de estudio es útil para examinar fenómenos particulares con el fin de transferir

aprendizajes a contextos similares. El estudio posee un alcance descriptivo y propositivo, pues busca identificar los factores que limitan la cobertura, continuidad y facturación del servicio, y proponer alternativas como el aprovechamiento de los Equipos Básicos en Salud (EBS) y el fortalecimiento de la articulación educativa. En este sentido, se espera que los hallazgos tengan una aplicación directa en la mejora de la gestión institucional de los servicios psicosociales.

4.3 Población y Muestra

La población está constituida por el personal asistencial y administrativo de la E.S.E Hospital Santa Margarita, así como por usuarios que acceden a la atención en salud mental en el municipio de La Cumbre. Se empleará un muestreo intencional o por conveniencia, adecuado para estudios cualitativos (Flick, 2020), de manera que la muestra incluyó 22 usuarios del servicio de psicología, 10 del personal asistencial y 7 colaboradores del personal administrativo, de la E.S.E. Así, la selección respondió a criterios de saturación teórica más que a representatividad estadística, garantizando una variedad de perspectivas institucionales. La participación fue voluntaria y con consentimiento informado, en concordancia con principios éticos de la investigación social.

- **Periodo para el objetivo específico 1.** En los meses Septiembre- octubre del 2025 se realizaron las entrevistas semiestructuradas a los usuarios identificados y personal administrativo designado por la ESE Hospital Santa Margarita de La Cumbre, Valle del Cauca
- **Periodo para el objetivo específico 2.** Los datos recolectados del comportamiento del servicio de psicología en el Hospital se revisaron desde el año

2022 hasta la fecha de corte 2025, todo esto como parte de un análisis documental realizado con el área de facturación.

4.4 Criterios de Inclusión/Exclusión

Para la presente investigación fueron incluidos aquellos funcionarios y actores externos que han tenido vinculación directa o indirecta con el servicio de psicología entre 2022 y 2025, preferiblemente con roles en prestación, coordinación, gestión, facturación y acceso al servicio de atención en psicología. Esto significa que, los criterios de inclusión contemplaron disponibilidad para participar, experiencia mínima de un año en la institución o en relación con el servicio, y autorización mediante consentimiento informado. Además, se excluyeron personas sin relación comprobada con el servicio durante el periodo de análisis, así como quienes manifestaron dificultades para brindar información confiable por razones de vinculación laboral o confidencialidad institucional.

4.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

Se utilizaron dos técnicas principales para la recolección de información, entrevistas semiestructuradas y análisis documental. Las entrevistas estuvieron dirigidas a tres tipos de actores clave: a) profesionales asistenciales, b) personal administrativo (jefes de área, control interno y facturación); c) usuarios. Se diseñó una guía de entrevista que exploró temas como percepción del servicio, condiciones de atención, barreras operativas, cumplimiento de indicadores y articulación territorial. Paralelamente, se desarrolló un análisis documental de registros institucionales como historias clínicas, bases de datos de producción de servicios, informes de gestión, actas de remisión, planes operativos y manuales de habilitación. Todo esto

en el marco de la normatividad vigente para comprender la situación del servicio frente a los estándares definidos por la Resolución 3100 de 2019.

4.6 Categorías de Análisis

En coherencia con el enfoque cualitativo adoptado, se abordarán con cinco categorías analíticas principales, cada una subdividida en subcategorías que permiten descomponer e interpretar los fenómenos observados.

Tabla 3. *Categorías de Análisis*

Categoría principal	Subcategorías de análisis	Instrumentos de recolección	Población objetivo
Cobertura del servicio psicológico	Número de usuarios por tipo de atención	Revisión documental (informes de gestión, bases de datos) Entrevistas semiestructuradas	Psicóloga institucional Coordinadores asistenciales Usuarios
	Diversidad de actividades ofertadas		
	Barreras de acceso institucional o comunitario		
Continuidad del proceso terapéutico	Adherencia al tratamiento	Revisión documental Entrevistas semiestructuradas	Psicóloga institucional Coordinadores asistenciales Usuarios
	Causas de abandono o interrupción		
	Seguimiento clínico desde la institución		
Percepción institucional de la calidad del servicio	Valoración del recurso humano	Entrevistas semiestructuradas	Psicóloga institucional Coordinadores asistenciales Usuarios
	Percepción del impacto terapéutico		
	Satisfacción con la gestión del componente psicosocial		
Articulación y gestión interna del servicio	Coordinación entre áreas clínicas y administrativas	Entrevistas semiestructuradas Revisión documental	Psicóloga institucional Coordinadores asistenciales Personal administrativo
	Flujo interno de remisiones		
	Disponibilidad técnica-operativa del servicio		
Capacidad de facturación y sostenibilidad financiera	Volumen de actividades facturadas	Revisión documental (reportes de facturación) Entrevistas semiestructuradas	Personal de facturación Coordinadores asistenciales
	Relación entre producción y facturación		
	Viabilidad financiera del servicio		

Nota. Elaborado a partir de los objetivos delimitados

La primera es la cobertura del servicio psicológico, que se abordará mediante las subcategorías: a) número de usuarios atendidos por consulta, control y psicoterapia; b) diversidad de actividades ofrecidas (individuales y grupales); y c) barreras de acceso (geográficas, administrativas o comunicativas). La segunda categoría es la continuidad del proceso terapéutico, con subcategorías como: a) adherencia de los usuarios al tratamiento, b) causas de abandono o inasistencia, y c) capacidad institucional de seguimiento clínico.

La tercera, percepción de calidad por parte de los actores institucionales, se subdivide en: a) valoración del recurso humano (idoneidad y disponibilidad), b) percepción sobre impacto terapéutico y pertinencia de las acciones, y c) satisfacción institucional con el componente psicológico. La cuarta categoría, articulación intersectorial para atención y remisión, comprende: a) remisiones efectivas desde instituciones educativas, b) coordinación entre sectores salud-educación, y c) existencia de redes o rutas interinstitucionales.

Finalmente, la categoría de capacidad de facturación y sostenibilidad del servicio incluye las subcategorías: a) volumen de actividades facturadas, b) relación entre producción y facturación efectiva, y c) sostenibilidad operativa del componente psicológico. Estas categorías estructurarán el análisis temático, guiando tanto la elaboración de instrumentos como la organización de resultados, permitiendo comprender integralmente las fallas estructurales del servicio desde una mirada contextual y situada.

Aunque la investigación se inscribe dentro de un enfoque cualitativo, el estudio incorpora información cuantitativa de carácter descriptivo, proveniente de registros administrativos, indicadores institucionales y resultados consolidados de encuestas. Dichos datos numéricos no se utilizan con fines inferenciales ni estadísticos, sino como insumos contextuales que permiten caracterizar el fenómeno estudiado, fortalecer la comprensión del contexto organizacional y

triangular la información obtenida a través de las entrevistas y el análisis documental. En este sentido, la cuantificación cumple una función interpretativa coherente con un enfoque cualitativo aplicado, orientado a comprender las dinámicas institucionales y de gestión que inciden en el acceso y desempeño del servicio de psicología, sin modificar la naturaleza comprensiva y exploratoria del estudio.

5. Resultados

En este capítulo se presentan y analizan los resultados de la investigación en concordancia los objetivos específicos delimitados, para ello se empieza por describir el procedimiento realizado para obtener la información y los datos obtenidos.

5.1 Descripción de la muestra

Para lograr obtener la información que permitió cumplir los objetivos propuestos, se diseñaron y aplicaron tres instrumentos a tres grupos diferentes, el primero de ellos fueron 22 usuarios del servicio de psicología; el segundo se corresponde con 10 miembros del personal asistencial; el tercero fueron 7 colaboradores que hacen parte del personal administrativo.

Cada uno de los instrumentos fue elaborado a partir de la teoría de las 5A con respecto a la accesibilidad en salud, de manera que, para poder lograr una mejor comprensión de los resultados se presentan los resultados de la aplicación del instrumento atendiendo las dimensiones propuestas por dicha teoría (disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad). La descripción y análisis se hizo por cada grupo de encuestados.

5.2 Resultados obtenidos en el grupo de usuarios

Para lograr una comprensión clara de los resultados se describen los datos obtenidos por la cada dimensión.

5.2.1 Disponibilidad según los usuarios

En esta dimensión se empezó preguntando si han intentado pedir cita o recibir atención de parte del servicio de psicología del hospital, la mayoría de los encuestados 77.3% manifestó haber intentado solicitar una cita o recibir atención con el psicólogo del hospital, lo cual muestra

que existe una alta demanda por servicios de salud mental. Sin embargo, el 22.7% indicó no haber realizado este intento, lo que sugiere la existencia de algún tipo de barrera (ver figura 1).

Figura 1. *Intentos por gestionar cita o recibir atención en el servicio de psicología*



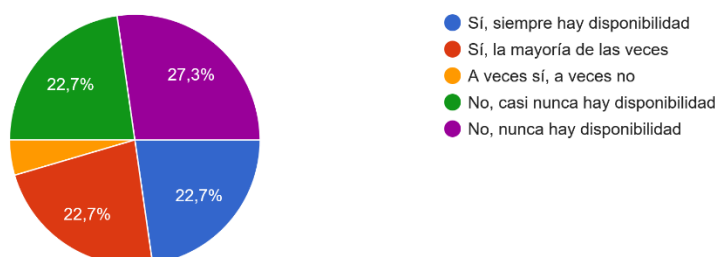
Nota. Elaboración propia.

Otro, En relación con la percepción sobre la disponibilidad del personal o la atención psicológica, los resultados evidencian una distribución polarizada. Un 50% de los encuestados considera que no existe suficiente disponibilidad del servicio (sumando las opciones “nunca” y “casi nunca”), mientras que un 45.5% percibe que sí hay atención disponible de manera constante o en la mayoría de los casos. Un porcentaje menor (4.5%) manifiesta una percepción intermedia (ver figura 2).

Figura 2. Disponibilidad de personal y servicio

¿Considera que hay suficiente personal o atención disponible cuando usted lo necesita?

22 respuestas



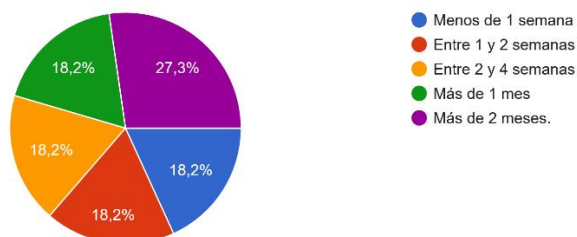
Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, en relación con el tiempo requerido para obtener una cita en el servicio de psicología, los resultados muestran una distribución heterogénea. Mientras que un 54.6% de los encuestados logra acceder a una cita en un periodo igual o inferior a cuatro semanas, un porcentaje significativo 45.5% registró tiempos de espera superiores a un mes, destacándose un 27.3% que indica demoras de más de dos meses. Estos datos reflejan dificultades importantes en la oportunidad del servicio, lo cual puede incidir negativamente en la continuidad de los procesos terapéuticos y en la efectividad de la atención en salud mental (ver figura 3).

Figura 3. Tiempo para conseguir cita

¿En cuanto tiempo logra conseguir cita?

22 respuestas



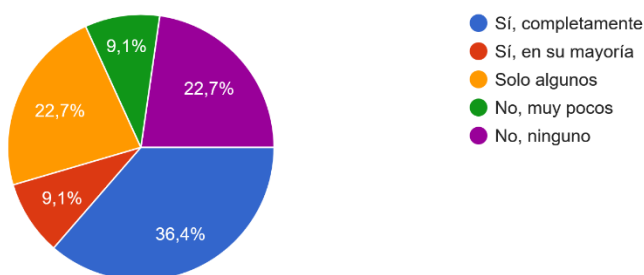
Nota. Elaboración propia.

En relación con la percepción sobre la pertinencia de los servicios psicológicos ofrecidos por el hospital, los resultados muestran una valoración dividida entre satisfacción e insatisfacción. Un 45.5% de los encuestados considera que el hospital cubre completamente o en su mayoría sus necesidades, mientras que un 54.5% percibe que los servicios son insuficientes o inexistentes, al señalar que solo se cubren algunos requerimientos o que estos son escasos o nulos (ver figura 4).

Figura 4. *Oferta de servicios psicológicos necesarios*

¿El hospital ofrece los servicios psicológicos que usted necesita?

22 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Hasta aquí queda abordada la dimensión disponibilidad del servicio de psicología, lo que subyace en los datos suministrados por los usuarios es que hay algunas tensiones. Si bien se identifica una alta intención de uso por parte de los usuarios, expresada en el porcentaje significativo de personas que han intentado acceder al servicio, ellos perciben que hay limitaciones relacionadas con la capacidad institucional para responder de manera oportuna y suficiente a la demanda existente. Las percepciones divididas frente a la disponibilidad del personal, los tiempos prolongados para la asignación de citas y la valoración crítica sobre la

cobertura de los servicios ofrecidos, sugieren que la oferta actual aún no logra satisfacer plenamente las necesidades de la población.

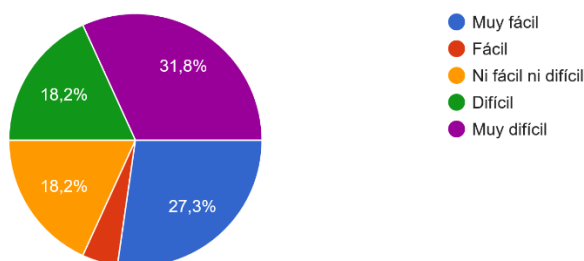
5.2.2 Accesibilidad según los usuarios

Con respecto a la dimensión accesibilidad se obtuvieron los resultados que se describen a continuación.

En relación con la facilidad de acceso físico al hospital, los resultados evidencian una percepción desfavorable, donde un 50.0% de los encuestados considera que llegar al hospital es difícil o muy difícil, destacándose un 31.8% que lo califica como muy difícil. En contraste, solo un 31.8% percibe el acceso como fácil o muy fácil, mientras que un 18.2% se ubica en una posición intermedia (ver figura 5).

Figura 5. *Facilidad para cumplir las citas en psicología*

¿Qué tan fácil o difícil le resulta llegar al hospital para las citas de psicología?
22 respuestas

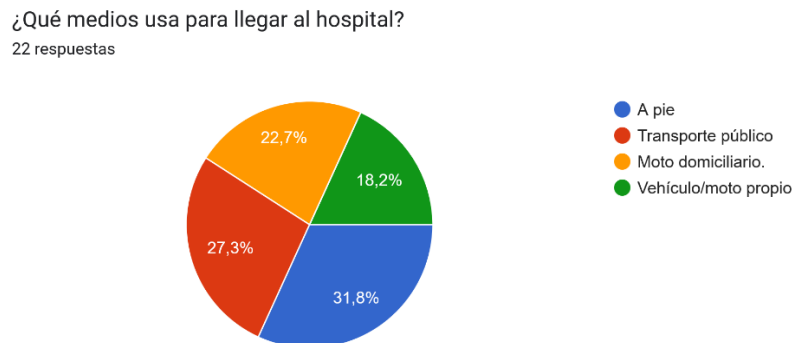


Nota. Elaboración propia.

Con respecto a los medios de transporte utilizados por los usuarios para acceder al hospital, predominan las opciones que implican esfuerzo físico o dependencia de servicios externos. Un 31.8% de los encuestados manifestó desplazarse a pie, seguido de un 27.3% que utiliza transporte público y un 22.7% que recurre a servicios de moto domiciliario. Solo un

18.2% cuenta con vehículo o moto propio. Estos resultados sugieren que una proporción significativa de los encuestados depende de medios de transporte potencialmente limitantes en términos de tiempo, costo y comodidad (ver figura 6).

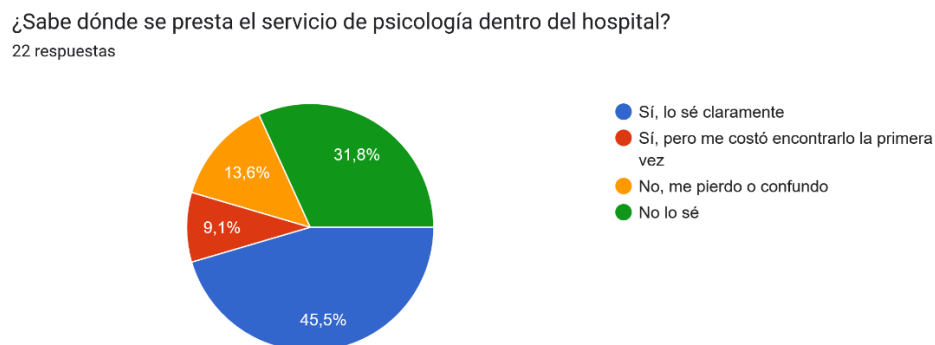
Figura 6. *Medios para llegar al hospital*



Nota. Elaboración propia.

En relación con el conocimiento sobre la ubicación del servicio de psicología dentro del hospital, los resultados muestran que, si bien el 45.5% de los encuestados afirma identificar claramente el lugar donde se presta la atención, existe un porcentaje significativo de usuarios que presenta dificultades. Un 31.8% manifiesta no saber dónde se encuentra el servicio, mientras que un 13.6% indica que se pierde o se confunde, y un 9.1% señala que, aunque logró ubicarlo, experimentó dificultades iniciales. Estos hallazgos evidencian limitaciones en la señalización, orientación o divulgación interna del servicio, lo que puede constituir una barrera adicional en términos de accesibilidad (ver figura 7).

Figura 7. *Conocimiento del lugar donde se presta el servicio de psicología*



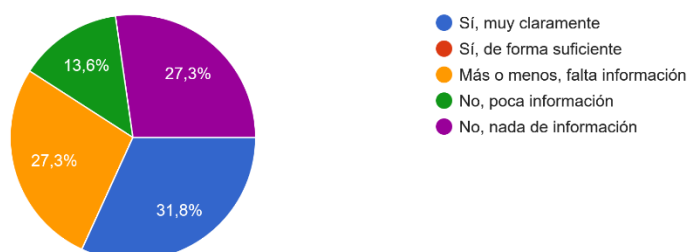
Nota. Elaboración propia.

Con respecto a la información proporcionada a los usuarios sobre el proceso de solicitud de citas y los horarios disponibles, los resultados evidencian deficiencias significativas. Aunque un 31.8% de los encuestados considera haber recibido información clara, no se registran respuestas en la categoría de suficiencia informativa, lo que sugiere limitaciones en la calidad o integralidad de la orientación brindada. Por otro lado, un 54.6% de los participantes manifiesta que la información es insuficiente o inexistente, al señalar que esta es escasa o nula, mientras que un 27.3% la percibe como parcial (ver figura 8).

Figura 8. *Orientación sobre citas y horarios*

¿Le han informado bien sobre cómo pedir las citas y los horarios disponibles?

22 respuestas



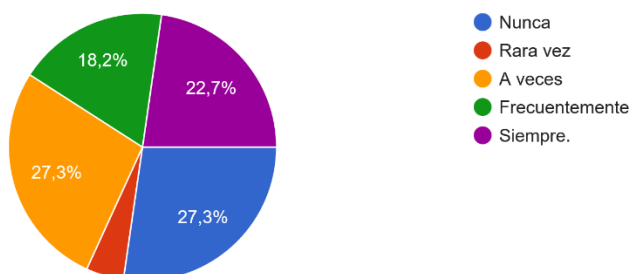
Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con relación a los problemas ocasionados por no tener transporte o las distancias que, el 81.8% ha experimentado dificultades para acceder al servicio de psicología del hospital, distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera: 27.3% reporta tener problemas "A veces", 22.7% "Siempre", 18.2% "Frecuentemente" y un 27.3% afirma "Nunca" haberlos tenido. Lo anterior sugiere que, a pesar de que el servicio existe, la barrera geográfica y logística del transporte es un obstáculo significativo para la mayoría de los encuestados, lo que podría estar afectando negativamente la continuidad y la efectividad de los tratamientos psicológicos (ver figura 9).

Figura 9. *Problemas con el transporte o distancias*

¿Ha tenido problemas por no tener transporte o por las distancias?

22 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Con respecto a los resultados de la dimensión accesibilidad se puede plantear que, existen múltiples barreras que limitan el acceso efectivo de los usuarios al servicio de psicología. Se identifican dificultades tanto en el acceso físico al hospital como en las condiciones de transporte, donde una proporción considerable de los encuestados depende de medios que implican mayores esfuerzos, costos o tiempos de desplazamiento. Asimismo, se observan debilidades en la orientación interna y en la información proporcionada sobre el servicio, lo que dificulta su ubicación y el proceso de acceso a citas. Estas condiciones se ven reforzadas por la alta proporción de usuarios que reportan problemas asociados a la distancia y al transporte, lo que sugiere que las barreras geográficas y logísticas siguen siendo un factor determinante. En este sentido, se puede inferir que, aunque el servicio se encuentra disponible, su accesibilidad se ve comprometida por limitaciones estructurales y organizativas que podrían estar afectando la oportunidad, continuidad y aprovechamiento de la atención psicológica por parte de la población usuaria.

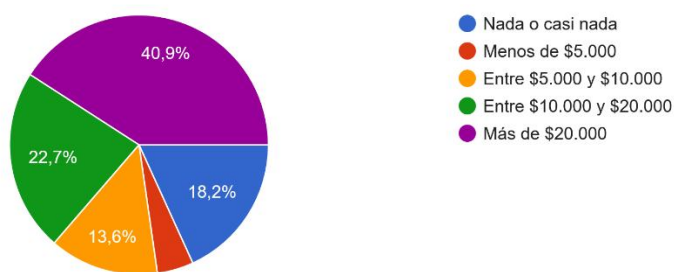
5.2.3 Asequibilidad según los usuarios

Continuando con el análisis de las dimensiones abordadas en la encuesta, es conveniente presentar los que se obtuvieron para medir la asequibilidad, para ello se empezó indagando por la cantidad de dinero han tenido que gastar cada vez que asisten a las citas, el 81.8% de los encuestados ha incurrido en algún costo de transporte, distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera: 40.9% reportó gastar "Más de \$20.000", 22.7% "Entre 10.000 y 20.000", 13.6% "Entre 5.000 y 10.000", 18.2% "Nada o casi nada" y un pequeño porcentaje menos del 5% "Menos de \$5.000". Lo anterior sugiere que, si bien el servicio en sí pueda ser gratuito o subsidiado, el costo de transporte asociado representa una carga económica significativa para la mayoría de los usuarios, lo que eventualmente podría derivar en el abandono del tratamiento (ver figura 10).

Figura 10. *Dinero gastado en citas*

¿Cuanto dinero ha tenido que gastar dinero cada vez que asiste a las citas?

22 respuestas



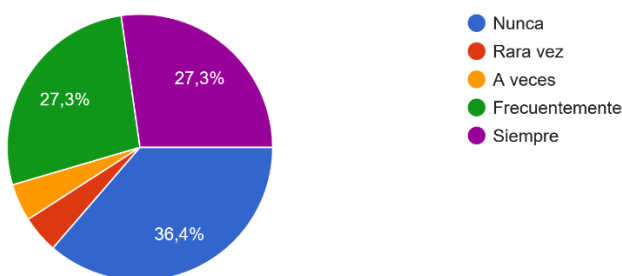
Nota. Elaboración propia.

Con relación a si los gastos incurridos han dificultado la asistencia a las consultas, el 59.1% de los encuestados afirma que estos costos les han complicado al menos en alguna

ocasión (agregando "A veces", "Frecuentemente" y "Siempre"), distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera: 36.4% respondió "Nunca", 18.2% "Rara vez", 9.1% "A veces", 9.1% "Frecuentemente" y 27.3% "Siempre". Lo anterior sugiere que, si bien una parte de los encuestados logra mantener su asistencia, para una proporción considerable (especialmente el 27.3% que indica "Siempre"), el costo representa una barrera económica real que amenaza directamente la continuidad del tratamiento (ver figura 11).

Figura 11. *Relación gastos y asistencia a las consultas*

¿Por lo general estos gastos le han dificultado asistir a las consultas?
22 respuestas



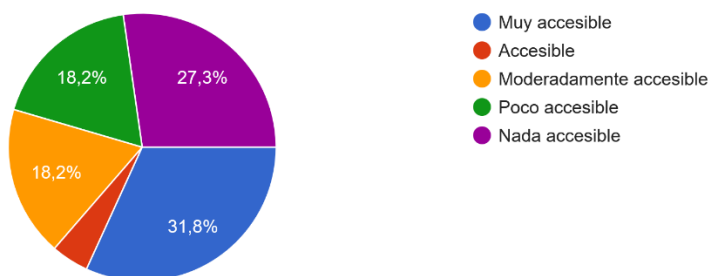
Nota. Elaboración propia.

Con relación a si los encuestados perciben que el servicio de psicología es económicamente accesible para ellos y sus familias, el 45.5% de los participantes consideró que el servicio es poco o nada accesible (sumando el 18.2% que lo calificó como "Poco accesible" y el 27.3% como "Nada accesible"), mientras que un 31.8% lo encontró "Muy accesible", el 18.2% "Moderadamente accesible" y apenas el 4.5% restante lo valoró como "Accesible". Lo anterior sugiere que, a pesar de que algunos usuarios no enfrentan costos directos por el servicio, la percepción general de asequibilidad es negativa para casi la mitad de los encuestados (ver figura 12).

Figura 12. *Percepción sobre la accesibilidad económica del servicio*

¿Cree que el servicio es económicamente accesible para usted y su familia?

22 respuestas



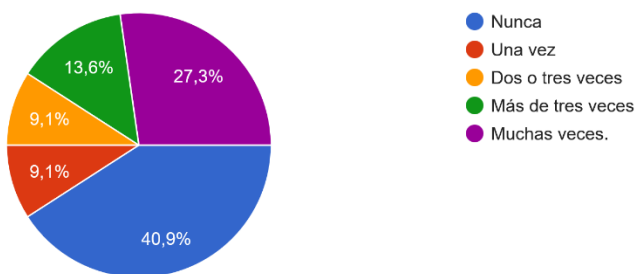
Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con relación a si los encuestados han dejado de asistir a alguna cita por falta de dinero, el 54.5% de ellos admitió haberlo hecho en alguna ocasión, distribuyéndose las respuestas de la siguiente manera: 40.9% respondió "Nunca", 9.1% "Una vez", 9.1% "Dos o tres veces", 13.6% "Más de tres veces" y 27.3% "Muchas veces". Lo anterior sugiere que la falta de recursos económicos puede ser una causa directa de interrupción en el tratamiento para más de la mitad de los usuarios (ver figura 13).

Figura 13. *Inasistencia por falta de dinero*

¿Ha dejado de ir a alguna cita por falta de dinero?

22 respuestas



Nota. Elaboración propia.

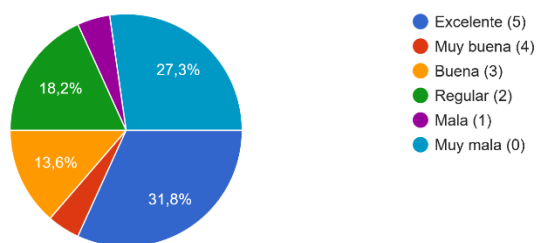
Con relación a los resultados de la dimensión asequibilidad se observa que, si bien el servicio de psicología puede no implicar costos directos elevados, existen cargas económicas indirectas, principalmente asociadas al transporte, que afectan de manera significativa a los usuarios. Se observa que una proporción considerable de los encuestados incurre en gastos recurrentes que, en muchos casos, superan los \$20.000 por desplazamiento, lo que constituye una barrera importante para la continuidad del tratamiento. Asimismo, más de la mitad de los participantes reconoce que estos costos han dificultado su asistencia, e incluso han llevado a la inasistencia en múltiples ocasiones, lo que refleja un impacto directo en la adherencia al proceso terapéutico.

5.2.4 Aceptabilidad según los usuarios

Con respecto a la dimensión aceptabilidad se pueden observar los resultados obtenidos. Para empezar los resultados muestran una percepción heterogénea frente a la atención recibida por parte del personal de psicología y del hospital. Si bien una proporción importante de los usuarios califica el servicio de manera positiva, destacándose las categorías “excelente” 31,8% y “buena” 13,6%, también se observa un porcentaje significativo de valoraciones negativas, especialmente en la categoría “muy mala” 27,3%, seguida de “regular” (18,2%). Las respuestas extremas reflejan una experiencia polarizada entre los usuarios, lo que sugiere inconsistencias en la calidad de la atención brindada (ver figura 14).

Figura 14. *Percepción de la atención del personal y la institución*

¿Cómo se ha sentido con la atención del personal de psicología y del hospital?
22 respuestas

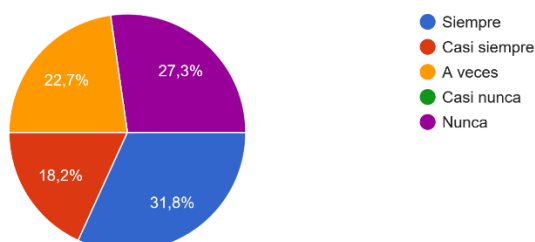


Nota. Elaboración propia.

Por otro lado, los resultados también mostraron una distribución equilibrada pero preocupante en la percepción de los usuarios respecto a si son escuchados y tratados con respeto. Aunque el 31,8% afirma que esto ocurre “siempre” y un 18,2% “casi siempre”, lo que refleja experiencias positivas en una parte de la población, también se evidencia que un porcentaje considerable reporta experiencias desfavorables, destacándose el 27,3% que indica “nunca” y el 22,7% “a veces”. Esta dispersión de respuestas sugiere una marcada variabilidad en la calidad del trato brindado, lo que permite inferir que no existe una experiencia homogénea entre los usuarios, y que una proporción significativa percibe deficiencias en aspectos fundamentales como la escucha activa y el respeto durante la atención (ver figura 15)

Figura 15. *Percepción sobre el trato*

¿Siente que lo escuchan y lo tratan con respeto?
22 respuestas

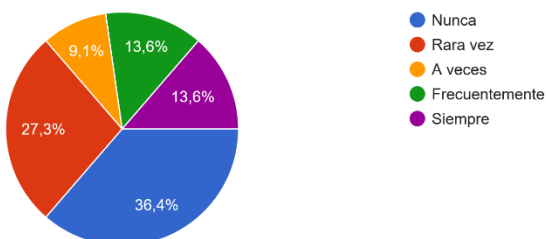


Nota. Elaboración propia.

De otro lado, se muestran diversas percepciones en relación con la presencia de juicios, discriminación o falta de comprensión durante la atención. Si bien el 36,4% de los usuarios manifiesta que “nunca” ha experimentado este tipo de situaciones y un 27,3% señaló que ocurre “rara vez”, lo que sugiere una experiencia mayoritariamente favorable en más de la mitad de los encuestados, persiste un grupo significativo que reporta vivencias negativas, con un 13,6% que señala que esto ocurre “frecuentemente”, otro 13,6% “siempre” y un 9,1% “a veces” (ver figura 16).

Figura 16. *Percepción sobre posibles prejuicios y demás en la atención*

¿Ha sentido en algún momento que lo juzgan, discriminan o no lo entienden?
22 respuestas

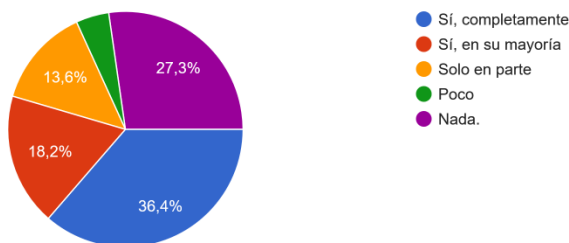


Nota. Elaboración propia.

Con respecto a la adaptación del servicio a las necesidades de los usuarios, los resultados reflejan una percepción dividida respecto a la adecuación del servicio a las características personales, culturales y formas de vida de los usuarios. Por un lado, se observa una valoración positiva en el 36,4% que considera que el servicio se adapta “completamente” y en el 18,2% que indica que lo hace “en su mayoría”, lo que sugiere que para más de la mitad de los encuestados existe un nivel aceptable de ajuste. Sin embargo, un porcentaje significativo manifiesta percepciones desfavorables, destacándose el 27,3% que afirma que el servicio “no se adapta en nada”, junto con quienes consideran que se adapta “solo en parte” 13,6% o “poco” 4,5% (ver figura 17).

Figura 17. *Percepción sobre la adaptación del servicio*

¿Cree que el servicio se adapta bien a su manera de pensar, a su cultura o a su forma de vida?
22 respuestas



Nota. Elaboración propia.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la dimensión aceptabilidad, se puede plantear que, hay una experiencia heterogénea por parte de los usuarios frente al servicio de psicología, caracterizada por percepciones tanto positivas como negativas. Si bien una proporción importante de los encuestados valora favorablemente aspectos como la atención recibida, el respeto, la escucha y la adaptación del servicio, también se identifican porcentajes significativos

que reportan experiencias desfavorables, incluyendo sentimientos de no ser escuchados, percepciones de trato inadecuado y falta de ajuste a sus características personales y culturales.

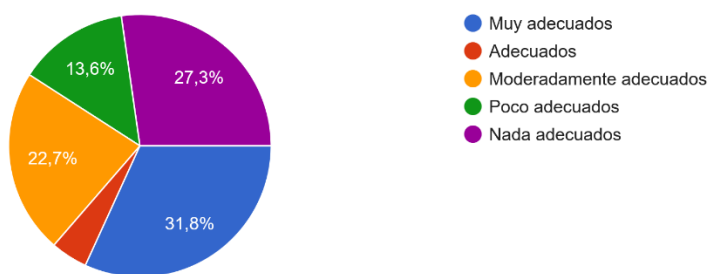
5.2.5 Adaptabilidad según los usuarios

Con respecto a la dimensión adaptabilidad se obtuvieron los siguientes resultados. Para empezar, los resultados muestran una percepción dividida frente a la adecuación de los horarios del servicio. Por un lado, se observa que un 31,8% de los usuarios considera que los horarios son “muy adecuados” y un 22,7% “moderadamente adecuados”, lo que indica que para más de la mitad de los encuestados existe un nivel aceptable de ajuste. Sin embargo, un porcentaje significativo manifestó su inconformidad, destacándose el 27,3% que califica los horarios como “nada adecuados” y el 13,6% como “poco adecuados”, mientras que solo un 4,5% los percibe simplemente como “adecuados”. Esta distribución permite inferir que, si bien una parte importante de los usuarios logra adaptarse a la oferta horaria, persisten dificultades para otro grupo, lo que sugiere limitaciones en la flexibilidad del servicio para responder de manera efectiva a las necesidades y condiciones de disponibilidad de la población atendida (ver figura 18).

Figura 18. Percepción sobre la adaptación de horarios

¿Los horarios del servicio le parecen adecuados o le generan dificultad?

22 respuestas

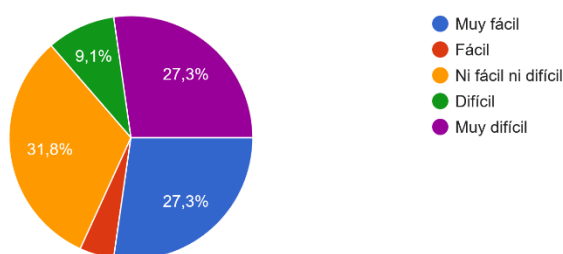


Nota. Elaboración propia.

Otro de los resultados obtenidos muestra que hay una distribución equilibrada pero heterogénea en la percepción de los usuarios respecto a la facilidad para conseguir citas en los horarios disponibles. Por un lado, un 27,3% considera que ha sido “muy fácil” acceder a citas y un 4,5% lo califica como “fácil”, lo que muestra experiencias positivas en una parte de la población. Sin embargo, un porcentaje igualmente significativo manifiesta dificultades, de ahí que, un 27,3% indica que ha sido “muy difícil” y un 9,1% “difícil”. A esto se suma un 31,8% que percibe el proceso como “ni fácil ni difícil”, lo que sugiere una experiencia intermedia. Estos resultados permiten plantear que, no existe una percepción homogénea en cuanto a la asignación de citas, evidenciándose tanto facilidades como barreras que podrían estar relacionadas con la disponibilidad de cupos, la organización del servicio o la compatibilidad de los horarios ofrecidos con las condiciones de los usuarios (ver figura 19).

Figura 19. Percepción sobre la consecución de citas

¿Qué tan fácil ha sido conseguir citas en los horarios que puede asistir?
22 respuestas



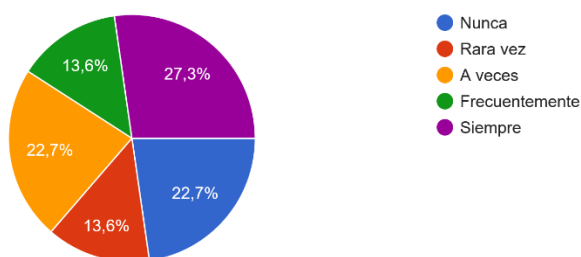
Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con respecto a la asistencia a citas en las que se deja de realizar otras actividades laborales o personales por parte de los usuarios, una proporción significativa de ellos destacó que un 27,3% manifestó que “siempre” ha tenido que faltar al trabajo o dejar otras

ocupaciones, mientras que un 13,6% lo hace “frecuentemente” y un 22,7% “a veces”, lo que indica que más de la mitad de los encuestados enfrenta este tipo de dificultades de manera recurrente. Por otro lado, un 22,7% señala que “nunca” ha tenido que hacerlo y un 13,6% “rara vez”, lo que refleja que para un grupo menor la asistencia no representa mayores interferencias. A partir de estos resultados se puede señalar que los horarios del servicio pueden no ajustarse adecuadamente a las dinámicas cotidianas de una parte importante de los usuarios, generando tensiones entre el acceso a la atención y el cumplimiento de sus responsabilidades diarias (ver figura 20).

Figura 20. *Percepción sobre la asistencia a citas en los horarios designados*

¿Ha tenido que faltar al trabajo o dejar otras actividades por asistir a la cita?
22 respuestas



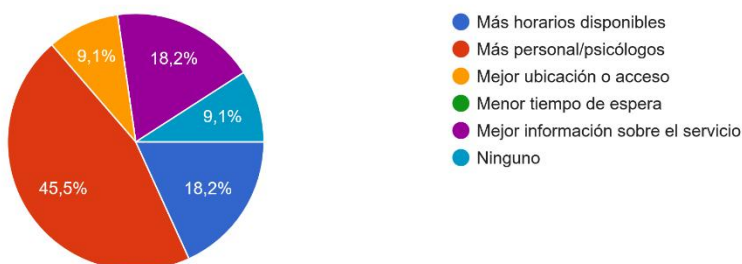
Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con respecto a la principal necesidad percibida por los usuarios para mejorar el servicio se concentró en el fortalecimiento de la capacidad operativa, particularmente en la disponibilidad de talento humano, dado que un 45,5% considera prioritario contar con más personal o psicólogos. Asimismo, un 18,2% señaló la importancia de ampliar los horarios disponibles y otro 18,2% resaltó la necesidad de mejorar la información sobre el servicio, lo que sugiere limitaciones tanto en la cobertura como en los procesos de comunicación. En menor medida, un 9,1% identificó aspectos relacionados con la ubicación o el acceso, mientras que un

porcentaje igual considera que no se requieren cambios. Estos resultados permiten señalar que las principales oportunidades de mejora se orientan hacia la ampliación de la oferta del servicio y el fortalecimiento de su organización, con el fin de responder de manera más efectiva a la demanda y a las necesidades de los usuarios (ver figura 20).

Figura 21. *Percepción sobre los cambios a realizar en el servicio*

En su opinión, ¿Qué cambio sería más importante para mejorar el servicio?
22 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Lo expuesto en esta la dimensión adaptabilidad muestra una experiencia heterogénea en relación con la capacidad del servicio para ajustarse a las condiciones y necesidades de los usuarios. Si bien una parte importante de los encuestados percibe de manera positiva la adecuación de los horarios y la facilidad para acceder a citas, también se identifican dificultades significativas asociadas a la disponibilidad de cupos y a la compatibilidad de los horarios con las dinámicas cotidianas, lo que se refleja en la necesidad frecuente de sacrificar actividades laborales o personales para asistir a la atención. Asimismo, las principales propuestas de mejora se orientan hacia el aumento del personal, la ampliación de horarios y el fortalecimiento de la información brindada, lo que sugiere limitaciones en la capacidad de respuesta del servicio.

5.3 Resultados obtenidos en el personal asistencial

Una vez aplicada la encuesta al personal asistencial, se presenta los resultados por cada una de las dimensiones.

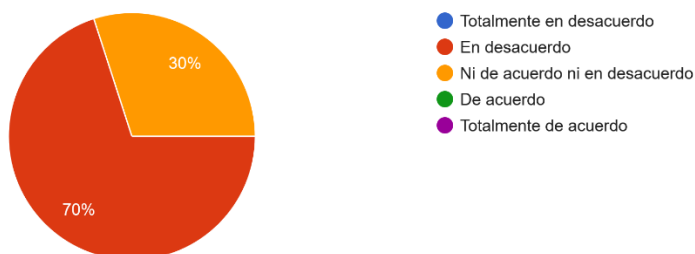
5.3.1 Disponibilidad según el personal asistencial

En esta primera dimensión denominada disponibilidad muestra en su pregunta inicial que hay una percepción mayoritariamente negativa por parte del personal asistencial en relación con la suficiencia de profesionales de psicología para atender la demanda actual. Un 70,0% de los encuestados manifiesta estar en desacuerdo con la afirmación, mientras que el 30,0% adopta una posición neutral, sin registrarse valoraciones positivas al respecto. Esta distribución permite inferir que existe una percepción generalizada de limitaciones en la capacidad del recurso humano, lo que eventualmente puede llegar a incidir en la carga laboral, la oportunidad en la atención y la calidad del servicio brindado a los usuarios (ver figura 22).

Figura 22. *Percepción de suficiencia de personal*

Desde su experiencia, ¿considera que el hospital cuenta con suficientes profesionales de psicología para atender la demanda actual?

10 respuestas



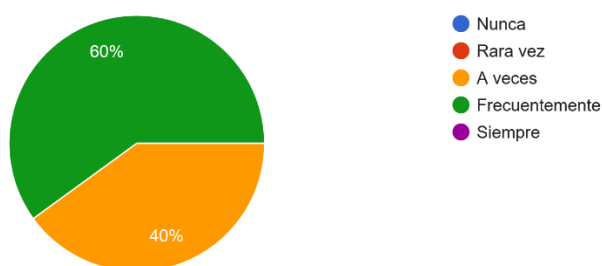
Nota. Elaboración propia.

En esa misma dirección, se pudo establecer que la totalidad del personal asistencial percibe dificultades en la atención oportuna de los usuarios que requieren servicios de psicología. Un 60,0% señala que estos casos se presentan “frecuentemente”, mientras que el 40,0% restante indica que ocurren “a veces”. Esta distribución permite inferir que la falta de oportunidad en la atención no es un hecho aislado, sino una situación recurrente dentro del servicio, lo cual puede tener relación con posibles limitaciones de recursos y falta de personal asistencial frente a la demanda del servicio (ver figura 23).

Figura 23. *Frecuencia en la desatención del servicio*

¿Qué tan frecuentes son los casos en los que un usuario requiere atención psicológica pero no logra recibirla a tiempo?

10 respuestas



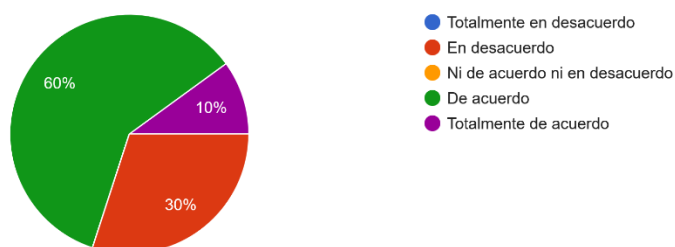
Nota. Elaboración propia.

De otro lado, los resultados obtenidos también muestran una percepción mayoritariamente positiva del personal asistencial en relación con la adecuación de los recursos disponibles para la prestación del servicio de psicología. Un 60,0% de los encuestados se muestra “de acuerdo” y un 10,0% “totalmente de acuerdo”, lo que indica que para la mayoría las condiciones en términos de espacios, materiales y equipos son apropiadas para brindar una

atención de calidad. No obstante, un 30,0% manifiesta estar en desacuerdo, lo que sugiere que existe un grupo significativo que percibe limitaciones en estos aspectos (ver figura 24).

Figura 24. *Percepción sobre los recursos disponibles*

Los recursos disponibles (espacios, materiales, equipos, etc.) son adecuados para brindar un servicio de calidad
10 respuestas



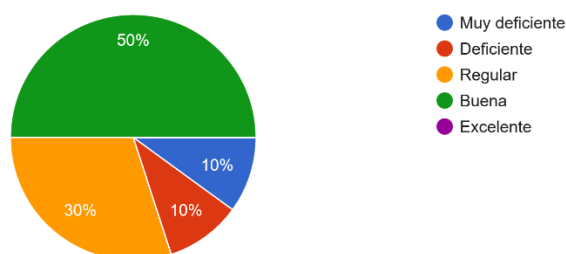
Nota. Elaboración propia.

Los resultados también muestran que hay una percepción moderadamente favorable en relación con la coordinación entre el área de psicología y los demás servicios asistenciales del hospital, dado que el 50,0% de los encuestados la califica como “buena”. Sin embargo, un 30,0% la percibe como “regular”, lo que sugiere la existencia de aspectos susceptibles de mejora en la articulación entre servicios. Adicionalmente, un 20,0% reporta valoraciones negativas, distribuidas entre “deficiente” 10,0% y “muy deficiente” (10,0%), lo que indica que una proporción no menor del personal identifica fallas en la comunicación o en los procesos de coordinación. Lo anterior permite inferir que, aunque existe una base funcional en la articulación entre áreas, persisten debilidades que podrían estar afectando la integralidad y continuidad de la atención brindada a los usuarios (ver figura 25).

Figura 25. *Percepción sobre la coordinación entre servicios*

¿Cómo calificaría la coordinación entre el área de psicología y los demás servicios asistenciales del hospital?

10 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Los resultados descritos en la dimensión disponibilidad muestran que las principales limitaciones del servicio de psicología se concentran en la insuficiencia de talento humano y en la capacidad de respuesta frente a la demanda existente. Se destaca una percepción mayoritariamente negativa sobre la cantidad de profesionales disponibles, lo que se ve reflejado en la frecuencia con la que los usuarios no logran acceder a la atención de manera oportuna. No obstante, se reconocen condiciones relativamente favorables en cuanto a los recursos físicos y materiales, así como una coordinación entre servicios, aunque funcional en términos generales.

5.3.2 Accesibilidad según el personal asistencial

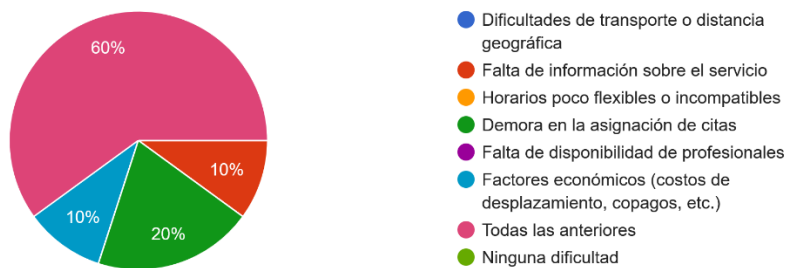
Con respecto a la accesibilidad, se presentan los resultados obtenidos con la encuesta aplicada al personal asistencial. Inicialmente, los resultados muestran que, la percepción del personal asistencial, acerca de las dificultades de acceso al servicio de psicología no se explican por un único factor, más bien por la convergencia de múltiples barreras. En ese sentido, el 60,0%

de los encuestados identifica que las principales limitaciones corresponden a “todas las anteriores”, integrando aspectos como la demora en la asignación de citas, los factores económicos y la falta de información sobre el servicio. De manera complementaria, un 20,0% resalta de manera específica los retrasos en la asignación de citas, mientras que un 10,0% señala los factores económicos y otro 10,0% la falta de información. Esta distribución permite plantear que el acceso al servicio se ve afectado por barreras de tipo estructural, económico y comunicativo, que, al confluir entre sí, pueden aumentar las dificultades de los usuarios para acceder de manera oportuna y efectiva a la atención psicológica (ver figura 26).

Figura 26. *Percepción sobre las dificultades para el acceso al servicio*

¿Cuáles considera que son las principales dificultades que tienen los usuarios para llegar o acceder al servicio de psicología?

10 respuestas



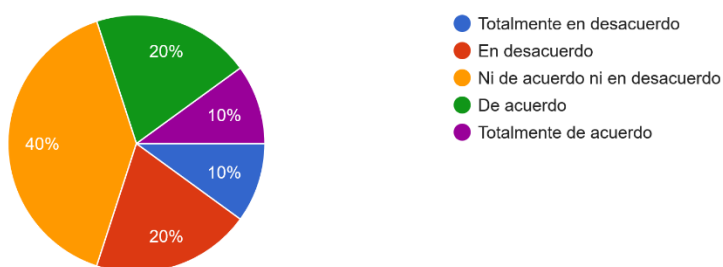
Nota. Elaboración propia.

De otro lado, hay una percepción dividida e incluso incierta por parte del personal asistencial respecto a la suficiencia de la información que reciben los usuarios sobre la disponibilidad del servicio y los mecanismos de acceso. Si bien un 30,0% manifestó una valoración positiva (20,0% “de acuerdo” y 10,0% “totalmente de acuerdo”), un porcentaje equivalente 30,0% expresa desacuerdo (20,0% “en desacuerdo” y 10,0% “totalmente en desacuerdo”), mientras que el 40,0% se mantiene en una posición neutral. Esta distribución

permite inferir que no existe una claridad consolidada sobre la efectividad de los procesos de información, lo que sugiere posibles inconsistencias en la comunicación hacia los usuarios y la necesidad de fortalecer las estrategias de orientación y divulgación del servicio para garantizar un acceso más claro y oportuno (ver figura 27).

Figura 27. *Percepción sobre la suficiencia de información*

Los usuarios reciben información suficiente sobre la disponibilidad del servicio y cómo acceder a él
10 respuestas



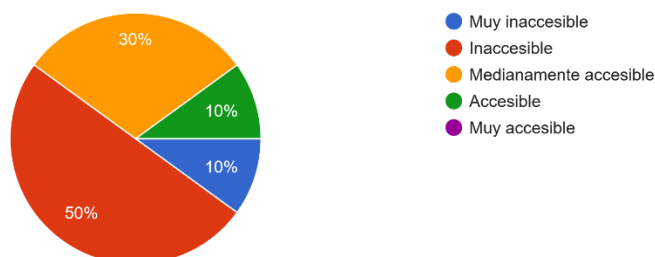
Nota. Elaboración propia.

Otro de los aspectos que se lograron identificar es que hay una percepción mayoritariamente desfavorable en cuanto a la accesibilidad del servicio de psicología para personas provenientes de zonas rurales o con dificultades de transporte. Un 50,0% de los encuestados lo califica como “inaccesible” y un 10,0% como “muy inaccesible”, lo que indica que para el 60,0% del personal asistencial existen barreras significativas que limitan el acceso de esta población. Por otro lado, un 30,0% lo considera “medianamente accesible” y apenas un 10,0% lo percibe como “accesible”. Esta distribución permite inferir que las condiciones geográficas y de movilidad representan un obstáculo importante para garantizar el acceso equitativo al servicio, especialmente para aquellos usuarios que se encuentran en contextos más vulnerables o alejados (ver figura 28).

Figura 28. *Percepción de la accesibilidad del servicio*

¿Qué tan accesible considera que es el servicio para personas de zonas rurales o con dificultades de transporte?

10 respuestas



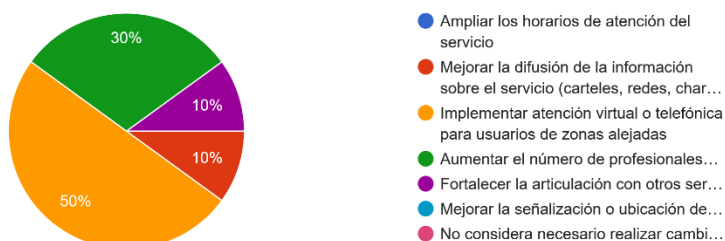
Nota. Elaboración propia.

En esa misma dirección, de acuerdo con la perspectiva del personal asistencial, las principales estrategias para mejorar el acceso al servicio de psicología se deben enfocar hacia la implementación de alternativas que superen las barreras geográficas y de disponibilidad. En este sentido, el 50,0% de los encuestados considera prioritario implementar modalidades de atención virtual o telefónica, lo que refleja la necesidad de ampliar las formas de acceso para usuarios de zonas alejadas o con dificultades de desplazamiento. Asimismo, un 30,0% señala la importancia de aumentar el número de profesionales disponibles, mientras que en menor medida se mencionan acciones como fortalecer la articulación con otros servicios (10,0%) y mejorar la difusión de la información (10,0%). En general, puede señalarse que las soluciones propuestas apuntan tanto a la ampliación de la capacidad instalada como a la diversificación de los canales de atención, con el fin de garantizar un acceso más oportuno, equitativo y acorde a las condiciones de la población usuaria (ver figura 29).

Figura 29. *Percepción sobre estrategias de acceso*

Desde su punto de vista, ¿Qué podría hacerse para mejorar el acceso físico o informativo de los usuarios al servicio?

10 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Los resultados descritos en la dimensión accesibilidad según lo señalado por el personal asistencial muestran que, el acceso al servicio de psicología se encuentra limitado por la convergencia de múltiples barreras de tipo estructural, geográfico y comunicativo. Se destacan dificultades relacionadas con la demora en la asignación de citas, las condiciones económicas de los usuarios, la insuficiencia de información y, de manera especial, las restricciones que enfrentan las personas de zonas rurales o con problemas de transporte. Asimismo, se observa falta de consenso respecto a la efectividad de los procesos de información, lo que sugiere inconsistencias en la orientación brindada a los usuarios. Frente a este panorama, las propuestas de mejora se orientan principalmente hacia la implementación de modalidades de atención virtual, el aumento del talento humano y el fortalecimiento de las estrategias de difusión.

5.3.3 Asequibilidad según el personal asistencial

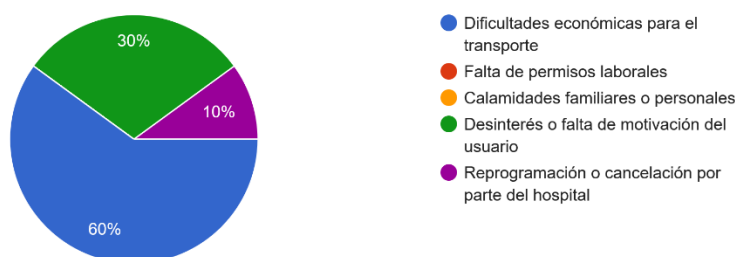
Continuando con la presentación de los resultados de la dimensión asequibilidad, se encontró que, desde la percepción del personal asistencial, las razones económicas, particularmente asociadas a los costos de transporte, se constituyen como el principal factor que

incide en la inasistencia de los usuarios a las citas de psicología, siendo señaladas por el 60,0% de los encuestados. En menor medida, un 30,0% atribuye esta situación al desinterés o falta de motivación del usuario, mientras que un 10,0% la relaciona con reprogramaciones o cancelaciones por parte del hospital. Esta distribución permite inferir que, si bien existen factores individuales e institucionales que influyen en la continuidad del tratamiento, las limitaciones económicas representan la barrera más determinante según el personal asistencial encuestado, lo que podría estar afectando la adherencia de los usuarios y la efectividad de los procesos de atención psicológica (ver figura 30).

Figura 30. *Percepción sobre posibles razones económicas para no asistir a citas*

¿Ha observado que algunos usuarios dejan de asistir a las citas por razones económicas (transporte, permisos laborales, etc.)?

10 respuestas



Nota. Elaboración propia.

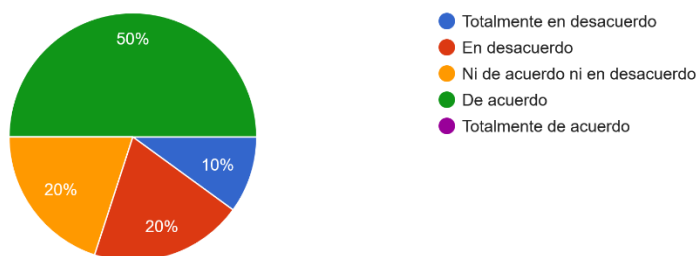
En esa misma dirección, el personal asistencial señaló que los costos asociados al servicio constituyen una barrera relevante para el acceso de los usuarios. Un 50,0% de los encuestados se muestra “de acuerdo” con esta afirmación, lo que indica que reconocen el impacto significativo de los gastos relacionados con copagos, transporte u otros costos indirectos. Por otro lado, un 20,0% se mantiene en una posición neutral, mientras que un 30,0% expresa desacuerdo (sumando “en desacuerdo” y “totalmente en desacuerdo”), lo que sugiere que no existe una

percepción completamente homogénea al respecto. Estos datos permiten inferir que, aunque hay cierto nivel de divergencia en las opiniones, predomina la idea de que los costos económicos representan un obstáculo importante que puede afectar la continuidad y el acceso oportuno al servicio de psicología (ver figura 31).

Figura 31. *Percepción sobre las barreras para el acceso*

¿Considera que los costos asociados al servicio (Copagos, traslados, etc.) son una barrera significativa?

10 respuestas



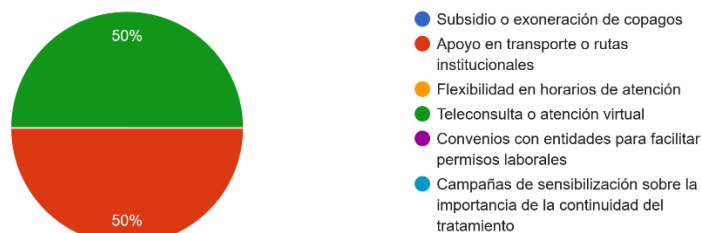
Nota. Elaboración propia.

Por último, los datos muestran que, el personal asistencial identifica como principales estrategias para reducir las barreras económicas del servicio la implementación de apoyos en transporte y el fortalecimiento de la atención virtual, ambas opciones con un 50,0% de preferencia. Esta distribución refleja un consenso en torno a la necesidad de intervenir tanto en los costos asociados al desplazamiento como en la diversificación de las modalidades de atención, permitiendo a los usuarios acceder al servicio sin incurrir en gastos adicionales (ver figura 32).

Figura 32. Estrategias que podrían implementarse

¿Qué tipo de apoyos o mecanismos considera que podrían ayudar a reducir estas dificultades económicas para los usuarios?

10 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Los resultados arrojados en la dimensión asequibilidad muestran que las limitaciones económicas constituyen una barrera significativa para el acceso y la continuidad del servicio de psicología, especialmente en lo relacionado con los costos de transporte. Desde la perspectiva del personal asistencial, se reconoce que estos factores influyen directamente en la inasistencia de los usuarios, por encima de otras causas como el desinterés o situaciones institucionales. Asimismo, aunque existen algunas posturas divergentes, predomina la percepción de que los costos asociados al servicio representan un obstáculo relevante. Frente a este panorama, las propuestas de mejora se orientan hacia la implementación de apoyos en transporte y el fortalecimiento de modalidades de atención virtual, lo cual permite inferir que la reducción de las cargas económicas indirectas es clave para garantizar un acceso más equitativo, continuo y efectivo a la atención psicológica.

5.3.4 Aceptabilidad según el personal asistencial

En esta dimensión se obtuvieron datos que muestran asuntos claves aportados por el personal asistencial encuestado. En la primera pregunta que fue abierta, se puede identificar una

percepción mixta respecto a la actitud del personal asistencial y administrativo hacia los usuarios que solicitan atención psicológica. Por un lado, varios participantes destacan valoraciones positivas, describiendo al personal como “amable”, “profesional” y con una “buena” disposición, lo que sugiere la existencia de prácticas adecuadas en el trato y la atención. Sin embargo, también emergen apreciaciones críticas que señalan dificultades en la respuesta institucional, percepciones de falta de solución a las necesidades de los usuarios y, de manera relevante, una tendencia a subestimar la importancia del servicio de psicología en comparación con otras áreas como la consulta médica. Asimismo, se menciona una posible disminución en la demanda o interés por parte de los usuarios, lo cual podría estar relacionado con estas percepciones. En general, estas respuestas sugieren que, aunque existen actitudes favorables en algunos sectores, persisten debilidades en el reconocimiento, la valoración y el posicionamiento del servicio de psicología dentro de la dinámica institucional (ver tabla 4).

Tabla 4. *Percepción sobre la actitud del personal administrativo y asistencial*

¿Cómo percibe la actitud del personal asistencial y administrativo hacia los usuarios que solicitan atención psicológica?
Bien, profesionales
Buena
De la parte administrativa considero que hay apoyo para que se gestionen las consultas y desde lo asistencial, pues la gente no le gusta ir a la consulta con la psicóloga a diferencia de los otros años y yo lo pude percibir teniendo el consultorio al lado.
Difícil no les dan solución
Muy amable
Muy buena
No le ven la importancia a la atención del servicio de psicología o consideran que es menos importante que la consulta médica.
Siento que no le dan la suficiente importancia

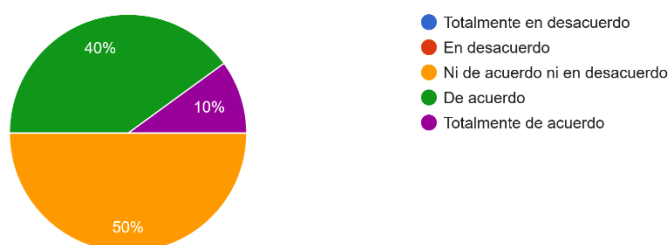
Nota. Elaboración propia.

En esa misma dirección, se muestra una percepción moderadamente positiva, aunque con un alto grado de incertidumbre, respecto a la comodidad y el trato que reciben los usuarios en el servicio de psicología. Un 40,0% del personal asistencial está “de acuerdo” y un 10,0%

“totalmente de acuerdo” con la afirmación, lo que sugiere que, para la mitad de los encuestados, los usuarios experimentan un ambiente adecuado y un trato favorable. Sin embargo, el 50,0% se ubica en una posición neutral, lo que indica falta de claridad o de evidencia suficiente para emitir una valoración definida. Esta distribución permite inferir que, si bien no se identifican percepciones abiertamente negativas, tampoco existe un consenso sólido sobre la calidad de la experiencia del usuario (ver figura 33).

Figura 33. *Percepción sobre la experiencia del usuario*

Los usuarios se sienten cómodos y bien tratados cuando acuden al servicio de psicología
10 respuestas



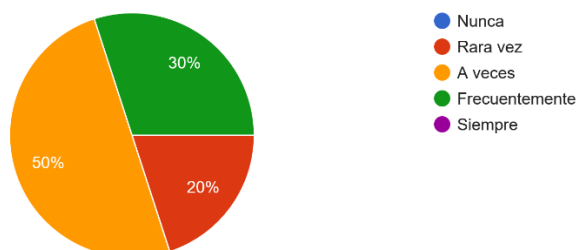
Nota. Elaboración propia.

Uno de los asuntos que más llamó la atención es que hay un poco de rechazo al servicio de psicología por razones culturales, religiosas o personales es una situación presente y recurrente desde la perspectiva del personal asistencial. Un 50,0% de los encuestados señala que estos casos ocurren “a veces” y un 30,0% “frecuentemente”, lo que indica que para la mayoría se trata de una situación relativamente común en la práctica. Por su parte, un 20,0% manifiesta que ocurre “rara vez”, sin registrarse respuestas que sugieran su ausencia. Lo anterior sugiere que existen factores socioculturales y creencias personales que influyen en la aceptación del servicio, constituyéndose en una barrera importante que puede limitar el acceso y la continuidad de la atención psicológica en grupos de usuarios (ver figura 34).

Figura 34. *Percepción sobre el rechazo al servicio por diferentes razones*

¿Ha identificado casos en los que los usuarios rechacen el servicio por razones culturales, religiosas o personales?

10 respuestas

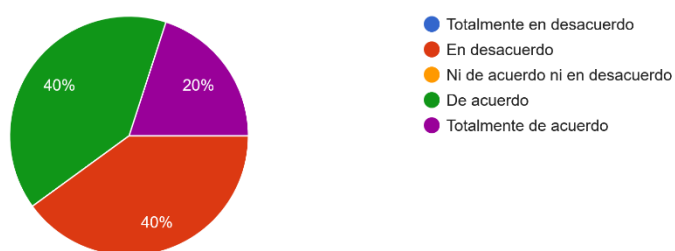


Nota. Elaboración propia.

A partir de los resultados obtenidos acerca de la evidencian una percepción sobre la formación del personal de salud en atención humanizada y culturalmente sensible, las respuestas están divididas. Por un lado, un 40,0% de los encuestados se muestra “de acuerdo” y un 20,0% “totalmente de acuerdo”, lo que un poco más de la mitad reconoce la existencia de competencias adecuadas en este ámbito. Sin embargo, un porcentaje igualmente significativo 40,0% manifestó estar en desacuerdo, lo que sugiere que persisten vacíos en la formación o en la aplicación de estos enfoques en la práctica. A partir de estos datos se puede inferir que, si bien se han desarrollado capacidades en atención humanizada, no se perciben de manera homogénea entre el personal, lo que podría estar generando inconsistencias en la calidad del trato y en la adecuación cultural del servicio brindado a los usuarios (ver figura 35).

Figura 35. *Percepción sobre la formación del personal de salud en atención humanizada y culturalmente sensible*

¿Considera que el personal de salud cuenta con la formación suficiente en atención humanizada o culturalmente sensible?
10 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Los datos de la dimensión aceptabilidad muestran una percepción heterogénea respecto a la forma en que el servicio de psicología es valorado y experimentado tanto por el personal como por los usuarios. Aunque se reconocen actitudes positivas asociadas al trato amable, profesional y respetuoso, también surgieron percepciones críticas relacionadas con la falta de reconocimiento de la importancia del servicio, al igual que las debilidades en la respuesta institucional. Asimismo, se identifican niveles de incertidumbre frente a la experiencia de los usuarios, junto con la presencia de barreras socioculturales que influyen en la aceptación del servicio. A esto se suma una percepción dividida sobre la formación del personal en atención humanizada y culturalmente sensible, lo que sugiere inconsistencias en la calidad del trato brindado. En ese sentido, se puede plantear que, aunque existen bases favorables en la relación con los usuarios, aún hay desafíos importantes en el posicionamiento del servicio, la sensibilización institucional y el fortalecimiento de competencias que garanticen una atención más empática, inclusiva y acorde a las necesidades de la población atendida.

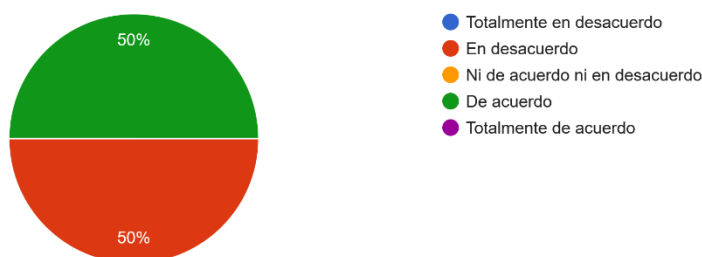
5.3.5 Adaptabilidad según el personal asistencial

Con respecto a la dimensión adaptabilidad se obtuvieron resultados importantes. Para empezar, se muestra una percepción completamente dividida por parte del personal asistencial respecto a la adecuación de los horarios del servicio de psicología a las necesidades de los usuarios. Mientras que el 50,0% de los encuestados se muestra “de acuerdo”, el otro 50,0% manifiesta estar en desacuerdo, sin registrarse posiciones intermedias. Esta distribución refleja la ausencia de consenso en torno a este aspecto, lo que permite plantear que la oferta horaria del servicio puede resultar adecuada para algunos contextos o perfiles de usuarios, pero insuficiente o poco flexible para otros (ver figura 36).

Figura 36. *Percepción sobre la adecuación de los horarios del servicio de psicología*

Los horarios del servicio de psicología se ajustan a las necesidades de los usuarios

10 respuestas



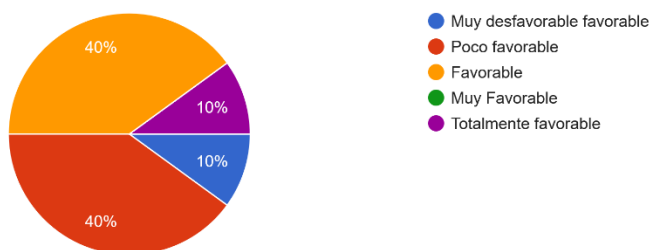
Nota. Elaboración propia.

Dentro de los resultados se muestra una percepción heterogénea respecto a la facilidad para reprogramar citas o atender casos urgentes cuando los usuarios no pueden asistir en la fecha asignada. Por un lado, un 40,0% de los encuestados considera este proceso “favorable” y un 10,0% “totalmente favorable”, lo que indica que para la mitad del personal existen condiciones que permiten cierta flexibilidad en la gestión de las citas. Sin embargo, otro 40,0% lo percibe como “poco favorable” y un 10,0% como “muy desfavorable”, lo que puede estar mostrando

revela las limitaciones importantes en la capacidad de respuesta ante cambios o situaciones imprevistas (ver figura 37).

Figura 37. *Percepción respecto a la facilidad para reprogramar citas o atender casos de los usuarios*

¿Qué tan favorable resulta reprogramar citas o atender casos urgentes cuando el usuario no puede asistir en la fecha asignada
10 respuestas

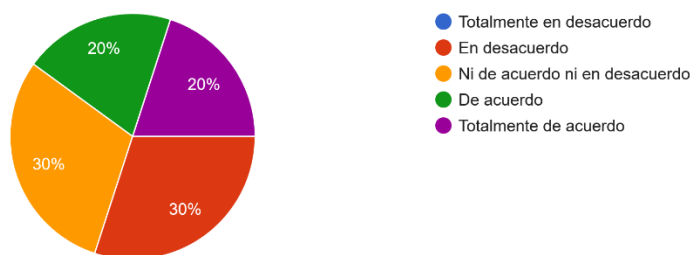


Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con respecto a la capacidad del modelo de atención psicológica para adaptarse a las diferentes edades, condiciones y problemáticas de los usuarios, los resultados muestran una percepción dividida. Por un lado, un 20,0% de los encuestados se muestra “de acuerdo” y otro 20,0% “totalmente de acuerdo”, lo que indica que una parte del personal reconoce un nivel adecuado de adaptación del servicio. Sin embargo, un 30,0% manifiesta estar en desacuerdo, mientras que otro 30,0% se mantiene en una posición neutral, lo que refleja dudas o percepciones de insuficiencia en este aspecto (ver figura 38).

Figura 38. *Percepción sobre la capacidad del modelo de atención psicológica para adaptarse a las diferentes edades, condiciones y problemáticas de los usuarios*

El modelo de atención psicológica se adapta a las diferentes edades, condiciones o problemáticas de los usuarios
10 respuestas



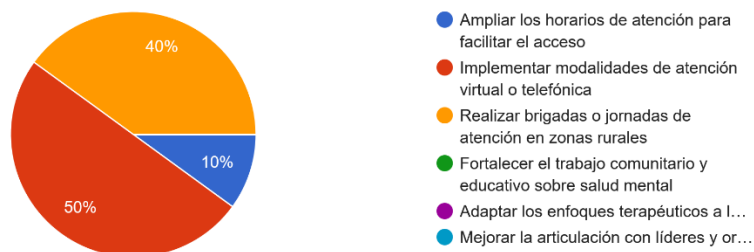
Nota. Elaboración propia.

Los resultados también muestran que, desde la perspectiva del personal asistencial, las principales estrategias para mejorar la adaptabilidad del servicio de psicología se orientan hacia la ampliación de la cobertura y la diversificación de las modalidades de atención. En este sentido, el 50,0% de los encuestados considera prioritario implementar atención virtual o telefónica, lo que refleja la necesidad de ofrecer alternativas más flexibles y accesibles para los usuarios. Asimismo, un 40,0% propone la realización de brigadas o jornadas en zonas rurales, lo que sugiere la importancia de acercar el servicio a comunidades con mayores dificultades de acceso. En menor medida, un 10,0% plantea la ampliación de horarios como estrategia de mejora (ver figura 39).

Figura 39. *Percepción sobre las principales estrategias para la adaptabilidad del servicio de psicología*

¿Qué estrategias considera que podrían implementarse para que el servicio se adapte mejor a las realidades de la comunidad?

10 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Los resultados obtenidos en la dimensión adaptabilidad muestran una percepción heterogénea respecto a la capacidad del servicio de psicología para ajustarse a las necesidades y realidades de los usuarios. Se identifican posturas divididas en relación con la adecuación de los horarios, así como limitaciones en la flexibilidad para reprogramar citas y atender situaciones imprevistas, lo que sugiere dificultades en la respuesta oportuna del servicio. Asimismo, no existe un consenso claro sobre la pertinencia del modelo de atención frente a la diversidad de edades, condiciones y problemáticas, lo que refleja posibles vacíos en su enfoque diferencial. Frente a este panorama, las estrategias propuestas se orientan principalmente hacia la implementación de modalidades de atención virtual, el acercamiento del servicio a zonas rurales y, en menor medida, la ampliación de horarios.

Para cerrar este apartado se retoman los resultados de la pregunta abierta que se le hizo al personal asistencial, los resultados se pueden leer en la tabla 5.

Tabla 5. Recomendaciones del personal asistencial

¿Hay algún otro aspecto que le gustaría mencionar o alguna recomendación que considere importante? En psicología se debe mejorar la relación con la zona rural dado que solo se atiende en el consultorio y se debería brindar la atención desde la cercanía y que no se dificulte para el usuario la llegada. también se debe mejorar más principio de oportunidad, más espacio para las consultas, como opciones de virtualidad o días donde se pueda alargar la jornada. en urgencias debe haber un espacio para hacer la consulta de manera confidencial. Cambiar el consultorio de lado para que se le brinde mayor privacidad al paciente y considero que se debe volver a establecer la consulta psicológica de manera diaria y no partida por los horarios que beneficien al profesional. Cambio de personal El cambio de consultorio ya que no favorece la privacidad del paciente Guardar la confidencialidad de la consulta, es general respeto al paciente y a la institución. Además, mejora la confianza y no la necesidad de utilizar los servicios ofrecidos por el hospital en cualquier ámbito. La demanda de los usuarios es mayor al número de profesionales Realizar constantemente talleres de humanización y sensibilización

Nota. Elaboración propia.

Las respuestas registradas en la tabla anterior muestran una serie de aspectos críticos y recomendaciones orientadas al fortalecimiento integral del servicio de psicología. De manera recurrente, se identifican preocupaciones relacionadas con la confidencialidad y la privacidad de la atención, destacándose la necesidad de mejorar las condiciones físicas del consultorio y garantizar espacios adecuados, especialmente en áreas como urgencias. Asimismo, se resalta la importancia de ampliar la cobertura y oportunidad del servicio, mediante el incremento del talento humano, la flexibilización de horarios, la implementación de modalidades virtuales y el fortalecimiento de la atención en zonas rurales. También emergen recomendaciones orientadas a mejorar la relación con la comunidad y la calidad del trato, incluyendo procesos de sensibilización y humanización del personal. Más allá de aspectos puntuales, existe la necesidad de realizar cambios estructurales, organizativos y relacionales que contribuyan a mejorar la atención de los usuarios.

5.4 Resultados obtenidos en el personal administrativo

Para cerrar este apartado se presentan los resultados obtenidos luego de haber aplicado la encuesta al personal administrativo.

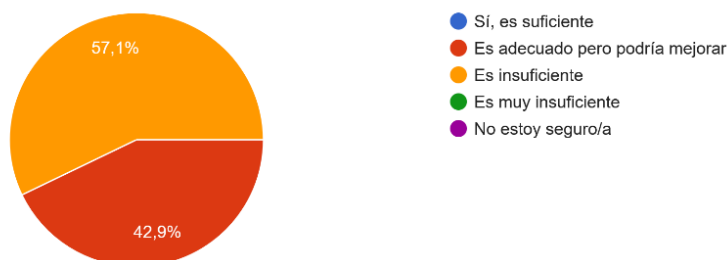
5.4.1 Disponibilidad según el personal administrativo

En la primera dimensión denominada disponibilidad se hizo una primera pregunta referida a la disponibilidad del personal para atender el servicio de psicología, los resultados muestran una percepción mayoritariamente desfavorable por parte del personal administrativo respecto a ello. Un 57,1% de los encuestados considera que el número de profesionales es insuficiente, lo que sugiere la existencia de limitaciones en la capacidad de respuesta del servicio frente a las necesidades de atención. Por otro lado, un 42,9% señala que el personal es adecuado, aunque reconoce que podría mejorar, lo que indica que, incluso entre las percepciones más favorables, se identifican oportunidades de fortalecimiento. En conjunto, estos resultados permiten inferir que existe una percepción generalizada sobre la necesidad de ampliar o fortalecer el recurso humano disponible para garantizar una atención más oportuna y eficiente (ver figura 40).

Figura 40. *Disponibilidad de personal para atención en psicología*

Desde su experiencia, ¿considera que el hospital cuenta con suficiente personal de psicología para atender la demanda de usuarios?

7 respuestas

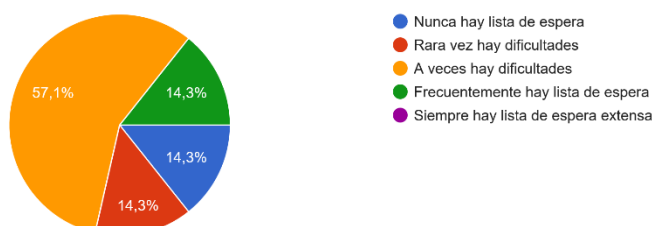


Nota. Elaboración propia.

La siguiente pregunta que buscaba que los encuestados calificaran la frecuencia de lista de espera o dificultades para la asignación de citas, los resultados muestran que, desde la percepción del personal administrativo, estas situaciones son muy frecuentes. Un 57,1% de los encuestados señala que “a veces hay dificultades”, mientras que un 14,3% indica que “frecuentemente hay lista de espera”, lo que refleja que la mayoría reconoce la presencia de obstáculos en la oportunidad de acceso al servicio. En contraste, un 14,3% considera que “nunca hay lista de espera” y otro 14,3% manifiesta que “rara vez hay dificultades”, evidenciando percepciones menos críticas. En conjunto, estos resultados permiten señalar que, si bien las problemáticas de asignación no son permanentes para todos los casos, sí representan una situación recurrente que podría estar relacionada con limitaciones en la capacidad operativa y en la disponibilidad del servicio (ver figura 41).

Figura 41. *Calificación de la frecuencia de lista de espera o dificultades de asignación del servicio*

¿Cómo calificaría la frecuencia de lista de espera o dificultades para asignar citas de psicología?
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con respecto a la frecuencia con que ha sido necesario remitir usuarios a otros centros por falta de disponibilidad las opiniones se pueden leer en la siguiente tabla.

Tabla 6. *Frecuencia en la remisión de usuarios por falta de disponibilidad del servicio*

¿Qué tan frecuente es necesario remitir usuarios a otros centros por falta de disponibilidad?
Frecuentemente se presenta dificultades.
Es muy frecuente porque muchas veces no se cuenta con el servicio o la gente no quiere acceder con la profesional que hay.
No se remite, se espera a que llegue el profesional.
No se remitían si no que los ponen a esperar hasta que decidan asignarlos, o se hacía manejo interno direccionándolos a su EPS
Eso depende de si la EPS tiene o no capitación con el hospital, porque si no cápita con nosotros, toca enviarlo a otros centros, de lo contrario, se atiende en el hospital.
Muchas ocasiones.
El servicio de psicología solo es de lunes a viernes de 7 a 5, entonces todas las atenciones o urgencias que salen en ese espacio, nos toca activar con comisaria de familia o con los equipos básicos en salud.

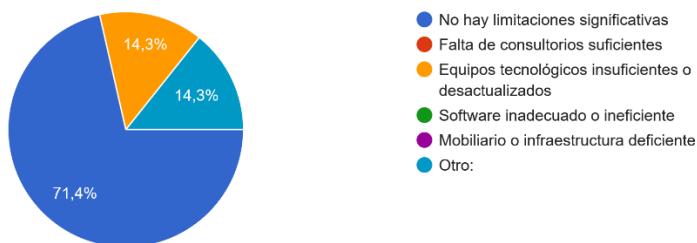
Nota. Elaboración propia.

Con respecto a las limitaciones bien sea por falta de recursos físicos o tecnológicos que eventualmente puedan afectar la atención, los resultados evidencian una percepción mayoritariamente favorable respecto a la disponibilidad de dichos recursos, dado que el 71,4% de los encuestados considera que no existen limitaciones significativas en este aspecto. Sin embargo, un 14,3% señala insuficiencias o desactualización en los equipos tecnológicos,

mientras que otro 14,3% menciona otras limitaciones no especificadas. Esta distribución permite plantear que, aunque en términos generales los recursos son percibidos como adecuados, persisten algunas necesidades puntuales relacionadas con el fortalecimiento tecnológico y otros aspectos que podrían influir en la calidad y eficiencia de la atención brindada (ver figura 42).

Figura 42. *Limitaciones en recursos físicos o tecnológicos*

¿Existen limitaciones en recursos físicos o tecnológicos que afecten la atención? (puede marcar varios)
7 respuestas



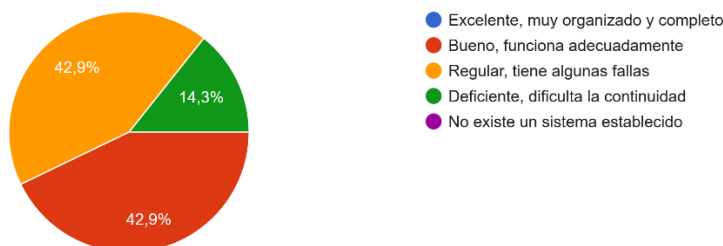
Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con respecto a la calificación del sistema de seguimiento de casos en psicología, los resultados muestran percepciones divididas respecto a dicho, por un lado, un 42,1% de los encuestados considera que el sistema es “bueno” y funciona adecuadamente, mientras que otro 42,9% lo califica como “regular”, señalando la existencia de algunas fallas. Adicionalmente, un 14,3% lo percibe como “deficiente”, indicando que dificulta la continuidad de la atención. Esta distribución sugiere que, si bien el sistema de seguimiento cumple parcialmente su función para una parte importante del personal, persisten debilidades operativas que podrían afectar el monitoreo de los casos, la continuidad del tratamiento y la articulación de la información dentro del servicio.

Figura 43. *Calificación del sistema de seguimiento de casos*

¿Cómo calificaría el sistema de seguimiento de casos en psicología?

7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

En general, los resultados de la dimensión disponibilidad muestran que las principales limitaciones del servicio de psicología se relacionan con la falta de talento humano y las dificultades para responder de manera oportuna a la demanda de usuarios. Se identificaron problemas recurrentes en la asignación de citas, listas de espera y remisiones a otros centros debido a restricciones en cobertura y horarios de atención. Aunque los recursos físicos y tecnológicos son percibidos en términos generales como adecuados, se insiste en señalar necesidades de fortalecimiento, especialmente en aspectos operativos y de seguimiento de casos. En ese sentido, se puede plantear que la disponibilidad del servicio presenta debilidades estructurales y organizativas que podrían estar afectando la continuidad, oportunidad y eficiencia de la atención psicológica brindada a los usuarios.

5.4.2 Accesibilidad según el personal administrativo

Con respecto a la dimensión accesibilidad se empezó con una pregunta abierta sobre el nivel de información que poseen los usuarios para solicitar o acceder a las citas en psicología. Las respuestas muestran percepciones divididas, por un lado, algunos encuestados consideran que sí existe orientación suficiente, específicamente a través de remisiones médicas, programas institucionales y rutas de atención desde urgencias. Sin embargo, la mayoría de las respuestas señalan deficiencias en la difusión y socialización del servicio, indicando que muchos usuarios desconocen el proceso de acceso y requieren mayor acompañamiento por parte de áreas como el SIAU. Asimismo, se resalta la necesidad de fortalecer los canales informativos mediante estrategias más visibles y accesibles, como material divulgativo y mejoras en los servicios amigables. En general, estos hallazgos permiten plantear que, si bien existen mecanismos institucionales de orientación, persisten debilidades en la comunicación y difusión del servicio, lo que podría constituirse en una barrera para el acceso oportuno de los usuarios (ver tabla).

Tabla 7. *Acceso a información suficiente para solicitar citas o usar el servicio de psicología*

¿Considera que los usuarios tienen suficiente información sobre cómo solicitar o acceder a las citas de psicología? No tienen suficiente información. Si, pero podrían mejorarse los canales, los servicios amigables deben mejorar y la difusión también. Si. Falta que se brinde más orientación desde el SIAU o más flayer para que las personas vean. No, he evidenciado q las personas desconocen el proceso. No cuentan con el conocimiento. Si tienen suficiente información, debido a que las interconsultas las remiten desde programas o el médico y en urgencias también apoyan esta ruta.

Nota. Elaboración propia.

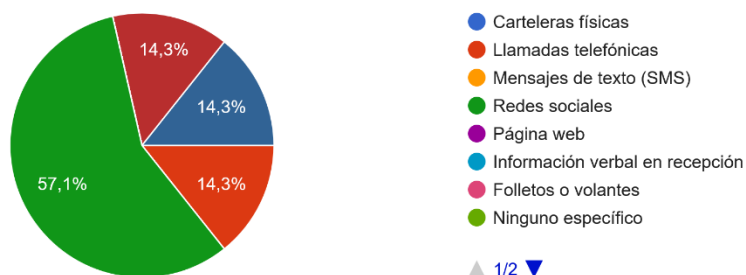
Ahora bien, con respecto a los canales de información utilizados por la ESE para comunicar información relacionada con los horarios, ubicación y procedimientos del servicio de psicología. Los resultados muestran que las redes sociales constituyen el principal canal utilizado

por la ESE para este propósito, siendo mencionadas por el 57,1% de los encuestados. En menor proporción, se identifican otros mecanismos como las llamadas telefónicas y la línea de WhatsApp institucional, cada uno con un 14,3%, mientras que otro 14,3% considera que se emplean todas las alternativas mencionadas. Esta distribución permite inferir que la institución ha incorporado herramientas digitales y medios de comunicación directa para orientar a los usuarios; sin embargo, la diversidad limitada de respuestas sugiere que los canales de difusión podrían no estar siendo utilizados de manera integral o suficientemente articulada para garantizar una cobertura informativa amplia y efectiva (ver figura 44).

Figura 44. *Canales utilizados por ESE para comunicación sobre aspectos operativos del servicio*

¿Qué canales utiliza la ESE para comunicar los horarios, ubicación o procedimientos del servicio (carteleras, llamadas, redes sociales, etc.)?

7 respuestas



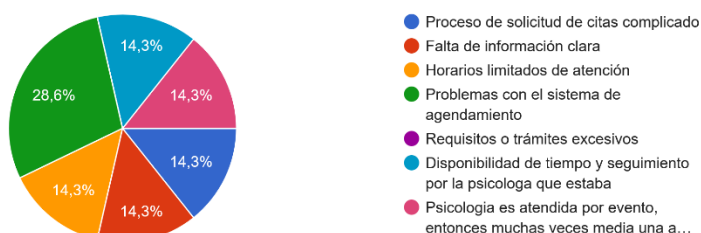
Nota. Elaboración propia.

Con respecto a los principales obstáculos administrativos y logísticos para acceder al servicio de psicología están relacionados con dificultades en el sistema de agendamiento y limitaciones organizativas del servicio, donde 28,6% de ellos identifica los problemas en el sistema de asignación de citas como la principal barrera, mientras que otros señalan aspectos como la complejidad del proceso de solicitud, la falta de información clara y los horarios

limitados de atención, cada uno con un 14,3%. Asimismo, se señala que la atención por evento y la necesidad de autorizaciones por parte de las EPS pueden retrasar o dificultar el acceso de los usuarios. De igual forma, se mencionan limitaciones relacionadas con la disponibilidad de tiempo y el seguimiento por parte de la profesional encargada. En general, estos hallazgos permiten plantear que el acceso al servicio se encuentra condicionado por factores administrativos, organizativos y de articulación con las EPS, los cuales podrían afectar la oportunidad y continuidad de la atención psicológica (ver figura 45).

Figura 45. *Principales obstáculos administrativos o logísticos para acceder al servicio*

¿Cuáles cree que son los principales obstáculos administrativos o logísticos que enfrentan los usuarios para acceder al servicio?
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

De otro lado, al indagar por la existencia de estrategias institucionales orientadas a facilitar el acceso al servicio de psicología para personas de zonas rurales o con dificultades de transporte, se pudo identificar en las respuestas de los encuestados del personal administrativo que, desconocen la existencia de dichas estrategias o consideran que no existen mecanismos específicos, señalando que la atención se concentra principalmente en la ESE y que el servicio de psicología no se llega a las comunidades. Sin embargo, otros encuestados reconocen el apoyo de programas y proyectos institucionales como APS, PIC y los equipos básicos en salud, los cuales realizan visitas domiciliarias y acciones en territorio que incluyen acompañamiento psicológico.

En general puede señalarse que, si bien se han logrado implementar algunas estrategias de atención extramural y comunitaria, estas no son percibidas de manera homogénea por el personal administrativo, lo que sugiere limitaciones en la articulación, difusión o cobertura de dichas acciones para garantizar un acceso más equitativo a la población rural (ver tabla 8).

Tabla 8. *Conocimiento de estrategias para facilitar acceso a personas por situación particular*

¿Existen estrategias institucionales para facilitar el acceso de personas de zonas rurales o con dificultades de transporte?
No conozco si existen estrategias.
La estrategia ha sido los proyectos transversales como APS O PIC.
Si.
La atención es solo en la ESE, el servicio no sale del hospital, ahora los que salen son los de APS.
No.
Si (equipos básicos realizan las visitas por psicología en casa).
No, la atención es solo en la ESE, pero actualmente con equipos básicos, se apoya la atención en zona rural.

Nota. Elaboración propia.

Los resultados presentados sobre la dimensión accesibilidad muestran que el acceso al servicio de psicología se encuentra condicionado por múltiples barreras relacionadas con la información, los procesos administrativos y las limitaciones territoriales. Se identifican debilidades en la difusión de los mecanismos de acceso y en la claridad de la orientación brindada a los usuarios, al igual que las dificultades asociadas al sistema de agendamiento, los horarios limitados y los trámites con las EPS. Aunque la institución emplea diversos canales de comunicación y desarrolla algunas estrategias comunitarias mediante programas como APS y equipos básicos en salud, estas acciones no son percibidas de manera homogénea por el personal administrativo. En ese sentido, se puede plantear que, si bien existen esfuerzos institucionales para facilitar el acceso al servicio, persisten limitaciones en la articulación, cobertura y comunicación de las estrategias implementadas, lo que podría afectar la oportunidad y

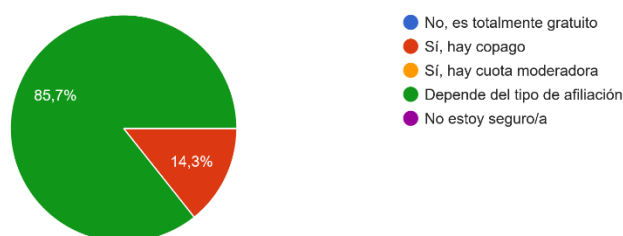
continuidad de la atención psicológica, especialmente en población rural o con dificultades de desplazamiento.

5.4.3 Asequibilidad según el personal administrativo

Con respecto a la dimensión asequibilidad se lograron obtener respuestas que permiten explicar lo que percibe el personal administrativo. Un primer asunto indagado en esta dimensión estuvo relacionado los costos asociados al servicio de psicología, aquí se logró identificar que estos dependen principalmente del tipo de afiliación de los usuarios al sistema de salud. En este sentido, el 85,7% de los encuestados señalo que el acceso al servicio varía según las condiciones de aseguramiento y contratación con las EPS, mientras que un 14,3% indica que existen copagos directos para los usuarios. Estos hallazgos sugieren que la asequibilidad del servicio no es homogénea para toda la población, ya que las condiciones administrativas y financieras del sistema de afiliación pueden influir en la posibilidad de acceder oportunamente a la atención psicológica (ver figura 46)

Figura 46. *Presencia o no de costos del servicio de psicología*

¿El servicio de psicología tiene algún costo para los usuarios?
7 respuestas



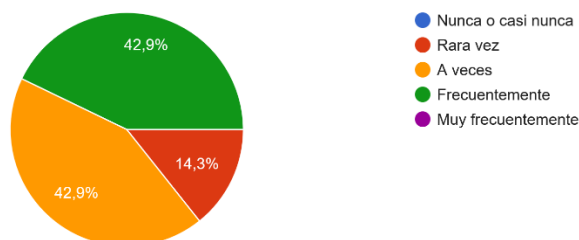
Nota. Elaboración propia.

Con respecto a las percepciones del personal administrativo encuestado sobre la inasistencia a citas por parte de los usuarios debido a razones económicas, los resultados

muestran evidencian que estas representan una barrera frecuente para la asistencia de los usuarios a las citas de psicología. Un 42,9% de los encuestados señaló que esta situación ocurre “a veces”, mientras que otro 42,9% considera que sucede “frecuentemente”, lo que indica que la mayoría del personal administrativo reconoce un impacto significativo de las condiciones económicas en la continuidad de la atención. Solo un 14,3% manifiesta que esta situación ocurre “rara vez”. En general puede señalarse que, factores como los costos de transporte, copagos u otras limitaciones financieras pueden influir de manera importante en la inasistencia de los usuarios, afectando la adherencia y continuidad de los procesos de atención.

Figura 47. *Percepción sobre la posible incidencia de lo económico para asistir a citas psicológicas*

¿Qué tan frecuente es que los usuarios no asistan a las citas por razones económicas?
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Con respecto a las respuestas obtenidas acerca de las percepciones sobre el conocimiento de convenios, subsidios o apoyos orientados a garantizar la atención psicológica de población vulnerable, estas fueron diversas y poco homogéneas. Algunos participantes reconocen la realización de jornadas comunitarias a través de APS, el apoyo de practicantes de psicología y ciertos convenios con entidades locales de salud; sin embargo, otros manifiestan desconocer la existencia de estrategias formales o consideran que no existen apoyos específicos. Asimismo, se señala que algunos casos prioritarios, como pacientes maternos o crónicos, reciben apoyo

institucional para el traslado, aunque estas acciones parecen responder más a situaciones particulares que a programas estructurados de cobertura. En conjunto, estos hallazgos permiten inferir que las estrategias de apoyo a población vulnerable son limitadas, poco visibles o insuficientemente articuladas, lo que podría generar dificultades en la garantía de acceso equitativo al servicio de psicología para usuarios con mayores condiciones de vulnerabilidad económica y social.

Tabla 9. *Conocimiento sobre la existencia de convenios u otros*

¿Existen convenios, subsidios o apoyos para garantizar la atención a población vulnerable?
Solo vi una publicidad de un grupo de practicantes de psicología haciendo trabajo adicional
Creo que hay un convenio con la dirección local de salud
Si
Jornadas en los puestos de salud o APS, pero ningún convenio o subsidio
No
SI DESCUENTOS
Depende la prioridad del paciente, ejemplo una materna o un crónico, desde gerencia se apoya para mandarlos a recoger, de resto no hay ningún tipo de convenio o apoyo.

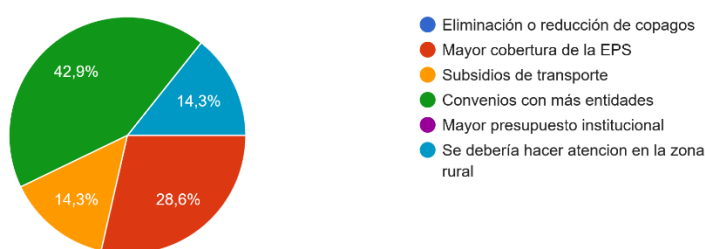
Nota. Elaboración propia.

En la pregunta relacionada con el principal aspecto económico que requiere ser fortalecido desde una perspectiva administrativa, se destaca que, el principal se relaciona con la ampliación de convenios con otras entidades, opción señalada por el 42,9% de los encuestados. Esto sugiere la necesidad de incrementar las alianzas institucionales que permitan mejorar la cobertura y disponibilidad del servicio. Asimismo, un 28,6% considera prioritario ampliar la cobertura de las EPS, lo que refleja preocupaciones relacionadas con las limitaciones del aseguramiento y la financiación de la atención psicológica. En menor proporción, algunos participantes destacan la importancia de implementar atención en la zona rural y otorgar subsidios de transporte, ambos con un 14,3%, evidenciando la influencia de las barreras geográficas y económicas en el acceso al servicio. En general, estos hallazgos permiten plantear que las principales necesidades de mejora en términos de asequibilidad están orientadas a

fortalecer la cobertura institucional, reducir las limitaciones derivadas del sistema de aseguramiento y generar apoyos que faciliten el acceso de poblaciones vulnerables (ver figura 48).

Figura 48. *Aspecto por mejorar económicamente desde una perspectiva administrativa*

Desde el punto de vista administrativo, ¿Qué aspecto económico requiere mayor mejora? (marque solo uno)
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

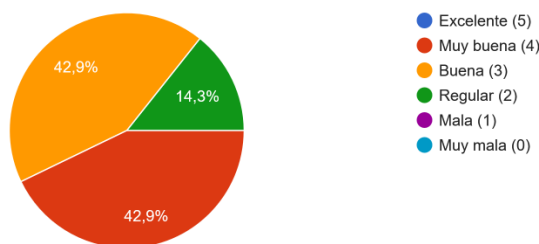
En general, los resultados de la dimensión asequibilidad expuesta por el personal administrativo muestran que, las condiciones económicas representan una barrera importante para el acceso y continuidad de la atención psicológica. Se identifican limitaciones relacionadas con los costos asociados al servicio, los cuales dependen en gran medida del tipo de afiliación y de las condiciones de cobertura de las EPS. Asimismo, el personal administrativo reconoce que las dificultades económicas influyen frecuentemente en la inasistencia de los usuarios a las citas, afectando la adherencia a los procesos terapéuticos. Aunque existen algunas acciones de apoyo institucional y comunitario para población vulnerable, estas son percibidas como limitadas y poco estructuradas. En ese sentido, se puede señalar que la asequibilidad del servicio según los encuestados requiere fortalecerse a través de más convenios institucionales, ampliación de cobertura y estrategias de apoyo económico y territorial que permitan reducir las barreras financieras de la población usuaria.

5.4.4 Aceptabilidad según el personal administrativo

Con respecto a la dimensión aceptabilidad, se preguntó al personal administrativo sobre la percepción que tienen de la actitud del personal administrativo hacia los usuarios que solicitan la atención en psicología, los resultados muestran una percepción predominantemente favorable, esto puede observarse cuando el 42,9% de los encuestados califica dicha actitud como “buena” y otro 42,9% como “muy buena”, lo que indica que la mayoría percibe un trato adecuado y positivo hacia los usuarios. Sin embargo, un 14,3% considera que la atención es “regular”, lo que sugiere la existencia de algunas situaciones o aspectos susceptibles de mejora en la interacción con los pacientes. En conjunto, estos hallazgos permiten inferir que el personal administrativo mantiene, en términos generales, una disposición favorable en la atención a los usuarios, contribuyendo a generar un entorno de trato respetuoso y adecuado dentro del servicio (ver figura 49).

Figura 49. *Percepción de la actitud del personal administrativo hacia los usuarios*

¿Cómo percibe la actitud del personal administrativo hacia los usuarios que solicitan atención en psicología?
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Ahora bien, con respecto a la existencia y frecuencia de capacitaciones o protocolos orientados al trato humanizado y al manejo de usuarios en situación de vulnerabilidad emocional, el 42,9% de los encuestados señala que estas capacitaciones se realizan regularmente, es decir,

más de dos veces al año, lo que refleja esfuerzos institucionales por fortalecer las competencias del personal en este ámbito. Sin embargo, el resto de las respuestas se distribuye entre percepciones de implementación ocasional, esporádica o inexistente, incluyendo un 14,3% que considera que no existen y otro 14,3% que manifiesta que deberían implementarse. Esta distribución permite plantear que, si bien la institución desarrolla algunas acciones de formación relacionadas con la atención humanizada, estas no son percibidas de manera uniforme por todo el personal administrativo, lo que podría indicar limitaciones en la cobertura, continuidad o socialización de dichas estrategias (ver figura 50).

Figura 50. *Existencia y frecuencia de capacitaciones sobre protocolos orientados al trato humano*

¿Existen capacitaciones o protocolos orientados al trato humanizado o al manejo de usuarios en situación de vulnerabilidad emocional?

7 respuestas



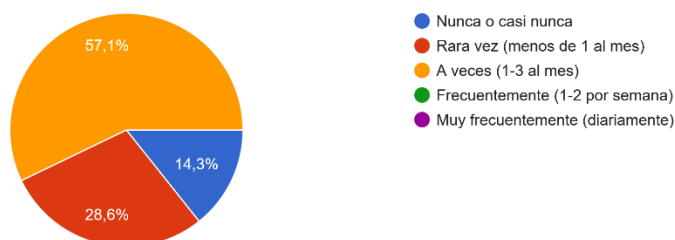
Nota. Elaboración propia.

En esa misma dirección, al indagar a los encuestados sobre los comentarios o quejas de los usuarios sobre el proceso de atención psicológica, se puede señalar que, estos se presentan de manera ocasional dentro de la dinámica institucional, de ahí que el 57,1% de los encuestados señala recibir este tipo de observaciones “a veces”, es decir, entre una y tres veces al mes, mientras que un 28,6% manifiesta que ocurren “rara vez” y un 14,3% indica que “nunca o casi nunca” recibe quejas relacionadas con el servicio. Esta distribución permite inferir que, aunque

no se percibe un nivel elevado de inconformidad, sí existen situaciones recurrentes que generan observaciones por parte de los usuarios, lo que podría estar asociado a aspectos administrativos, organizativos o de atención que afectan parcialmente la percepción y satisfacción frente al servicio de psicología (ver figura 51).

Figura 51. *Frecuencia sobre la recepción de comentarios sobre la atención en psicología*

¿Con qué frecuencia recibe comentarios o quejas de usuarios sobre el proceso de atención psicológica?
7 respuestas



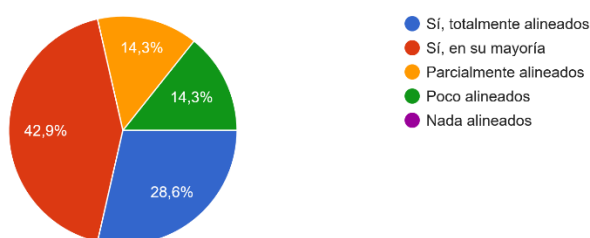
Nota. Elaboración propia.

Al indagar por la percepción acerca de la alineación entre las normas y procedimientos administrativos y las necesidades reales del servicio de psicología, se pudo establecer que la mayoría de los encuestados tiene una percepción favorable, en donde el 42,9% de los encuestados considera que estos procesos están alineados “en su mayoría”, mientras que un 28,6% afirma que se encuentran “totalmente alineados”, lo que indica que una parte significativa del personal percibe coherencia entre la gestión administrativa y las demandas de los usuarios. No obstante, un 14,3% señala que los procedimientos están “parcialmente alineados” y otro 14,3% los considera “poco alineados”, evidenciando la existencia de algunas limitaciones o aspectos susceptibles de mejora. En general, estos hallazgos sugieren que, aunque predominan percepciones positivas sobre la pertinencia de los procesos administrativos, aún persisten

desafíos para lograr una adaptación más integral y centrada en las necesidades de la población usuaria (ver figura 52).

Figura 52. *Percepción sobre la alineación entre normas, procedimientos administrativos y necesidades reales de los usuarios*

¿Considera que las normas y procedimientos administrativos están alineados con las necesidades reales de los usuarios?
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

En general, los resultados expuestos sobre la dimensión aceptabilidad muestran una percepción favorable respecto al trato brindado por el personal administrativo y a la relación entre los procedimientos institucionales y las necesidades de los usuarios del servicio de psicología. Se destaca una valoración positiva de la actitud del personal hacia los pacientes, así como la existencia de acciones de formación en atención humanizada; sin embargo, estas estrategias no son percibidas de manera uniforme por todos los encuestados. Asimismo, aunque las quejas y comentarios negativos no se presentan con alta frecuencia, sí se identifican observaciones ocasionales relacionadas con el proceso de atención. En este sentido, se puede plantear que la aceptabilidad del servicio presenta fortalezas importantes en términos de trato y orientación institucional, aunque persisten oportunidades de mejora en la consolidación de

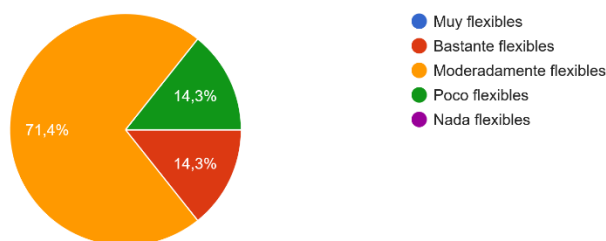
procesos humanizados y en la adaptación integral de los procedimientos administrativos a las necesidades reales de la población usuaria.

5.4.5 Adaptabilidad según el personal administrativo

Con respecto a la dimensión adaptabilidad, se empezó indagando al personal administrativo sobre la flexibilidad de los horarios y procedimientos para la solicitud o asignación de citas de acuerdo a la disponibilidad del usuario, los resultados muestran que, hay una percepción mayoritariamente favorable donde el 71,4% de los encuestados considera que estos procesos son “moderadamente flexibles”, mientras que un 14,3% los califica como “bastante flexibles”, lo que indica que, en términos generales, existen ciertas posibilidades de ajuste frente a las necesidades de los usuarios. Sin embargo, un 14,3% percibe estos mecanismos como “poco flexibles”, evidenciando que aún persisten algunas limitaciones en la capacidad de adaptación del servicio. En general, estos hallazgos sugieren que, si bien el servicio cuenta con cierto nivel de flexibilidad administrativa y operativa, todavía existen oportunidades de mejora para responder de manera más ajustada a las condiciones y disponibilidades de la población usuaria (ver figura 53).

Figura 53. *Percepción sobre la flexibilidad de procedimientos y horarios para solicitar citas*

¿Los horarios y procedimientos para solicitar o asignar citas son flexibles según la disponibilidad del usuario?
7 respuestas



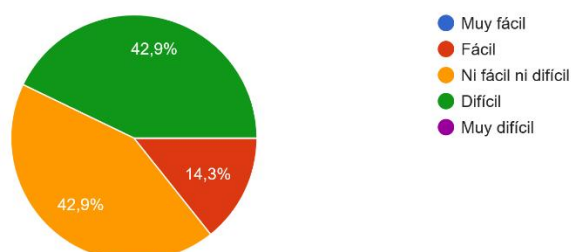
Nota. Elaboración propia.

En esa dirección, se indagó por la percepción respecto a la facilidad para reprogramar citas o atender casos urgentes dentro del servicio de psicología, se pueden señalar que hay percepciones divididas, por ejemplo, el 42,9% de los encuestados considera que este proceso es “difícil”, mientras que otro 42,9% lo percibe como “ni fácil ni difícil”, reflejando una valoración intermedia sobre la capacidad de respuesta del servicio ante situaciones imprevistas. Solo un 14,3% manifiesta que la reprogramación y atención de urgencias resulta “fácil”. Esta distribución permite plantear que existen limitaciones operativas y organizativas que dificultan la flexibilidad del servicio para responder oportunamente a cambios en la disponibilidad de los usuarios o a necesidades de atención inmediata (ver figura 54).

Figura 54. *Percepción sobre la facilidad para reprogramar citas*

¿Qué tan fácil resulta reprogramar citas o atender casos urgentes?

7 respuestas

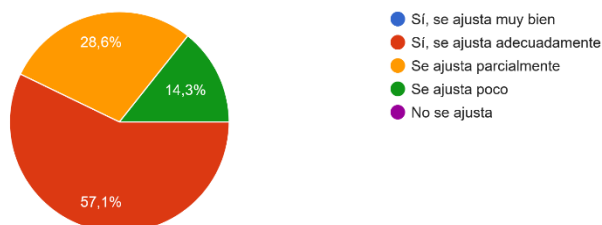


Nota. Elaboración propia.

Por otro lado, al indagar por la percepción relacionada con la capacidad del sistema administrativo para ajustarse a las necesidades de los diferentes grupos de usuarios, se puede observar que hay una percepción favorable, en donde el 57,1% de los encuestados considera que el sistema sí se ajusta adecuadamente, lo que sugiere que, en términos generales, los procedimientos administrativos logran responder a las características y requerimientos de la población atendida. Sin embargo, un 28,6% señala que el ajuste es solo parcial y un 14,3% considera que se ajusta poco, evidenciando la existencia de limitaciones en la capacidad de adaptación del sistema frente a ciertas necesidades específicas. En general, estos hallazgos sugieren que, aunque predominan percepciones positivas sobre la adaptabilidad administrativa del servicio, persisten oportunidades de mejora para garantizar una atención más flexible e inclusiva para todos los usuarios.

Figura 55. *Percepción sobre el ajuste del sistema administrativo a las necesidades de los usuarios*

¿Considera que el sistema administrativo se ajusta adecuadamente a las necesidades de los diferentes grupos de usuarios?
7 respuestas



Nota. Elaboración propia.

Para cerrar esta dimensión, se indagó a los encuestados por aquellas mejoras en el proceso administrativos que según ellos podrían facilitar el acceso al servicio de psicología, las principales propuestas se enmarcaron en el fortalecimiento del talento humano, la optimización de los procesos administrativos y la ampliación de la cobertura del servicio. De manera recurrente, los participantes destacan la necesidad de contar con más profesionales de psicología, incluyendo personal exclusivo para consulta externa y urgencias, así como la agilización de los procesos de contratación para evitar interrupciones en la atención. Asimismo, se propone mejorar la articulación entre dependencias administrativas como el SIAU y facturación, fortalecer la capacitación del personal sobre los procesos del servicio y permitir que el agendamiento sea gestionado directamente desde áreas administrativas. También se resalta la importancia de estructurar agendas más flexibles, con espacios para primeras consultas, seguimientos y atención de urgencias emocionales, además de descentralizar el servicio hacia las comunidades rurales. Finalmente, algunos participantes cuestionan la necesidad de autorizaciones por parte de las EPS, considerándolas una barrera que limita la oportunidad de la atención. En general puede señalarse que, las mejoras propuestas buscan fortalecer la capacidad de respuesta, flexibilidad y

articulación institucional del servicio de psicología, favoreciendo una atención más oportuna y accesible para los usuarios (ver tabla 10).

Tabla 10. *Mejoras para facilitar el acceso al servicio de psicología*

¿Qué mejoras propondría para que los procesos administrativos faciliten el acceso al servicio de psicología? Propongo, más personal de psicología para atender. Hacer que pasen más pacientes a consultas psicológicas. Más capacitaciones para conocer todos los procesos de psicología. Descentralizar el área a todas las comunidades constantemente. Se requiere mínimo dos profesionales, el de consulta externa y el de urgencias, agilizar las contrataciones al iniciar el año y no empezar a mediados de mes. Ofrezcan atención por primera vez inmediata. Yo propongo mayor comunicación entre el SIAU y el servicio de facturación para los usuarios. Es importante realizar un análisis de la demanda real versus la oferta disponible. Con esos datos se puede estructurar la agenda con bloques diferenciados: atención de primera vez, seguimiento y urgencias emocionales. Reservar un porcentaje de citas diarias para demanda espontánea o urgente evita que el servicio se perciba como inaccesible. Que sea directamente la parte administrativa en este caso SIAU quien agende las citas Primero considero que no debería mediarse autorización por parte de las EPS, segundo, debería haber un profesional en el servicio de urgencias.

Nota. Elaboración propia.

6. Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación permiten analizar, desde una perspectiva multidimensional, las principales barreras que limitan el acceso al servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita en el municipio de La Cumbre (Valle del Cauca). Para ello, se retomó la teoría de las 5A propuesta por Penchansky & Thomas (1981), complementada con los aportes de Levesque et al. (2013), Saurman (2016) y Sieck et al. (2021), y se triangularon las percepciones de tres actores clave, usuarios (n=22), personal asistencial (n=10) y personal administrativo (n=7). Esta triangulación resulta especialmente valiosa, pues como señalan Levesque et al. (2013), el acceso efectivo a la salud no depende únicamente de la oferta institucional, sino de la interacción dinámica entre las características del sistema y las capacidades de los usuarios para percibir, buscar, alcanzar, pagar y comprometerse con la atención.

A continuación, se presenta la discusión organizada por cada una de las dimensiones del acceso (disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad, adaptabilidad), integrando los hallazgos de los tres actores, confrontándolos con el marco teórico y contrastándolos con los antecedentes investigativos revisados en el estado del arte. Finalmente, se dedica una sección específica a la triangulación de convergencias y divergencias entre actores, y otra a los lineamientos de mejora en coherencia con el MIAS y las RIAS en salud mental.

6.1 Dimensión de Disponibilidad

La dimensión de disponibilidad, entendida como la existencia de servicios de salud suficientes y apropiados para cubrir las necesidades de la población (Penchansky & Thomas, 1981), mostró hallazgos consistentes entre los tres actores, aunque con matices importantes.

Desde la perspectiva de los usuarios (n=22), se encontró una alta demanda potencial (77,3% ha intentado acceder al servicio), pero una percepción dividida sobre la suficiencia del personal, 50% considera que no hay suficiente disponibilidad. Los tiempos de espera son preocupantes, 45,5% espera más de un mes para obtener cita, y de ellos, 27,3% espera más de dos meses. Además, 54,5% percibe que los servicios ofrecidos son insuficientes o inexistentes para cubrir sus necesidades.

El personal asistencial (n=10) fue contundente: 70% está en desacuerdo con que no haya suficientes profesionales de psicología para atender la demanda, y el 100% reporta que los usuarios presentan dificultades para acceder oportunamente (60% "frecuentemente", 40% "a veces"). Sin embargo, un dato relevante es que 70% del personal asistencial considera que los recursos físicos y materiales (espacios, equipos) sí son adecuados.

El personal administrativo (n=7), el 57,1% considera que el número de profesionales es insuficiente, y 71,4% reporta que "a veces" o "frecuentemente" existen listas de espera o dificultades para asignar citas. Las respuestas cualitativas (Tabla 6) revelan un problema adicional, la falta de disponibilidad no solo genera listas de espera, sino que obliga a estrategias deficientes como "no se remite, se espera a que llegue el profesional" o "se ponen a esperar hasta que decidan asignarlos". También se evidencia una limitación operativa crítica, el servicio solo funciona de lunes a viernes de 7 a.m. a 4 p.m., lo que deja sin cobertura las urgencias fuera de ese horario.

Desde la teoría de las 5A de Penchansky & Thomas (1981), la disponibilidad no solo alude a la existencia de servicios, sino a que estos sean "suficientes y apropiados". Los hallazgos revelan que, si bien el servicio existe (hay un profesional de psicología asignado), no es

suficiente para cubrir la demanda. Esto se alinea con el concepto de "brecha de disponibilidad" que ocurre cuando la oferta no logra equipararse a las necesidades reales de la población.

El modelo de Levesque et al. (2013) aporta una mirada complementaria, dicho aporte sustenta que la disponibilidad del sistema debe corresponderse con la capacidad de los usuarios para "percibir" y "buscar" la atención. En La Cumbre, el 22,7% de los usuarios que nunca ha intentado pedir cita podría estar reflejando no solo falta de necesidad, sino también desconocimiento o desesperanza aprendida ante la escasez percibida del servicio. Este fenómeno ha sido documentado en contextos rurales como una forma de "autoexclusión" del sistema de salud (Levesque et al., 2013).

El aporte de Saurman (2016) sobre la responsabilidad (accountability) del sistema resulta aquí pertinente porque la institución tiene la responsabilidad no solo de ofrecer el servicio, sino de garantizar que la oferta sea proporcional a la demanda. Los testimonios administrativos que señalan "se espera a que llegue el profesional" evidencian una falta de mecanismos de respuesta activa ante la escasez, lo que constituye una falla en la dimensión de responsabilidad institucional.

Los hallazgos sobre disponibilidad en La Cumbre son consistentes con el panorama nacional e internacional. La OMS (2024) reportó que la mediana global de profesionales de salud mental es de 13,5 por cada 100.000 habitantes, cifra que desciende a 1,1 en países de bajos ingresos. En Colombia, la Cámara de Representantes (2025) documentó una densidad de 11 psicólogos por cada 100.000 habitantes, claramente insuficiente. En el Valle del Cauca, esta brecha se profundiza en zonas rurales como La Cumbre, donde un solo profesional debe atender a aproximadamente 15.000 habitantes.

El estudio de Gómez-Restrepo et al. (2022) en el marco del proyecto DIADA encontró que más del 85% de los pacientes con diagnóstico de depresión o consumo problemático de alcohol reportó no haber tenido contacto con servicios de salud mental durante la pandemia. Esta "desconexión entre usuarios y sistema" que señalan los autores es similar a lo evidenciado en La Cumbre, donde los tiempos de espera superiores a dos meses (27,3% de los usuarios) pueden estar generando abandono antes siquiera de iniciar el tratamiento.

Un contraste interesante surge con el estudio chileno de Leyton et al. (2025). En Chile, la telemedicina logró mejorar la oportunidad de atención y reducir listas de espera en salud mental. En La Cumbre, a pesar de que el personal asistencial (50%) y administrativo han identificado la virtualidad como una posible estrategia, su implementación enfrenta barreras de conectividad propias de la ruralidad, tal como lo advierte Sieck et al. (2021) cuando señalan que la "TechQuity" requiere no solo disponibilidad tecnológica, sino también alfabetización digital y cobertura de internet.

Desde la perspectiva del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental (RIAS), los hallazgos sobre disponibilidad evidencian una ruptura en la continuidad de la atención. La RIAS en salud mental establece que la atención debe ser oportuna, integral y centrada en la persona, con énfasis en el primer nivel de atención. Sin embargo, en La Cumbre:

- La oportunidad está comprometida, situación que se refleja en los tiempos de espera superiores a un mes para una primera consulta contradicen los estándares de la RIAS.

- La integralidad se fragmenta, esto sucede por la falta de disponibilidad fuerza a los usuarios a ser remitidos a otros centros o a esperar indefinidamente, rompiendo la continuidad del cuidado.
- El primer nivel no resuelve: el Plan de Desarrollo Municipal de La Cumbre (2023) reconoce limitaciones en la capacidad institucional, y los resultados confirman que el servicio de psicología, aunque existente, no logra absorber la demanda.

El personal administrativo (Tabla 6) señaló un problema estructural adicional, "El servicio de psicología solo es de lunes a viernes de 7 a 5, entonces todas las atenciones o urgencias que salen en ese espacio, nos toca activar con comisaría de familia". Esto indica que la disponibilidad restringida en horarios deriva en una externalización de la atención de urgencias hacia otras instituciones (Comisaría de Familia, Equipos Básicos de Salud), lo que fragmenta aún más la ruta de atención y contradice el principio de continuidad del MIAS.

6.2 Dimensión de Accesibilidad

La dimensión de accesibilidad, entendida como la ubicación geográfica de los servicios y la facilidad con la que los pacientes pueden llegar a ellos (Penchansky & Thomas, 1981), mostró ser una de las barreras más críticas y consistentes entre los tres actores, especialmente en un contexto rural como el municipio de La Cumbre.

Desde la perspectiva de los usuarios, los resultados son contundentes, el 50% considera que llegar al hospital es difícil o muy difícil (31,8% "muy difícil"). Los medios de transporte predominantes implican esfuerzo físico o dependencia de servicios externos, 31,8% se desplaza a pie, 27,3% usa transporte público y 22,7% recurre a moto domiciliaria. Solo el 18,2% cuenta con

vehículo propio. A esto se suma que el 81,8% de los usuarios ha experimentado dificultades para acceder al servicio por problemas de distancia o transporte, destacándose que 22,7% reporta esta dificultad "siempre" y 18,2% "frecuentemente".

Un hallazgo especialmente relevante es el desconocimiento sobre la ubicación del servicio dentro del hospital, aunque el 45,5% identifica claramente el lugar, el 31,8% no sabe dónde se encuentra, el 13,6% se pierde o confunde, y el 9,1% experimentó dificultades iniciales. Esto evidencia problemas de señalización y orientación interna. De manera similar, la información proporcionada sobre el proceso de solicitud de citas y horarios es insuficiente o inexistente para el 54,6% de los usuarios, y solo el 31,8% reporta haber recibido información clara.

El personal asistencial identificó que las barreras de acceso son multifactoriales, el 60% señaló que confluyen "todas las anteriores" (demora en asignación de citas, factores económicos y falta de información). Además, el 60% del personal asistencial califica el servicio como "inaccesible" o "muy inaccesible" para personas de zonas rurales o con dificultades de transporte. Frente a esta situación, el 50% propone como principal estrategia la implementación de atención virtual o telefónica, reconociendo que las barreras geográficas son difícilmente superables solo con transporte.

La percepción del personal asistencial sobre la suficiencia de la información que reciben los usuarios es dividida e incierta, 30% está de acuerdo en que es suficiente, 30% en desacuerdo, y 40% se mantiene neutral, lo que sugiere inconsistencias en los procesos de comunicación institucional.

El personal administrativo coincide en identificar las dificultades en el sistema de agendamiento como la principal barrera administrativa (28,6%), seguidas de la complejidad del

proceso de solicitud, la falta de información clara y los horarios limitados (cada uno con 14,3%). También se señaló un problema estructural: la atención por evento y la necesidad de autorizaciones por parte de las EPS pueden retrasar o dificultar el acceso.

En cuanto a los canales de información utilizados por la ESE, las redes sociales constituyen el principal medio (57,1%), seguido de llamadas telefónicas y WhatsApp institucional (14,3% cada uno). Sin embargo, las respuestas cualitativas (Tabla 7) revelan una contradicción, aunque algunos administrativos consideran que los usuarios "sí tienen suficiente información" porque las interconsultas llegan vía médica, la mayoría señala que "no tienen suficiente información" y que "las personas desconocen el proceso".

Un hallazgo particularmente revelador es el desconocimiento o insuficiencia de estrategias para población rural (Tabla 8). Mientras algunos administrativos señalan que "la atención es solo en la ESE, el servicio no sale del hospital", otros mencionan que existen estrategias a través de programas como APS, PIC y Equipos Básicos de Salud. Esta falta de homogeneidad en las respuestas sugiere que, si existen estrategias extramurales, no son suficientemente conocidas ni articuladas institucionalmente.

Desde la teoría de Penchansky & Thomas (1981), la accesibilidad se refiere a "la relación entre la localización de los servicios y la localización de los usuarios". En La Cumbre, esta relación es claramente desfavorable, un municipio rural con veredas dispersas, donde el 50% de los usuarios percibe el acceso físico como difícil y el 81,8% ha experimentado problemas por distancia o falta de transporte.

El modelo ampliado de Levesque et al. (2013) es especialmente útil para analizar esta dimensión. Estos autores proponen que el acceso es un proceso que involucra habilidades de los usuarios que deben corresponderse con dimensiones del sistema. Específicamente, la

accesibilidad del sistema (geográfica) debe corresponderse con la capacidad de "alcanzar" los servicios por parte de los usuarios. En La Cumbre, esta capacidad se ve severamente limitada porque:

- Los usuarios no pueden "alcanzar" fácilmente: dependen de transporte público (27,3%), moto domiciliaria (22,7%) o desplazamiento a pie (31,8%).
- El costo de "alcanzar" es prohibitivo: como se verá en la dimensión de asequibilidad, el 81,8% gasta dinero en transporte, y el 40,9% gasta más de \$20.000 por desplazamiento.
- La información para "alcanzar" es deficitaria: el 54,6% no recibe información clara sobre cómo acceder al servicio.

El concepto de TechQuity propuesto por Sieck et al. (2021) cobra relevancia aquí. La propuesta del personal asistencial de implementar atención virtual o telefónica (50% lo considera prioritario) es una respuesta lógica a las barreras geográficas. Sin embargo, la TechQuity advierte que la equidad en salud digital no se logra solo con tecnología; se requiere conectividad, dispositivos, alfabetización digital y aceptabilidad cultural. En un municipio rural como La Cumbre, con brechas de conectividad documentadas, la implementación de telemedicina sin estos requisitos previos podría profundizar las desigualdades en lugar de reducirlas (Sieck et al., 2021).

La acomodación (accommodation) en el modelo de Levesque et al. (2013) es otro concepto que ayuda a interpretar los hallazgos. La acomodación se refiere a la organización del sistema para ajustarse a las necesidades de los usuarios (horarios, sistemas de cita, capacidad de respuesta). En La ESE el personal administrativo reconoce que el sistema de agendamiento es una de las principales barreras (28,6%), y que el servicio solo funciona en horario laboral

ordinario, dejando sin cobertura las urgencias. Esto indica una falta de acomodación del sistema a las realidades de los usuarios rurales.

Los hallazgos sobre accesibilidad en la ESE son consistentes con lo reportado en el contexto colombiano. El Ministerio de Salud y Protección Social (2024) documentó que la concentración de profesionales en las grandes ciudades y la escasa presencia en áreas rurales profundizan las desigualdades en salud mental. En La ESE esta concentración se traduce en que un solo psicólogo debe atender a una población dispersa geográficamente.

El estudio de Gómez-Restrepo et al. (2022) en el marco del proyecto DIADA encontró que las dificultades de movilidad constituyeron una de las principales barreras para acceder a servicios de salud mental durante la pandemia. Este hallazgo es casi idéntico al de la ESE, donde el 81,8% de los usuarios reporta problemas asociados a distancia o transporte.

La experiencia chilena documentada por Leyton et al. (2025) ofrece un contraste relevante. En Chile, la telemedicina logró mejorar el acceso en poblaciones vulnerables como mujeres y personas con movilidad reducida, y redujo el gasto de bolsillo asociado al transporte. Sin embargo, los autores advierten que esta estrategia requiere infraestructura tecnológica, protocolos clínicos y éticos, y protección de datos sensibles. En la ESE, aunque el personal asistencial y administrativo han identificado la virtualidad como una posible solución (50% y 50% respectivamente), no se evidencia en los resultados que existan las condiciones básicas para implementarla de manera equitativa.

Un dato preocupante en el contexto local es el reportado por la Universidad Javeriana de Cali (2025) sobre La Cumbre: los factores de riesgo en salud mental incluyen aislamiento social y limitación de profesionales disponibles. Los resultados de esta investigación confirman que el aislamiento social no es solo un factor de riesgo clínico, sino también una barrera estructural: los

usuarios aislados geográficamente no pueden "alcanzar" el servicio, no reciben información sobre cómo hacerlo, y cuando lo intentan, enfrentan costos de transporte prohibitivos.

El Plan de Desarrollo Municipal de La Cumbre (2023) plantea como objetivo "fortalecer la articulación entre los diferentes niveles de atención e implementar estrategias con enfoque territorial". Sin embargo, los hallazgos muestran una brecha significativa entre el discurso del plan y la realidad: no existen estrategias claras, conocidas y articuladas para garantizar la accesibilidad al servicio de psicología desde las zonas rurales.

Desde la perspectiva del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental (RIAS), los hallazgos sobre accesibilidad evidencian una falla estructural en el primer nivel de atención en contextos rurales.

La RIAS en salud mental establece que la atención debe ser accesible en términos geográficos y organizativos, con énfasis en reducir las barreras que enfrentan las poblaciones vulnerables. En La Cumbre, esta condición no se cumple por varias razones:

- La atención es centralizada en el casco urbano: el servicio solo se presta en el hospital, sin estrategias sistemáticas de desplazamiento hacia las veredas. El testimonio administrativo "la atención es solo en la ESE, el servicio no sale del hospital" (Tabla 8) confirma esta centralización.
- La información no fluye adecuadamente: el 54,6% de los usuarios reporta información insuficiente o inexistente sobre cómo acceder al servicio. Esto contradice el principio de transparencia y orientación al usuario del MIAS.
- La articulación intersectorial es débil: aunque existen programas como APS, PIC y Equipos Básicos de Salud, no son percibidos de manera homogénea por el

personal administrativo (Tabla 8), lo que sugiere que su implementación no está plenamente integrada a la ruta de atención en salud mental.

- La señalización y orientación interna es deficiente: el 31,8% de los usuarios no sabe dónde se encuentra el servicio de psicología dentro del hospital. Una barrera tan básica como esta debería ser resuelta con señalización adecuada, lo que indica descuido en aspectos elementales de la organización del servicio.

El enfoque territorial del MIAS exige que las estrategias de salud se adapten a las particularidades geográficas, culturales y sociales del territorio. En La Cumbre, esto implicaría necesariamente descentralizar la atención psicológica hacia las zonas rurales, ya sea mediante:

- Atención extramural: brigadas periódicas en las veredas.
- Telepsicología: siempre que se garantice conectividad y alfabetización digital.
- Articulación con agentes comunitarios, promotores de salud que puedan realizar acompañamiento y primera escucha.

La falta de homogeneidad en las respuestas del personal administrativo sobre la existencia de estrategias para población rural (Tabla 8) es un indicador de que, si existen iniciativas, no están institucionalizadas ni socializadas adecuadamente. Esto representa una oportunidad de mejora en términos de gestión del conocimiento institucional.

6.3 Dimensión de Asequibilidad

La dimensión de asequibilidad, entendida como la capacidad de los individuos para costear los servicios de salud, considerando tanto los costos directos como los indirectos (Penchansky & Thomas, 1981), mostró ser una de las barreras más críticas y consistentes entre los tres actores. Aunque el servicio de psicología en la ESE no implica necesariamente costos

directos elevados, los costos indirectos asociados al transporte constituyen una carga económica significativa que afecta la continuidad del tratamiento.

Desde la perspectiva de los usuarios, los resultados son preocupantes. El 81,8% ha incurrido en algún costo de transporte para asistir a las citas, destacándose que el 40,9% gasta "más de 20.000" por desplazamiento, el 22,7% 20.000 "por desplazamiento, el 22,7% 10.000 y 20.000", el 13,6% 20.000", el 13,6% 5.000 y \$10.000". Solo el 18,2% reporta gastar "nada o casi nada". En un municipio como La Cumbre, donde los ingresos de la población rural suelen ser limitados, estos costos representan una barrera económica significativa.

Aún más revelador es que el 59,1% de los usuarios afirma que estos gastos les han dificultado la asistencia a las consultas al menos en alguna ocasión, y un preocupante 27,3% reporta que esto ocurre "siempre". La consecuencia directa de esta barrera es que el 54,5% de los usuarios ha dejado de asistir a alguna cita por falta de dinero, distribuyéndose así: 9,1% "una vez", 9,1% "dos o tres veces", 13,6% "más de tres veces" y 27,3% "muchas veces". Esto significa que más de la mitad de los usuarios han interrumpido su tratamiento por razones económicas.

La percepción general sobre la asequibilidad del servicio es negativa: el 45,5% considera que el servicio es "poco" o "nada accesible" económicamente, mientras que solo el 31,8% lo encuentra "muy accesible". Esta percepción refleja que, aun cuando el servicio en sí pueda ser gratuito o subsidiado, los costos asociados al acceso (transporte, tiempo, pérdida de ingresos) generan una carga que muchos usuarios no pueden sostener.

El personal asistencial coincidió plenamente con esta visión. El 60% identificó las razones económicas, particularmente los costos de transporte, como el principal factor que incide en la inasistencia de los usuarios, muy por encima del "desinterés o falta de motivación" (30%) o

"reprogramaciones por parte del hospital" (10%). Además, el 50% del personal asistencial está "de acuerdo" con que los costos asociados al servicio constituyen una barrera relevante para el acceso, lo que indica un reconocimiento generalizado del impacto económico en la continuidad del tratamiento.

Frente a este panorama, el personal asistencial propone como principales estrategias para reducir las barreras económicas: apoyos en transporte (50%) y fortalecimiento de la atención virtual (50%). Ambas opciones recibieron la misma preferencia, reflejando un consenso en torno a la necesidad de intervenir tanto en los costos de desplazamiento como en la diversificación de las modalidades de atención.

El personal administrativo aportó una mirada complementaria y estructural. Un hallazgo crítico es que la asequibilidad del servicio depende del tipo de afiliación al sistema de salud: el 85,7% de los encuestados señaló que el acceso al servicio varía según las condiciones de aseguramiento y contratación con las EPS, mientras que el 14,3% indica que existen copagos directos para los usuarios. Esto significa que la asequibilidad no es homogénea para toda la población, sino que está mediada por la lógica del aseguramiento.

En cuanto a la frecuencia de inasistencia por razones económicas, el personal administrativo coincide con los otros actores: 42,9% señala que ocurre "a veces" y otro 42,9% "frecuentemente", totalizando un 85,8% que reconoce el impacto económico en la continuidad del tratamiento.

Un hallazgo particularmente relevante es el desconocimiento o limitación de los apoyos institucionales para población vulnerable (Tabla 9). Las respuestas son dispersas y muestran una falta de claridad institucional: algunos mencionan "jornadas en los puestos de salud o APS, pero ningún convenio o subsidio", otros señalan "depende la prioridad del paciente, ejemplo una

materna o un crónico, desde gerencia se apoya para mandarlos a recoger, de resto no hay ningún tipo de convenio o apoyo". Esta dispersión sugiere que las estrategias de apoyo, cuando existen, son ad hoc, no están sistematizadas ni socializadas adecuadamente, y no constituyen una política institucional clara.

Frente a esta situación, el personal administrativo propone como principal aspecto económico a fortalecer la ampliación de convenios con otras entidades (42,9%), seguido de la ampliación de cobertura de las EPS (28,6%). En menor proporción, se mencionan la implementación de atención en zona rural y los subsidios de transporte (14,3% cada uno).

Desde la teoría de Penchansky & Thomas (1981), la asequibilidad se define como "la relación entre los costos de los servicios y la capacidad de pago de los usuarios". Esta relación incluye tanto los costos directos (consultas, copagos, medicamentos) como los indirectos (transporte, pérdida de ingresos, cuidado de familiares). En la ESE Cumbre, aunque los costos directos pueden ser bajos o nulos gracias al sistema de salud subsidiado, los costos indirectos asociados al transporte son tan elevados que generan una ruptura en la relación de asequibilidad: el costo de "llegar" al servicio supera la capacidad de pago de una proporción significativa de usuarios (40,9% gasta más de \$20.000 por desplazamiento, y 27,3% ha dejado de asistir "muchas veces" por falta de dinero).

El modelo de Levesque et al. (2013) es clave para analizar esta dimensión. Estos autores proponen que la asequibilidad del sistema debe corresponderse con la capacidad de "pagar" de los usuarios. Esta capacidad no es solo económica, sino que incluye la disposición a gastar en salud en contextos de escasez de recursos. En la ESE, la capacidad de pagar de los usuarios rurales es limitada, y los costos de transporte compiten con otras necesidades básicas (alimentación, vivienda, educación). Cuando un usuario rural debe decidir entre gastar \$20.000

en transporte para una cita de psicología o destinar ese dinero a alimentos para su familia, es probable que la salud mental quede postergada, especialmente si el trastorno no es percibido como "urgente" o "visible".

El concepto de "gasto de bolsillo en salud" es central aquí. La OPS (2024) ha documentado que el gasto de bolsillo en salud mental en América Latina es una de las principales causas de barreras de acceso. En la ESE Cumbre, aunque el servicio es público, el transporte se convierte en un gasto de bolsillo obligatorio para acceder a él. Esto contradice el principio de equidad que debería guiar los sistemas públicos de salud.

El aporte de Saurman (2016) sobre la responsabilidad (accountability) es nuevamente pertinente. Si el 85,7% del personal administrativo reconoce que el acceso depende del tipo de afiliación a la EPS, y si no existen convenios claros ni subsidios estructurados para población vulnerable (Tabla 9), entonces el sistema está fallando en su responsabilidad de garantizar la asequibilidad para todos los usuarios, independientemente de su condición de aseguramiento o su lugar de residencia. La responsabilidad implica que el sistema debe rendir cuentas sobre cómo está eliminando (o no) las barreras económicas al acceso.

Los hallazgos sobre asequibilidad en La Cumbre son consistentes con la evidencia nacional e internacional sobre las barreras económicas en salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) reportó que el gasto mundial en salud mental se mantiene en niveles críticos, la mediana global es de 2,69 dólares por persona, y los países de bajos ingresos destinan menos de un dólar per cápita. En Colombia, aunque el gasto puede ser mayor, la distribución territorial es profundamente desigual, los recursos se concentran en las grandes ciudades, mientras que municipios rurales como La Cumbre enfrentan restricciones presupuestales significativas para implementar apoyos de transporte o subsidios.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024) documentó para América Latina y el Caribe que la brecha de tratamiento alcanza el 78% en casos de trastornos mentales moderados o graves. Una de las causas principales de esta brecha son las barreras económicas. Los hallazgos de la ESE ofrecen una explicación concreta de cómo operan estas barreras a nivel local, el costo del transporte no solo impide el inicio del tratamiento (el 22,7% de usuarios nunca ha intentado pedir cita), sino que también provoca abandono de quienes ya están en tratamiento (el 54,5% ha dejado de asistir por falta de dinero).

El estudio chileno de Leyton et al. (2025) mostró que la telemedicina en salud mental logró reducir el gasto de bolsillo, especialmente en mujeres, destacando su aporte a la equidad financiera. Este hallazgo es directamente relevante para la ESE, tanto el personal asistencial como el administrativo han identificado la atención virtual como una estrategia potencial para reducir los costos de transporte. Sin embargo, los autores chilenos también advierten que la telemedicina requiere infraestructura tecnológica y protección de datos sensibles, condiciones que en La Cumbre no están garantizadas.

El estudio de Gómez-Restrepo et al. (2022) en el proyecto DIADA encontró que la pandemia exacerbó las barreras económicas para acceder a servicios de salud mental. Aunque el estudio se realizó en contexto de crisis sanitaria, sus hallazgos son extrapolables a La Cumbre: los usuarios con menores ingresos fueron los más afectados por la interrupción de los servicios. En La Cumbre, el 27,3% de usuarios que ha dejado de asistir "muchas veces" por falta de dinero representa precisamente ese grupo más vulnerable que el sistema debería priorizar.

En el contexto del Valle del Cauca, el Análisis de Situación de Salud Mental (Ministerio de Salud, 2024) documentó que la desigualdad económica es uno de los determinantes sociales que más afectan la salud mental. Los resultados de la ESE muestran cómo esta desigualdad se

traduce en una barrera concreta: los usuarios de zonas rurales y bajos ingresos no pueden costear el transporte para acceder a un servicio que, paradójicamente, es gratuito.

El Banco de la República (2025) documentó que la pandemia exacerbó los niveles de ansiedad y depresión, con repercusiones en la productividad laboral y el rendimiento académico, y que las consecuencias se acentúan en estratos socioeconómicos más bajos. En la ESE, la falta de asequibilidad no solo afecta la salud mental de los usuarios, sino que profundiza el círculo de pobreza: una persona que no puede costear el transporte para tratar su depresión probablemente tendrá dificultades para mantener su empleo o rendir académicamente, lo que a su vez reducirá sus ingresos futuros.

Desde la perspectiva del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental (RIAS), los hallazgos sobre asequibilidad evidencian una contradicción fundamental entre el principio de gratuidad en el punto de atención y la realidad de los costos indirectos de acceso.

La RIAS en salud mental establece que la atención debe ser financieramente accesible para toda la población, sin que esto genere empobrecimiento o endeudamiento. Sin embargo, en La Cumbre:

- El transporte se ha convertido en un "copago encubierto": aunque el servicio de psicología es gratuito para la mayoría de los afiliados al régimen subsidiado, el costo del transporte (que para el 40,9% supera los \$20.000 por desplazamiento) funciona como una barrera económica equivalente a un copago. Para una persona con ingresos bajos o informales, asistir a una cita de psicología puede implicar sacrificar un día de trabajo (pérdida de ingreso) más el costo del transporte.

- La continuidad del tratamiento está comprometida: el hecho de que el 54,5% de los usuarios haya dejado de asistir por falta de dinero indica una ruptura grave en la continuidad. La RIAS enfatiza que los trastornos mentales requieren seguimiento y adherencia al tratamiento; las interrupciones frecuentes por causas económicas pueden llevar a la cronificación de los trastornos y a la necesidad de atención más compleja y costosa en el futuro.
- No existen subsidios de transporte estructurados: aunque algunos administrativos mencionan apoyos "para pacientes prioritarios como maternas o crónicos" (Tabla 9), estos apoyos son discrecionales, no sistemáticos y no garantizados para todos los usuarios de psicología. La RIAS exige que las estrategias de apoyo sean explícitas, equitativas y sostenibles, no dependientes de la voluntad individual de un funcionario.
- La dependencia del tipo de aseguramiento genera inequidad: el hallazgo de que el 85,7% del personal administrativo reconoce que el acceso varía según la EPS a la que esté afiliado el usuario (Figura 46) es profundamente preocupante. Esto significa que dos personas con el mismo trastorno mental, residentes en la misma vereda de La Cumbre, pueden tener accesos diferenciales al servicio de psicología según si su EPS tiene o no "capitación con el hospital". Esto contradice el principio de equidad del MIAS.

El Plan de Desarrollo Municipal de La Cumbre (2023) plantea "fortalecer la capacidad institucional y la cobertura de los servicios, especialmente en contextos rurales". Los hallazgos sobre asequibilidad sugieren que una de las estrategias más urgentes es la implementación de un

sistema de apoyos de transporte para usuarios de psicología de zonas rurales, o la descentralización del servicio hacia las veredas para eliminar el costo de desplazamiento.

El enfoque de atención primaria en salud (APS) que promueve el MIAS debería incluir la salud mental como un componente esencial del primer nivel. En contextos rurales, esto implica necesariamente que el psicólogo no puede estar confinado al consultorio del hospital, sino que debe salir al territorio, realizar visitas domiciliarias y brigadas en las veredas, y articularse con agentes comunitarios de salud que puedan realizar acompañamiento y detección temprana.

6.4 Dimensión de Aceptabilidad

La dimensión de aceptabilidad, entendida como la compatibilidad de los servicios de salud con las expectativas culturales, sociales y personales de los pacientes, así como la actitud de los profesionales hacia los usuarios (Penchansky & Thomas, 1981), mostró hallazgos heterogéneos y paradójicos. A diferencia de las dimensiones anteriores (disponibilidad, accesibilidad y asequibilidad), donde existía un consenso relativamente claro entre los actores sobre la existencia de barreras, en la aceptabilidad emergen percepciones contradictorias y, en algunos casos, divergencias importantes entre lo que reportan usuarios, personal asistencial y personal administrativo.

Desde la perspectiva de los usuarios, los resultados muestran una polarización preocupante en la valoración de la atención recibida. Por un lado, una proporción importante califica el servicio de manera positiva ("excelente" 31,8%, "buena" 13,6%), mientras que un porcentaje igualmente significativo lo valora negativamente ("muy mala" 27,3%, "regular" 18,2%). Esta distribución sugiere que no existe una experiencia homogénea: algunos usuarios reciben una atención excelente, mientras otros experimentan una atención muy deficiente.

En cuanto a la percepción de ser escuchados y tratados con respeto, nuevamente se observa una polarización. Aunque el 31,8% afirma que esto ocurre "siempre" y el 18,2% "casi siempre", un preocupante 27,3% indica que "nunca" es escuchado o tratado con respeto, y un 22,7% "a veces". Esto indica que más de la mitad de los usuarios (50%) tienen experiencias de trato deficiente en al menos algunas ocasiones.

Un hallazgo especialmente relevante es que el 36,4% de los usuarios manifiestan que "nunca" han experimentado juicios, discriminación o falta de comprensión durante la atención, mientras que el 27,3% señala que esto ocurre "rara vez". Sin embargo, persiste un grupo significativo (13,6% "frecuentemente", 13,6% "siempre", 9,1% "a veces") que reporta haber vivido este tipo de experiencias negativas. Esto sugiere que, aunque la mayoría de los usuarios no percibe discriminación abierta, existe un núcleo duro de experiencias negativas que no puede ser ignorado.

En relación con la adaptación del servicio a las necesidades personales, culturales y formas de vida, los resultados muestran nuevamente polarización: el 36,4% considera que el servicio se adapta "completamente" y el 18,2% "en su mayoría", mientras que el 27,3% afirma que "no se adapta en nada", el 13,6% "solo en parte" y el 4,5% "poco". Esto sugiere que el servicio de psicología no está siendo culturalmente sensible para una proporción significativa de usuarios.

El personal asistencial aportó matices importantes que ayudan a interpretar la polarización observada entre los usuarios. En las respuestas abiertas (Tabla 4), emergieron tanto valoraciones positivas ("amable", "profesional", "buena disposición") como percepciones críticas que revelan problemas estructurales en la aceptabilidad del servicio. Destaca especialmente un testimonio: "No le ven la importancia a la atención del servicio de psicología o consideran que es

menos importante que la consulta médica". Este hallazgo es crucial porque sugiere que la falta de aceptabilidad no solo proviene de los usuarios hacia el servicio, sino también del personal de otras áreas del hospital hacia la psicología. Existe una jerarquización implícita de las especialidades médicas en la que la salud mental ocupa un lugar subordinado.

Otro testimonio revelador es "La gente no le gusta ir a la consulta con la psicóloga a diferencia de los otros años". Esto sugiere que puede haber un cambio en la percepción comunitaria sobre la utilidad o pertinencia del servicio, o posiblemente una disminución en la calidad del servicio que ha afectado la confianza de los usuarios.

En cuanto a la percepción sobre la comodidad y el trato que reciben los usuarios, el personal asistencial mostró una posición mayoritariamente neutral (50%), lo que indica falta de claridad o de evidencia para emitir una valoración definida. Solo el 50% (sumando "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo") considera que los usuarios experimentan un ambiente adecuado. Esta neutralidad es preocupante porque sugiere que el personal asistencial no tiene certeza sobre la calidad de la experiencia del usuario, lo que podría reflejar falta de retroalimentación, escasa cultura de evaluación del servicio, o simplemente que el trato es inconsistente.

Un hallazgo importante es que el 80% del personal asistencial (50% "a veces", 30% "frecuentemente") reporta que existe rechazo al servicio de psicología por razones culturales, religiosas o personales. Esto confirma que las barreras de aceptabilidad no son solo institucionales, sino que están profundamente enraizadas en el contexto sociocultural de La Cumbre. El estigma asociado a la salud mental, las creencias religiosas que pueden atribuir los trastornos mentales a causas espirituales, y las concepciones culturales sobre el "deber ser" de una persona psicológicamente sana, constituyen barreras que el sistema de salud no puede ignorar.

En relación con la formación del personal en atención humanizada y culturalmente sensible, las percepciones están divididas: 60% está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que existe dicha formación, mientras que 40% está en desacuerdo. Esta división sugiere que, aunque se han realizado esfuerzos de capacitación, no son percibidos de manera homogénea por todo el personal, o posiblemente la formación no se ha traducido en prácticas consistentes en la atención diaria.

El personal administrativo mostró una percepción predominantemente favorable sobre la actitud de su propio gremio hacia los usuarios: el 42,9% la califica como "buena" y otro 42,9% como "muy buena", totalizando un 85,8% de valoraciones positivas. Solo el 14,3% la considera "regular". Esta percepción contrasta con los testimonios del personal asistencial que señalaban que "no le ven la importancia al servicio de psicología". La divergencia sugiere que el problema de falta de valoración de la psicología podría estar más concentrado en el personal asistencial (médicos, enfermeras) que, en el administrativo, o que el personal administrativo tiene una visión más autocomplaciente de su propio desempeño.

En cuanto a la existencia de capacitaciones en trato humanizado, el 42,9% del personal administrativo señala que se realizan "regularmente" (más de dos veces al año), mientras que el resto se distribuye entre percepciones de implementación ocasional, esporádica o inexistente. Esto indica que, aunque existen esfuerzos de formación, no tienen la cobertura ni la continuidad suficientes para ser percibidos por todo el personal.

Un hallazgo relevante es que el 57,1% del personal administrativo recibe quejas o comentarios de los usuarios "a veces" (entre una y tres veces al mes), mientras que el 28,6% reporta que ocurren "rara vez" y el 14,3% "nunca o casi nunca". La frecuencia moderada de

quejas sugiere que no hay una crisis abierta en la aceptabilidad, pero sí existe una insatisfacción recurrente que se manifiesta en observaciones periódicas.

Finalmente, en relación con la alineación entre normas administrativas y necesidades del servicio de psicología, el 71,5% del personal administrativo (sumando "en su mayoría" 42,9% y "totalmente alineados" 28,6%) tiene una percepción favorable, mientras que el 28,6% señala alineación parcial o poca. Esto sugiere que, aunque existe coherencia general, persisten desajustes que afectan la capacidad del servicio para responder a las necesidades de los usuarios.

Desde la teoría de Penchansky & Thomas (1981), la aceptabilidad se refiere a "la relación entre las características de los servicios y las características de los usuarios, incluyendo la actitud de los proveedores hacia las características de los pacientes y viceversa". En la ESE, esta relación es asimétrica y problemática. Por un lado, una proporción significativa de usuarios (cerca del 45-50%) reporta experiencias positivas de aceptabilidad; por otro lado, un grupo igualmente significativo reporta experiencias negativas. Esta polarización sugiere que la aceptabilidad no es una propiedad estable del servicio, sino que varía según el usuario, el profesional, el momento o las circunstancias.

El modelo de Levesque et al. (2013) es particularmente útil para analizar esta dimensión. Estos autores proponen que la aceptabilidad del sistema debe corresponderse con la capacidad de "comprometerse" (engage) de los usuarios. El compromiso implica que los usuarios confíen en el sistema, se sientan respetados y perciban que la atención es culturalmente pertinente. En La Cumbre, el 27,3% de usuarios que "nunca" se siente escuchado o tratado con respeto, y el 27,3% que reporta que el servicio "no se adapta en nada" a sus necesidades, claramente no pueden comprometerse con el tratamiento. La consecuencia de esta falta de compromiso es la baja adherencia, el abandono y la subutilización del servicio, incluso cuando está disponible.

El concepto de estigma en salud mental es central para entender los hallazgos sobre rechazo por razones culturales o religiosas. Link y Phelan (2001) han documentado que el estigma opera en múltiples niveles, público (estereotipos y discriminación por parte de la comunidad), estructural (políticas y prácticas institucionales que limitan oportunidades) y auto estigma (internalización de creencias negativas por parte de los propios usuarios). En la ESE, el testimonio de que "la gente no le gusta ir a la consulta con la psicóloga" puede reflejar estigma público (asistir a psicología es visto como signo de debilidad o locura), mientras que la percepción del personal asistencial de que la psicología es "menos importante que la consulta médica" refleja estigma estructural dentro del propio hospital.

El aporte de Saurman (2016) sobre la responsabilidad (accountability) es nuevamente relevante. Si el 80% del personal asistencial reconoce que existe rechazo al servicio por razones culturales o religiosas, el sistema tiene la responsabilidad de implementar estrategias de desestigmatización en la comunidad, así como de capacitar al personal para brindar una atención culturalmente sensible. No hacerlo constituye una falla en la responsabilidad institucional.

La propuesta de Sieck et al. (2021) sobre TechQuity también tiene implicaciones para la aceptabilidad. Si se implementara telemedicina en La Cumbre, la aceptabilidad de las herramientas digitales por parte de usuarios rurales, especialmente adultos mayores o personas con baja alfabetización digital, podría ser baja. Esto reforzaría las desigualdades en lugar de reducirlas.

Los hallazgos sobre aceptabilidad en la ESE son consistentes con la evidencia internacional sobre las barreras culturales y relacionales en salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2024) documentó que una de las principales causas de la brecha de tratamiento del 78% en América Latina es la persistente

estigmatización asociada a los trastornos mentales. En la ESE el 80% del personal asistencial reporta rechazo al servicio por razones culturales o religiosas, lo que confirma que el estigma no es un fenómeno lejano, sino una barrera cotidiana que enfrentan los profesionales.

El estudio de Gómez-Restrepo et al. (2022) en el proyecto DIADA encontró que los pacientes no reconocen la atención primaria como una vía válida para abordar sus necesidades psicológicas. Este hallazgo es similar a lo que ocurre en la ESE, donde "la gente no le gusta ir a la consulta con la psicóloga". La falta de apropiación comunitaria del cuidado en salud mental es un problema estructural que requiere intervenciones sostenidas en el tiempo.

El ensayo de Fernández Moreno (2024) sobre la atención de trastornos de ansiedad desde atención primaria destaca la importancia de humanizar la atención y de que el psicólogo clínico tenga un rol activo en la comunidad. En la ESE, el testimonio del personal asistencial sobre la necesidad de "realizar constantemente talleres de humanización y sensibilización" (Tabla 5) indica que existe una carencia de formación continua en este ámbito.

En el contexto colombiano, el Ministerio de Salud y Protección Social (2024) ha documentado que la depresión continúa siendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de salud. Sin embargo, la baja aceptabilidad del servicio de psicología en comunidades rurales puede estar llevando a que muchos casos de depresión no sean consultados o sean abordados exclusivamente por médicos generales con psicofármacos, sin acompañamiento psicoterapéutico.

La Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 (Ministerio de Salud, 2024) enfatiza la necesidad de promoción y prevención con enfoque comunitario. Los hallazgos sobre aceptabilidad en La Cumbre sugieren que, antes de que las estrategias de promoción sean

efectivas, es necesario trabajar el estigma y construir confianza en la comunidad hacia el servicio de psicología.

El ensayo de Lopera-Medina (2022) sobre ética en la administración en salud destaca la importancia de que el personal de salud actúe como agente moral, defensor de la equidad, la dignidad y el cuidado. En la ESE, la existencia de quejas sobre "falta de confidencialidad" y la necesidad de "cambiar el consultorio de lado para que se le brinde mayor privacidad al paciente" (Tabla 5) indican que hay fallas en la protección de la dignidad del usuario. Un consultorio que no garantiza privacidad vulnera el principio ético de confidencialidad, que es especialmente sensible en salud mental.

Desde la perspectiva del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental (RIAS), los hallazgos sobre aceptabilidad evidencian fallas en la dimensión relacional y cultural del modelo.

La RIAS en salud mental establece que la atención debe ser centrada en la persona, lo que implica respetar sus valores, creencias, preferencias y necesidades culturales. En la ESE, esta condición se cumple solo para una parte de los usuarios (36,4% reporta que el servicio se adapta "completamente"), pero falla para un grupo significativo (27,3% reporta que "no se adapta en nada"). Esto indica que el servicio no está siendo suficientemente flexible para responder a la diversidad de perfiles culturales y personales de la población atendida.

La confidencialidad es un principio central en salud mental. Los testimonios del personal asistencial (Tabla 5) son contundentes: "cambiar el consultorio de lado para que se le brinde mayor privacidad al paciente", "el cambio de consultorio ya que no favorece la privacidad del paciente", "en urgencias debe haber un espacio para hacer la consulta de manera confidencial". La existencia de estas recomendaciones indica que las condiciones físicas actuales violan la

confidencialidad de los usuarios, lo que puede disuadirlos de buscar ayuda o de ser sinceros durante la consulta.

El estigma estructural dentro del hospital es un hallazgo particularmente preocupante. El testimonio "no le ven la importancia a la atención del servicio de psicología o consideran que es menos importante que la consulta médica" sugiere que la salud mental no está plenamente integrada al MIAS en la práctica, a pesar de que la política nacional así lo establece. Esta subordinación de la psicología a la medicina puede tener consecuencias concretas, menor asignación de recursos, menor capacidad de decisión del psicólogo en el equipo de salud, y menor priorización de los usuarios de psicología en los sistemas de agendamiento y seguimiento.

La formación en atención humanizada y culturalmente sensible es mencionada como una necesidad tanto por el personal asistencial (Tabla 5: "realizar constantemente talleres de humanización y sensibilización") como por el personal administrativo (donde solo el 42,9% percibe que las capacitaciones se realizan regularmente). La RIAS enfatiza que el talento humano debe estar capacitado en enfoque diferencial, de género y derechos humanos. En la ESE, esta capacitación parece ser insuficiente, esporádica o no percibida por todo el personal.

La relación con la comunidad es otro aspecto crítico. El testimonio del personal asistencial (Tabla 5) sobre la necesidad de "mejorar la relación con la zona rural" y "brindar la atención desde la cercanía" indica que el modelo actual es demasiado institucional y centrado en el consultorio. El MIAS promueve la participación social y el control social en salud, lo que implica que la comunidad debe ser sujeto activo en la definición de las necesidades y la organización de los servicios. En La Cumbre, la comunidad parece ser un receptor pasivo de un servicio que no termina de aceptar.

El Plan de Desarrollo Municipal de La Cumbre (2023) promueve "acciones orientadas a la prevención de problemáticas como el consumo de sustancias psicoactivas, la violencia y el riesgo de conducta suicida, así como al fortalecimiento de procesos de promoción del bienestar psicosocial". Sin embargo, estas acciones difícilmente serán efectivas si no se aborda primero el estigma y la baja aceptabilidad del servicio de psicología. Una comunidad que percibe la salud mental como un tema vergonzante o que desconfía del psicólogo no participará activamente en programas de prevención.

6.5 Dimensión de Adaptabilidad

La dimensión de adaptabilidad, entendida como la capacidad de los servicios de salud para estructurarse y organizarse de manera que se ajusten a las necesidades del paciente, incluyendo horarios de atención, tiempos de espera, facilidad para obtener citas y flexibilidad para reprogramar (Penchansky & Thomas, 1981), mostró hallazgos paradójicos y una divergencia marcada entre los tres actores. A diferencia de dimensiones anteriores donde existía un consenso relativo sobre la existencia de barreras, en la adaptabilidad emergen percepciones contradictorias que reflejan una falta de alineación entre lo que los usuarios necesitan, lo que el personal asistencial percibe y lo que el personal administrativo cree que ofrece.

Desde la perspectiva de los usuarios, los resultados muestran una percepción dividida sobre la adecuación de los horarios del servicio. Por un lado, el 31,8% considera que los horarios son "muy adecuados" y el 22,7% "moderadamente adecuados", totalizando un 54,5% de valoraciones positivas. Sin embargo, un porcentaje igualmente significativo (27,3% "nada adecuados", 13,6% "poco adecuados") manifiesta inconformidad. Esta distribución sugiere que

los horarios funcionan para algo más de la mitad de los usuarios, pero excluyen a una minoría significativa.

En cuanto a la facilidad para conseguir citas en los horarios disponibles, las percepciones son heterogéneas y preocupantes. Solo el 27,3% considera que ha sido "muy fácil" y el 4,5% "fácil", mientras que el 27,3% reporta que ha sido "muy difícil", el 9,1% "difícil", y el 31,8% "ni fácil ni difícil". Esto significa que más de un tercio de los usuarios (36,4%) enfrenta dificultades significativas para acceder a las citas, incluso dentro de los horarios disponibles.

Un hallazgo relevante es que el 63,6% de los usuarios (sumando "siempre" 27,3%, "frecuentemente" 13,6%, y "a veces" 22,7%) ha tenido que faltar al trabajo o dejar otras actividades para asistir a las citas de psicología. Esto indica que los horarios del servicio no están alineados con las dinámicas cotidianas de la mayoría de los usuarios. Para una población rural donde los horarios laborales pueden ser extensos, donde las tareas del campo no tienen un horario fijo, y donde la disponibilidad de transporte es limitada, la rigidez de los horarios constituye una barrera significativa.

Frente a esta situación, los usuarios identifican como principal necesidad de mejora el fortalecimiento de la capacidad operativa: el 45,5% considera prioritario contar con más personal o psicólogos, el 18,2% señala la ampliación de horarios, y otro 18,2% la mejora de la información sobre el servicio. Solo el 9,1% menciona aspectos relacionados con la ubicación o el acceso, y otro 9,1% considera que no se requieren cambios. Estos datos son consistentes con los hallazgos de disponibilidad y refuerzan la idea de que la insuficiencia de talento humano es la raíz de muchos problemas de adaptabilidad.

El personal asistencial mostró una percepción completamente dividida sobre la adecuación de los horarios, exactamente el 50% está "de acuerdo" y el 50% "en desacuerdo", sin

posiciones intermedias. Esta división tan marcada sugiere que no existe un consenso profesional sobre si los horarios actuales son adecuados, lo que podría reflejar que diferentes profesionales tienen diferentes niveles de flexibilidad o que la oferta horaria es objetivamente insuficiente pero algunos profesionales la justifican por restricciones institucionales.

En cuanto a la facilidad para reprogramar citas o atender casos urgentes, el personal asistencial mostró una percepción mayoritariamente negativa. Solo el 50% (40% "favorable", 10% "totalmente favorable") considera que el proceso es adecuado, mientras que el otro 50% (40% "poco favorable", 10% "muy desfavorable") reporta limitaciones significativas. Esto indica que el servicio no cuenta con mecanismos ágiles para responder a imprevistos, lo que es especialmente grave en salud mental, donde pueden surgir crisis o urgencias emocionales que requieren atención inmediata.

Sobre la capacidad del modelo de atención para adaptarse a diferentes edades, condiciones y problemáticas, las percepciones están divididas y con un alto grado de incertidumbre. Solo el 40% (20% "de acuerdo", 20% "totalmente de acuerdo") tiene una percepción positiva, mientras que el 30% está en desacuerdo y otro 30% se mantiene neutral. Este 30% de neutralidad es indicativo de que no hay claridad sobre la pertinencia del modelo, lo que podría reflejar falta de formación en enfoque diferencial o que el modelo actual es demasiado homogéneo para responder a la diversidad de usuarios.

Frente a este panorama, el personal asistencial propone como principales estrategias para mejorar la adaptabilidad: implementar atención virtual o telefónica (50%), realizar brigadas o jornadas en zonas rurales (40%), y ampliar horarios (10%). Estas propuestas son consistentes con las de otras dimensiones y reflejan un consenso emergente sobre la necesidad de descentralizar y diversificar las modalidades de atención.

Las recomendaciones cualitativas del personal asistencial (Tabla 5) son particularmente reveladoras. Un testimonio señala: "En psicología se debe mejorar la relación con la zona rural dado que solo se atiende en el consultorio y se debería brindar la atención desde la cercanía". Otro añade: "Considero que se debe volver a establecer la consulta psicológica de manera diaria y no partida por los horarios que beneficien al profesional". Estas declaraciones indican que el modelo actual es demasiado rígido y centrado en la comodidad del profesional en lugar de en las necesidades del usuario.

El personal administrativo mostró una percepción más optimista sobre la adaptabilidad que los otros dos actores. El 71,4% considera que la flexibilidad de horarios y procedimientos es "moderadamente flexible" y el 14,3% "bastante flexible", totalizando un 85,7% de valoraciones positivas. Solo el 14,3% la percibe como "poco flexible". Esta divergencia con la percepción de los usuarios (donde el 36,4% reporta dificultades para conseguir citas) sugiere que el personal administrativo sobreestima la adaptabilidad del servicio o que su definición de "flexibilidad" no se corresponde con la experiencia real de los usuarios.

Sin embargo, en cuanto a la facilidad para reprogramar citas o atender casos urgentes, el personal administrativo mostró una percepción más realista y preocupante: el 42,9% considera que este proceso es "difícil", otro 42,9% lo percibe como "ni fácil ni difícil", y solo el 14,3% como "fácil". Esto significa que el 85,8% del personal administrativo reconoce dificultades para reprogramar o atender urgencias, lo que es consistente con lo reportado por el personal asistencial (50% con percepciones negativas) y con la experiencia de los usuarios que enfrentan listas de espera prolongadas.

Sobre la capacidad del sistema administrativo para ajustarse a las necesidades de diferentes grupos de usuarios, el personal administrativo mostró una percepción favorable, pero

con matices, el 57,1% considera que el sistema sí se ajusta adecuadamente, mientras que el 28,6% señala que el ajuste es solo parcial y el 14,3% que se ajusta poco. Esto indica que, aunque existe una base de adaptabilidad, no es suficiente para todos los grupos de usuarios.

Las propuestas de mejora del personal administrativo (Tabla 10) son particularmente detalladas y relevantes. Un testimonio señala: "Es importante realizar un análisis de la demanda real versus la oferta disponible. Con esos datos se puede estructurar la agenda con bloques diferenciados: atención de primera vez, seguimiento y urgencias emocionales. Reservar un porcentaje de citas diarias para demanda espontánea o urgente evita que el servicio se perciba como inaccesible". Esta recomendación es técnicamente sólida y refleja un conocimiento de buenas prácticas en gestión de servicios de salud mental. Sin embargo, su implementación requiere voluntad política y recursos que actualmente no están disponibles.

Otro testimonio crítico señala "Primero considero que no debería mediarse autorización por parte de las EPS, segundo, debería haber un profesional en el servicio de urgencias". Esta declaración apunta a dos problemas estructurales: la dependencia de autorizaciones externas que ralentizan el acceso, y la falta de cobertura en urgencias que deja desprotegidos a los usuarios con crisis emocionales agudas.

Desde la teoría de Penchansky & Thomas (1981), la adaptabilidad (originalmente denominada "accommodation" por algunos autores) se refiere a "la relación entre la forma en que los recursos de los servicios están organizados para aceptar a los pacientes y la capacidad de los pacientes para adaptarse a esa organización". En la ESE, esta relación es asimétrica y desfavorable para los usuarios. Los horarios rígidos (solo de lunes a viernes de 7 a.m. a 5 p.m.), la falta de mecanismos ágiles para reprogramar, y la ausencia de atención en urgencias, indican

que el servicio espera que los usuarios se adapten a su organización, en lugar de que la organización se adapte a los usuarios.

El modelo de Levesque et al. (2013) denominan esta dimensión como "acomodación" (accommodation) y la define como "la forma en que los servicios de salud se organizan para adaptarse a las limitaciones de los pacientes". Estos autores distinguen entre acomodación del sistema (horarios flexibles, sistemas de cita adaptables, capacidad de respuesta a urgencias) y capacidad de los usuarios para "comprometerse" con el sistema (disponibilidad de tiempo, flexibilidad laboral, redes de apoyo). En la ESE, la acomodación del sistema es deficiente: horarios rígidos, sin atención en fines de semana o fuera del horario laboral, sin mecanismos claros para urgencias. Como resultado, los usuarios deben sacrificar actividades laborales o personales (63,6% reporta haberlo hecho) para poder acceder al servicio.

El concepto de "acomodación inversa" (cuando el sistema no se adapta a los usuarios) ha sido documentado en contextos rurales como una de las principales causas de abandono del tratamiento. Cuando un usuario rural debe elegir entre asistir a una cita de psicología en un horario que no le acomoda o seguir trabajando para alimentar a su familia, es probable que el sistema de salud pierda. Esto es exactamente lo que ocurre en la ESE.

El aporte de Saurman (2016) sobre la responsabilidad (accountability) es nuevamente relevante. Si el 63,6% de los usuarios ha tenido que faltar al trabajo o dejar otras actividades para asistir a citas, y si el personal asistencial y administrativo reconocen dificultades para reprogramar y atender urgencias, entonces el sistema no está siendo responsable con las necesidades reales de la población. La responsabilidad implicaría reorganizar el servicio para que los horarios sean más flexibles, para que existan mecanismos claros de atención de urgencias, y para que la agenda se estructure con criterios de priorización clínica y no solo administrativa.

Los hallazgos sobre adaptabilidad en La Cumbre son consistentes con la evidencia internacional sobre la rigidez de los servicios de salud mental en contextos rurales.

El estudio de Gómez-Restrepo et al. (2022) en el proyecto DIADA encontró que los modelos de atención no se adaptaron adecuadamente a contextos de crisis prolongada como la pandemia. En la ESE, la rigidez del servicio (horarios fijos, atención solo presencial, falta de mecanismos para urgencias) parece ser una característica estructural y preexistente, no una consecuencia de la pandemia. Esto sugiere que el modelo de atención no ha sido rediseñado para responder a las necesidades de una población rural con dinámicas laborales y de movilidad particulares.

En el contexto colombiano, la Política Nacional de Salud Mental 2024-2033 (Ministerio de Salud, 2024) establece la necesidad de fortalecer la capacidad resolutive del primer nivel de atención y de integrar la salud mental en la atención primaria. En la ESE, la falta de adaptabilidad del servicio de psicología (horarios rígidos, sin atención en urgencias, sin mecanismos de reprogramación ágiles) es un indicador de que el primer nivel no está resolviendo y de que la integración es aún débil.

El Plan de Desarrollo Municipal de La Cumbre (2023) plantea "mejorar la accesibilidad, la oportunidad y la calidad de los servicios de salud" y "optimizar los recursos disponibles mediante una atención integral". Los hallazgos sobre adaptabilidad sugieren que la optimización requeriría, como mínimo, un análisis de la demanda real versus la oferta disponible (como lo sugiere un testimonio administrativo en Tabla 10) y una reestructuración de la agenda con bloques diferenciados para primera vez, seguimiento y urgencias.

Desde la perspectiva del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y las Rutas Integrales de Atención en Salud Mental (RIAS), los hallazgos sobre adaptabilidad evidencian

una falla en la capacidad de respuesta del primer nivel de atención y una falta de articulación entre niveles.

La RIAS en salud mental establece que la atención debe ser oportuna y continua, con mecanismos claros para la atención de urgencias y la referencia entre niveles. En La Cumbre:

- La oportunidad está comprometida por la rigidez de horarios: el servicio solo funciona en horario laboral ordinario, lo que excluye a usuarios que trabajan en el campo, que tienen horarios extendidos, o que requieren atención en fines de semana. El testimonio de que "todas las atenciones o urgencias que salen en ese espacio, nos toca activar con comisaría de familia" indica que el servicio de psicología no tiene capacidad de respuesta para urgencias, lo que fuerza una derivación a otras instituciones que no son del sector salud (Comisaría de Familia), fragmentando la ruta de atención.
- La continuidad se rompe por la falta de flexibilidad para reprogramar: el 50% del personal asistencial y el 85,8% del personal administrativo reconocen dificultades para reprogramar citas o atender casos urgentes. Si un usuario no puede asistir a una cita por razones laborales, familiares o de transporte, y el servicio no le ofrece una alternativa ágil, es probable que abandone el tratamiento. Esta ruptura en la continuidad es especialmente grave en salud mental, donde la adherencia es un factor determinante del éxito terapéutico.
- No existe un enfoque diferencial en la organización del servicio: el 30% del personal asistencial se mantiene neutral sobre si el modelo de atención se adapta a diferentes edades, condiciones y problemáticas, y otro 30% está en desacuerdo. Esto indica que el servicio no está diseñado con criterios de equidad y enfoque

diferencial. Un adolescente con ideación suicida, una mujer víctima de violencia intrafamiliar y un adulto mayor con depresión pueden tener necesidades muy diferentes, pero el servicio parece ofrecerles el mismo modelo de atención (consultorio, horario fijo, 50 minutos semanales).

- La articulación con urgencias es deficiente, tal como se lee en los testimonios sobre la necesidad de "un profesional en el servicio de urgencias" (Tabla 10) y "un espacio para hacer la consulta de manera confidencial en urgencias" (Tabla 5) indican que actualmente no hay un circuito claro para la atención de crisis emocionales. Un usuario que llega a urgencias con una crisis de ansiedad o ideación suicida puede no recibir atención psicológica oportuna, lo que contradice el principio de integralidad del MIAS.

La recomendación técnica del personal administrativo (Tabla 10) sobre la necesidad de "realizar un análisis de la demanda real versus la oferta disponible" y "estructurar la agenda con bloques diferenciados" es un punto de partida válido. Sin embargo, como advierte Parra-Henao (2022) en su editorial sobre innovación en salud pública, la implementación de este tipo de mejoras depende de factores culturales, normativos, organizacionales y de colaboración. En La Cumbre, la rigidez del servicio de psicología no es solo un problema de recursos, sino también de cultura organizacional: el servicio se ha organizado históricamente en torno a la comodidad del profesional y la simplicidad administrativa, no en torno a las necesidades del usuario rural.

Un hallazgo de especial relevancia gerencial que emerge de la dimensión de adaptabilidad es la fragmentación entre las atenciones extramurales de los EBAS y el servicio intramural de psicología. Los datos de las Tablas 6 y 8 (Capítulo 5.4) evidencian que, aunque los EBAS realizan captaciones y acompañamientos psicológicos en zonas rurales, estas acciones no

se traducen sistemáticamente en registros trazables dentro de la historia clínica institucional ni derivan en citas formales de consulta externa. El personal administrativo confirmó que 'la atención es solo en la ESE, el servicio no sale del hospital' (Tabla 8), pero también reconoció que los EBAS 'sí apoyan la atención en zona rural'. Esta aparente contradicción refleja que la articulación existe de hecho, pero no de derecho: las intervenciones en territorio se producen de manera informal, sin protocolo de canalización y sin el registro clínico que las haría auditables y facturables ante las EPS.

Desde la perspectiva de la Resolución 4886 de 2018, que establece las rutas de canalización y seguimiento en salud mental en el marco de la RIAS, cada captación positiva realizada en territorio debe generar una cadena de trazabilidad clínica que incluya el registro del tamizaje en la historia clínica, la apertura del caso con código CUPS correspondiente, la asignación de una cita de valoración en consulta externa dentro de los términos de oportunidad definidos, y el seguimiento documentado del proceso terapéutico. La ausencia de este circuito no solo viola el principio de integralidad y continuidad del MIAS, sino que representa una pérdida económica directa para la ESE: cada captación en territorio que no deriva en una consulta formal registrada es una actividad que el hospital presta, pero no puede facturar ante la EPS. Implementar el mecanismo de registro unificado y el protocolo de canalización activa propuestos en la Estrategia 4 del Capítulo 6.6 permitiría convertir estas atenciones actualmente invisibles en producción facturable, cerrando simultáneamente la brecha de trazabilidad clínica y la brecha de sostenibilidad financiera del servicio.

Tabla 11. *Directrices operativas EBAS - Servicio intramural (Resolución 4886 de 2018)*

N.º	Directriz operativa
i.	El psicólogo del EBAS que realice una captación o intervención inicial en zona rural deberá diligenciar el Formato de Canalización Activa al servicio de psicología intramural dentro de las 48 horas siguientes a la atención.
ii.	El área de facturación asignará un número de caso en la historia clínica electrónica para garantizar la trazabilidad desde la primera intervención extramural.
iii.	La agenda de consulta externa de psicología reservará el 20% de los cupos disponibles para usuarios canalizados desde zona rural, garantizando atención dentro de los 15 días hábiles siguientes a la captación.
iv.	Las atenciones realizadas por los EBAS en modalidad de tamizaje o intervención breve grupal serán reportadas a la EPS bajo los códigos CUPS de educación en salud (89.01.3.11) o atención en salud mental comunitaria, previa validación con el área de facturación.
v.	Cada tres meses, el coordinador asistencial realizará una auditoría de concordancia entre captaciones EBAS, canalizaciones registradas y atenciones efectivamente facturadas, para identificar y corregir fugas en el proceso.

Nota. Elaboración propia.

6.6 Lineamientos de mejora para la gestión del servicio de psicología

Los resultados de la investigación permiten afirmar que el servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita no enfrenta un problema de demanda. Los usuarios requieren y buscan atención. Sin embargo, la baja cobertura, la discontinuidad de los procesos terapéuticos y la caída en la facturación responden a debilidades en la configuración del modelo de atención, en la organización del talento humano y en la articulación institucional.

Para fundamentar la viabilidad de las propuestas, se construyó una simulación financiera a partir de los datos históricos de facturación de la Tabla 2, con el año 2025 completo. La línea base evidencia que el servicio ya alcanzó \$51.766.006 en 2024, lo que demuestra que ese potencial es real y alcanzable con la capacidad instalada. La caída a \$41.448.900 en 2025 (–

19,9% respecto a 2024) no es estructural: responde a factores operativos corregibles mediante cinco estrategias propuestas.

Estrategia 1. Reconfigurar el servicio de psicología como un componente transversal del modelo de atención

Problema identificado: el servicio de psicología opera de forma aislada, reactiva y centrada exclusivamente en la consulta individual en el consultorio. Esto genera sobrecarga del profesional, baja continuidad terapéutica y una facturación restringida a pocos códigos CUPS.

Acciones clave:

- Integrar psicología a consulta externa, urgencias, programas de promoción y prevención (PIC, APS) y Equipos Básicos en Salud (EBAS).
- Incorporar intervenciones breves, grupales y educativas que puedan ser facturadas.

Resultado esperado:

- Mayor captación de usuarios, menor abandono y aumento del volumen facturable sin requerir una planta adicional inmediata.

Estrategia 2. Fortalecer la capacidad operativa sin incrementar el gasto fijo de manera inmediata

Problema identificado: la capacidad instalada actual es insuficiente y concentra funciones clínicas, administrativas y comunitarias en un solo profesional, lo que genera colapso operativo, listas de espera y compromiso en los indicadores de facturación.

Acciones clave:

- Ampliación horaria modular (jornadas extendidas 1 o 2 días por semana).

- Contratación parcial o por eventos (grupos, talleres, jornadas rurales).
- Convenios docente-asistenciales con universidades (prácticas supervisadas).

Resultado esperado:

- Mejor oportunidad de atención, mayor continuidad terapéutica e incremento progresivo de la facturación sin presionar el gasto administrativo.

Nota analítica: potencial de talleres CUPS vs. costo de ampliación horaria

El cruce entre los datos históricos de la Tabla 2 y el potencial de los talleres colectivos y la educación psicosocial grupal permite demostrar el retorno de inversión de la ampliación horaria modular. En 2022, la ESE facturó \$760.064 en talleres y \$1.478.694 en educación psicosocial, para un total de \$2.238.758 en actividades grupales. Desde 2023, los talleres desaparecieron completamente. En 2025, la educación psicosocial mostró una recuperación a \$1.089.700, la más alta desde 2022, pero los talleres siguen en cero. Esta caída no responde a falta de demanda, sino a que la organización actual del servicio no tiene margen operativo para ejecutar actividades grupales sin comprometer la atención individual.

La ampliación horaria de un día por semana (cuatro sesiones grupales mensuales) resolvería este cuello de botella. Tomando la tarifa promedio implícita de \$28.000 por participante por sesión y grupos de 12 personas, una sesión grupal genera \$336.000 en una hora, equivalente a cinco o seis consultas individuales en el mismo tiempo. Con cuatro sesiones mensuales, la facturación adicional sería de \$1.344.000 al mes, que anualizada equivale a \$16.128.000 exclusivamente en esta línea. Frente a un costo mensual de ampliación horaria de \$300.000, la relación costo-beneficio es de \$4,5 recuperados por cada \$1 invertido, y los recursos

generados financian las jornadas rurales de descentralización, creando un modelo de autofinanciamiento progresivo.

Tabla 12. *Costos de talleres y ampliación horario*

Concepto	Mensual (COP)	Anual (COP)
Facturación por 4 sesiones grupales (12 personas × \$28.000 × 4)	\$1.344.000	\$16.128.000
Costo ampliación horaria modular (1 día/semana)	\$300.000	\$3.600.000
ROI NETO actividades grupales	\$1.044.000	\$12.528.000
Ratio ingreso / costo	4,5:1	4,5:1

Estrategia 3. Implementar un modelo híbrido de atención: presencial, virtual y extramural

Problema identificado: la principal barrera de acceso no es el servicio en sí, sino la distancia y el costo del transporte, lo que genera alto abandono del tratamiento, especialmente en la población rural.

Acciones clave:

- Autorizar e institucionalizar la atención virtual o telefónica para seguimientos.
- Mantener y fortalecer las jornadas extramurales.
- Combinar consultas breves presenciales con continuidad virtual.

Resultado esperado:

- Reducción de la inasistencia, mayor adherencia, ampliación de la cobertura rural y cumplimiento del enfoque territorial.

Estrategia 4. Optimizar la gestión de remisiones y la facturación del servicio

Problema identificado: Muchas atenciones no se convierten en procesos clínicos continuos ni en actos facturables por falta de trazabilidad, protocolos claros y registro adecuado de CUPS.

Acciones clave:

- Establecer protocolos estandarizados de remisión desde EBAS, instituciones educativas y consulta médica.
- Capacitar al personal en registro clínico adecuado, uso correcto de CUPS y continuidad documentada de la atención.

Resultado esperado:

- Incremento directo de los ingresos, mejora de los indicadores administrativos y disponibilidad de información confiable para la toma de decisiones.

Estrategia 5. Incorporar el monitoreo gerencial del servicio de psicología

Problema identificado: no existe información sistemática que permita tomar decisiones oportunas sobre el servicio. El deterioro se ha generado de manera silenciosa a lo largo del tiempo por ausencia de indicadores y seguimiento.

Acciones clave:

- Incluir psicología en el tablero gerencial de la IPS con indicadores de proceso: oportunidad de citas, porcentaje de cobertura, adherencia, relación producción versus facturación y satisfacción del usuario (NPS).
- Realizar medición periódica y análisis mensual de resultados.

Resultado esperado:

- Mejor control del servicio, prevención de deterioros futuros y gestión basada en evidencia.

Beneficios esperados de la implementación

- Mejora del acceso sin incrementos significativos del gasto fijo.
- Recuperación de la facturación perdida.
- Cumplimiento de la normatividad sanitaria (MIAS – RIAS).
- Protección de la viabilidad financiera de la ESE.
- Fortalecimiento del impacto social y mejora de los indicadores de salud mental en el municipio.

Invertir en la reorganización del servicio de psicología no es un gasto, es una estrategia de sostenibilidad y calidad institucional.

6.6.1 Simulación financiera y análisis de viabilidad

Se construyó una simulación financiera que parte de los datos reales de facturación del servicio de psicología entre 2022 y 2025, y proyecta el comportamiento esperado de los ingresos durante el período 2026–2028, bajo el supuesto de que la institución implementa los cinco lineamientos estratégicos propuestos.

El análisis tiene tres propósitos concretos. El primero es demostrar que la caída en la facturación del servicio no es de naturaleza estructural irreversible, sino que responde a factores operativos identificables y corregibles mediante intervenciones de bajo costo. El segundo es cuantificar el potencial de recuperación y crecimiento de los ingresos a partir de líneas de

servicio que actualmente están subutilizadas o inactivas. El tercero es calcular el retorno sobre la inversión (ROI) de cada uno de los cinco lineamientos propuestos, para demostrar que el costo de implementarlos es ampliamente inferior al ingreso adicional que generarían.

El punto de partida del análisis es la Tabla 2 del trabajo de grado, que recoge la facturación real del servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita entre 2022 y 2025, desagregada por tipo de actividad según los códigos del Sistema de Codificación Único de Procedimientos en Salud (CUPS).

Tabla 13. *Costos de facturación por actividad*

Actividad CUPS	2022	2023	2024	2025 (año completo)	Promedio 2022–2024
01 – Consulta (890208/890308)	\$31.714.626	\$44.390.109	\$40.549.573	\$33.654.300	\$38.884.769
02 – Educación psicosocial	\$1.478.694	\$188.387	\$16.000	\$1.089.700	\$561.027
03 – Talleres colectivos	\$760.064	\$0	\$0	\$0	\$253.355
04 – Psicoterapia individual	\$2.548.653	\$5.737.074	\$11.200.433	\$6.606.000	\$6.495.387
05 – Otras actividades	\$115.528	\$0	\$16.000	\$98.900	\$43.843
TOTAL, FACTURADO	\$36.617.565	\$50.315.570	\$51.766.006	\$41.448.900	\$46.233.047

Nota. Datos reales del sistema de información de la ESE Hospital Santa Margarita. El año 2025 corresponde al año completo

Con el año 2025 completo disponible (\$41.448.900), la siguiente tabla presenta las variaciones reales entre períodos anuales equivalentes.

Tabla 14. *Variaciones reales entre periodos anuales*

Período	Año 1 (COP)	Año 2 (COP)	Variación absoluta	Var. %	Interpretación
2022–2023	\$36.617.565	\$50.315.570	+\$13.698.005	+37,4%	Crecimiento sostenido: consolidación del servicio de planta
2023–2024	\$50.315.570	\$51.766.006	+\$1.450.436	+2,9%	Crecimiento leve: mayor concentración en

Período	Año 1 (COP)	Año 2 (COP)	Variación absoluta	Var. %	Interpretación
					psicoterapia individual
2024–2025	\$51.766.006	\$41.448.900	–\$10.317.106	–19,9%	Caída real del 19,9% entre años completos: comparable y metodológicamente válida

Nota. Elaboración propia a partir de los datos de facturación.

La consulta es la línea dominante, pero muestra una tendencia decreciente

La consulta de primera vez y los controles de seguimiento concentran entre el 79% y el 88% de la facturación total del servicio en todos los años analizados. Sin embargo, el valor facturado por esta línea cayó de \$44.390.109 en 2023 a \$40.549.573 en 2024 y a \$33.654.300 en 2025, lo que sugiere una reducción sostenida en la capacidad de atención, posiblemente por sobrecarga de funciones administrativas del profesional de planta o por ausencias no cubiertas.

La psicoterapia creció aceleradamente hasta 2024 y cedió en 2025

Entre 2022 y 2024, la psicoterapia pasó de \$2.548.653 a \$11.200.433, un crecimiento del 340% en dos años, lo que evidencia una demanda real y creciente en la población del municipio. En 2025, cerró el año completo en \$6.606.000, una reducción del 41,0% respecto a 2024. Esta caída es significativa pero no catastrófica, y no parece responder a una pérdida de demanda sino a factores operativos transitorios relacionados con la reorganización del tiempo del profesional.

Las actividades grupales están prácticamente abandonadas

La educación psicosocial recuperó en 2025 (\$1.089.700) un valor cercano a su nivel de 2022 (\$1.478.694), lo que es una señal positiva. Sin embargo, los talleres colectivos permanecen en cero por tercer año consecutivo. Estas dos líneas representan el mayor potencial de crecimiento incremental precisamente porque su reactivación no requiere infraestructura

adicional: solo requieren reorganización del tiempo del profesional y protocolización de las actividades grupales.

6.6.2 Metodología de la proyección financiera 2026–2028

La proyección financiera se construye a partir de tres elementos: la línea base histórica ya descrita con datos reales completos para los cuatro años, un conjunto de supuestos derivados del comportamiento observado del servicio, y los efectos esperados de cada uno de los cinco lineamientos estratégicos sobre las diferentes líneas de facturación.

Tabla 15. *Metodología de la proyección financiera*

Supuesto	Descripción
Período de proyección	Tres años calendario completos: 2026, 2027 y 2028, contados desde la implementación efectiva de los lineamientos en el primer trimestre de 2026.
Precios constantes	Todos los valores se expresan en pesos colombianos de 2025, sin ajuste por inflación, lo que hace la proyección conservadora.
Escenario sin intervención	La facturación real de 2025 (\$41.448.900) se toma como el punto de referencia del escenario base, es decir, lo que ocurriría si no se implementa ningún lineamiento.
Tarifas de referencia	Calculadas a partir de los datos históricos y del número de actividades reportadas en la Tabla 1 del trabajo. Las tarifas implícitas oscilan entre \$55.000 y \$65.000 para consultas y psicoterapia, y entre \$25.000 y \$30.000 por participante para actividades grupales.
Gradualidad	Los efectos de los lineamientos se asumen progresivos. El año 2026 recoge los beneficios parciales de implementaciones que comienzan a mediados del año; el año 2027 refleja la operación a plena capacidad; y el año 2028 proyecta la consolidación del modelo.

Nota. Elaboración propia.

6.6.2.1 Supuestos específicos por línea de facturación.

Consulta de primera vez y control (línea 01)

El promedio histórico de consultas en el período 2022–2024 fue de \$38.884.769 anuales. La proyección para 2026 (\$44.000.000) supone superar el nivel de 2024 (\$40.549.573) con una recuperación impulsada por la ampliación horaria modular contemplada en la Estrategia 2 y la

articulación con los Equipos Básicos en Salud para la Vida (EBAS) de la Estrategia 4. Se proyectan \$48.000.000 en 2027 y \$52.000.000 en 2028, alcanzando progresivamente 150 consultas mensuales.

Educación psicosocial grupal (línea 02) y talleres colectivos (línea 03)

La educación psicosocial recuperó en 2025 (\$1.089.700) un nivel próximo al de 2022, lo que confirma que la demanda existe y que el servicio puede reactivarse. Con dos sesiones grupales mensuales de entre 12 y 15 participantes, facturadas al precio promedio de \$28.000 por participante, cada sesión genera entre \$336.000 y \$420.000 de facturación en aproximadamente una hora de trabajo profesional. La proyección suma estas dos líneas así: \$5.500.000 en 2026, \$10.500.000 en 2027 y \$15.500.000 en 2028.

Psicoterapia individual (línea 04)

Con el dato real de 2025 (\$6.606.000), la proyección de \$6.000.000 para 2026 es conservadora: reconoce que la recuperación de esta línea será gradual y que el año de transición puede mostrar un resultado similar al de 2025, para luego avanzar hacia \$9.000.000 en 2027 y \$12.000.000 en 2028. El argumento de viabilidad es que en 2024 esta línea ya alcanzó \$11.200.433 con la misma capacidad instalada.

Tabla 16. *Proyección financiera 2026-2028*

Actividad	Real 2025	Proyección 2026	Proyección 2027	Proyección 2028
01 – Consulta	\$33.654.300	\$44.000.000	\$48.000.000	\$52.000.000
02 – Educación psicosocial	\$1.089.700	\$3.500.000	\$6.000.000	\$8.500.000
03 – Talleres colectivos	\$0	\$2.000.000	\$4.500.000	\$7.000.000
04 – Psicoterapia individual	\$6.606.000	\$6.000.000	\$9.000.000	\$12.000.000
05 – Otras actividades	\$98.900	\$200.000	\$350.000	\$500.000

TOTAL, PROYECTADO	\$41.448.900	\$55.700.000	\$67.850.000	\$80.000.000
--------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Nota. Proyección elaborada por las autoras con base en datos históricos de la Tabla 2. Valores en pesos constantes de 2025

Tabla 17. *Crecimiento proyectado respecto al año real 2025*

Año	Ingreso adicional vs. 2025 real	Crecimiento % vs. 2025 real	Crecimiento % vs. mejor año (2024)
2026 (Año 1)	+\$14.251.100	+34,4%	+7,6%
2027 (Año 2)	+\$26.401.100	+63,7%	+31,1%
2028 (Año 3)	+\$38.551.100	+93,0%	+54,5%

Nota. Elaboración propia.

El ingreso adicional del año 1 (+\$14.251.100) supera el mejor crecimiento histórico registrado entre 2022 y 2023 (+\$13.698.005), lo que confirma la razonabilidad de la proyección. En el año 3, la facturación proyectada (\$80.000.000) supera en 54,5% el mejor resultado histórico (2024: \$51.766.006), con la misma capacidad instalada.

Cálculo del Retorno sobre la Inversión (ROI) por estrategia

El análisis de retorno sobre la inversión compara, para cada uno de los cinco lineamientos estratégicos, el costo anual estimado de su implementación con el ingreso adicional proyectado que ese lineamiento generaría en el primer año de operación. El ROI se expresa como ingreso neto en pesos (ingreso adicional menos inversión) y como ratio de retorno.

Fórmula del ROI aplicada

ROI neto (\$) = Ingreso adicional proyectado año 1 – Inversión estimada año 1

Ratio de retorno = Ingreso adicional proyectado año 1 / Inversión estimada año 1

Interpretación: un ratio de 3,0 significa que por cada \$1 invertido, la ESE recupera \$3 en facturación adicional. Un ratio mayor a 1,0 indica ROI positivo desde el primer año de implementación

La inversión requerida para implementar los cinco lineamientos estratégicos se estima en \$7.600.000 en el primer año, y el ingreso adicional proyectado asciende a \$35.000.000, lo que genera un ROI neto de \$27.400.000 y un ratio de retorno de \$4,61 por cada peso invertido. Todas las estrategias tienen retorno positivo desde el primer año de implementación, sin requerir contratación de personal de planta adicional ni inversión en infraestructura física.

Tabla 18. *Plan Operativo por estrategia*

Estrategia	Meta 2026	Responsable	Indicador principal
1. Integración transversal	2 sesiones grupales/mes ≥12 personas	Gerencia + Psicóloga	N.º sesiones grupales/mes
2. Capacidad operativa	Lista de espera ≤15 días hábiles	Talento Humano + Gerencia	Días promedio de espera
3. Modelo híbrido	4 jornadas rurales/trimestre + Tele consulta	Psicóloga + EBAS	% cobertura zona rural
4. Remisiones y facturación	60% captaciones EBAS → consulta ≤30 días	Psicóloga + Facturación	% captaciones convertidas
E5 – Monitoreo gerencial	Tablero activo desde mes 2	Gerencia	8 indicadores medidos/mes

Nota. Las metas de 2027 y 2028 se derivan de la consolidación progresiva del modelo sería un complemento que cierra ese gap.

ROI por estrategia análisis individual

Estrategia 1 Integración transversal del servicio de psicología

Esta estrategia contempla la protocolización de la interconsulta desde urgencias, medicina general y programas de crónicos hacia psicología, y la implementación de dos sesiones grupales psicoeducativas mensuales con un mínimo de 12 participantes cada una. El costo de

implementación se limita al tiempo de diseño de los protocolos y al ajuste del formato de agenda del profesional, sin requerir contratación adicional ni infraestructura nueva.

Tabla 19. *Costos y proyección estrategia 1*

Inversión estimada año 1:	\$1.200.000
Ingreso adicional proyectado año 1:	\$8.000.000
ROI neto año 1:	\$6.800.000
Ratio de retorno:	\$6,67 por cada \$1 invertido

Nota. Elaboración propia.

Estrategia 2 Fortalecimiento de la capacidad operativa

Contempla la ampliación de la jornada laboral en un día por semana, destinado exclusivamente a actividades grupales, y el establecimiento de un convenio docente-asistencial con una universidad del Valle del Cauca para incorporar practicantes de psicología supervisados. El convenio docente tiene costo directo cero para la ESE, mientras que la ampliación horaria implica un ajuste de nómina o reconocimiento de horas extras.

Tabla 20. *Costo y proyección estrategia 2*

Inversión estimada año 1:	\$3.600.000
Ingreso adicional proyectado año 1:	\$8.000.000
ROI neto año 1:	\$4.400.000
Ratio de retorno:	\$2,22 por cada \$1 invertido

Nota. Elaboración propia

Para ilustrar el cálculo: un día adicional de jornada por semana equivale a cuatro sesiones grupales mensuales. Con 12 participantes por sesión y tarifa de \$28.000 por participante, cada sesión genera \$336.000. Las cuatro sesiones mensuales suman \$1.344.000 en facturación

adicional mensual, que anualizada representa \$16.128.000, cifra que por sí sola cubre más de cuatro veces el costo de la ampliación horaria.

Estrategia 3 Modelo híbrido de atención (presencial, virtual y extramural)

Incluye la realización de cuatro jornadas extramurales trimestrales en las veredas de mayor concentración poblacional, articuladas con los desplazamientos ya programados de los EBAS sin costo adicional de transporte para la ESE, y la implementación de seguimientos por tele psicología usando plataformas gratuitas. El costo adicional es marginal porque aprovecha la infraestructura logística y tecnológica ya existente.

Tabla 21. *Costo proyección estrategia 3*

Inversión estimada año 1:	\$1.800.000
Ingreso adicional proyectado año 1:	\$5.000.000
ROI neto año 1:	\$3.200.000
Ratio de retorno:	\$2,78 por cada \$1 invertido

Nota. Elaboración propia

Estrategia 4 — Protocolo de remisiones EBAS y capacitación en facturación CUPS

Esta es la estrategia de mayor impacto financiero proyectado en el primer año, porque no genera nuevos servicios, sino que recupera facturación de servicios que ya se están prestando y no se están cobrando. El diagnóstico del trabajo evidenció que las atenciones realizadas por los psicólogos de los EBAS en zona rural no se están canalizando hacia la historia clínica institucional ni generando códigos CUPS facturables. El protocolo de canalización activa y la capacitación al área de facturación cierran esta fuga de manera directa e inmediata.

Tabla 22. *Costo proyección estrategia 4*

Inversión estimada año 1:	\$600.000
Ingreso adicional proyectado año 1:	\$12.000.000
ROI neto año 1:	\$11.400.000
Ratio de retorno:	\$20,00 por cada \$1 invertido

Nota. Elaboración propia

El ratio alto de esta estrategia refleja que su costo de implementación es casi nulo (actividades internas sin contratación adicional) mientras que el impacto en facturación es el más inmediato y directo de las cinco estrategias, estimado conservadoramente entre \$1.000.000 y \$1.500.000 mensuales en recuperación de atenciones ya realizadas y no cobradas.

Estrategia 5 Tablero gerencial de indicadores de seguimiento

La ausencia de información sistemática sobre el desempeño del servicio fue una de las causas identificadas del deterioro progresivo observado entre 2023 y 2025: los problemas se acumularon de manera silenciosa porque no había alertas tempranas. La implementación de un tablero de ocho indicadores clave presentado mensualmente en el comité gerencial tiene un costo de diseño bajo y genera un impacto indirecto pero relevante sobre la facturación, al permitir detectar y corregir oportunamente las desviaciones.

Tabla 23. *Costo proyección estrategia 5*

Inversión estimada año 1:	\$400.000
Ingreso adicional proyectado año 1:	\$2.000.000
ROI neto año 1:	\$1.600.000
Ratio de retorno:	\$5,00 por cada \$1 invertido

Nota. Elaboración propia

6.6.3 ROI consolidado de los cinco lineamientos²

La siguiente tabla consolida el análisis costo-beneficio de las cinco estrategias, calculando el ROI global de la implementación conjunta del plan de mejora propuesto.

Tabla 24. Costo-beneficio de la implementación conjunta

Estrategia	Inversión año 1 (COP)	Ingreso adicional año 1 (COP)	ROI neto año 1 (COP)	Ratio de retorno
E1 – Integración transversal	\$1.200.000	\$8.000.000	\$6.800.000	\$6,67 / \$1
E2 – Capacidad operativa	\$3.600.000	\$8.000.000	\$4.400.000	\$2,22 / \$1
E3 – Modelo híbrido	\$1.800.000	\$5.000.000	\$3.200.000	\$2,78 / \$1
E4 – Remisiones y facturación	\$600.000	\$12.000.000	\$11.400.000	\$20,00 / \$1
E5 – Tablero gerencial	\$400.000	\$2.000.000	\$1.600.000	\$5,00 / \$1
TOTAL	\$7.600.000	\$35.000.000	\$27.400.000	\$4,61 / \$1

Nota. Elaboración propia

En resumen, la implementación conjunta de los cinco lineamientos requiere una inversión estimada de \$7.600.000 en el primer año de operación y genera un ingreso adicional proyectado de \$35.000.000, para un ROI neto de \$27.400.000 en el primer año. Por cada peso que la ESE invierta en los cinco lineamientos, recupera \$4,61 en facturación adicional.

Esta relación costo-beneficio es ampliamente favorable y demuestra la viabilidad financiera del plan de mejora propuesto. Todas las estrategias tienen ROI positivo desde el

² **Nota:** Los \$35.000.000 de ingresos adicionales identificados en las Tablas 19 a 24 corresponden al potencial máximo estimado de las cinco estrategias propuestas. Su materialización es progresiva en el horizonte 2026–2028. La Tabla 16 (proyección 2026: \$55.700.000) refleja la realización gradual de ese potencial durante el primer año de implementación, en el cual se espera un incremento de \$14.251.100 respecto al real de 2025 (\$41.448.900). Los \$35.000.000 no deben interpretarse como ingreso inmediato del año 2026, sino como el techo de generación de valor del conjunto de estrategias en su período de maduración.

primer año de implementación, sin requerir inversión en infraestructura física ni contratación de personal adicional de planta.

Los datos históricos completos del servicio de psicología de la ESE Hospital Santa Margarita confirman que la institución ya demostró especialmente entre 2022 y 2024 que el servicio puede generar ingresos superiores a \$50.000.000 anuales con la capacidad instalada actual. El año 2025, con una facturación real de \$41.448.900, registra una caída del 19,9% respecto a 2024, cifra significativa pero reversible. Esta reducción no responde a una pérdida de demanda ni a un cambio estructural del sistema de salud, sino a factores operativos internos identificados con precisión en el trabajo: sobrecarga del único profesional de planta, ausencia de actividades grupales que multiplicarían la cobertura por unidad de tiempo, desarticulación entre las atenciones extramurales de los EBAS y la historia clínica institucional, y falta de un sistema de seguimiento que permita detectar las desviaciones a tiempo.

Estos factores son exactamente los que los cinco lineamientos propuestos están diseñados para corregir. La simulación financiera demuestra que la corrección de cada uno de ellos genera un retorno positivo en el primer año, que el conjunto de las cinco estrategias genera un ingreso adicional de \$35.000.000 en el año 1 con una inversión de \$7.600.000, y que el servicio puede recuperar y superar su mejor desempeño histórico durante el segundo año de implementación (\$67.850.000 en 2027) y avanzar hacia los \$80.000.000 en 2028.

En términos de viabilidad, la propuesta reúne tres condiciones que la hacen sólida. La primera es que es conservadora: los valores proyectados están por debajo del potencial máximo calculado para las actividades grupales y de recuperación de facturación. La segunda es que es progresiva: los efectos se construyen año a año sin requerir grandes desembolsos iniciales. Y la

tercera es que está anclada en datos reales: cada supuesto utilizado en la proyección se deriva directamente de la facturación histórica real del servicio, no de estimaciones externas ni de promedios de referencia de otras instituciones.

Conclusiones

Inicialmente, puede señalarse que, el análisis de los resultados a la luz de la teoría de las 5A permitió identificar barreras claras y diferenciadas en cada una de las dimensiones del acceso. En cuanto a la disponibilidad, se evidenció que, aunque el servicio existe, el número de profesionales es insuficiente frente a la demanda, lo que genera listas de espera prolongadas y saturación del personal. En la accesibilidad, la principal barrera está asociada a la distancia y la falta de transporte adecuado, especialmente para los habitantes de zonas rurales, sumado a las dificultades de información y señalización dentro del propio hospital.

En la asequibilidad, los costos indirectos derivados del transporte representan una carga económica significativa que lleva a una proporción importante de usuarios a abandonar el tratamiento. En la aceptabilidad, se encontraron percepciones polarizadas sobre el trato recibido, así como evidencias de estigmatización y subvaloración del servicio de psicología en comparación con otras áreas asistenciales.

Finalmente, en la adaptabilidad, se identificaron limitaciones en los horarios de atención, en la flexibilidad para reprogramar citas y en la capacidad del servicio para ajustarse a las necesidades particulares de los diferentes grupos de usuarios. En conjunto, estas barreras permiten concluir que el servicio enfrenta problemas estructurales y organizativos que trascienden la mera escasez de recursos.

La triangulación de las percepciones de los tres actores permitió una comprensión más rica y matizada de las barreras de acceso. Los usuarios reportaron de manera contundente las dificultades relacionadas con el transporte, los costos asociados, los tiempos de espera y, en un grupo significativo, experiencias negativas frente al trato recibido y la poca adaptación del servicio a sus necesidades cotidianas. El personal asistencial, por su parte, coincidió en señalar la insuficiencia de talento humano y la recurrencia de las barreras económicas y geográficas, pero además aportó una mirada crítica sobre la falta de valoración institucional del servicio de psicología y sobre la necesidad de mejorar la confidencialidad y la articulación con otras áreas.

El personal administrativo reconoció las limitaciones en el sistema de agendamiento y en los procesos de información, y evidenció un conocimiento fragmentado sobre las estrategias existentes para atender a población rural y vulnerable. La confrontación de estas tres miradas permitió concluir que existen convergencias importantes en torno a las barreras estructurales (disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad), pero también divergencias significativas en aspectos como la percepción de la calidad del trato y la flexibilidad del servicio, lo que sugiere la necesidad de fortalecer los mecanismos de comunicación y retroalimentación entre actores.

Con base en las barreras identificadas y en la evidencia recolectada, se formularon cinco lineamientos estratégicos de mejora. El primero propone reconfigurar el servicio de psicología como un componente transversal del modelo de atención, integrándolo a consulta externa, urgencias, programas de promoción y prevención, y Equipos Básicos en Salud, además de diversificar las modalidades de atención (individual, grupal, breve, educativa) para ampliar la capacidad de respuesta y la facturación. El segundo lineamiento plantea fortalecer la capacidad operativa sin incrementar el gasto fijo de manera inmediata, mediante ampliación horaria modular, contratación por eventos y convenios docente-asistenciales. El tercero propone

implementar un modelo híbrido de atención (presencial, virtual y extramural) para superar la barrera de la distancia y el transporte, especialmente en zonas rurales. El cuarto lineamiento se orienta a optimizar la gestión de remisiones y la facturación, mediante protocolos estandarizados desde EBAS, instituciones educativas y consulta médica, así como el adecuado registro clínico y uso de CUPS.

Finalmente, el quinto lineamiento plantea incorporar el monitoreo gerencial del servicio de psicología, incluyéndolo en el tablero de indicadores de la IPS con métricas de oportunidad, cobertura, adherencia, facturación y satisfacción del usuario. Estos lineamientos, en su conjunto, responden de manera articulada a las fallas identificadas en el modelo de gestión actual y se alinean con los principios del MIAS y las RIAS en salud mental.

La investigación logró analizar de manera integral las barreras que limitan el acceso al servicio de psicología, evidenciando que estas no son de naturaleza exclusivamente clínica o de recursos, sino fundamentalmente de gestión y organización del servicio. Las barreras identificadas en las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, asequibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad afectan de manera directa la oportunidad, la continuidad y la calidad de la atención en salud mental, y explican fenómenos como las listas de espera prolongadas, el alto abandono del tratamiento, la baja cobertura en zonas rurales y la subutilización de la capacidad facturable.

Este panorama tiene un impacto profundo en el modelo de atención de salud mental en la comunidad, porque no solo limita el acceso de quienes requieren atención, sino que también perpetúa la idea de que la salud mental es un servicio de segunda categoría, fragmentado y de baja resolución. La información recolectada muestra que, a pesar de existir una demanda real y una oferta institucional declarada, el modelo actual no logra responder de manera efectiva a las necesidades de la población, especialmente de los grupos más vulnerables. En consecuencia, la

investigación concluye que mejorar el acceso al servicio de psicología no depende únicamente de aumentar recursos, sino de una reorganización profunda del servicio bajo un enfoque territorial, intersectorial y de gestión estratégica, que permita transformar el servicio de psicología en un eje central del modelo de atención en salud mental en el municipio de La Cumbre.

Referencias

- Acosta, M. P. J., Charry, M. P. C., Restrepo, J. M. U., Cepeda, M., Cubillos, L., Bartels, S. M., ... & Gómez-Restrepo, C. (2021). Caracterización del estigma percibido hacia la salud mental en la implementación de un modelo de servicios integrados en atención primaria en Colombia. Un análisis cualitativo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50, 95-105.
- Alcaldía Municipal de La Cumbre. (2023). Plan de Desarrollo Municipal La Cumbre “Juntos construyendo futuro” 2024–2027.
- Banco de la República. (2025). Pandemia del COVID-19 y salud mental en Colombia: Impacto pospandemia sobre ansiedad y depresión [Borrador de economía]. Banco de la República. <https://pruebas.repositorio.banrep.gov.co/items/e0e02600-c282-4a3e-9774-4aedebb02070/full>
- Cámara de Representantes — Congreso de la República. (2025). Ponencia 2do 050 [PDF]. <https://www.camara.gov.co/sites/default/files/2025-06/Ponencia%202do%20050.pdf>
- Congreso de Colombia. (2013, 21 de enero). *Ley 1616 de 2013: Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial N.º 48.680. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>

Congreso de Colombia. (2025). *Ley 2460 de 2025: Por medio de la cual se garantiza el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana.*

<https://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=180887&dt=S>.

Congreso de Colombia. (1993, 23 de diciembre). *Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.* Diario Oficial N.º 41.148.

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

Fernández Moreno, A. (2024). El Papel de los psicólogos clínicos en la atención primaria, de los enfermeros y los farmacéuticos en el manejo de la ansiedad. *Atención Primaria Práctica*, 6(2), 100191. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2605073024000014>.

Flick, U. (2020). *Introducing research methodology: A beginner's guide to doing a research project* (3rd ed.). SAGE Publications.

Gobernación del Valle del Cauca. (2024). *Análisis Integral de Salud Mental en el Valle del Cauca.* <https://www.valledelcauca.gov.co/documentos/14017/analisis-integral-de-salud-mental-en-el-valle-del-cauca/>

Gobernación del Valle del Cauca. (2020). *Plan Territorial de Salud del Valle del Cauca 2020–2023.* <https://www.valledelcauca.gov.co>.

Gómez-Restrepo, C., Cepeda, M., Torrey, W. C., Suarez-Obando, F., Uribe-Restrepo, J. M., Park, S., ... & Marsch, L. A. (2022). Perceived access to general and mental healthcare in primary care in Colombia during COVID-19: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10, 896318. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.896318>.

Hernandez Henríquez, C. P. (2024). Experiencias de líderes víctimas del conflicto armado frente a procesos de atención psicosocial en el municipio de Chalán. *European Public & Social Innovation Review*, 9, 1–15. <https://doi.org/10.31637/epsir-2024-934>

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, M. P. (2010). *Metodología de la investigación* (5.^a ed.). McGraw-Hill Education.

Instituto Nacional de Salud. (2023). Informe de evento: intento de suicidio — 2023 [Informe técnico, SIVIGILA]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20INFORME%20DE%20EVENTO%202023.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2024). Intento de suicidio — Periodo epidemiológico I, 2024 [Informe técnico, SIVIGILA]. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/INTENTO%20DE%20SUICIDIO%20PE%20I%202024.pdf>

Instituto Nacional de Salud. (2025). Boletín epidemiológico semanal — Semana epidemiológica 36 [Boletín PDF]. https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2025_Boletin_epidemiologico_semana_36.pdf

Levesque, J.-F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualizing access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(1), 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Leyton, G., González, S., y Sánchez, R. (2025). Telemedicina y Salud Mental en Chile: Un Impulso hacia la Cobertura Universal de Salud. *Superintendencia de Salud* <https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2025/02/telemedicina-y-salud-mental-en-chile.pdf>

Lopera-Medina, M. (2022). Retos éticos para los administradores en salud en la época contemporánea. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 40(1). http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2022000100008

Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2018, 2 de agosto). *Resolución N. º 3280*:

Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y de la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal, y se establecen las directrices para su operación.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2018, 10 de octubre). *Resolución N. º*

4886: Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental.

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%204886%20de%202018.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Clasificación única de procedimientos en salud (CUPS)*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Manual de aseguramiento en salud*. Bogotá: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023, 11 de octubre). El 66,3 % de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental [Comunicado]. Ministerio de Salud. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/66-porciento-de-colombianos-declara-haber-enfrentado-algun-problema-de-salud-mental.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). *Análisis de situación de la salud mental con énfasis en determinantes sociales. Colombia, 2019–2023 (ASIS)* [PDF]. Ministerio de Salud.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/asis-salud-mental-determinantes-sociales-colombia.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2024). Política nacional de salud mental 2024–2033 [PDF]. Ministerio de Salud.

https://www.minsalud.gov.co/Anexos_Normatividad_Nuevo/Document-2025-01-17T111829_306.pdf.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>.

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Mental Health Atlas 2024*. World Health Organization. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Mental-Health-Atlas-2024.pdf>

Organización Panamericana de la Salud. (2024). *Salud mental*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Health systems strengthening glossary*. <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>

Parra-Henao, G. (2022). Reflexiones sobre innovación en salud pública: avances y retos en Colombia. *Biomédica*, 42(4), 550-553. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572022000400550&script=sci_arttext

Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>

- SaluData — Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024a). Conducta suicida — indicadores de ideación e intento (Bogotá D.C.). Observatorio de Salud de Bogotá. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/conducta-suicida/>
- SaluData — Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2024b). Morbilidad atendida en salud mental (Bogotá D.C.). Observatorio de Salud de Bogotá. <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/indicadores/morbilidad-salud-mental/>
- Sapiens Labs. (2024). *El estado mental del mundo 2024* [Informe]. Mental State of the World Report. <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2025/02/Mental-State-of-the-World-2024-ES-Online-Feb-28.pdf>
- Saurman, E. (2016). Improving access: Modifying Penchansky and Thomas's theory of access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36–39. <https://doi.org/10.1177/1355819615606092>
- Sieck, C. J., Rastetter, M., Hefner, J. L., Magaña, C., Panchal, B., Olayiwola, J. N., Gray, D. M., II, & Joseph, J. J. (2021). The five As of access for TechQuity: Digital health equity framework. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 28(7), 1497–1504. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocab048>
- Stake, R. E. (2005). *Qualitative case studies*. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd ed., pp. 443–466). Sage Publications.
- Universidad Javeriana de Cali. (2025). *Promoción de la vida y prevención de enfermedades: una nueva hoja de ruta para la salud en el suroccidente colombiano*. <https://www.javerianacali.edu.co/noticias/promocion-de-la-vida-y-prevencion-de-enfermedades-una-nueva-hoja-de-ruta-para-la-salud-en>.

World Health Organization [OMS] y World Organization of Family Doctors [WONCA]. (2008).

Integrating mental health into primary care: A global perspective. WHO Press.

<https://www.who.int/publications/i/item/integrating-mental-health-into-primary-care>.

World Health Organization [OMS]. (2010). *Telemedicine: Opportunities and developments in Member States.* Geneva: WHO.

https://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf

World Health Organization [OMS]. (2020). *Primary health care on the road to universal health coverage.* Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516718>

World Health Organization [OMS]. (2021). *Mental health: Strengthening our response.* Geneva: WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

World Health Organization [OMS]. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all.* Geneva: WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.