

**CARACTERIZACIÓN DE LAS BARRERAS DE ACCESO EN LOS SERVICIOS  
SALUD DE LA IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARÍA S.A.S DE EL CERRITO  
(VALLE DEL CAUCA)**

**CLAUDIA MILENA CÁRDENAS ESCOBAR  
JONATHAN CLAVIJO QUIJANO  
LUCENI CUASIALPUD LEITÓN**

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE MANIZALES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
PROGRAMA DE ADMINISTRACION EN SALUD  
CALI**

## **AGRADECIMIENTOS**

A la IPS Odontológica Santa María S.A.S por habernos permitido realizar el proceso investigativo y por el apoyo recibido durante su desarrollo, a los doctores Marcela Arrivallaga y Juan Carlos Aristizabal por su disposición y colaboración en la asesoría metodológica y estadística, a la Ingeniera Paula Peña por su constante acompañamiento y asesoramiento y a todos aquellos que nos apoyaron en el transcurso de este trabajo.

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO</b>	<b>6</b>
<b>2. RESUMEN</b>	<b>7</b>
2.1 RESUMEN	7
2.2 INTRODUCCIÓN	8
2.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	<b>8</b>
2.4 JUSTIFICACIÓN	10
<b>3. OBJETIVOS</b>	<b>13</b>
3.1. OBJETIVO GENERAL	13
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	<b>13</b>
<b>5. METODOLOGÍA</b>	<b>19</b>
5.1 ENFOQUE Y DISEÑO	19
5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	19
5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	20
5.4 INSTRUMENTO	21
5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	21
5.6 COMPONENTE ÉTICO	21
5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL	22
<b>6. RESULTADOS Y DISCUSION</b>	<b>22</b>
<b>6.1 RESULTADOS</b>	<b>22</b>
6.1.1.1 BARRERAS DE LA DEMANDA	23
6.1.1.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	23
6.1.1.1.2 PERFIL SOCIOECONOMICO	24
6.1.1.1.3 ACCESO A SERVICIOS PREVENTIVOS	25
6.1.1.2 BARRERAS DE LA OFERTA	25
6.1.1.2.1 ACCESO A SERVICIOS CURATIVOS	25
6.1.1.2.2 GASTO DE BOLSILLO	28
6.1.1.2 RELACIÓN ENTRE VARIABLES QUE LIMITAN EL ACCESO	<b>29</b>
<b>6.2 DISCUSIÓN</b>	<b>37</b>
<b>7. CONCLUSIONES</b>	<b>40</b>
<b>8 RECOMENDACIONES</b>	<b>41</b>
<b>9. BIBLIOGRAFIA</b>	<b>42</b>

## LISTA DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b> CLASIFICACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	15
<b>TABLA 2:</b> MUESTREO POR SERVICIOS	20
<b>TABLA 3:</b> PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	23
<b>TABLA 4:</b> PERFIL SOCIOECONOMICO	24
<b>TABLA 5:</b> ACCESO A SERVICIOS PREVENTIVOS	25
<b>TABLA 6:</b> ACCESO A SERVICIOS CURATIVOS	26
<b>TABLA 7:</b> GASTO DE BOLSILLO EN ACCESO	28
<b>TABLA 8:</b> ESTADISTICAS GASTO DE BOLSILLO	28
<b>TABLA 9:</b> EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACIÓN A LA CONSULTA POR PREVENCION	29
<b>TABLA 10:</b> EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACIÓN A LA PERCEPCION A LA ATENCIÓN POR ESPECIALISTA	30
<b>TABLA 11:</b> EVALUACION DEL SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCION EN RELACIÓN A LA PERCEPCION A LA ATENCION POR ESPECIALISTA	30
<b>TABLA 12:</b> PERCEPCION DE ATENCION POR MEDICO ESPECIALISTA	31
<b>TABLA 13:</b> EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LOS GASTOS EXTRAS	32
<b>TABLA 14:</b> EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LOS GASTOS EXTRAS	32
<b>TABLA 15:</b> GASTOS EXTRAS	37

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO 1:</b> PERCEPCION DE ATENCIÓN POR MEDICO GENERAL vs RAZA	32
<b>GRAFICO 2:</b> CONSULTA POR PREVENCION EN EL ÚLTIMO AÑO vs RAZA	33
<b>GRAFICO 3:</b> CONSULTA POR PREVENCION EN EL ULTIMO AÑO VS ZONA DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA	34
<b>GRAFICO 4:</b> REMISION A ESPECIALISTA POR MEDICO GENERAL VS ACTIVIDAD LABORAL	35
<b>GRAFICO 5:</b> TIEMPO AUTORIZACIÓN CITA ESPECIALISTA VS TIPO DE AFILIACION	35
<b>GRAFICO 6:</b> FORMULACION DE MEDICAMENTOS VS EDAD	36
<b>GRAFICO 7:</b> ACTIVIDAD LABORAL VS COPAGO	36



Universidad  
Católica  
de Manizales

**VICERRECTORÍA ACADÉMICA  
CENTRO INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN, PROYECCIÓN Y  
DESARROLLO**

**1. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO**

**Título: CARACTERIZACIÓN DE LAS BARRERAS DE ACCESO EN LOS  
SERVICIOS SALUD DE LA IPS ODONTOLÓGICA SANTA MARÍA S.A.S  
DE EL CERRITO (VALLE DEL CAUCA)**

Investigadores:

**CLAUDIA MILENA CÁRDENAS ESCOBAR  
JONATHAN CLAVIJO QUIJANO  
LUCENI CUASIALPUD LEITÓN**

Línea de Investigación: **Administración de la Salud**

Programa de Posgrado al que se articula:

**Especialización en administración en Salud**

Lugar de Ejecución del Proyecto:

Ciudad: **El Cerrito** Departamento: **Valle del Cauca**

Duración del Proyecto: **2 Períodos académicos**

## 2. RESUMEN

### 2. 1. RESUMEN

**Introducción:** El derecho fundamental a la salud comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad, por lo cual es importante caracterizar las barreras de acceso en los servicios de salud porque esto permite evaluar el sistema de salud y de esta manera generar estrategias que conduzcan a mejorar la prestación del servicio. **Objetivo:** Caracterizar las barreras de acceso en los servicios de salud del prestador y el usuario de la IPS Odontológica Santa María S.A.S de El Cerrito (Valle del Cauca). **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo y un muestreo estratificado con afijación proporcional, se ejecuto mediante encuestas telefonicas debido a la Pandemia SAR-Cov2, el análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS. Se realizó análisis exploratorio de datos con distribución de frecuencias y porcentajes, se estableció un nivel de significancia de 0.05 a 0.1. **Resultados:** Se identificaron barreras culturales y de nivel educativo para el acceso a los servicios de PYP, también se detectó dificultades para acceder en los usuarios de zona rural, al igual como factor predisponente el gasto de bolsillo. **Conclusiones:** El reconocimiento de las barreras para la atención en salud debe determinar estrategias dirigidas a superarlas, demandando la alineación de los servicios de salud hacia una atención integral centrada en el bienestar del individuo y su grupo familiar, fortaleciendo el autocuidado y la disminución del riesgo de alteraciones de salud prevenibles.

**Palabras claves:** Barreras, acceso, servicios de salud, sistema de salud, El Cerrito

### ABSTRACT

**Introduction:** The fundamental right to health includes access to health services in a timely, effective and quality manner, which is why it is important to characterize access barriers in health services because this allows evaluating the health system and In this way, generate strategies that lead to improve service delivery. **Objective:** To characterize the access barriers in the health services of the provider and user of the IPS Odontológica Santa María S.A.S in El Cerrito (Valle del Cauca). **Methodology:** A quantitative descriptive study and a stratified sampling with proportional allocation were carried out, it was carried out by telephone surveys due to the SAR-Cov2 Pandemic, the statistical analysis of the data was carried out with the SPSS program. Exploratory data analysis with frequency distribution and percentages was performed, a significance level of 0.05 to 0.1 was established. **Results:** Cultural and educational level barriers to access to PYP services were identified, difficulties were also detected in accessing users in rural areas, as well as out-of-pocket spending. **Conclusions:** The recognition of barriers to health care should determine strategies aimed at overcoming them, demanding the alignment of health services towards comprehensive care focused on the well-being of the individual and their family group, strengthening self-care and reducing risk of preventable health disorders.

**Key words:** Barriers, access, health services, health system, El Cerrito

## **2.2. INTRODUCCIÓN**

La salud es considerada un derecho fundamental el cual el Estado está en el deber de garantizar a todos los habitantes del territorio, teniendo en cuenta los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación <sup>(1)</sup>. En sus inicios la Ley 100 de 1993 planteó un Sistema de Seguridad Social Integral el cual a través del tiempo ha sufrido múltiples transformaciones con el fin de asegurar el goce efectivo de la salud.

La Ley Estatutaria 1751 de 2015 el, en el artículo 2 declara que: “El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud” <sup>(25)</sup>, con esta normativa el Estado busca disminuir los niveles de inequidad en la población frente a los servicios de salud.

Colombia ha logrado un aumento significativo en los niveles de cobertura en salud, entre el 80 y 98% de la población general; <sup>(7)</sup> sin embargo el acceso real a los servicios presenta dificultades relacionadas que afectan especialmente a la población más pobre y vulnerable, situación que desmotiva y limita el uso de los servicios, generando deterioro en el estado de salud de los individuos y a su vez incrementando la presencia de patologías.<sup>(11)</sup>

Actualmente en aras de disminuir las brechas existentes en el Sistema General de Seguridad Social en Salud se sancionó la Resolución 2626 de 2019 que adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que pretende mejorar las condiciones de salud, integrando los agentes del sistema, bajo el liderazgo a nivel departamental garantizando el acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta la calidad <sup>(30)</sup>.

Es importante caracterizar las barreras de acceso en los servicios de salud de la IPS Odontológica Santamaria S.A.S de El Cerrito (V), porque esto permite evaluar el sistema de salud en su puerta de entrada, que puede ser o no garante del derecho a la salud, revelar el estado real de la situación de la población aparentemente cubierta, <sup>(28)</sup> y de esta manera generar estrategias que conduzcan a mejor la prestación del servicio.

## **2.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Colombia a través de la ley 100 de 1993 introduce una reforma en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), donde se considera la salud como derecho básico, administrado por el estado garantizando a toda la población

acceso, oportunidad, continuidad, calidad, pertinencia e integridad. <sup>(1)</sup>

El nuevo SGSSS fue promovido con el objetivo de mejorar el acceso a los servicios de salud a través de un modelo de competencia regulada, el cual se basa en el aseguramiento, que se distribuyó en cuatro regímenes: contributivo, especial, vinculado y subsidiado. <sup>(2)</sup>

La ley 100 establece unos objetivos en cambios institucionales y ampliación de recursos, dirigidos a lograr que a partir del año 2000 toda la población del país estuviera dentro del sistema de salud, unificando de manera progresiva los beneficios para que toda la población reciba la misma atención logrando una cobertura universal; las acciones de política se dirigieron por una parte a incorporar las familias y a aumentar el número de cotizantes dentro del régimen contributivo, y por la otra, a afiliar la población pobre y vulnerable a lo que se denominó régimen subsidiado. <sup>(2)</sup>

El acceso a los servicios de salud presenta grandes dificultades culturales, económicas, geográficas asociadas a oportunidad y percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades, desconociendo características que violan el derecho a la misma reduciendo el uso de los servicios, creando deterioro de salud en la población, especialmente la más vulnerable y pobre aumentando la prevalencia de patologías crónicas y de alto costo desde la implementación de la ley 100. <sup>(3)</sup>

Para definir acceso existen varios modelos que presentan dos tendencias básicas: la primera como una relación entre las características de los servicios y de la población y la segunda relacionada con la utilización de los servicios. En relación a estas tendencias el modelo teórico más utilizado es el propuesto por Aday y Andersen; <sup>(4)</sup> en el cual se diferencia entre acceso realizado, utilización efectiva de los servicios y acceso potencial. <sup>(5)</sup>

Al evaluar el acceso a los servicios de salud, es necesario contar con información sobre otros elementos asociados al derecho a la salud como la oportunidad y la efectividad de los servicios recibidos que garanticen el inicio y continuidad de los tratamientos resolviendo las necesidades de los usuarios. Se debe considerar el tipo de atención requerida, el medio de transporte que sería utilizado o las intervenciones que pueden ser proporcionadas por cada prestador de salud. <sup>(6)</sup>

Diferentes estudios muestran que a partir del cambio del modelo de aseguramiento en Colombia, se han logrado niveles de cobertura del 80% al 98% de la población general, como para el 20% de la población más pobre. A pesar del aumento de la cobertura financiera, las mejores en las condiciones de acceso a los servicios de salud son más limitadas, entre el 20% y 26% de los ciudadanos

presentan aún barreras de acceso a los servicios de salud, en especial a la población más pobre, <sup>(7)</sup>. Situación que se ve reflejada en el inconformismo en la población al sistema de salud, puntualmente al acceso, necesidades de la población, percepción de satisfacción y resolución de las mismas <sup>(8)</sup>

El SGSSS presenta problemas de respuesta, en especial en el acceso, provocando altos niveles de insatisfacción en la población Colombiana y el temor de perder las ganancias en bienestar que se han logrado a partir de la ley 100 de 1993. Se hace necesario un ajuste a nivel de las instituciones que permita mejorar la efectividad del sistema y reducir los limitantes que tiene el aseguramiento; abriendo puertas para considerar un aumento sustancial en el gasto en salud a nivel macroeconómico. <sup>(9)</sup>

De acuerdo a el análisis realizado por Ruiz y Zapata (2015) a la Encuesta de Calidad de vida 2013, se presenta un vacío relevante en el acceso efectivo y equidad en la zona rural comparada con la urbana, de donde se puede destacar 12 % menos de percepción de buena salud, 10% menos a servicios preventivos, 7% menor uso de servicios ambulatorios en caso de problema manifiesto de salud y 4 días de diferencia en la oportunidad de acceso médicos especialistas, entre otras. <sup>(9)</sup>

En el informe del Comportamiento de las peticiones, quejas, reclamos o denuncias y solicitudes de información formuladas por los usuarios del Sistema Nacional de Salud ante la Supersalud en el periodo comprendido de enero a agosto de 2019, se evidencia que en el transcurso del año hay un total de 394716, bajo el macromotivo: “No poder acceder al servicio de salud que requiere”, que corresponde al 83.5% de los reportes realizados ante este ente supervisor, dejando en evidencia un alto grado de inconformidad de los usuarios del sistema con respecto al acceso. <sup>(10)</sup>

También en los datos presentados en el ASIS Colombia 2018 se ve reflejado un incremento en los casos de hipertensión arterial diagnosticados pero sin tratamiento debido a las dificultades de acceso. Este documento señala que en la mayoría de los casos de muertes maternas se refleja la inequidad a los servicios de salud, la gran disparidad entre: mujeres con ingresos altos y bajos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica. <sup>(3)</sup>

La percepción real que se tiene frente a la existencia de barreras al acceso de los servicios de salud es que afecta en una mayor proporción a la población más vulnerable y pobre, generando una brecha entre el derecho adquirido y su materialización.

## 2.4 JUSTIFICACIÓN

El derecho a la salud es garantizado en la constitución política en el artículo 49, como uno de los derechos fundamentales de los colombianos, siendo el estado el responsable de organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud.<sup>(1)</sup>

A partir de de la constitución política de Colombia, en el país, se han creado distintas leyes y reformas, encaminadas a garantizar este derecho, como por ejemplo la Ley 100 de 1993 y una de las más recientes, la ley 1751 de 2015, Ley estatutaria de la salud, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud, en su artículo 2 define: El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud.<sup>(2)</sup>

El acceso a los servicios de salud es un elemento primordial que influye en mejorar nivel de vida de los individuos; cuando las personas carecen de un acceso a los servicios de salud oportuno y efectivo, se ve afectada la integridad de los usuarios del sistema, la armonía en las familias, y adicionalmente el costo de la atención de una enfermedad se incrementa, afectando la economía familiar y también al sistema de salud.<sup>(6)</sup>

El uso de servicios de salud se encuentran influenciado por diversos factores, ya sean culturales, sociales, demográficos y económicos de la población y también elementos organizacionales como a tramites administrativos, oportunidad y calidad en la prestación de los servicios.<sup>(11)</sup>

Las barreras de acceso a los servicios de salud pueden ser evitables, innecesarias e injustas y se pueden clasificar como: Geográficas, administrativas, económicas, técnicas y culturales. Los motivos de barreras de acceso se contraponen directamente a los atributos del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud SGOCS.<sup>(12)</sup>

Los actores de sistema, se pueden dividir en dos grupos: Usuarios y líderes, y Administradores y profesionales de la Salud. Se resalta el hecho de que ambos son afectados por las barreras de acceso, pero son los usuarios los que reciben principalmente los efectos, en detrimento directo a su salud. Los administradores y profesionales perciben presiones del sistema que dificultan sus labores y generan frustración, por la tensión que existe entre ejercer su labor y responder a las exigencias de una empresa. <sup>(15)</sup>

De acuerdo al ASIS 2018 de El Cerrito (Valle), existe una cobertura de afiliación al

SGSSS del 84, 6% y el porcentaje de hogares con barreras de acceso a los servicios de salud es de un 3,76%. <sup>(13)</sup>

La IPS Odontológica Santamaria S.A.S de El Cerrito (Valle del Cauca), cuenta actualmente con 8780 afiliados, que corresponden a la población de Coomeva EPS donde aún no se ha llevado a cabo este tipo de análisis, por lo cual se hace necesario estudiar los factores que interfieren en el acceso a la utilización de estos servicios, puesto que con ello se pueden introducir cambios en los modelos de organización, gestión y atención de la salud,<sup>(7)</sup> que permiten disminuir las barreras de acceso a los servicios, incentivar el correcto uso y elevar la calidad de los servicios.

Se destaca la importancia de caracterizar las barreras de acceso en los servicios de salud de la IPS Odontológica Santamaria S.A.S de El Cerrito (V), debido a que esto “conduce a generar estrategias dirigidas a superarlas, para ello se requiere la orientación de los servicios de salud hacia una atención integral que sobrepase la lógica de mercado del sistema y favorezca la operatividad del SGSSS con epicentro en el individuo, su entorno y sus determinantes sociales”. (Uribe C- e al)  
<sup>(14)</sup>

Adicionalmente se resalta el hecho de que las barreras de atención afectan a todos los actores del sistema, por lo cual se hace prioritario determinar cada una de ellas, de tal manera que se puedan generar procesos de transformación en todos los niveles, es decir desde los usuarios hasta la alta gerencia, también cambios a nivel institucional, que contribuyan a obtener poblaciones saludables, mejorando las condiciones de salud de los individuos y su calidad de vida y a su vez beneficiando a la entidad, al evitar sobrecostos o altos costos, por patologías prevenibles o controlables. <sup>(15)</sup>

### 3. OBJETIVOS

#### 3.1. OBJETIVO GENERAL

- Caracterizar las barreras de acceso en los servicios de salud del prestador y el usuario de la IPS Odontológica Santa María S.A.S de El Cerrito (Valle del Cauca).

#### 3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer acerca de la experiencia de acceso en los servicios de salud de los usuarios.
- Determinar las características sociodemográficas que limitan el acceso a los servicios de salud.
- Reconocer los factores que se presentan en los usuarios que inciden en la barreras de acceso en los servicios de salud.
- Categorizar las barreras de acceso de acuerdo al sector de atención a que se atribuye (oferta o demanda).

### 4. MARCO TEORICO

Existen diferentes conceptos asociados al acceso a los servicios de salud, se evidencian estudios a nivel nacional e internacional, donde se ve reflejado las dimensiones que impactan sobre el uso de servicios de salud y las barreras de acceso que se presentan, desde varios enfoques acorde al autor de cada investigación.

En la legislación Colombiana el acceso es un apartado de suma importancia, puesto que desde la constitución política de Colombia de 1991, se tiene en cuenta este aspecto como derecho fundamental, muestra de ello es el artículo 49 donde “se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud”<sup>(20)</sup>, aún en la actualidad se continúan desarrollando estrategias para garantizar este derecho, como en la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria, donde se regula el derecho fundamental a la salud y la Resolución 429 de 2016 donde se adoptan la Política de Atención Integral en Salud.

## **DEFINICIÓN ACCESO AL SERVICIO DE SALUD**

Para definir acceso existen varios modelos que presentan dos tendencias básicas: la primera como una relación entre las características de los servicios y de la población y la segunda relacionada con la utilización de los servicios. En relación a estas tendencias el modelo teórico más utilizado es el propuesto por Aday y Andersen; <sup>(4)</sup> en el cual se diferencia entre acceso realizado, utilización efectiva de los servicios y acceso potencial. <sup>(5)</sup>

De acuerdo al modelo de Aday y Andersen acceso se puede definir como un proceso multicausal hasta alcanzar el uso de los servicios de salud, <sup>(5)</sup> donde se deben considerar varios aspectos: las características de los servicios, la utilización de los mismos, las características de la población y la satisfacción de los usuarios. <sup>(4)</sup> “En este sentido el modelo desarrollado comprende dos dimensiones: variables de proceso (política de salud características de los servicios y características de la población) y variables de resultado (utilización real de los servicios y satisfacción de los servicios)”. <sup>(4)</sup>

Shengelia *et al.*, (2003, pp. 221-234) consideran el acceso como la relación entre los factores predisponentes de la población (percepción del individuo acerca de la enfermedad, factores culturales, sociales y epidemiológicos) y los factores posibilitantes del sistema de atención (recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones). <sup>(21)</sup>

El profesor Abedis Donabedian (1973) describe que el concepto de acceso, es mejor considerado en el contexto, si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica y la reciben o no; y en su libro *Aspects of Medical Care Administration* afirma que: “La prueba de acceso es uso de servicios, no simplemente la presencia de una instalación, y que el acceso puede en consecuencia ser medido por el nivel de uso en relación con la necesidad”. <sup>(22)</sup>

El acceso a los servicios de la salud es la interacción que se da entre el servicio de salud y los individuos quienes serán los usuarios de dicho servicio, atraviesa por cuatro etapas hasta el logro de la atención en salud, este logro se busca que sea de calidad, este proceso además está influenciado por características propias del servicio de salud y características propias de las personas, así como por factores socio demográficos, lo cual permite finalmente que un grupo de personas pueda recibir atención eficaz. (Tanahashi, 1978, pp. 295 - 303)<sup>(21)</sup>

Para complementar la definición de acceso a los servicios de salud, Restrepo *et al*, 2006 lo define como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad

de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente", aclarando que "el aseguramiento no es igual al acceso" (P.29) <sup>(22)</sup>

## CLASIFICACIÓN BARRERAS DE ACCESO

Entendiendo el acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente"<sup>(11)</sup>, se pueden distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; 2) intermedio, que además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto<sup>(11)</sup>.

Complementando esta concepción, Aday y Andersen distinguen tres niveles de acceso que se relacionan a través de determinantes individuales, organizacionales y sociales:

1) Político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud. Muchas de las barreras que se presentan están asociadas con deficiencias institucionales del sistema, originadas por la falta de recursos, la mala asignación de los mismos, o como consecuencia de la definición del plan de beneficios y los procedimientos establecidos para hacer parte de la lista de beneficiarios

2) Acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del sistema. Respecto a la demanda intervienen factores como predisposición, necesidad y habilidad de los agentes.

3) Acceso real: relaciona determinantes objetivos, cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios, y subjetivos de la utilización de servicios, satisfacción. <sup>(11)</sup>

**TABLA 1. CLASIFICACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD**<sup>(2)(11)(28)</sup>

CLASIFICACION DE LAS BARRERAS DE ACCESO		
ATRIBUIDOS A	BARRERAS	DEFINICIÓN
	Falta de asignación oportuna de citas	Tiempo de espera entre la asignación de una cita y el momento de la consulta
	Oferta de servicios	Portafolio, Disponibilidad y agenda de servicios

<b>PRESTADOR (IPS)</b>	Tiempo de espera	Promedio de tiempo que transcurre desde el momento en que el usuario ingresa la IPS hasta el momento de recibir la atención por parte del profesional de la salud
	Recurso humano	Cantidad y calidad del personal que presta los servicios de salud
	Muchos trámites para la cita	Registro de carácter administrativo para ser atendido en un servicio de salud.
	Horarios de atención	Limitación en horarios de prestación de servicios
	Continuidad en el tratamiento	Conflictos contractuales o administrativos que impiden la finalización optima de un tratamiento o la interrupción del mismo
	Ingresos económicos	Dificultades económicas del usuario que inciden en el pago de cuotas moderadoras, copagos y desplazamiento.
	Tiempo de viaje - Medio transporte - Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención - Horarios de atención	Relación entre la distancia del lugar de residencia del usuario, medio de transporte y tiempo de viaje hasta la IPS
<b>USUARIO (DEMANDA)</b>	-Características demográficas (edad, género, estado civil y enfermedades pasadas). - Estructura social (tamaño familiar, ocupación, educación, Etnicidad y religión).	Características propias del usuario que inciden en la utilización de los servicios de Salud
	Cultura	Creencias limitantes que impiden o evitan la utilización de los servicios de salud

Fuente: Elaboración propia a partir de los estudios: Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín(2), Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil Colombia(11); Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos(28)

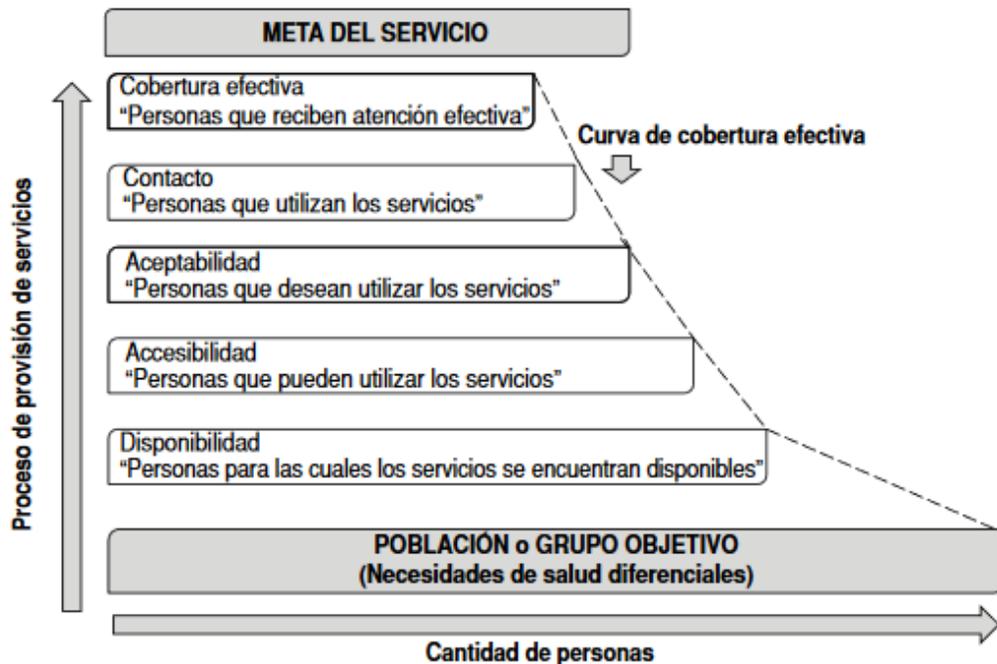
Existen unos factores predisponentes para la utilización de los servicios en salud según Aday y Andersen y están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios. <sup>(23)</sup>

Por su parte, en el año 2003, Shengelia et al. También ordenaron en la lógica de factores y multicausalidad el asunto del acceso a los servicios de salud. Los autores propusieron como factores de predisposición del acceso la percepción individual de enfermedad y los factores poblacionales de tipo cultural, social y epidemiológico; como factores decisivos los medios a disposición de las personas para el uso de los servicios de salud, y como factores del sistema de salud los recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones, a través de los cuales los servicios son prestados. <sup>(5)</sup>

El modelo de Tanahashi considera cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener cobertura efectiva:

- Disponibilidad, entendida como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información
- Accesibilidad, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, y existencia y tiempo de transporte; organizacional/administrativa, relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención, y financiera, relacionada con el costo de transporte, gasto de bolsillo y pérdida de ganancia en el trabajo
- Aceptabilidad de los servicios, que depende de la percepción de las prestaciones, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros
- Contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad de la atención
- Cobertura efectiva, el acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos identificables en las distintas fases del modelo, donde hay grupos sociales en general las poblaciones más vulnerables que enfrentan diversas barreras y no tienen contacto con los servicios.

**FIGURA 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad**



*Fuente:* Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56(2):295-303. Adaptada y traducida al español por los autores, con autorización.

## Marco Legislativo

El derecho a la salud está consagrado en la constitución política de Colombia de 1991 en el artículo 44, también en el mismo documento en el artículo 49 enuncia: La atención en salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

La ley 100 de 1993, marco del sistema de seguridad social integral, regula la prestación de los servicios de salud y hace referencia a la garantía del acceso a la salud, al mejoramiento en la calidad y a la eficiencia en la prestación de los servicios entre otras.

La Prestación de los Servicios de Salud en Colombia se reglamenta por la política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, bajo la Ley 1122 de 2007 y sus decretos reglamentarios, como principal objetivo garantiza el acceso y la calidad de los servicios, optimización de los recursos, promover la atención centrada en el

usuario logrando la sostenibilidad financiera de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Pública. <sup>(6)</sup>

La Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el artículo 2 confirma el derecho a la salud consagrado en la Carta Magna de 1991 y además declara: Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. <sup>(26)</sup>

## 5. METODOLOGÍA

### 5.1 ENFOQUE Y DISEÑO

#### TIPO DE ESTUDIO

La investigación se realizó mediante un Estudio descriptivo cuantitativo.

### 5.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

#### POBLACIÓN OBJETO DEL ESTUDIO

**POBLACIÓN BLANCO:** El estudio se realizó en la población afiliada a Coomeva EPS, cuya Institución Prestadora de Servicios primaria es la IPS Odontológica Santamaria Santa María S.A.S del municipio de El Cerrito (Valle del Cauca), en la cual hasta el momento se contabilizan 8780 afiliados de acuerdo a las estadísticas de la Institución.

**POBLACIÓN DE ESTUDIO.** Personas afiliadas a Coomeva EPS que hayan consultado algún servicio de la IPS Odontológica Santamaria Santa María S.A.S en el primer trimestre del año 2020.

**CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** Se incluyó toda la población afiliada a Coomeva EPS que haya realizado al menos una consulta en la IPS Odontológica Santamaria Santa María S.A.S en el primer trimestre del año 2020.

**CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** Se excluyeron las personas con limitaciones en la comunicación, menores de 18 años sin acudiente, adultos mayores de 80 años sin acudiente y aquellos que no se encuentren afiliados a Coomeva EPS.

#### DISEÑO DE MUESTRA

**TAMAÑO DE MUESTRA:** Se realizó el cálculo del tamaño de muestra teniendo en cuenta los siguientes criterios: cantidad de usuarios que accedieron a servicios de salud en el primer trimestre del año 2020. <sup>(19)</sup>

**MUESTREO:** Se realizó un muestreo estratificado con afijación proporcional: Fue estratificado y denominado por cada grupo de servicios que presta la IPS Odontológica Santa María S.A.S y se le asignó un número de unidades muestrales proporcionales a la cantidad de usuarios que consultaron, con el fin que cada servicio o estrato quede adecuadamente representado en la muestra. Se efectuó por afijación proporcional ya que la distribución de la muestra se hizo de acuerdo al tamaño de la población de cada estrato.<sup>(26)</sup>

**Muestra total 266**

SERVICIOS	No.	n Planeada	n Ejecutada
PROGRAMAS DE PROMOCION Y PREVENCIÓN	3254	147	104
CONSULTA EXTERNA	2946	133	93
CONSULTA ESPECIALIZADA	364	16	17
ODONTOLOGIA	1569	71	52
<b>TOTAL</b>	<b>8133</b>	<b>367</b>	<b>266</b>

*TABLA 2: MUESTREO POR SERVICIOS*

Acorde a la población de usuarios en el último trimestre del año 2019, se seleccionó una muestra inicial de 367 personas para realizar la investigación; sin embargo por la contingencia provocada por la Pandemia SAR-Cov2 no fue posible aplicar el instrumento en su totalidad, por lo que se realizó el promedio de la cantidad de usuarios a encuestar para que cada servicio tuviera un porcentaje representativo acorde a la muestra inicial, no inferior al 70%.

**5.3 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

1. Envío de carta de solicitud de autorización para realizar la investigación a la IPS Odontológica Santa María S.A.S.
2. Autorización de la IPS Odontológica Santa María S.A.S. para la aplicación de la investigación.
3. Aplicación de prueba piloto a 40 personas de manera presencial a través de formularios google asistido (El encuestador diligenciará el formulario con las respuestas dadas por el encuestado) con consentimiento informado por escrito, (ver Anexo 3) con el fin de validar el proceso de recolección de información.

4. Ajuste del tamaño de la muestra a 266 personas y cambio de la metodología a llamadas telefónicas grabadas con consentimiento informado verbal, debido a la contingencia del aislamiento preventivo obligatorio por la Pandemia SARS-Cov2.
5. Aplicación del instrumento y recolección de la información.

#### **5.4 INSTRUMENTOS**

El instrumento aplicado está basado en la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos EASS de Arrivillaga eat al 2016. <sup>(28)</sup> Contó con 26 preguntas de selección múltiple y/o repuesta corta subdivididas en las siguientes categorías: Perfil sociodemográfico, (7 preguntas) Perfil socioeconómico, (3 preguntas) Acceso a servicios curativos y preventivos (13 preguntas) y Gasto de bolsillo (3 preguntas). Se realizó una investigación mediante encuestas a 266 personas afiliadas a Coomeva EPS, cuya IPS Primaria es la IPS Odontológica Santa María S.A.S ubicada en el municipio de El Cerrito (Valle del Cauca).

Debido a que el 11 de marzo del año en curso la OMS declaró la Pandemia por el Coronavirus SARS- Cov-2 y la clasificó como una emergencia de Salud Pública de interés internacional, considerando la velocidad de propagación e instando a las autoridades a tomar acciones urgentes con el fin de mitigar el contagio; entre las medidas adoptadas el distanciamiento social. Por lo tanto esta investigación se realizó telefónicamente acorde a los lineamientos recibidos mediante formularios google, obteniendo el consentimiento verbal de los usuarios y la grabación de las llamadas como soporte.

#### **5.5 PLAN DE ANÁLISIS DE INFORMACIÓN**

Se elaboró una base de datos en Microsoft office Excel 2013. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS. Se realizó análisis exploratorio de datos con distribución de frecuencias y porcentajes. Para determinar la relación entre variables de interés y las barreras de acceso a servicios de salud, se utilizaron pruebas de  $\chi^2$  de Pearson, cuando los valores esperados fueron menores a 0.05-0.1. Se estableció un nivel de significancia de 5% y 10% y el nivel de confiabilidad en 90% y 95%.

#### **5.6 COMPONENTE ÉTICO**

De acuerdo a la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de salud, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, este trabajo es considerado sin riesgo, dado que no tiene intervención en humanos, ni genera manipulación en muestras biológicas. Se advierte los datos de identidad de las personas que sean objetos de caracterización será protegidos para garantizar la confidencialidad de la información. <sup>(27)</sup>

## **5.7 CONSENTIMIENTO INFORMADO VERBAL**

Buen día.

Mi nombre es \_\_\_\_\_ soy estudiante de la especialización en Administración en Salud de la Universidad Católica de Manizales y estamos realizando una investigación con el fin de caracterizar las barreras de acceso a los servicios de salud de la IPS Odontológica Santa María S.A.S que atiende a usuarios de Coomeva.

Usted ha sido seleccionado como parte de la muestra para este proyecto, por lo cuál solicitamos su colaboración respondiendo la siguiente encuesta, la cuál será grabada. Su participación es voluntaria, la información será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

¿Está usted de acuerdo en participar en la encuesta?

Muchas gracias por la atención y la colaboración. Que tenga un buen día.

## **6. RESULTADOS Y DISCUSION**

### **6.1 RESULTADOS**

El análisis de esta investigación se hizo teniendo en cuenta la prueba de  $\chi^2$  la cual permite el contraste de dos variables independientes; la información recopilada fue analizada en dos fases: inicialmente se realizó un análisis univariado, posteriormente el análisis bivariado, con el fin de establecer la relación de las variables en concordancia con los objetivos del estudio.

La información se analizó teniendo en cuenta 4 dimensiones: Perfil Sociodemográfico, Perfil Socioeconómico que corresponden a la Demanda (usuarios o pacientes), Acceso a servicios preventivos y curativos relacionados con la Oferta (IPS), y Gasto de Bolsillo que se relaciona tanto con la oferta como con la demanda.

La población total encuestada fue de 266 usuarios, los cuales se distribuyeron de manera proporcional en cada servicio acorde al promedio trimestral de consulta, de la siguiente manera: el 39.1% corresponde al servicio de Promoción y Prevención, el 35% a Consulta externa, el 19.5% a Odontología y el 6.4% a Consulta especializada.

### 6.1.1 CATEGORIZACION DE BARRERAS DE ACCESO

Conforme a los resultados obtenidos se presentan a continuación los de mayor significancia en el procesamiento de datos anteriormente descrito.

#### 6.1.1.1 BARRERAS DE LA DEMANDA

Corresponden a ésta las que son concernientes a usuarios o pacientes, tales como perfil sociodemográfico, perfil socioeconómico y uso de servicios preventivos.

##### 6.1.1.1.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO

De las 266 personas encuestadas la edad promedio fue 40 años; el 56% se reconoce como de raza Mestiza o que no pertenece a ningún grupo racial específico, el 41,4% Negro, Mulato, Afrocolombiano, Afrodescendiente y el 2,6 % se considera Indígena.

El 77,1% de las personas que respondieron la encuesta fueron mujeres y el 22.9% fueron hombres.

A la pregunta ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado? El 22.1% respondió Primaria, el 38.4% hasta Bachillerato y el 39.5% Técnico y/o Profesional. En relación al estado civil se observó que el 64.3% cuentan con pareja estable y el 35.7% no.

De acuerdo a la actividad laboral el 46% de los participantes presentan ingresos y el 54% restante se distribuyen entre amas de casa, estudiantes y desempleados.

El 79,3% de los encuestados pertenece al régimen contributivo frente al 20,7% del subsidiado de los cuales el 59% son beneficiarios y el 41% son cotizantes.(Tabla 3)

PERFIL SOCIODEMOGRAFICO		
CARACTERISTICAS	n:266	%
<b>SEXO</b>		
Mujer	205	77,1
Hombre	61	22,9
<b>EDAD</b>		
Menor o igual a 40 años	144	54,1
41 años o más	122	45,9
<b>RAZA</b>		

Ninguno (Mestizo)	149	56,0
Negro, Mulato, Afrocolombiano, Afrodescendiente	110	41,4
Indígena	7	2,6
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
Primaria	57	22,1
Bachillerato	99	38,4
Técnico/Profesional	102	39,5
<b>OCUPACION</b>		
Con ingresos	122	46,0
Ama de casa, estudiante, desempleado	143	54,0
<b>REGIMEN DE SALUD</b>		
Contributivo	211	79,3
Subsidiado	55	20,7
<b>TIPO DE AFILIACION</b>		
Beneficiario	157	59,0
Cotizante	109	41,0

**TABLA 3: PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**

#### 6.1.1.1.2 PERFIL SOCIOECONOMICO

El 80,4% de los pacientes presenta ingresos de 1 SMLV o más. Del total de las personas indagadas el 36.8% refiere vivir en vivienda propia, el 33.1% en arriendo y familiar el 33.1%, de estas se encontró que el 83.5% están ubicadas en la zona urbana y el 16.5% en zona rural. (Tabla 4).

<b>PERFIL SOCIOECONOMICO</b>		
<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>n:266</b>	<b>%</b>
<b>INGRESO MENSUAL</b>		
Menor de 1 SMLV	50	19,6
1 SMLV o Superior	205	80,4
<b>VIVIENDA</b>		
Propia	98	36,8
Arriendo	88	33,1
Familiar	80	30,1
<b>ZONA DE UBICACIÓN DE VIVIENDA</b>		
Urbano	222	83,5
Rural	44	16,5

**TABLA 4: PERFIL SOCIOECONOMICO**

### 6.1.1.1.3 ACCESO A SERVICIOS PREVENTIVOS

Respecto a los servicios preventivos se encontró que el 39.1% de los encuestados consultó al médico por prevención en el último año, el 39.1% consultó al médico y al odontólogo solamente 6,4% consultó al odontólogo y el 15,4% no consultó por prevención.(Tabla 5)

ACCESO A SERVICIOS PREVENTIVOS		
CARACTERISTICAS	n:266	%
<b>CONSULTA PREVENTIVA ULTIMO AÑO</b>		
Sólo al médico	104	39,1
Al médico y al odontólogo	104	39,1
A ninguno	41	15,4
Sólo al odontólogo	17	6,4

TABLA 5: ACCESO A SERVICIOS PREVENTIVOS

### 6.1.1.2 BARRERAS DE LA OFERTA

Son todas aquellas que se relacionan con el Acceso a servicios curativos relacionados con IPS o el prestador.

#### 6.1.1.2.1 ACCESO A SERVICIOS CURATIVOS

A la pregunta ¿En los últimos 6 meses usted o algún miembro de su familia, cuando han tenido algún problema de salud, ha consultado a médico general? El 85.3% de los participantes respondió afirmativamente.

En relación con el acceso a servicios curativos el 85.3% consultó por algún problema de salud en los últimos 6 meses, el 12.8% no consultó y el 1.5% refirió no haber tenido ningún problema de salud en los últimos 6 meses.

El 87.5% de los encuestados manifiesta que el tiempo de la asignación de cita con médico general fue de 1 a 3 días posteriores a la solicitud de la misma y el 12.5% tardó en recibir la atención en un tiempo superior a 4 días.

El 95.1% considera que el médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud, frente al 4.1% que tiene percepción negativa de la atención recibida.

Se pudo evidenciar que el 9.4% no tuvo dificultades posteriores a la consulta, el 10.4% manifestó tramites excesivos, el 8.3% tuvo problemas con las autorizaciones,

el 6.3% por falta de dinero y el 3.1% falta de tiempo y el 62.5 % reportó otras dificultades en su mayoría asociadas al Aislamiento Preventivo Obligatorio por la Pandemia SAR-Cov-2.

El 56.8% de los usuarios fue remitido a especialista; con mayor frecuencia, a Ginecología con el 20.2% y Médico internista 15%.

El tiempo estimado de autorización para cita con especialista se evidencia de la siguiente manera: el 14.7% tardó de 2 a 4 semanas, el 13.5% superior a un mes, el 12.4% menos de una semana y el 8.3% el mismo día. Posterior a la autorización con el especialista el tiempo para la asignación de cita con el especialista correspondiente se subdivide así: hasta una semana el 6.8%, de 2 a 4 semanas 14.3% y superior a un mes el 14.3%.

El 32.7% considera que el médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud, frente al 3.8% que tiene percepción negativa de la atención recibida.

Con respecto a la formulación de medicamentos al 84.2% le fueron recetados y el 15.4% refirió no haberle formulado. De los cuales el 54.9% le entregaron completos los medicamentos, el 28.9% refirió o que no se los entregaron o que se los entregaron incompletos argumentando el 32.2% que no se encontraban incluidos en el POS, el 26.7% que no había los medicamentos, el 11.1% no había la cantidad requerida, el 8.9% no hizo la gestión para reclamarlo, el 2.2% manifestó errores en la fórmula médica y otras causas el 18.9%.

<b>ACCESO A SERVICIOS CURATIVOS</b>		
<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>n:266</b>	<b>%</b>
<b>CONSULTA POR PROBLEMA DE SALUD ULTIMOS 6 MESES</b>		
Si	227	85,3
No	34	12,8
No ha tenido ningún problema	4	1,5
No sabe/No responde	1	0,4
<b>TIEMPO CITA MEDICA</b>		
El mismo día- 3 días	231	87,5
4 o más días	33	12,5
<b>PERCEPCION DE ATENCION MEDICO GENERAL</b>		
Si	253	95,1
No	11	4,1
No sabe/No responde	2	0,8
<b>DIFICULTADES POSTERIORES A LA CONSULTA</b>		

Otras	60	62,5%
Trámites excesivos	10	10,4%
No tuvo problemas	9	9,4%
La EPS no le autorizó	8	8,3%
Falta de dinero	6	6,3%
Falta de tiempo	3	3,1%
<b>REMISION A ESPECIALISTA</b>		
Si	151	56,8
No	114	42,9
No sabe/No responde	1	0,4
<b>TIEMPO AUTORIZACION CITA ESPECIALISTA</b>		
No aplica	136	51,1
De 2 a 4 semanas	39	14,7
Más de un mes	<b>36</b>	<b>13,5</b>
Menos de una semana	33	12,4
El mismo día	22	8,3
<b>TIEMPO CONSULTA ESPECIALISTA</b>		
Hasta una semana	18	6,8
De 2 a 4 semanas	38	14,3
1 mes o más	38	14,3
<b>PERCEPCION DE ATENCION MEDICO ESPECIALISTA</b>		
No aplica	169	63,5
Si	87	32,7
NO	10	3,8
<b>FORMULACION DE MEDICAMENTOS</b>		
Si	224	84,2
No	41	15,4
No sabe/No responde	1	0,4
<b>ENTREGA DE MEDICAMENTOS</b>		
Completos	146	54,9
Incompletos o ninguno	77	28,9
<b>RAZON DE NO ENTREGA DE MEDICAMENTOS</b>		
No estaban incluidos en el POS	29	32,2%
No habían los medicamentos recetados	24	26,7%
Otro	17	18,9%
No había la cantidad requerida	10	11,1%
No hizo la gestión para reclamarlo	8	8,9%
Errores en fórmula médica	2	2,2%

**TABLA 6: ACCESO A SERVICIOS CURATIVOS**

### 6.1.1.2.2 GASTO DE BOLSILLO

El gasto de bolsillo se considera como el costo que debe asumir un usuario para recibir una atención; es una barrera de acceso mixta puesto que se relaciona tanto en la oferta como en la demanda.

<b>GASTO DE BOLSILLO EN ACCESO</b>		
<b>CARACTERISTICAS</b>	<b>n:266</b>	<b>%</b>
<b>PAGOS DE CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS</b>		
Si	213	80,1
No	49	18,4
No sabe/No responde	4	1,5
<b>PAGOS POR PROCEDIMIENTOS NO AUTORIZADOS</b>		
No tuvo que pagar	224	84,2
Si	40	15,0
No sabe/No responde	2	0,8
<b>PAGOS GASTOS EXTRAS</b>		
Si	149	56,0
No tuvo ninguno	112	42,1
No sabe/No responde	5	1,9

**TABLA 7: GASTO DE BOLSILLO EN ACCESO**

El 80.1% de los usuarios refieren haber pagado cuotas moderadoras y/o copagos, con una media de \$7.164.

El 15% refiere haber tenido que pagar por procedimientos no autorizados, una media de \$165.726.

El 56% refiere haber tenido gastos extras como transporte, alojamiento y alimentación con una media de \$72.064. (Tabla 8)

	<b>CUOTAS MODERADORAS Y COPAGOS</b>	<b>PAGO POR MEDICAMENTOS, PROCEDIMIENTOS, EXAMENES NO AUTORIZADOS</b>	<b>GASTOS EXTRAS (TRANSPORTE, ALOJAMIENTO ALIMENTACION)</b>
Media	\$ 7.164	\$ 165.726	\$ 72.064
Desv. Desviación	\$ 15.240	\$ 344.663	\$ 209.869
Mínimo	\$ 1.600	\$ 3.400	\$ 2.500
Máximo	\$ 213.000	\$ 2.000.000	\$ 2.000.000

**TABLA 8: ESTADISTICAS GASTO DE BOLSILLO**

### 6.1.1.2 RELACIÓN ENTRE VARIABLES QUE LIMITAN EL ACCESO

Al realizar el análisis de variables cruzadas por servicios, con las preguntas de acceso a la consulta por prevención, percepción de la atención y gasto extras se encuentra que la investigación arroja datos estadísticamente significativos en los servicios de Consulta Externa y Promoción y Prevención en contraste con los servicios de Odontología y Consulta especializada los cuales no generan información relevante, por tanto se toma como base el valor P entre 0,005 y 0,1, si el resultado es menor a estos valores quiere decir que la relación de las variables no es producto del azar, sino de la asociación de las mismas.

Se identificó como una dificultad para acceder a los servicios el nivel educativo, tanto en el servicio de consulta externa (P=0,037) como en promoción y prevención (P 0,0328) ya que aquellos con educación superior son quienes más acceden por prevención, con un total 46 personas (Técnico/profesional) en el servicio de consulta externa y 47 usuarios (bachillerato) en el servicio de promoción y prevención frente a los usuarios que solo alcanzaron estudios de primaria.

También se pudo detectar que los usuarios que viven en zona rural no acceden a los servicios preventivos en un 66.7%, frente al 14,3% de zona urbana. (P 0,002)

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables de raza, y sexo. (Tabla 9)

<b>CONSULTA EXTERNA</b>					
<b>Sin estar enfermo(a) y por prevención ¿usted o algún miembro de este hogar consultó en el último año?</b>					
	<b>SOLO AL MEDICO</b>	<b>SOLO AL ODONTÓLOGO</b>	<b>AL MÉDICO Y AL ODONTÓLOGO</b>	<b>A NINGUNO</b>	<b>P</b>
<b>Nivel Educativo</b>					
<b>Primaria</b>	8	0	4	7	0.037
<b>Bachillerato</b>	8	4	7	6	
<b>Técnico/Profesional</b>	24	2	16	4	
<b>Zona Vivienda</b>					
<b>Urbano</b>	40	6	26	12	0.002
<b>Rural</b>	2	0	1	6	

**TABLA 9 : EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACIÓN A LA CONSULTA POR PREVENCION**

La experiencia de los usuarios de consulta externa frente a la atención realizada por el especialista se encontró que el 91.7% de las personas que se consideran negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente perciben que se les brindó la atención necesaria para su problema de salud, frente al 82.4% de los mestizos (P= 0,060) y de acuerdo al tipo de afiliación los beneficiarios en un 100% y los cotizantes en un 72.2% (P= 0,046). (Tabla 10)

En cuanto a los usuarios de promoción y prevención frente a este cruce de variables se obtienen resultados significativos en la asociación con los grupos etarios, teniendo que la población de 41 o más, se siente conforme en este aspecto con un 100% y la población de 40 años o menos con un 87,5% (0,080). (Tabla 11)

<b>CONSULTA EXTERNA</b>			
<b>¿El médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud?</b>			
	Si	No	P
<b>Raza</b>			
<b>Indígena</b>	0	1	0.060
<b>Negro, mulato, afrocolombiano, Afrodescendiente</b>	11	1	
<b>Ninguno (Mestizo)</b>	14	3	
<b>Tipo de afiliación</b>			
<b>Cotizante</b>	13	5	0.046
<b>Beneficiario</b>	12	0	

**TABLA 10: EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACIÓN A LA PERCEPCION A LA ATENCIÓN POR ESPECIALISTA**

<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>			
<b>¿El médico especialista le brindó la atención necesaria para su problema de salud?</b>			
	Si	No	P
<b>Edad</b>			
<b>Menor o igual a 40</b>	21	3	0.080
<b>41 o más</b>	23	0	

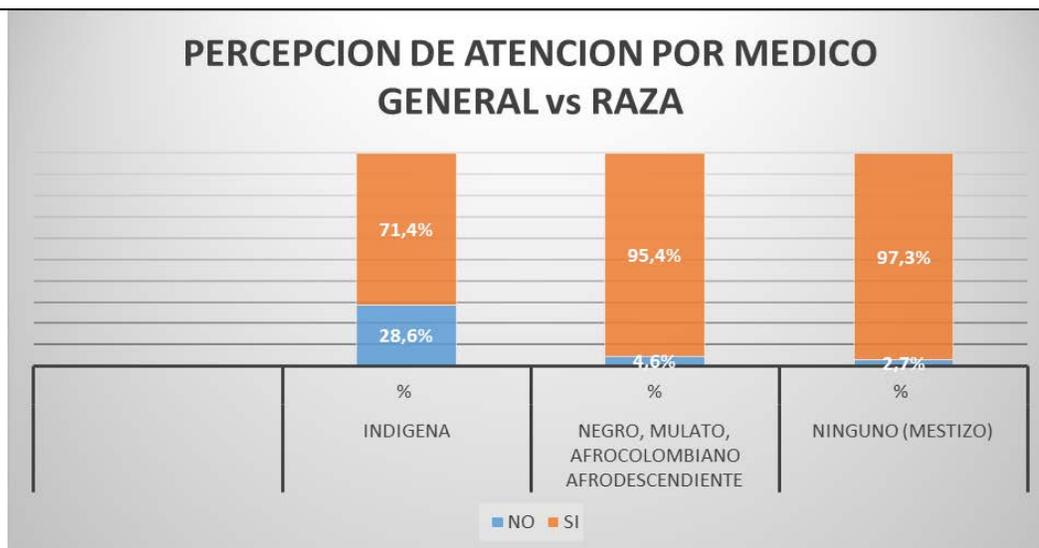
**TABLA 11: EVALUACION DEL SERVICIO DE PROMOCION Y PREVENCION EN RELACIÓN A LA PERCEPCION A LA ATENCIÓN POR ESPECIALISTA**

La percepción de atención de los médicos especialista en cuanto a raza, edad y régimen de salud en general tiene una buena aceptación.(Tabla 12)

<b>PERCEPCION DE ATENCION POR MEDICO ESPECIALISTA</b>			
	<b>NEGATIVA</b>	<b>POSITIVA</b>	<b>P</b>
<b>EDAD</b>			
<b>MENOR IGUAL A 40</b>	17,4%	82,6%	0.029
<b>41 O MÁS</b>	3,9%	96,1%	
<b>RAZA</b>			
<b>INDIGENA</b>	50,0%	50,0%	0.077
<b>NEGRO, MULATO, AFROCOLOMBIANO AFRODESCENDIENTE</b>	4,9%	95,1%	
<b>NINGUNO (MESTIZO)</b>	13,0%	87,0%	
<b>REGIMEN DE SALUD</b>			
<b>CONTRIBUTIVO</b>	13%	87,0%	0.089
<b>SUBSIDIADO</b>	0,0%	100,0%	
<b>TIPO DE AFILIACION</b>			
<b>COTIZANTE</b>	18.6%	81.4%	0.017
<b>BENEFICIARIO</b>	3.7%	96.3%	

**TABLA 12: PERCEPCION DE ATENCION POR MEDICO ESPECIALISTA**

A la pregunta: ¿El médico general le brindó la atención necesaria para su problema de salud? se encontró que la población con una menor percepción positiva del servicio de medicina general corresponde a la Indígena con un 71.4%, estadísticamente significativo ( $p=0.004$ ) (Gráfico 1)



**GRAFICO 1: PERCEPCION DE ATENCIÓN POR MEDICO GENERAL vs RAZA**

Como se ha venido evidenciando a lo largo de la investigación, las personas que residen en la zona rural presentan mayor frecuencia de gastos extras, para los participantes de consulta externa el 84% ( $p=0.0078$ ) y para el servicio de promoción y prevención el 88,8% ( $p=0.001$ ). (Tabla 13 y 14)

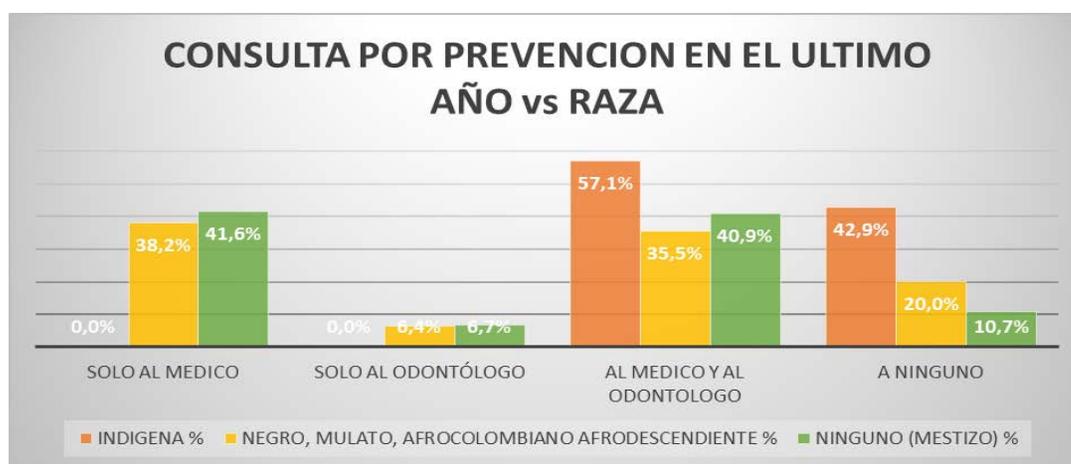
<b>CONSULTA EXTERNA</b>			
<b>¿Pagó gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?</b>			
	Si	No	P
<b>Subsidiado</b>	6	9	0.055
<b>Zona Vivienda</b>			
<b>Urbano</b>	47	33	0,078
<b>Rural</b>	8	1	

**TABLA 13 : EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LOS GASTOS EXTRAS**

<b>PROMOCION Y PREVENCION</b>			
<b>¿Pagó gastos extras como transporte, alojamientos y alimentación?</b>			
<b>Zona Vivienda</b>			
<b>Urbano</b>	35	44	0,001
<b>Rural</b>	21	4	

**TABLA 14 : EVALUACION DEL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN RELACION A LOS GASTOS EXTRAS**

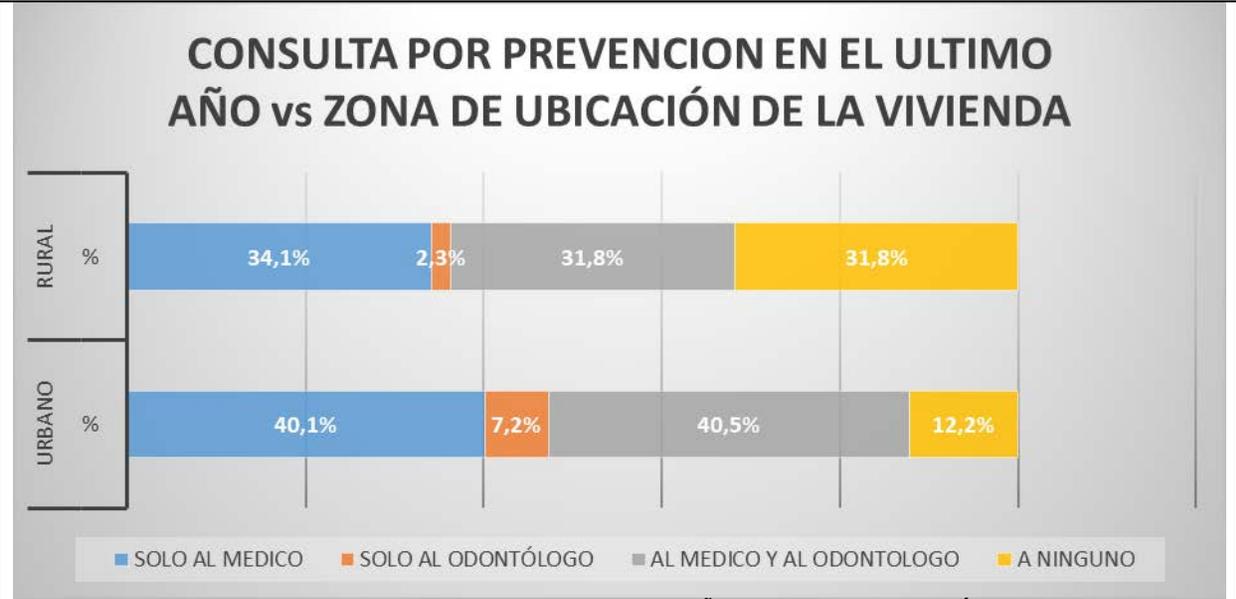
Acorde a la cultura, pueblo o rasgos físicos, el grupo que más consulta por prevención es aquel que se consideran mestizos con un total de 149 encuestados, de los cuales 46.1% consultó solo al médico, el 6.7% solo al odontólogo y el 40.9% al médico y al odontólogo; en la población indígena se observa una menor cantidad de usuarios que consultaron con una frecuencia de 7, de los cuales el 57.1% consulta al médico y al odontólogo por prevención y el 42.9% no accedieron a los servicios preventivos, estadísticamente significativo ( $p= 0.072$ ) con un nivel de confiabilidad de 90%. (Gráfico 2)



**GRAFICO 2: CONSULTA POR PREVENCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO vs RAZA**

Teniendo en cuenta el nivel educativo, se encuentra que las personas que refieren haber culminado estudios técnicos y/o profesionales son quienes más consultan por prevención al médico y al odontólogo con un 46,1%. (Significancia estadística  $p=0.023$ )

Se puede considerar como una barrera de acceso la zona de ubicación de la vivienda estadísticamente significativa ( $p=0.009$ ), ya que el mayor porcentaje de no consulta por prevención corresponde a los encuestados que tienen su vivienda ubicada en el área rural con un 31,8%, frente al 12,2% de no consulta de la zona urbana. (Gráfico 3)



**GRAFICO 3: CONSULTA POR PREVENCIÓN EN EL ÚLTIMO AÑO vs ZONA DE UBICACIÓN DE LA VIVIENDA**

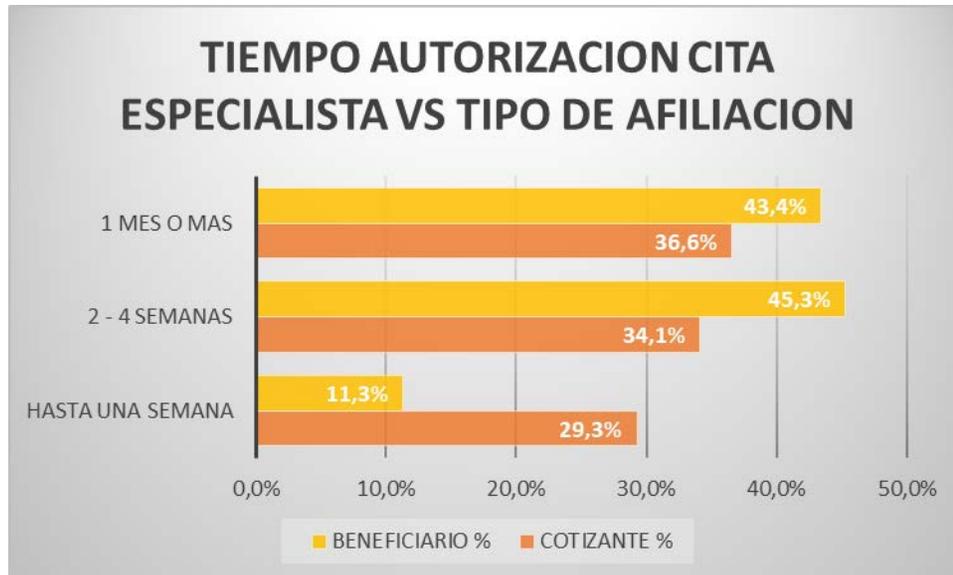
Aquellos que más consultan por prevención son las mujeres con un total de 174, las personas con una edad menor o igual a 40 con 121, las amas de casa, estudiantes y desempleados con 121 y aquellas personas pertenecientes al régimen contributivo 211; lo cual no se considera estadísticamente significativo.

En cuanto a la remisión a médico especialista por médico general se pudo determinar que el grupo etario que más accede son las personas de 41 años o más con un 62.8% (p=0.079) y que aquellas que perciben ingresos, son más remitidos a médico especialista con 64.5% (p=0.028). (Gráfico 4)



**GRAFICO 4: REMISION A ESPECIALISTA POR MEDICO GENERAL VS ACTIVIDAD LABORAL**

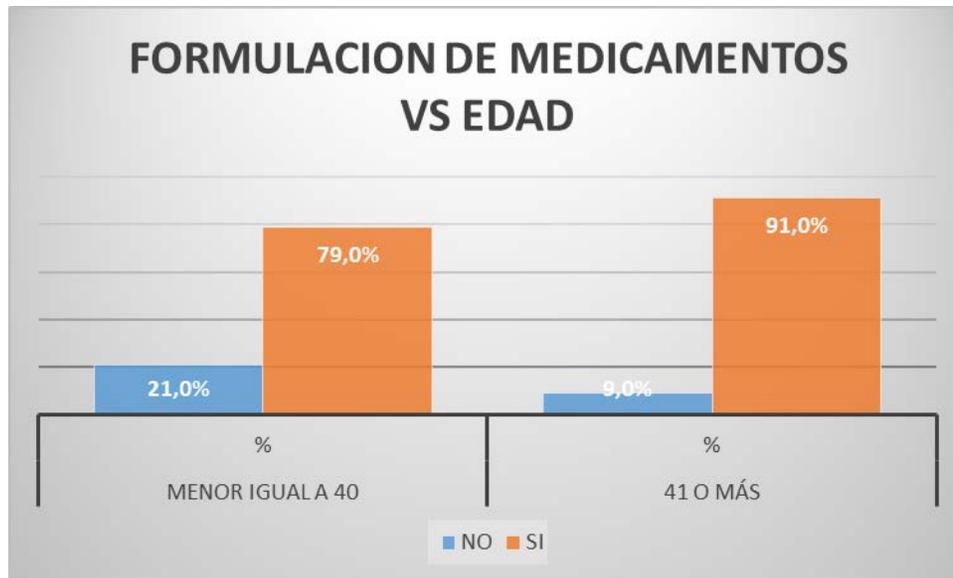
Al momento de realizar autorizaciones para especialistas se detecta que los beneficiarios presentan mayor demora en el proceso, ya que el 45.3% tarda entre 2 y 4 semanas y el 43.3% tarda entre un mes y más, con respecto a los cotizantes los cuales el 34.1% de 2 a 4 semanas y el 32.6% de un mes o más ( $p=0.088$ ). (Gráfico 5)



**GRAFICO 5: TIEMPO AUTORIZACIÓN CITA ESPECIALISTA VS TIPO DE AFILIACION**

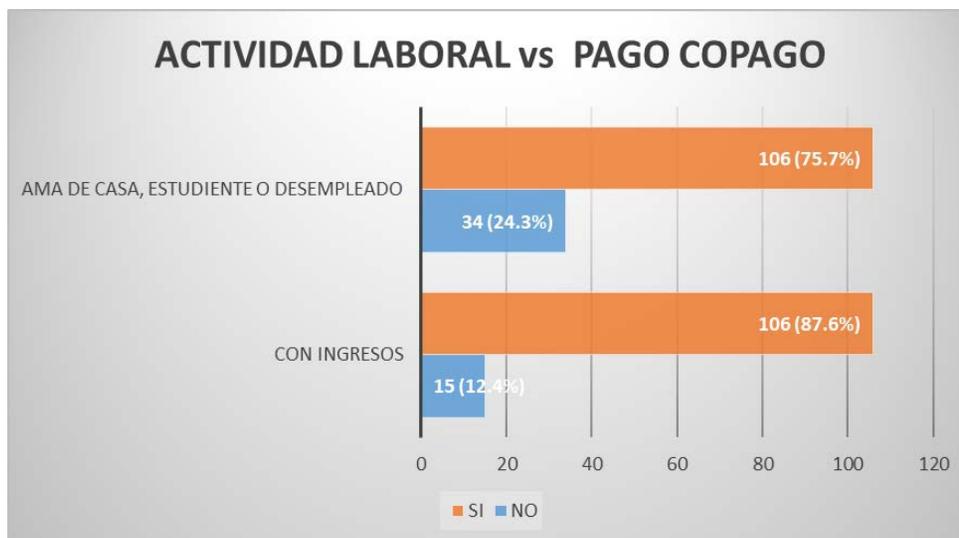
Se observa que con respecto a la formulación de medicamentos en relación a la edad, el 79% de los menores de 40 años y el 91% de los mayores de 41 años son

formulados durante la consulta ( $p=0.007$ ). (Gráfico: 6)



**GRAFICO 6: FORMULACION DE MEDICAMENTOS VS EDAD**

Se puede determinar que el cruce de las variables de actividad laboral vs pago de cuotas moderadoras con una significancia estadística ( $p= 0.014$ ), el 12.4% de los que tienen ingresos no realizan pagos de copagos y cuotas moderadoras, frente al 24.3% de las amas de casa, estudiantes y/o desempleados. (Gráfico 7)



**GRAFICO 7: ACTIVIDAD LABORAL VS COPAGO**

Frente a los gastos extras, se evidencia que las personas que presentan un mayor porcentaje son: las mujeres (60,2%), los pacientes de 41 años o más (63,3%), los afiliados al régimen contributivo (60,4%) y las personas que viven en zona rural (77,3%) .

<b>GASTOS EXTRAS</b>			
	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>P</b>
<b>SEXO</b>			
<b>HOMBRE</b>	46.7%	53.3%	0.063
<b>MUJER</b>	60.2%	39.8%	
<b>EDAD</b>			
<b>MENOR O IGUAL A 40</b>	51.8%	48.2%	0.060
<b>41 O MAS</b>	63.3%	36.7%	
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>			
<b>PRIMARIA</b>	65.5%	34.5%	0.034
<b>BACHILLERATO</b>	62.2%	37.8%	
<b>TECNICO/PROFESIONAL</b>	47.0%	53.0%	
<b>REGIMEN DE SALUD</b>			
<b>CONTRIBUTIVO</b>	60.4%	39.6%	0.035
<b>SUBSIDIADO</b>	44.4%	55.6%	
<b>ZONA DE VIVIENDA</b>			
<b>URBANO</b>	53.0%	47.0%	0.003
<b>RURAL</b>	77.3%	22.7%	

TABLA 15: GASTOS EXTRAS

## 6.2 DISCUSION

Esta investigación tuvo como objetivo Caracterizar las barreras de acceso en los servicios de salud del prestador y el usuario de la IPS Odontológica Santa María S.A.S de El Cerrito (Valle del Cauca). Al momento de realizar esta ejercicio, no se encontró literatura asociada a estudios de esta clase en el municipio de El Cerrito (V); refiriéndose a barreras de acceso a los servicios de salud, en la bibliografía de encuentra grandes dificultades culturales, económicas, geográficas asociadas a oportunidad y percepción de la población en cuanto a la capacidad resolutoria de sus necesidades, desconociendo características que violan el derecho a la misma reduciendo el uso de los servicios, creando deterioro de salud en la población, especialmente en la más vulnerable y pobre aumentando la prevalencia de patologías crónicas y de alto costo desde la implementación de la ley 100.<sup>(3)</sup>

El acceso es definido por Aday y Andersen como un proceso multicausal hasta alcanzar el uso de los servicios de salud <sup>(5)</sup>. Con respecto al acceso Shengelia et al., lo consideran como la relación entre los factores predisponentes de la población (percepción del individuo acerca de la enfermedad, factores culturales, sociales y epidemiológicos) y los factores posibilitantes del sistema de atención (recursos, estructuras, instituciones, procedimientos y regulaciones).<sup>(21)</sup>

La IPS Odontológica Santa María S.A.S de la cual es objeto este estudio, presta servicios en las áreas consulta externa, consulta especializada, promoción y prevención y odontología. Con base a esta información, esta investigación se centra en el estudio de cuatro dimensiones que se relacionan con el acceso a los servicios de salud: Perfil sociodemográfico, Perfil socioeconómico, Acceso a servicios preventivos, curativos y gasto de bolsillo.

En este contexto se pudo identificar la existencia de barreras de acceso en la oferta y la demanda que incide en la experiencia del usuario acerca de los servicios de salud que presta la IPS. Se relaciona con la oferta o sistema de prestación de servicios: el acceso a servicios curativos y con la demanda en la cual intervienen factores como: predisposición, necesidad, habilidad de los agentes y el acceso a los servicios preventivos, <sup>(11)</sup> perfil sociodemográfico y socioeconómico; finalmente existen barreras que se relacionan con ambas partes como: gasto de bolsillo.

## **PERFIL SOCIODEMOGRAFICO**

Existen unos factores predisponentes para la utilización de los servicios en salud según Aday y Andersen y están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios, <sup>(23)</sup> que correspondería a la demanda.

Dentro del perfil sociodemográfico fueron analizadas las variables de edad, sexo, raza, nivel educativo, ocupación, régimen de salud y tipo de afiliación; con respecto a este proceso investigativo se encontró relevancia en los aspectos que se detallan a continuación.

Se evidencia un mayor porcentaje de participantes que se consideran mestizos, seguido de negros, mulatos, afrocolombianos, afrodescendientes y una menor representación de la raza indígena.

A través de este estudio se pudo determinar barreras culturales en cuanto a los servicios preventivos por la población indígena, ya que es el grupo poblacional de menor porcentaje, 2.6%; adicionalmente su percepción es la menos positiva ante la respuesta a la necesidad de salud; acorde al estudio de Ballesteros M. “su búsqueda de atención se direcciona a la medicina natural y/o alternativa”.<sup>(19)</sup>

En esta investigación además se encuentra que el nivel educativo es también un factor influyente para acceder a los servicios de salud debido a que las personas con educación superior (Técnico y/o profesional) son quienes más consultan a los servicios de promoción y prevención dejando en evidencia una mayor preocupación por su salud.

## **PERFIL SOCIOECONOMICO**

Los hallazgos de este estudio confirman que entre los factores socioeconómicos que dificultan el acceso a los servicios se encuentran: ubicación de vivienda, ya que los usuarios de la zona rural son aquellos que consultaron con menor frecuencia de manera preventiva con un 68.1% %, en relación a los de la zona urbana 87.8%; las personas de la zona rural centran su atención en los servicios curativos que es en el momento que a su consideración realmente tienen una necesidad o alteración de salud.

“Entre los factores que incapacitan el acceso relacionados con las características de la población, destacan el nivel socioeconómico y el lugar de residencia, fuentes importantes de desigualdades en este aspecto”.<sup>(19)</sup>

## **ACCESO A SERVICIOS PREVENTIVOS Y CURATIVOS**

Estudios previos han demostrado limitación en el acceso a servicios curativos, tales como demoras en la oportunidad de la atención, problemas para llevar a cabo el tratamiento en cuanto a medicamentos, exámenes y procedimientos prescritos, y falta de acceso por falta de dinero debido a eventos no POS<sup>(29)</sup>. Con respecto a esta investigación cabe destacar que el poder acceder a servicios curativos por médico general presenta un buen nivel de oportunidad acorde a los encuestados, donde el 87.5% refiere recibir atención el mismo día o hasta 3 días después.

Para la remisión de médico especialista los usuarios que tienen ingresos, reportan haber obtenido interconsulta con este tipo de profesionales con un 64.5% frente a los que no tienen ingresos con 51% y adicionalmente el tiempo de espera para las autorizaciones es menor para los cotizantes se refleja en el resultado donde estos usuarios pueden acceder en tiempos máximo de una semana 29.3%, en relación con los beneficiarios que en este rango de tiempo solo logran acceder el 11.2%.

Este estudio muestra que la mayoría de los usuarios que utilizan los servicios de la IPS Odontológica Santa María S.A.S, tienen una experiencia positiva en cuanto a la atención recibida tanto del médico general como del especialista, contrastando con la mayoría de estudios donde la percepción negativa es mayor.<sup>(14)(19)(29)</sup>

## **GASTO DE BOLSILLO**

En el estudio de Estupiñan et al. mencionan las limitaciones económicas como un factor predisponente para cumplir las citas, concordando con estudios donde la falta de dinero es la principal causa para no asistir al médico. <sup>(11)</sup>

Para los encuestados el gasto de bolsillo es un factor restrictivo, ya que aquellos usuarios con menores ingresos, ubicación en zona rural, pertenecientes al régimen subsidiado y que deban pagar dinero en transporte, consideran esta condición como una causa para no utilizar los servicios o no darle continuidad a los tratamientos. Uribe et al. Define el gasto de bolsillo “como empobrecedor, debido al pago de atención en salud y transporte en una condición de difícil ahorro; y en algunos casos, el ausentismo laboral presiona a los pacientes a suspender el tratamiento”. <sup>(14)</sup>

## **7. CONCLUSIONES**

Las características sociodemográficas como: raza y nivel educativo alcanzado, son determinantes frente al acceso a los servicios preventivos de salud, ya que estos factores influyen en la percepción de autocuidado de los individuos y su necesidad de consulta a servicios preventivos.

Las barreras de acceso del lado de la oferta se asocian al componente externo relacionado con la EPS, puesto que de acuerdo a los resultados obtenidos existen inconformidades con los servicios que deben ser autorizados por esta debido a la tramitología administrativa, especialmente con las remisiones a especialistas o procedimientos que no se ofertan dentro de la IPS.

También se detectaron limitantes en la dimensión gasto de bolsillo, tales como: pagos de cuotas moderadoras, copagos, gastos extras (transporte, alimentación y alojamiento) y por procedimientos no autorizados que evidentemente influyen en la apreciación de necesidad de servicios de salud, generando una no consulta o postergamiento de la atención.

La experiencia de los usuarios frente a los servicios de la IPS Odontológica Santa María SAS tiene en general buenos indicadores de oportunidad; accesibilidad, tiempos de espera, aceptabilidad y satisfacción para los usuarios; la mayor dificultad que presentan los afiliados se presenta al momento de la consulta con especialistas externos a la IPS, incrementando los tiempos de espera.

El reconocimiento de las barreras para la atención en salud debe determinar

estrategias dirigidas a superarlas, demandando la alineación de los servicios de salud hacia una atención integral centrada en el bienestar del individuo y su grupo familiar, fortaleciendo el autocuidado y la disminución del riesgo de alteraciones de salud prevenibles.

## 8. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta que este es el primer estudio realizado en la IPS odontológica Santa María S.A.S y que tuvo como limitante el aislamiento preventivo obligatorio asociado a la pandemia del virus SAR-Cov2 se hace necesario que en un futuro se pueda corroborar y ampliar la información con la aplicación de instrumentos de manera presencial facilitando una mejor recolección de la información y realizando el enfoque a las especialidades que oferta la IPS (Ginecología, Medicina Interna y Pediatría).

Es importante que la IPS realice las validaciones pertinentes en los tiempos de espera para la autorización y asignación de las citas médicas especializadas y a su vez generar indicadores y estrategias para la mejora en este servicio.

En concordancia a lo hallado en la investigación se debe hacer un mayor esfuerzo para inducir a los usuarios al uso de los programas de Promoción y Prevención, puesto que los grupos poblacionales que se consideran como indígenas y los de más bajo nivel educativo consultan en menor frecuencia a este tipo de servicios.

Generar estrategias para facilitar el uso de los servicios de salud a los usuarios de zona rural ya que al presentar esta limitante, esta población incurre en más gastos de bolsillo que genera un acceso más limitado.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. República de Colombia. Ley 100/1993, de diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41. 23-12-1993.
2. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover, R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2014; 13(27): 242-265. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
3. Minsalud, Dirección de Epidemiología y Demografía. Análisis de Situación de Salud ASIS Colombia 2018. Bogotá DC [On line] Junio de 2019 [Accedido 16 de octubre 2019] Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2018.pdf>
4. Arredondo, Armando; Meléndez, Victor. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: revisión y análisis. *Salud Pública de México*, [S.l.], v. 34, n. 1, p. 36-48, ene. 1991. ISSN 1606-7916. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5469/5803>>. Fecha de acceso: 08 oct. 2019
5. Arrivillaga Marcela, Borrero Yadira Eugenia. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 09]; 32( 5 ): e00111415. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2016000500401&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000500401&lng=en). Epub May 17, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>.
6. Observatorio de política social y derechos humanos. Accesibilidad al derecho a la salud. (s.f) [Internet] [citado: Octubre 3 2019]. Disponible desde: <http://observatoriopoliticasocial.org/accesibilidad-derecho-salud/&>.
7. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultado en acceso y cobertura de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 2018;42:e126. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>
8. Vargas Ingrid, Vázquez Maria Luisa, Jané Elisabet. Equidad y reformas de los sistemas de salud en Latinoamérica. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2002 Aug [cited 2019 Oct 10]; 18( 4 ): 927-937. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0102->

311X2002000400003.

**9.** Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. “Un sistema de salud al servicio de la gente”. Bogotá D.C.[On line] Enero de 2016 [Accedido 15 de octubre 2019] Disponible desde: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>

**10.** Supersalud. Comportamiento de las peticiones quejas y reclamos o denuncias y solicitudes de información formuladas por los usuarios del Sistema Nacional de Salud ante la Supersalud en el período comprendido entre enero y agosto de 2019 .[On line] Septiembre 25 de 2019 [Accedido 15 de octubre 2019] Disponible desde: [https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#Default=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#61dfb760-a507-4b22-b121-27c17ecef8a4=%7B%22k%22%3A%22filename%3A%5C%22RQ%\\*%5C%22%22%7D#57c6ca73-f28d-4fd5-8c1e-e3c8e9dc9e02=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#70860588-c9b2-4180-b434-f44ed0769095=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#330c0335-e038-443a-bbfa-64847c24118f=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#b9ad447a-e9d6-45ef-bc43-e610145f3814=%7B%22k%22%3A%22%22%7D](https://www.supersalud.gov.co/es-co/Paginas/Protecci%C3%B3n%20al%20Usuario/reportes-de-peticiones-quejas-reclamos-o-denuncias.aspx#Default=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#61dfb760-a507-4b22-b121-27c17ecef8a4=%7B%22k%22%3A%22filename%3A%5C%22RQ%*%5C%22%22%7D#57c6ca73-f28d-4fd5-8c1e-e3c8e9dc9e02=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#70860588-c9b2-4180-b434-f44ed0769095=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#330c0335-e038-443a-bbfa-64847c24118f=%7B%22k%22%3A%22%22%7D#b9ad447a-e9d6-45ef-bc43-e610145f3814=%7B%22k%22%3A%22%22%7D)

**11.** Agudelo-Estupiñan A, Gómez- Amaya P, Montes –Gonzalez J, Pelayo G. Barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander, 2013 [Tesis De Grado] [Online] [Accedido 1 De Octubre 2019] Disponible En: <Http://Hdl.Handle.Net/10946/2292>

**12.** Alcaldía Mayor de Bogotá, DC, Dirección Servicio a la Ciudadanía, Sistema Integrado de Gestión control Documental. Manual sobre motivos de información e información y motivos de barreras de acceso incluidos en el SIDBA (Sistema de información Distrital y de barreras de acceso a los Servicios de Salud ) y SQS (Sistema de Quejas y Soluciones )\_Código:SDS-GSS-MN-001 V.2[Online] [Accedido 6 de octubre 2019] Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/Biblioteca%20Manuales/Gesti%C3%B3n%20Social%20en%20Salud/MANUAL%20MOTIVOS%20BARRERAS%20DE%20ACCESO.pdf>

**13.** Dirección Local de Salud Municipio El Cerrito. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD CON EL MODELO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD 2018 – ASIS. [On line] Mayo 29 2019 [Accedido 2 de octubre 2019] Disponible desde:

<https://www.valledelcauca.gov.co/loader.php?IServicio=Tools2&ITipo=viewpdf&id=29524>

**14.** Uribe Pérez, C. J., Amado Niño, A. M., Rueda Patiño, A. M., & Mantilla Villabona, L. Y. (2019). Barreras para la atención en salud del cáncer gástrico, Santander, Colombia. Etapa exploratoria. *Revista Colombiana De Gastroenterología*, 34(1), 17-22. <https://doi.org/10.22516/25007440.353>

**15.** RESTREPO-ZEA, Jairo Humberto; SILVA-MAYA, Constanza; ANDRADE-RIVAS, Federico and VH-DOVER, Robert. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [online]. 2014, vol.13, n.27 [cited 2019-10-17], pp.242-265. Available from: <[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-70272014000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272014000200015&lng=en&nrm=iso)>. ISSN 1657-7027. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs13-27.assa>.

**16.** Báscolo, Ernesto, Houghton, Natalia y Del Riego, Amalia. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018, v. 42 [Accedido 4 Noviembre 2019] , e126. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126>>. Epub 08 Oct 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.126.18>.

**17.** Hernández Jorge Martín Rodríguez, Rubiano Diana Patricia Rodríguez, Barona Juan Carlos Corrales. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 June [cited 2019 Nov 04] ; 20( 6 ): 1947-1958. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232015000601947&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000601947&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>.

**18.** Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Aristizábal Grisales JC. Acceso y satisfacción con servicios curativos: Análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2. Cali, Colombia. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2015; 14(29): 155-178. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgygs14-29.assc>

**19.** Ortega-Velandia, López- Díaz L. BARRERAS DE ACCESO EN SERVICIOS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HOSPITAL ENGATIVA 2016 [Trabajo de grado] [Online] [Accedido 2 de octubre 2019] Disponible en: <http://hdl.handle.net/11634/9877>

**20.** Consejo superior de la Judicatura. República de Colombia. Constitución Política de Colombia 1991. (2010) Actualizada con los actos legales hasta 2010[Sitio en internet] [Citado 21 de octubre 2019]. Disponible en: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>

**21.** Cosar Morales, J. Barreras de acceso a los servicios de la salud en estudiantes de un Instituto de Educación Superior Tecnológico Público, Lima 2017[Tesis de grado] [Sitio en Internet] [Citado 20 de octubre 2019] Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/14515>

**22.** Virgüez L. Barreras y facilitadores de acceso a los servicios de salud de los jóvenes: estudio de caso exploratorio en los Servicios de Salud Colectiva (SSC) de la localidad de Usaquén.2016 [Tesis de grado] [Sitio en internet] [Citado 19 de octubre 2019] Disponible en: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/18884/VirguezMorenoLad yJohana2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

**23.** VARGAS-LORENZO, Ingrid; VÁZQUEZ-NAVARRETE, M. Luisa; MOGOLLÓN-PÉREZ, y Amparo S.. Acceso a la atención en salud en Colombia. **Revista de Salud Pública**, [S.l.], v. 12, n. 5, p. 701-712, sep. 2010. ISSN 2539-3596. Disponible en: <<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/33310>>. Fecha de acceso: 04 nov. 2019 doi:<https://doi.org/10.1590/S0124-00642010000500001>.

**24.** *Vargas C, Hernández C, Valecillos J. Calidad en la prestación de servicios de salud, parámetros de medición. Revista de ciencias sociales, ISSN-e 1315-9518, Vol. 19, Nº. 4, 2013, págs. 663-671*[Sitio en internet] [Citado 8 de noviembre 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4540080>

**25.** Ley estatutaria 1751 de 2015. 16 de febrero de 2015. Congreso de Colombia. [Internet]. [Citado 31 de octubre 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/ley-1751-de-2015.pdf>

**26.** JESÚS FERRER. I.U.T.A. 2010 SECCIÓN 02 DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL. [Online] [Accedido 5 Noviembre de 2019] Disponible en:

[http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variable\\_03.html](http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variable_03.html))

**27.** Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993, octubre 4 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [Accedido 20 de Noviembre de 2019] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

**28.** Arrivallaga M., Aristizabal J., Pérez M., Estrada V. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gaceta Sanitaria* 30(6) · Julio 2016[Sitio en internet] [Citado 4 de diciembre 2019] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S02139111163009>

**29.** Gómez-Perea, Carlos Andrés, Pasos-Revelo, Lina Marcela, González-Rojas, Tatiana, Arrivallaga, Marcela, Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle del Cauca, Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2018;34(2):276-283. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81759552004>

**30.** Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. [Citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>