

**BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA
DE QUILCACE CAUCA, 2012**

Trabajo para optar a título de especialista

**UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN
SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
POPAYÁN 2012**

**BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE
LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA
DE QUILCACE CAUCA, 2012**

INVESTIGADORES:

Sofi Lorena Florez Martínez
Claudia Isabel Campo Rivera
Mayerli Alexandra Trochez Gómez
Claudia Viviana Peña Lemus

TUTOR

Mg. Augusto Muñoz Caicedo

**UNIVERSIDAD EAN- UNIVERSIDAD DEL CAUCA
ESPECIALIZACIÓN EN AUDITORÍA Y GARANTÍA DE LA CALIDAD EN
SALUD CON ÉNFASIS EN EPIDEMIOLOGIA
POPAYÁN 2012**


Popayán, 22 de junio de 2011

Doctor
JORGE ERNESTO OCHOA MONTES
Director Posgrados en Salud
Universidad EAN
Ciudad.

Apreciado Doctor:

Comedidamente me permito informarle que una vez hecho el acompañamiento y revisado el Informe Final de Investigación –IFI–, elaborado por **MAYERLI A. TROCHEZ GOMEZ, SOFFI LORENA FLOREZ MARTINEZ, CLAUDIA ISABEL CAMPO RIVERA Y CLAUDIA VIVIANA PEÑA LEMUS**, estudiantes de la especialización “AUDITORIA Y GARANTIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD CON ENFASIS EN EPIDEMIOLOGIA” desarrollado por la Universidad EAN en la ciudad de **Popayán** titulado: “**BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DE QUILCACE (CAUCA), 2012**”, cumple con los requisitos técnicos, metodológicos y de rigor Investigativo establecidos en la norma ICONTEC y la “Guía estandarizada de Investigación de la EAN” y por lo tanto dicho Informe es **APROBADO**.

Cordialmente,


AUGUSTO MUÑOZ CAICEDO
Asesor del Informe Final de Investigación

DEDICATORIA

Al culminar una etapa fundamental de este largo camino, queremos dedicar el logro alcanzado a DIOS como el ser creador de la vida, a nuestras familias por su compañía y constante apoyo incondicional; el cual nos ha permitido crecer como personas integra, comprometidas y responsables en cada uno de los retos que a diario asumimos como parte del constante crecimiento personal. A nuestros docentes, compañeros y amigos que durante este año han sido el bastón de apoyo con el cual logramos recorrer cada uno de los pasos que componen este proceso de aprendizaje.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación es el resultado del esfuerzo conjunto de todos los que formamos el grupo de trabajo. Por esto agradecemos a:

DIOS por otorgar la vida y la familia.

Nuestros padres, esposos y familia por ser el eje que fundamenta nuestro quehacer en este mundo. Gracias por su apoyo desinteresado, compañía y tolerancia en cada una de las etapas que aportan al crecimiento integral.

Al Magister Augusto Muñoz, Por su continuo apoyo académico y dedicación al desarrollo de la investigación.

A la universidad EAN y Universidad del Cauca por brindarnos solidez educativa para lograr culminar nuestro pregrado.

A nuestros docentes, compañeros y amigos, porque cada uno de ellos aportó académica y personalmente a nuestro crecimiento integral.

A la comunidad afro colombiana del corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo Cauca quienes colaboraron desinteresadamente durante el desarrollo de la investigación.

TABLA DE CONTENIDO

INFORMACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN.....	8
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA.....	10
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
2. OBJETIVOS	16
2.1 General:.....	16
2.2 Específicos:.....	16
3. ESTADO DEL ARTE.....	17
4. MARCO TEÓRICO	23
GENERALIDADES DE SERVICIOS DE SALUD.....	23
4.2 MODELO TEÓRICO BARRERAS AL ACCESO POTENCIAL Y REAL... 	29
5.METODOLOGÍA.....	31
5.1 Enfoque:	31
5.2 Tipo de investigación:.....	31
5.3 Diseño:	31
5.4 Población y muestra.....	31
Muestra	31
5.5 Método de recolección de datos	32
5.6 Procedimientos para la recolección de la información	32
5.7 Criterios de tipificación de la muestra.....	33
5.8 Fuentes de información	33
Fuentes primarias:.....	33
5.9 Plan de tabulación y análisis de la información:	33
Se realizó el procedimiento de doble digitación de los datos en el programa Excel 2007 antes de ser trasladados al programa SPSS -19.	33
6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y/O HIPÓTESIS	35
7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	41
8. CRONOGRAMA.....	43
9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	44
10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	50
CONCLUSIONES.....	56
12. BIBLIOGRAFÍA.....	59

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución según las barreras de acceso desde la demanda	43
Tabla 2. Distribución según barreras de acceso desde la oferta .	47

INFORMACIÓN GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

TIPO	INVESTIGACIÓN FORMATIVA
TITULO	BARRERAS Y DETERMINANTES DEL ACCESO EN LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DE QUILCACE CAUCA, 2012
MODALIDAD PROGRAMA	Auditoria y Garantía de la Calidad en Salud con Énfasis en Epidemiología.
EDICIÓN	Popayán, Universidad EAN, Universidad del Cauca 2012.
AUTOR (es)	Claudia Isabel Campo Rivera-Sofí Lorena Flórez Martínez- Mayerli Alexandra Trochez Gómez- Claudia Viviana Peña Lemus.
PALABRAS CLAVE	Barreras, acceso, prestación de servicios, Salud, comunidad afrocolombiana,
DESCRIPCIÓN	Este estudio evalúa las barreras de acceso en la prestación de los servicios de salud para la población afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo Cauca.
FUENTES	Bibliografía sobre los servicios de Salud Colombianos, comunidad en general del corregimiento de Quilcacé Tambo, archivo del Puesto de Salud, libros sobre salud, leyes, decretos, resoluciones, páginas de internet,
CONTENIDO	El informe contiene el planteamiento del problema de investigación; la pregunta del problema; el estado del arte teniendo en cuenta investigaciones similares relacionadas con las barreras de acceso en los servicios de Salud; los objetivos generales y específicos, el marco conceptual tomando como referencia el modelo planteado por Frenk, el diseño metodológico de la investigación , las consideraciones Éticas que se tuvieron para el desarrollo de la investigación; la operacionalización de variables, análisis de resultados, la discusión, comparándola con lo encontrado en la investigación y otros estudios y finalmente las respectivas conclusiones y recomendaciones.
METODOLOGÍA	Enfoque: Cuantitativo al emplearse métodos estandarizados para conocer las barreras y determinantes

	<p>del acceso a los servicios de salud que tiene la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo Cauca. Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias.</p> <p>Tipo de investigación: Descriptiva transversal, se describieron las barreras y determinantes de acceso desde la demanda y la oferta a los servicios de salud.</p> <p>Diseño: De corte transversal porque se recopilaban los datos en un solo momento.</p>
CONCLUSIONES	<p>La población afrocolombiana presente en el Corregimiento de Quilcacé, exhibe condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano, a pesar de que el 100% de la población está afiliada a un régimen de salud, no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad.</p> <p>El modelo de atención que sustenta el SGSSS, desatiende a las particularidades de contexto geográfico, social y cultural de esta población, desnuda la carencia de políticas públicas sólidas que atiendan a las peculiaridades regionales y viola lo establecido por la Corte Constitucional que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida, incurriendo de manera sistemática en la negación de la posibilidad de un acceso real a los servicios de salud.</p> <p>En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, existen dificultades relacionadas con la pobreza, la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad del servicio. Llama la atención que la barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los asegurados.</p>
PERIODO ACADÉMICO	I periodo 2012

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL PROBLEMA

Según el informe de macroeconomía y salud liderado por Jeffrey Sachs (2001) a nivel mundial son por lo menos seis los vínculos identificables entre las barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud. El primero, establece la salud como condición necesaria para superar la pobreza. El segundo, propone que la disponibilidad de programas bien orientados permitiría reducir la mortalidad provocada por enfermedades evitables (y que suelen ser culpables de buena parte del gasto financiero en salud). Un tercer vínculo se enfoca al control de la natalidad mediante y acceso a la anticoncepción. En cuarto lugar se encuentra la necesidad de garantizar la disponibilidad de proveedores e infraestructuras de servicios de salud en todos los niveles de atención. El quinto y sexto vínculo se enmarcan en un contexto internacional. El quinto propone la lucha contra las enfermedades de los pobres mediante inversiones en bienes públicos mundiales en los países pobres. Y por último, el sexto implica un compromiso financiero global dado que en los países de bajos ingresos, el nivel de gasto en salud es insuficiente para hacer frente a los desafíos que se plantean en este campo.

Todos estos vínculos hacen parte de las evidencias que demuestran la relación entre el estado y las condiciones de salud de la población y la situación económica de los países en vías de desarrollo. En palabras de Sen, la salud (como la educación) se encuentra entre las capacidades básicas que confieren valor a la vida humana citado por Sachs, 2001. La ausencia de un buen estado de salud inhabilita a los individuos y las familias para lograr el desarrollo personal y la seguridad económica en el futuro. Como ocurre con el bienestar económico de cada familia, la buena salud de la población es un factor esencial para la reducción de la pobreza, y el desarrollo económico de un país a largo plazo.

Se evidencia que los países con peores condiciones de salud y educación tienen más dificultades para lograr un crecimiento sostenido en comparación con los países que han superado esas deficiencias. Dada la importante repercusión de las enfermedades en el desarrollo económico, invertir en salud es un componente substancial de las estrategias generales de desarrollo. Esto es especialmente cierto en los países pobres en los que la carga de morbilidad es muy elevada. Pero las inversiones en salud alcanzan su máxima eficacia cuando forman parte de una sólida estrategia general de desarrollo.

En el contexto del desarrollo de las políticas de salud; toman un papel preponderante. Siguiendo la definición de la Organización Mundial de la Salud – OMS- (2000), un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud. Siguiendo esta definición la responsabilidad de los sistemas de salud no sólo es la mejora de la salud de las personas sino, su protección contra las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y la garantía de un trato digno. En resumen son tres los objetivos fundamentales del sistema: mejorar la salud de la población a la que sirve; responder a las expectativas de las personas; y brindar protección contra los costos de la mala salud.

En América Latina es común imponer a los sistemas de salud la obligación de ser accesibles, sostenibles y de buena calidad, y en ocasiones también que exhiban muchas otras virtudes. Sin embargo, bajo la visión de la OMS (2000) ciertos objetivos deseados, como la accesibilidad son en realidad un medio para alcanzar un fin, son metas instrumentales. Cuanto más accesible sea un sistema, mas debería utilizarlo la gente para mejorar su salud. Algunas evidencias indican que los sistemas de salud no están funcionando como deberían. Las personas están cada vez más descontentas ante la incapacidad de los servicios de salud para proporcionar un nivel de cobertura nacional que satisfaga la demanda y las nuevas necesidades, y frente al hecho de que los

servicios de salud prestados no sean acordes con sus expectativas (OMS, 2008). Las crisis económicas y políticas plantean a los mecanismos estatales e institucionales el reto de garantizar el acceso a los servicios de salud y la prestación y financiación de esta.

HERNANDEZ ME.(2000), en su libro el derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales; describe el acceso a los servicios de salud como un componente del derecho a la salud más tangible y valorado por la población, porque aun cuando en la legislación internacional el derecho a la salud abarca otros contenidos asociados a la calidad de vida, más allá de la atención asistencial, dicho derecho está ligado a la resolución concreta de una necesidad de los seres humanos.

La principal problemática del Sistema de Salud en Colombia antes de la reforma (Ley 100 de 1993) era la existencia de gran cantidad de población con dificultades para el acceso a los servicios de salud, provocada principalmente por sus limitaciones financieras. ECHEVERRY ME. (2008) El derecho a la salud en Medellín, Colombia, desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma. Afirma que la reforma pretendió crear un sistema de salud con cobertura universal, más eficiente, equitativo y de mejor calidad. Sin embargo, a pesar de que los defensores del modelo de salud colombiano mencionan como logro el incremento del aseguramiento, diversas investigaciones sobre la situación del sistema de salud colombiano después de la Ley 100 documentan entre otros efectos, ineficiencia y desperdicio de recursos en las partes financiera y operativa, mayor segmentación (población aun no afiliada y POS diferenciales), desmantelamiento de la red pública de servicios, retroceso de indicadores de salud pública, deterioro en el acceso y la calidad de los servicios de salud ya que en la práctica, la población enfrenta la profundización de múltiples barreras

de tipo geográfico, normativo, administrativo, económico, cultural y de oferta y lo más grave es que los ajustes legislativos han mantenido el modelo y los efectos descritos.

En el Departamento del Cauca según un estudio realizado por GONZÁLEZ julio, Problemática de la salud en Colombia, se relaciona el acceso a los servicios de salud argumentando que el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los servicios ya que el predominio del mercado y la rentabilidad financiera de las aseguradoras, impone mecanismos de costos por encima del derecho a la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aun más el acceso a los servicios de salud.

El no tener acceso efectivo a los servicios de salud desestimula la utilización de los mismos, lo cual puede traer en muchos casos, la cronicidad y complicaciones de las patologías, abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y por tanto el deterioro del estado de salud; sin olvidar el sentimiento de “inconformidad e ineficiencia del sistema”. Cabe anotar que según la Ley 1122/07, Sentencia de tutela 760/08 Emergencia social de (2009) son los más vulnerables los que enfrenta mas obstáculos en la atención, es decir, los mas pobres son los que menos reciben y los que menos oportunidad tienen de usar los servicios.

Además de ello no se pueden olvidar los motivos por los cuales la población de escasos recursos no le es posible acceder a los servicios de salud, que entre ellos está el aspecto económico, la demora en la atención y la inaccesibilidad geográfica para llegar hasta los centros de salud más cercanos, así como también cabe resaltar que los aseguradores, desestimulan la utilización de los servicios de salud con la exigencia de trámites, o con la ubicación de los prestadores en zonas distantes para el usuario, esto sumado a las características sociales de las poblaciones, sus actitudes y creencias frente a las enfermedades y a las acciones de salud; siendo estas evidencias que demuestran que el aseguramiento no garantiza el acceso y la oportunidad a los servicios ni ha removido las barreras económicas, generadoras de inequidad en el acceso a los servicios de salud” como lo afirma Vargas J, Molina G. (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia Limitaciones y consecuencias.

Las condiciones de salud de la población afrocolombiana es un tema de preocupación a nivel nacional, debido a que muchas de estas personas son pobres, perteneciendo a los estratos 1 y 2, las cuales carecen de mecanismos de seguridad social para protegerse; lo cual se ve reflejado en la Población de Quilcacé, corregimiento de etnia afrocolombiana en un 99.9% con una población de 700 habitantes de los cuales el 43% corresponden a niños y niñas en edades infantiles y escolares (censo de población local y matrícula escolar 2010)” La gran mayoría de la población vive en condiciones precarias y el estado de vida le obliga a realizar trabajos en los cuales arriesga su integridad física, al someterse a largas y agotadoras jornadas de trabajo en oficios agrícolas y ganaderos para obtener un ingreso acorde a sus necesidades y poder sostener a su familia; en cuanto al acceso a los servicios de salud la población manifiesta deficientes condiciones en la prestación de los mismos por lo cual deben recurrir a utilizar medicina tradicional dentro de las cuales se pueden mencionar el curanderismo y la hechicería; cabe mencionar que este

corregimiento se encuentra ubicado al sur del municipio de El Tambo Cauca, distante de la cabecera municipal a 27 kilómetros por una carretera destapada en mal estado.

Lo importante de esta investigación es describir las barreras y los determinantes existentes para acceder a los servicios de salud, que a su vez permite a los hacedores de política establecer los correctivos necesarios para garantizar la utilización de los servicios con calidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, se pone en evidencia la necesidad de determinar las barreras de acceso los servicios de salud para la comunidad del corregimiento de Quilcacé municipio de El Tambo Cauca, por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación:

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las barreras y determinantes de acceso a los servicios de salud para la comunidad Afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé municipio de El Tambo Cauca durante el año primer periodo 2012?

2. OBJETIVOS

2.1 General:

Describir las barreras y determinantes del acceso en la prestación de los servicios de salud para los habitantes del corregimiento de Quilcacé comunidad afrocolombiana del municipio del Tambo Cauca, durante el I periodo 2012.

2.2 Específicos:

- Describir las barreras de acceso hacia los servicios de salud desde la oferta.
- Describir las barreras de acceso hacia los servicios de salud desde la demanda.

3. ESTADO DEL ARTE

Numerosos son los estudios de investigación que se han realizado sobre barreras y determinantes de acceso a los servicios de Salud en Colombia y en el mundo, tomados estos aspectos de manera conjunta o aislada resultando en un debate clásico donde son muchos los autores que han trabajado en este tema. Partiendo de esta premisa podemos encontrar que:

En un estudio realizado en seis localidades de Santa Fe de Bogotá por ESLAVA RINCÓN et al. (1998) Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud de la población del régimen subsidiado y de los participantes vinculados del nivel tres de SISBEN de las localidades de Usaquén, San Cristóbal, Usme, Suba, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar, acerca de Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población afiliada al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel tres del SISBEN; se describe que según el modelo conceptual que se propone, el estudio del acceso a los servicios de salud es un fenómeno caracterizado por la interrelación entre usuarios y el sistema prestador en el que están inmersas características propias de cada uno. El fenómeno tiene dos dimensiones: el acceso realizado o uso y, el acceso potencial que mide las posibilidades de la población de usar los servicios a partir de su satisfacción. Se definen como factores determinantes aquellas variables que explican el acceso realizado y como condicionantes aquellas que lo posibilitan. A partir de ello el estudio fue diseñado para establecer modelos a partir de las diferentes categorías de variables: características socio demográficas conocimiento e información sobre el sistema, satisfacción, entre otras. Los resultados de la descripción y del análisis de regresión muestran que los principales factores que condicionan y determinan el uso de servicios de salud para las dos poblaciones estudiadas, dependen fundamentalmente de las características demográficas y

socioeconómicas de la población, de la organización y funcionamiento de las instituciones que prestan los servicios y de las relaciones de estas con los usuarios durante el proceso de atención.

De igual manera MEJIA Aurelio et al. Revista. Salud pública 2007. Determinantes del Acceso a Servicios de Salud en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia. En su investigación, construyen un modelo de variable dependiente discreta para conocer los determinantes del acceso real en Antioquia, tanto por motivos curativos como por prevención. La variable endógena toma el valor de uno si el individuo asiste donde un médico o institución de salud y cero en otro caso. Para lo cual las variables explicativas son el estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbano/rural, estado de salud y el tipo de afiliación a la seguridad social. Entre los principales resultados se encuentra que las variables afiliación, edad y educación son los principales determinantes del acceso a servicios curativos en el Departamento; por otra parte, variables que en teoría están asociadas al acceso como el nivel socioeconómico, la ubicación geográfica y el sexo no resultaron ser significativas en esta estimación. Para el caso de prevención, se encuentra que el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad, la afiliación, el género y el estado de salud contribuyen a explicar el uso de servicios preventivos.

RODRIGUEZ Sandra, et al. (Junio de 2008) Estimación de los Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en la Región Caribe. Una perspectiva desde la economía de la salud”, financiado por la Dirección de Investigaciones y Proyectos –DIP–, Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Fue presentado en la VII European Conference on Health Economics: Health Economics and Global Renaissance, en su investigación, analizan el acceso a

los servicios de salud para la población perteneciente a los regímenes Contributivo y Subsidiado en la región Caribe colombiano. Se construyen modelos de elección discreta logit simples y Heckman probit para conocer los determinantes del uso de los servicios de salud tanto por motivos preventivos como curativos. Entre los principales resultados se encontró que mientras la diferencia en la probabilidad de acceso para los no afiliados es muy importante en el caso de uso de los servicios por prevención, esta diferencia no existe en el caso de hospitalización. Esto sugiere que la severidad de la enfermedad reduce la diferencia de acceso a los servicios de salud de los no afiliados con respecto a aquellos que pertenecen a algún régimen de afiliación.

En la misma línea se sitúa la investigación realizada por VARGAS Lorenzo Ingrid. (2009). Barreras en el Acceso a la Atención en Salud en Modelos de Competencia, la cual sostiene que en ambos regímenes (subsidiado, contributivo) y áreas surgen cuatro tipos de barreras que se retroalimentan relacionadas con: las políticas de aseguramiento, dificultades en la extensión y continuidad de la afiliación y prestaciones cubiertas, los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios que emplean las aseguradoras, las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores y características socioeconómicas de la población que atienden. La búsqueda de la rentabilidad económica por parte de aseguradoras y proveedores emerge directamente como una barrera al acceso, que influye además en los obstáculos anteriores.

Además de ello se aprecian diferencias en la intensidad con la que las barreras aparecen en el discurso de los informes según régimen y área. En el régimen subsidiado destacan los obstáculos financieros ligados a la menor cobertura del paquete de beneficios, y por tanto mayores copagos, mientras que en el

contributivo emergen con más intensidad los obstáculos relacionados con una oferta de servicios poco accesible geográficamente.

Por su parte VARGAS J, Molina; En su investigación sobre Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias; señala en los hallazgos que el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y estar afiliado al SGSSS no garantiza el acceso efectivo a los servicios. El predominio del mercado, la rentabilidad financiera de las aseguradoras, impone mecanismos de contención de costos por encima del derecho de la salud. Hay limitaciones desde las normas, los planes de beneficios que generan barreras administrativas, geográficas, económicas y culturales desde los diferentes actores involucrados en la cadena de las decisiones. Adicionalmente, se visualizan carencias éticas individuales e institucionales, el clientelismo y la corrupción en el manejo de los recursos, que sumados a la pobreza y dispersión geográfica de algunas comunidades, hacen que se limite aún más el acceso a los servicios de salud.

Así mismo FERTELLM. Luisa; realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados en los cuales se enmarcó en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado y consideran las características de la población, proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización; resolviendo que pocos son los estudios que profundizan en factores de contexto –políticas y características de proveedores y aseguradoras, o en la perspectiva de los actores sobre los factores que influyen en el acceso. Los estudios no parecen indicar un aumento del acceso realizado, salvo en el régimen subsidiado- y, en cambio, señalan la existencia de importantes barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación) y

características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativas y calidad).

RODRÍGUEZ A Sandra. En su trabajo de investigación describe en su estudio que el 21.38% de la población no obstante haber presentado una necesidad de atención en salud no accedió al servicio, aún cuando el 53% de éstos consideraba que su caso no era leve; 13% por barreras impuestas desde la oferta y 87.2% por las barreras de demanda. La falta de dinero sigue siendo una importante barrera al acceso tanto para población con seguro de salud (14.4%), como para la población sin él, 50.24%. Aunque se muestran evidencias a favor de la estrategia de aseguramiento como facilitador del acceso, la persistencia de barreras financieras sigue imponiendo un reto al sistema de salud colombiano. De igual manera se reporta que a medida que se profundiza en los estudios de los determinantes de la utilización de los servicios de salud, los factores no monetarios adquieren gran importancia en el control de la demanda. De esta forma, siguiendo a VILLALBA (2004) la estimación de los modelos incluyendo factores no monetarios, demostraron que algunas variables como días de espera para la cita y condición de aseguramiento reemplazan el mecanismo convencional de los precios en la determinación de la demanda por servicios de salud.

A nivel de Latinoamérica se destacan investigaciones como la del doctor Suarez Bustamante Miguel y otros; Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú, resolviendo que existe una relación directa entre la utilización de los servicios de salud y el nivel socioeconómico. El mejor conocimiento de esta relación es necesario para favorecer la equidad en el acceso al cuidado de salud. En este trabajo estudiamos el uso de servicios, para la población adulta entre 15 a 65 años, de tres poblaciones rurales del Perú. Para ello se tomó una muestra representativa

de la población residente en hogares con niños menores de 3 años, en esas áreas.

Se encontró que entre 28 y 34% de la población adulta, tuvo una enfermedad o accidente el mes previo a la entrevista. En general menos de 45% de todos ellos consultaron con alguien por estos problemas. En total, alrededor de la tercera parte de los adultos consultaron en algún servicio sobre su problema de salud. Entre quienes no buscaron asistencia médica, los factores desmotivadores más importante fueron el económico, y en menor medida el no considerar su problema como de importancia. Se concluye que en las zonas estudiadas existe una alta morbilidad, y una baja tasa de uso de los servicios de salud. Esta pobre utilización se mostró dependiente de factores posibilitadores (económicos), pre disponentes (etno-culturales) y de los propios servicios

En la misma línea de investigación COMES Yamila et al. 2006 Unifica el criterio de selección de los diferentes grupos como la vulnerabilidad social que presentan. Se desarrolla una metodología de estrategia cualitativa. Se tomaron como unidades de análisis a usuarios, población no usuaria y trabajadores del hospital seleccionado. Se llega a la conclusión de que la accesibilidad en el sistema de salud es un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implicando analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios.

4. MARCO TEÓRICO

GENERALIDADES DE SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud son construcciones sociales establecidas para atender las necesidades de salud de una población en términos de promover la salud, prevenir la enfermedad, reparar la salud dañada por la enfermedad y rehabilitar a los individuos en quienes quedan secuelas discapacitantes y se constituyen en un factor importante para mejorar el bienestar y la calidad de vida de la población.

Según CONTRERAS, Francisco. España (2007) Revista Derechos Sociales en salud "El Sistema General de Seguridad Social: tiene como objetivos regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios en todos los niveles de atención. El centro de la reforma colombiana consistió en la definición de un sistema de aseguramiento que descansa sobre los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia. Para ello se crea el régimen contributivo de aseguramiento para la población con capacidad de pago, trabajadores con sus familias- y el régimen subsidiado para la población con recursos limitados o sin capacidad de pago".

La cobertura universal implica el derecho al mismo Plan Obligatorio de Salud POS: Éste ofrece protección integral en atención de la salud a la población afiliada en las fases de educación, información, promoción y prevención de la salud, tratamiento y rehabilitación, incluyendo la provisión de medicamentos esenciales bajo su denominación genérica, para los diferentes tipos de servicios y en todos los niveles de complejidad".

TOBAR Maricela Revista (2000) Políticas Públicas Saludables del Programa Salud para todos los colombianos; Se plantea un sistema de salud con dos regímenes paralelo: el contributivo, para los ciudadanos con capacidad de pago, y el subsidiado, para los más pobres. Con el fin de determinar el estrato socioeconómico se aplica una encuesta, el SISBEN, para los afiliados del régimen subsidiado (estratos 1 y 2) los aportes llegan del Estado; Una vez que una familia recibe su clasificación de estrato socioeconómico según la encuesta, y si éste es de nivel 1 ó 2, debe ser afiliado por una Empresa Prestadora de Servicios de Salud EPS-s que le otorga un carné para acceder a los servicios de salud”.

Por otro lado la utilización de los servicios de salud provee una estructura que describe aquellos factores que inhiben o facilitan la entrada al sistema de prestación de servicios de salud como una medida de dónde, cuán a menudo y con qué propósito la entrada es alcanzada y como ésta es inhibida (o facilitada), factores que operan para afectar la admisión. Esta estructura conceptual usa una perspectiva de sistema para integrar un rango de variables individuales, ambientales y relacionadas con el proveedor asociadas con la decisión de búsqueda de atención.

Los factores que influyen en la utilización de los servicios de salud son útiles para identificar la satisfacción del consumidor y de este modo formular políticas y programas que fomenten la apropiada utilización de los servicios, con el fin de promover el mejoramiento de la calidad de vida de las personas; Para la población afrocolombiana que se define como: La población negra de Colombia descendientes de africanos, esclavizados y traídos a América desde la época de la Colonia, en el siglo XVI. Desde la llegada al país se caracterizaron por mantener estados de salud precarios por lo cual se busca realizar esta investigación en este tipo de comunidad.

Para COMES Yamila, et al (2006 ciudad de Buenos aires argentina) La perspectiva relacional entre población y servicios. La sola existencia o disponibilidad de tales servicios y la concreción de las necesidades y demandas en salud, no determinan por si solos la interacción efectiva que ha de darse para que los servicios de salud cumplan su misión y la población resuelva sus necesidades de atención.

Una de las características del Sistema General de Seguridad Social en Colombia es la Accesibilidad, que según la revisión de la literatura en torno a este concepto muestra que, con mucha frecuencia, los términos acceso y accesibilidad se utilizan indistintamente, siendo a su vez sinónimos de uso, utilización y cobertura. Sin embargo, para F. Velandia et al en su Revista Acceso a los servicios de salud: Conceptos, metodologías y casos afirman que el acceso a los servicios de salud es un fenómeno complejo en el cual se presenta una sucesión de acontecimientos que pueden partir desde el momento en que surge la necesidad de atención médica, hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de los servicios.

Autores como J. Frenk. En la Revista de Salud Pública de México (1985) distingue los términos de accesibilidad y acceso, entendiendo el primero como una característica de los recursos de atención y asignando el segundo a los factores y características correspondientes a la población.

El consenso es que el acceso a un determinado servicio conlleva no solamente la disponibilidad de recursos, sino que comprende además la relevancia, oportunidad y adecuación de estos con las reales necesidades de la población. Diversos autores como J. Paganini Revista OPS (1995) Evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud. Consideran que el acceso

es el grado de ajuste entre las características de los recursos de atención a la salud y las características de la población, y por tanto se mide en aquel espacio de interacción entre ellos. Adicionalmente, en la conceptualización y medición del acceso a servicios de salud DONABEDIAN (1973). Distingue el acceso potencial y el acceso realizado. El primero hace referencia a aquellas características y condiciones de la población y del sistema prestador de servicios que posibilitan la atención en salud. El segundo se refiere a aspectos relacionados con el ingreso efectivo al sistema y con el resultado de la interacción entre población y el sistema prestador, como son la utilización de los servicios de atención médica y la satisfacción de las necesidades del usuario o consumidor.

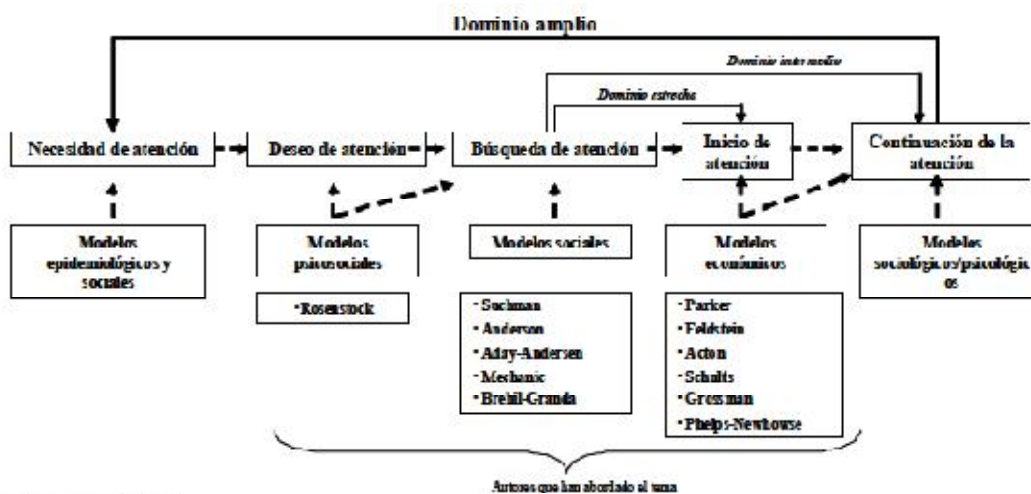
Por otra parte algunos investigadores enfatizan que el concepto de acceso es mejor considerado en el contexto de si las personas que actualmente tienen necesidad de atención médica la reciben o no.

DONABEDIAN, A. (1972). Argumenta 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. FREEBORN, D. y GREENLICKM; también sugieren que la accesibilidad implica que personas en poblaciones bajo riesgo usen servicios a tasas proporcionales y apropiadas para la necesidad existente por atención. Por su parte el Bureau of Health; ha desarrollado un indicador empírico del concepto de acceso basado en necesidad; considerando el acceso como el uso de servicios por la población bajo riesgo relativo a su necesidad expresada por atención.

De forma más precisa al hablar de acceso a los servicios de salud se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra. En esa perspectiva FRENK, Julio. Pide que se reserve el término de acceso para denotar la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención; acceso se refiere a una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios”.

Entre los aportes más reconocidos y en torno a los cuales existe un mayor consenso están los de DONABEDIAN (1973) y FRENK (1985). En particular, se adopta la accesibilidad como un concepto más general que incluye el acceso y se refiere al “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos de atención de la salud DONABEDIAN A. (1973); además se plantean diferentes dominios para el estudio de la accesibilidad, desde un dominio estrecho que solamente involucra la búsqueda de la atención y el inicio de ella (el acceso o la demanda efectiva), a uno intermedio que además de la anterior también considera la continuación en la atención, y, finalmente, un dominio amplio que incorpora el deseo de la atención (ver esquema 1).

Esquema 1. Los dominios del acceso a los servicios de salud

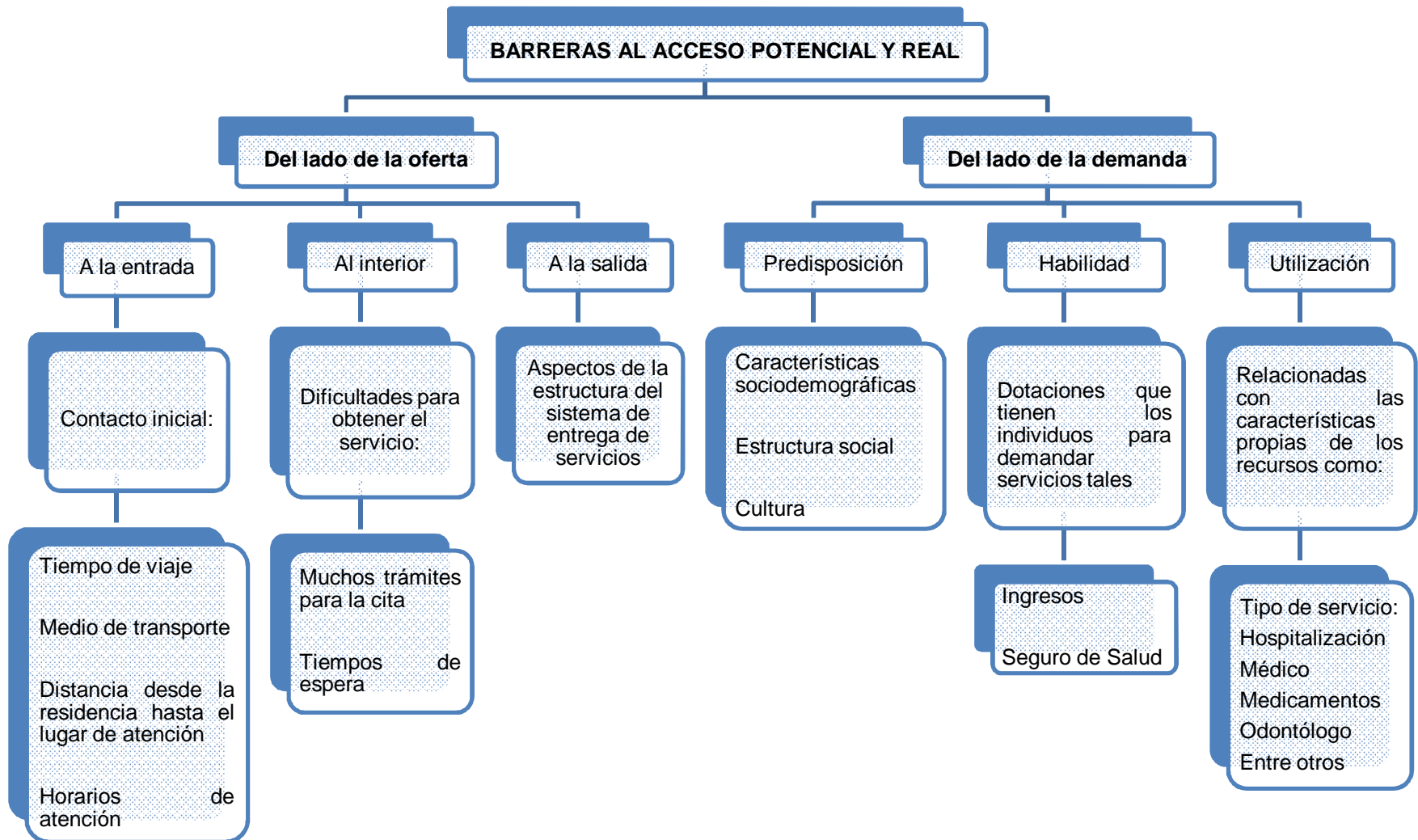


Fuente: Frank (1985).

Teniendo en cuenta la ilustración ofrecida por FRENK, se aprecia la naturaleza del acceso como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente. Desde un punto de vista sistémico, en tal proceso están involucrados diversos momentos o etapas que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final.

En la presente investigación se abordó una adaptación del modelo teórico propuesto por ADAY Y ANDERSEN (1974), Andersen (1995) y la metodología utilizada por Restrepo et. al., (2006) una útil forma de clasificar las barreras al acceso presentadas en el marco teórico.

4.2 MODELO TEÓRICO BARRERAS AL ACCESO POTENCIAL Y REAL



Una de las propuestas teóricas sobre acceso que mayor repercusión ha obtenido es el “Modelo de Comportamiento de Utilización de servicios de salud”, desarrollado por ADAY, ANDERSEN. El cual se basa en los trabajos iniciales de Andersen en los años 60s, en los que estudia las causas y patrones de uso de los servicios. A continuación se exponen los fundamentos del marco explicativo de Aday y Andersen, las principales críticas que ha suscitado su aplicación y un recorrido breve por otros marcos teóricos que abordan estas debilidades.

RICKETTSTc, GOLDSMITHLj. 2005, 274 – 80. Afirma que aunque el modelo ha ido sufriendo paulatinas modificaciones, sus rasgos principales son la distinción entre dimensiones del acceso: el acceso potencial y el acceso real. El acceso real refleja la utilización efectiva de servicios y satisfacción mientras que el acceso potencial se refiere a aquellos factores que predisponen a la utilización de servicios (actitudes, creencias), que capacitan (disponibilidad y organización de los servicios), y a las necesidades de atención a la salud de los individuos.

Los indicadores de resultado que propone ADAY y ANDERSEN para medir el acceso se basarían en la utilización de servicios y en la satisfacción con la atención recibida. Las categorías principales en la medición de la utilización serían: la frecuencia y continuidad del uso (visitas, ingresos o altas hospitalarias), el tipo de servicio utilizado (atención especializada, primaria); del lugar en el que recibió atención (domicilio, hospital, centro de atención primaria); el propósito de la atención recibida (preventiva, curativa); etc. Andersen propone la evaluación de la satisfacción de los usuarios en relación a aspectos de su experiencia en la búsqueda de la atención como la conveniencia de la atención recibida, y sobre todo de la atención.

5.METODOLOGÍA

5.1 Enfoque:

El enfoque es cuantitativo al emplearse métodos estandarizados para conocer las barreras de acceso en cuanto a los servicios de salud que tiene la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo Cauca.

5.2 Tipo de investigación:

Descriptiva transversal, se describieron las barreras de acceso desde la demanda y la oferta a los servicios de salud que tiene la comunidad afrocolombiana del Corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo Cauca.

5.3 Diseño:

De corte transversal porque se recopilaran los datos en un solo momento.

5.4 Población y muestra

Población:La población objeto estuvo conformada por 700 habitantes del corregimiento de Quilcacé comunidad afrocolombiana del Municipio del Tambo Cauca; quienes fueron seleccionados según los criterios de tipificación.

Muestra

Población afrocolombiana residente en el corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo cauca; quienes cumplieron con todos los criterios de tipificación del estudio. Para determinar el tamaño de la muestra se utilizo el programa estadístico STATS, con un error máximo aceptable del 5%, un porcentaje estimado de la muestra del 50% y nivel deseado de confianza del 95%, para un total de 241 habitantes.

5.5 Método de recolección de datos

Se realizó por medio de observación, revisión del archivo del centro de Salud, entrevistas, utilizando una encuesta diseñada para evaluar las principales características del acceso a los servicios de salud desde la oferta y demanda en las personas que participaron del estudio.

5.6 Procedimientos para la recolección de la información

Se inicio con una revisión bibliográfica y reconocimiento contextual, luego se realizó un acercamiento con la comunidad, utilizando como estrategia una reunión dirigida y participativa con la población a estudio y algunos líderes y personal de la administración municipal del Tambo. En esta primera fase se logro la autorización para realizar el estudio. En la segunda fase se realizaron entrevistas a líderes de la comunidad y a algunos funcionarios del centro de Salud, para el desarrollo de la encuesta. Así mismo, se realizo una visita casa a casa y se entrevisto una persona por familia. El tiempo utilizado para el diligenciamiento de cada encuesta fue de 15 minutos en los cuales se les dio una explicación previa sobre las preguntas de la encuesta y se solicito la firma del consentimiento informado antes del diligenciamiento de la misma. Una vez

terminada la fase de recolección de información, se procedió a ingresar los datos al sistema SPSS-19 para realizar su respectivo análisis estadístico.

5.7 Criterios de tipificación de la muestra

Criterios de Inclusión

- Participar de forma voluntaria.
- Ser residente de la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé.
- Estar presente en los días de recolección de datos.

Criterios de Exclusión

- No contar con el consentimiento informado de los participantes.
- No brindar información completa para el diligenciamiento de los instrumentos de recolección de la información.

5.8 Fuentes de información

Fuentes primarias:

La información original fue suministrada voluntariamente por la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé; ya que ellos fueron la fuente principal para el desarrollo del estudio.

5.9 Plan de tabulación y análisis de la información:

Se realizó el procedimiento de doble digitación de los datos en el programa

Excel 2007 antes de ser trasladados al programa SPSS -19.

Para el análisis de las variables cuantitativas se hizo necesario determinar los promedios y las desviaciones estándar, y también sus frecuencias con sus respectivos porcentajes. En las variables cualitativas se hizo necesario determinar las frecuencias y sus porcentajes.

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES Y/O HIPÓTESIS

Cuadro 1. Operacionalización de categorías de análisis, variables y/o hipótesis

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR ASIGNADO	NATURALEZA	ESCALA	FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
1. Sexo	Caracteres sexuales que identifican a un Individuo.	1. Hombre 2. Mujer	Cualitativa	Nominal	Encuesta
2. Edad	Tiempo transcurrido días, meses, años desde el nacimiento hasta el periodo actual.	1. 0-1 años 2. 2-4 años 3. 5-14 años 4. 15-44 años 5. 45-59 años 6. 60-100 años	Cuantitativa	Continua	Encuesta
3. Estado civil	Situación jurídica en la familia y la sociedad	1. Casado 2. Soltero 3. Viudo 4. Unión libre 5. Separado	Cualitativa	Nominal	Encuesta
4. Numero de hijos	hijos nacidos vivos	1. 0-2 2. 3-1	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
5. Procedencia	Lugar donde Actualmente habita	1. Urbano 2. Rural	cualitativa	Nominal	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR ASIGNADO	NATURALEZA	ESCALA	FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
6. Nivel de Escolaridad	Nivel educativo que presenta Una persona.	1: Ninguna 2:Primaria incompleta 3: primaria completa 4:secundaria incompleta 5: secundaria completa 6: técnico 7: tecnológico 8: universitario 9: otro	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
7. Ocupación	Actividad principal del paciente en el último mes	1.Trabajo 2.Estudio 3.Buscar trabajo 4.Oficios del hogar 5.Otro	Cualitativa	Nominal	Encuesta
8. Población a la que pertenece	Grupos con características hereditarias comunes.	1. Indígena 2. Afrocolombiano 3. Negro 4. Raizal 5. otro	Cualitativa	Nominal	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR ASIGNADO	NATURALEZA	ESCALA	FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
9. Nivel de SISBEN	Determinar la situación socioeconómica de las personas.	1. Estrato 1 2. Estrato 2 3. Estrato 3 4. Estrato 4 5. Estrato 5 6. Estrato 6 7.No esta calificado 8. no sabe.	Cualitativa	Ordinal	Encuesta
10. Cuánto es su ingreso semanal	Valor en pesos del ingreso semanal.	1. \$0-\$147.250 2. \$147.251 - \$350.000	Cuantitativa	Continua	Encuesta
11. Afiliación a seguridad social	Es una celebración de contratos de prestación de servicios u órdenes en salud.	1. Si 2. No 3. No sabe.	Cualitativa	Nominal	Encuesta
12. Entidad a la que esta afiliado	Entidad aseguradora del riesgo en salud	1. Asmet Salud 2. Caprecom 3. Cosmitet 4. Saludvida 5. Nueva EPS 6. Saludcoop	Cualitativa	Nominal	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR ASIGNADO	NATURALEZA	ESCALA	FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
13. Cuando se enferma a que entidad acude	Entidad prestadora de salud.	1. Hospital 2. Consultorio particular 3. Curandero 4. Usted mismo o la familia	Cualitativa	Nominal	Encuesta
14. Tipo de servicio con el que cuenta el centro de salud	Servicios de salud que ofrece la entidad donde recibe su atención.	1. Urgencias 2. Hospitalización 3. Medicina general 4. Medicamentos 5. Odontología 6. Otro	Cualitativa	Nominal	Encuesta
15. Régimen de afiliación en Salud	Plan estricto y regulado a todas las personas vinculadas	1. Contributivo. 2. Subsidiado 3. Población pobre sin subsidio.	Cualitativa	Nominal	Encuesta.
16. Condición de salud	Situación de salud en la cual la persona se encuentra actualmente.	1. Excelente. 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	Cualitativa	Ordinal	Encuesta.
17. Condición de salud física en el último mes	Alteración de los sistemas corporales en el mes.	1. 0-10 días 2. 11-20 días 3. 21-30 días	Cuantitativa	Discreta	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR ASIGNADO	NATURALEZA	ESCALA	FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
18. Condición de salud mental en el último mes	Alteración de sus relaciones sociales, psicológicas en su entorno durante el mes.	1. 0-10 días 2. 11-20 días 3. 21-30 días	Cuantitativa	Discreta	Encuesta.
19. Tiempo de viaje	Tiempo en el cual se demora en llegar desde su casa hasta el centro de salud.	En horas	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
20. Medio transporte	Medio de traslado de personas o bienes desde un lugar hasta otro.	1. Carro 2. Motocicleta 3. Bicicleta 4. Caballo 5. Ninguno	Cualitativa	Nominal	Encuesta.
21. Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención	Mide la relación de lejanía entre dos puntos.	En metros y kilómetros	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
22. Frecuencia de la Atención	Cuántas veces al mes se ofrece el servicio de salud a la población.	En Días	Cualitativa	Nominal	Encuesta

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR ASIGNADO	NATURALEZA	ESCALA	FORMA DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
23. Muchos Trámites para la cita	Registro de carácter administrativo para ser atendido en un servicio de salud.	1. SI 2. NO 3. Algunas veces	Cualitativa	Nominal	Encuesta
24. Tiempos de espera	Promedio de minutos que transcurren entre el momento en que el usuario solicita la atención en el servicio de salud y el inicio de esta por el médico o profesional de salud.	1. 0-60minutos 2. 61-120 3. 121-180	Cuantitativa	Discreta	Encuesta
25. Calidad en el servicio de salud	Calidad en la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad	1. Excelente. 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	Cualitativa	Ordinal	Encuesta.
26. Calidad en el tratamiento recibido	Calidad en el tratamiento recibido	1. Excelente. 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala	Cualitativa	Ordinal	Encuesta.

7. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Con el objetivo de hacer un estudio que respete de forma integral y ética a los individuos que intervienen en esta investigación, se planteó en primer lugar realizar la exploración de acuerdo a la legislación vigente y en segundo solicitando el consentimiento de cada uno de los participantes para generar más confianza en los datos obtenidos y poder exponer los resultados de forma pública y abierta como una contribución a la generación de conocimiento y fortalecimiento de la academia y la ciencia.

Nivel de riesgo de la investigación: Las investigación realizada se considera de bajo riesgo según la resolución 8430.

Procedimiento del consentimiento informado:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito incluyendo la identificación de aquellos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan obtenerse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

Procedimiento para asegurar confidencialidad y voluntariedad:

- La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- La seguridad que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad.
- El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

8. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MESES								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
FASE 1									
Reconocimiento de la población.	x								
Solicitud y autorización para la ejecución del proyecto	x								
FASE 2									
Recopilación de Información		x							
Creación de la base de datos			X	x	x				
Análisis y tabulación de la información						x	x		
Comprensión de textos							x		
Conclusiones y recomendaciones							x		

9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Tabla 1. Distribución según las barreras de acceso del lado de la demanda

CARACTERÍSTICAS	n =240	%
SEXO		
Hombre	65	27.1
Mujer	175	72.9
EDAD EN AÑOS		
Media	31.2	Ds17.1
5-14	33	13.8
15-44	148	61.7
45-59	45	18.8
60-100	14	5.7
ESTADO CIVIL		
Casado	15	6,3
Soltero	161	67,1
Viudo	5	2,1
Unión libre	57	23,7
Separado	2	0,8
NUMERO DE HIJOS		
Media	1,57	DS: 2,19
<2	190	79,2
>3	50	20,8
ZONA DE RESIDENCIA		
urbana	0	0,0
Rural	240	100,0
NIVEL DE ESCOLARIDAD		
Ninguno	14	5,8
Primaria incompleta	88	36,7
Primaria completa	3	1,3
Secundaria incompleta	104	43,3
Secundaria completa	16	6,7
Técnico	2	0,8
Tecnológico	1	0,4
Universitario	12	5,0
OCUPACION		
Trabajo	17	7,1
Estudio	97	40,4
Busca trabajo	16	6,7
Oficios del hogar	107	44,6
Otro	3	1,3
A QUE TIPO DE POBLACION PERTENECE		
Afro Colombiano	236	98,3
Negro	4	1,7
NIVEL DE SISBEN		
I	233	97,1
II	5	2,1
III	2	0,8
INGRESO MENSUAL		
Media	96. 616	DS 175558,5
< 1 SMLV	236	98,3
> 1 SMLV	4	1,7

10.

Tabla 1. Distribución según las Barreras de acceso del lado de la demanda

(Continuación)

CARACTERÍSTICAS	n = 240	%
AFILIACIÓN SALUD		
Si	239	99,6
No Sabe	1	0,4
ENTIDAD DE SALUD EN QUE ESTA AFILIADO		
Asmet Salud	206	85,8
Caprecom	17	7,1
Cosmitet	9	3,8
Salud vida	1	0,4
Nueva EPS	2	0,8
Saludcoop	4	1,7
No sabe	1	0,4
CUANDO ESTA ENFERMO ACUDE A		
Hospital	234	97,5
Consultorio Particular	2	0,8
Curandero	3	1,3
Usted mismo o la familia	1	0,4
SERVICIO AL QUE CONSULTA AL CENTRO DE SALUD		
Medicina General	240	100,0
RÉGIMEN DE AFILIACIÓN		
Contributivo	19	7,9
Subsidiado	220	91,7
Población pobre sin subsidio	1	0,4
PERCEPCION DE SU ESTADO DE SU SALUD		
Excelente	1	0,4
Muy buena	3	1,3
Buena	153	63,8
Regular	77	32,1
Mala	6	2,5
DIAS DE ENFERMEDAD FÍSICA		
Media	5,7	Ds 8,7
(0-10)	177	73,8
(11-20)	50	20,8
(21-30)	13	5,4
DIAS DE ENFERMEDAD MENTAL		
Media	0,1	Ds 0,9
(0-10)	240	100,0

En la tabla 1.se presentan las barreras de acceso desde la demanda que enfrenta la población afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé.

Con relación al sexo, 4 de cada 5 integrantes de la población eran mujeres, presentaron un promedio de edad de 31,2 años, donde 3 de cada 5 de los evaluados, se encontraban en un rango entre 15-44años de edad. De acuerdo con el nivel de escolaridad se encontró que el 36,7% ha realizado primaria incompleta y aproximadamente 1 de cada 10 de los evaluados ha culminado su secundaria completa.

Según el entorno familiar, la mayoría de la población, 79,2%, tiene entre 0 y 2 hijos. De acuerdo con el estado civil de la población 3 de cada 5 de los encuestados eran solteros.

EL 100% de la población vive en la zona rural del Corregimiento de Quilcacé, donde el 98,3% se consideran afrocolombianos y el 1,7% se consideran negros. Según la condición socioeconómica de las familias, aproximadamente el 100% de la población se encuentra en el nivel I del SISBEN.

Con respecto a la ocupación, se encontró que 1 de cada 10 trabajan, o están buscando trabajo, mientras que 4 de cada 10 estudian. La mayoría de la población 44.6% se dedica a oficio del hogar. En cuanto a los ingresos en pesos Colombianos la mayoría, (98,3%) reciben menos de un salario mínimo legal vigente, con un promedio de \$96.616,7 mensuales.

Con respecto a la Seguridad Social en Salud el 99.6% de las personas que hicieron parte del estudio se encontraban afiliadas, de los cuales 9 de cada 10 encuestados estaban asegurados en el régimen Subsidiado, y de estos 8 de cada 10 pertenecían a la EPS-s ASMET Salud. Se logró determinar que el 97.5% de las personas evaluadas, acuden al hospital cuando se encuentran enfermos, utilizando el servicio de Medicina General en el 100% de los casos. En relación al estado general de salud 3 de cada 5 lo consideraron bueno, sin embargo, el 73,8% y el 100% manifestaron haber estado enfermos en los últimos 10 días en cuanto a su salud física y mental respectivamente.

Tabla 2. Barreras de acceso del lado de la oferta

BARRERAS DE ACCESO	n =240	%
TIEMPO DE VIAJE EN MINUTOS		
Media	114	Ds 10,2
(0 – 90)	6	2,5
(91,180)	234	97,5
MEDIO TRANSPORTE		
Carro	234	97,5
Motocicleta	6	2,5
DISTANCIA HASTA EL HOPITAL NIVEL I		
27Km	240	100,0
OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN MEDICA EN SU TERRITORIO		
Cada 15 días	240	100,0
MUCHOS TRAMITES PARA LA CITA MEDICA		
Si	218	90,8
No	19	7,9
Algunas veces	3	1,3
TIEMPO DE ESPERA EN MINUTOS		
Media	111,42	Ds 50,509
0-60min	79	32,9
61-120min	101	42,1
121-180min	60	25,0
EL SERVICIO PRESTADO ES:		
Bueno	74	30,8
Regular	160	66,7
Malo	6	2,5
EL TRATAMIENTO OFRECIDO PARA SU ENFERMEDAD FUE:		
Excelente	1	0,4
Muy Bueno	3	1,3
Bueno	63	26,3
Regular	169	70,4
Malo	4	1,7

En la tabla 2 se describen los resultados con respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud del lado de la oferta. La mayoría de la población (97,5%) manifiesta que el desplazamiento hacia el hospital nivel I del Municipio del Tambo tiene una duración entre 91 y 180 minutos, con un promedio de 114 minutos, Ds 10,2. Aproximadamente el 100% de la población utiliza como medio de transporte el carro, con una distancia de 27 km hasta el hospital nivel I. La oportunidad de la atención médica en su propio territorio es de cada 15 días, donde 9 de cada 10 manifiestan que existen muchos trámites para la asignación de una cita médica con un promedio de tiempo de espera de 2 horas. 6 de cada 10 personas que asisten a esas consultas consideran que el servicio prestado al igual que el tratamiento ofrecido para su enfermedad es regular.

10. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Para discutir los resultados obtenidos al final de la investigación, se analizará cada uno de ellos mediante la utilización del modelo comportamental propuesto por ADAY Y ANDERSEN (1974) y (1995) donde se realizó una clasificación de las barreras de acceso a los servicios de salud en la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé Municipio del Tambo Cauca.

Coincidiendo con la revisión de la literatura de VARGAS Lorenzo et al. Muestran que la reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura en la afiliación; no obstante, la afiliación a Sistema General de Seguridad Social en Salud no es equivalente al acceso adecuado. En este sentido, el estudio analizado no parece indicar un aumento en la utilización de servicios, así como también muestra la presencia de barreras que dificultan el acceso, para la población asegurada como lo demuestran los resultados del presente estudio.

En relación a las barreras de acceso del lado de la demanda de los servicios de salud, que enfrenta la población de Quilcacé, se evidencia que su caracterización socioeconómica es el factor que más influye, ya que es una población 100% afrodescendiente, y al igual que la situación nacional de los afrodescendientes, la pobreza, es uno de los factores que golpea con más intensidad a esta población. Entre todos los eslabones del “círculo vicioso de la pobreza”; para la población de Quilcacé, el desempleo se califica en un (92,9%), de las ocupaciones informales y la baja remuneración del trabajo (ingreso mensual promedio \$96.616,7 en el 98,3% de los casos), por ser determinantes centrales del ingreso, guardan una relación estrecha con su baja calidad de vida relacionada a su vez con su escasa capacidad para demandar los servicios de salud como lo afirma. VIÁFARA, Carlos Augusto. 2007; en

el “Documento del eje desarrollo económico-género en el Plan integral de Largo Plazo para la población negra, afrocolombiana, palenquera y raizal”. Departamento Nacional de Planeación; Bogotá.

En lo que respecta a la educación recibida, muestran que al igual del promedio nacional tienen, en general, menor nivel educativo, una alta tasa de inasistencia escolar sobre todo en edades tempranas; exhiben un porcentaje elevado de analfabetismo (5,8% frente a 10,9% del promedio nacional), según URREA, Fernando; et al. 2006. “Perfil socio demográfico de la población afrocolombiana en las ciudades de Cali y Cartagena con base en los datos del Censo 2005”. Presentan un bajo porcentaje de acceso a la educación superior (5,0%). Asimismo existen barreras que obstaculizan el paso de la escuela primaria a la secundaria y de esta última a la educación superior. Así, la escasa educación que recibe un porcentaje muy significativo de esta población afrocolombiana conduce a una fuerza laboral con menor capital humano, hogares con menores ingresos y mayor incidencia de desempleo, lo cual afecta sensiblemente sus oportunidades para lograr vivir y desarrollarse de manera constructiva y satisfactoria.

En relación a la estructura de la población por grupos de edad, el 80,5% se concentra en un rango de 15 a 59 años, con un promedio de 2 hijos, sin embargo es importante resaltar que en esta población, existen familias numerosas concentradas en un solo hogar. Lo anterior concuerda con lo manifestado por REDATAM, DANE; que en su análisis regional de los principales Indicadores socio demográficos de la Comunidad afrocolombiana e Indígena a partir de la Información del censo General 2005, sostiene que la población afrodescendiente se encuentra en edades productivas, lo que genera condiciones poco favorables para el desarrollo ya que desafortunadamente la juventud no es una ventaja en este contexto. Hogares más grandes, con tasas

de dependencia juvenil más altas, enfatizan las condiciones de vulnerabilidad de la población afrocolombiana.

Urrea, Fernando. 2006. En su Informe Final de Grupos Étnicos. Misión para el Diseño de una Estrategia para la Reducción de la Pobreza y la Desigualdad”, afirma que la alta incidencia de pobreza en los municipios con predominio de afrocolombianos desencadena que solo 50% estén afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), de los cuales el (49,5%), se encuentran en el régimen subsidiado. Los anteriores resultados no concuerdan con los encontrados en esta investigación, donde la mayoría (99,6%) si están afiliados al SGSSS. Sin embargo, el resultado anterior no implica que el acceso a los servicios de salud se realice de forma óptima, puesto que la precariedad de las condiciones de salud tiene sus raíces en la desigualdad y la inequidad. Los pobres, entre los cuales se incluye la población afrodescendiente de Quilcacé, son más vulnerables al riesgo de enfermar o morir; y tienen menor acceso a una oferta amplia de servicios de salud de calidad; como se menciona en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) de 2003 y la línea de pobreza. Aunque las barreras de acceso tanto del lado de la demanda como de la oferta emergen en el presente estudio, en el régimen subsidiado de esta área se destacan los obstáculos financieros ligados muchas veces a los gastos de bolsillo hacia los lugares de atención, oferta disponible insuficiente y difícil acceso geográfico.

Similares hallazgos reportados por Vargas Lorenzo Ingrid (2009) quien manifiesta que las diferencias entre el área rural y urbana se observan sobre todo en relación al régimen subsidiado. En la red subsidiada de la zona urbana emergen con fuertes barreras relacionadas con el funcionamiento de un mercado con múltiples aseguradoras y proveedores, que se manifiesta en cambios frecuentes de los prestadores que conforman las redes, conflicto entre

entidades financiadoras para eludir el pago de servicios, fragmentación de la provisión de la atención en múltiples proveedores, así como más problemas por el rechazo de los pacientes por parte de los prestadores. En la zona rural aparecen con más intensidad las dificultades estructurales, acceso geográfico y oferta disponible relacionados con una financiación pública insuficiente. Por lo tanto estas diferencias podrían deberse por un lado a la accesibilidad geográfica y en la inequidad de la distribución de los recursos públicos.

De igual forma Rodríguez A Sandra (2010), reporta en su investigación en cuanto a limitantes del lado de la demanda, y en el contexto general del acceso, el más importante es el que tiene que ver con la dotación en cuanto a sus recursos económicos y a la afiliación a la seguridad social de la personas. En este estudio se aduce la falta de dinero como una explicación para no haber accedido a los servicios de salud. Es decir, la afiliación a la Seguridad Social parece no haber eliminado la barrera financiera como limitante al acceso a los servicios de salud.

Por otra parte de acuerdo al análisis de las barreras de acceso del lado de la oferta, se tuvo en cuenta la situación del corregimiento de Quilcacé municipio del Tambo en el acceso a servicios de salud desde una perspectiva regional, considerando el acceso según Mejía Aurelio y colaboradores (2007) como un proceso más allá del contacto inicial con el Sistema de Salud que incluye la continuidad del tratamiento y el deseo por la atención.

Desde esta perspectiva y teniendo en cuenta el Sistema de Gestión de la Calidad en salud, la oportunidad en la prestación de los servicios de Salud es condicionada ya que los resultados del estudio indicaron que la comunidad recibió la atención médica en el Centro de Salud en pocas ocasiones; por tal

motivo las personas encuestadas, coincidieron en que hay mucha tramitología para la obtención de una cita, para acceder a los servicios de salud y la falta de gestión de la alcaldía municipal al no brindar un derecho fundamental como es la salud a una población vulnerable y marcada por la violencia de la región .

Por lo tanto la carencia de continuidad en la prestación de los Servicios de Salud para la comunidad afrocolombiana del corregimiento de Quilcacé, hace que los usuarios tengan que someterse a largos tiempos de espera en condiciones deplorables, donde no existen condiciones mínimas de calidad en cuanto a los estándares de calidad como la infraestructura, recurso humano, dotación, procesos asistenciales, etc. para poder acceder a los servicios de salud básicos.

De lo anterior Rodríguez A Sandra (2010), también coincide con su investigación en el análisis de las barreras de acceso del lado de la oferta se afirma que para las personas afiliadas a la Seguridad Social en Salud, la principal barrera son los excesivos trámites para conseguir una cita. Aún cuando la persona cuenta con la afiliación a la seguridad social, en cualquiera de sus dos regímenes, no obtiene el servicio porque la institución aseguradora o prestadora establece mecanismos para obtener la cita médica que terminan por impedir la utilización de éste. Por su parte para los no afiliados la lejanía de los centros de atención se constituye en la principal razón para no utilizar el servicio, desde el punto de vista de la oferta.

Finalmente a medida que se profundiza en los estudios de los determinantes de la utilización de los servicios de salud, los factores no monetarios adquieren gran importancia en el control de la demanda. De esta forma, siguiendo a Villalba (2004) la estimación de los modelos incluyendo factores no monetarios,

demonstraron que algunas variables como días de espera para la cita y condición de aseguramiento reemplazan el mecanismo convencional de los precios en la determinación de la demanda por servicios de salud.

CONCLUSIONES

La población afrocolombiana presente en el Corregimiento de Quilcacé, exhibe condiciones de vida muy precarias, expresado en términos de pobreza, inequidad, debilidad de su capital humano, a pesar de que el 100% de la población esta afiliada a un régimen de salud, no es suficiente garantía para acceder a un servicio de salud con calidad. Se encuentra marginada de los beneficios del desarrollo, siendo su estado, uno de los más críticos en la totalidad de la población colombiana, como lo muestran los estudios que analizan su situación socioeconómica; no se comprueban avances sustantivos en materia de inclusión para esta población a pesar de la copiosa normatividad existente y de la gran cantidad de programas implementados para mejorar su calidad de vida. Estas evidencias ponen en cuestionamiento tanto el alcance de las políticas públicas como la eficiencia de los procedimientos utilizados para hacerlas efectivas.

El modelo de atención que sustenta el SGSSS, desatiende las particularidades de contexto geográfico, social y cultural de los colombianos, desnuda la carencia de políticas públicas sólidas que atiendan a las peculiaridades regionales y viola lo establecido por la Corte Constitucional que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental en conexidad con el derecho a la vida, incurriendo de manera sistemática en la negación de la posibilidad de un acceso real a los servicios de salud.

En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, existen dificultades relacionadas con la pobreza, la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Llama la atención que la

barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los asegurados.

La mala calidad como causa creciente del no uso podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, puesto que dentro de esta variable los estudios incorporan atributos como la realización de trámites o el rechazo de la atención.

Lo importante de caracterizar estas barreras es que permite a los tomadores de decisiones, identificar dónde se encuentran los principales limitantes al acceso y de esta manera establecer los correctivos necesarios para garantizar que un importante objetivo del Sistema General de Seguridad Social en Salud, como es la garantía de la utilización de servicios cuando esta es necesaria, se cumpla.

A pesar de que el modelo de competencia gestionada introducido en Colombia con la Ley 100 tiene como objetivo mejorar el acceso a los servicios de salud, los resultados del estudio reflejan que el acceso de la población a los servicios de salud es complejo y poco adecuado.

10. RECOMENDACIONES

A pesar de que se debe mantener la estrategia de aseguramiento universal como mecanismo para garantizar el acceso, se deben implementar acciones correctivas que permitan disminuir las barreras desde la oferta y la demanda, que permitan al final garantizar una atención integral en salud, con altos estándares de calidad.

Con el objetivo de disminuir los obstáculos de acceso geográfico y mejorar la eficiencia y continuidad asistencial se sugiere avanzar en la integración asistencial mediante la creación de redes de servicios de salud que provean atención de forma continua.

Apoyar y acompañar a la comunidad afrocolombiana y a las autoridades respectivas, par llevar a cabo procesos constructivos orientados al mejoramiento de la calidad de vida y de las condiciones sociales de los afro descendientes en esta región del país.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. ÁVILA, Héctor Luis (2008) introducción a la metodología de la investigación. Volumen 3 numero 4 de la página 2 a la 5.
2. VARGAS LORENZO Ingrid, VÁZQUEZ NAVARRETE M. Luisa. Rev. salud pública (Diciembre 2010) Acceso a la Atención en Salud en Colombia. Volumen12 de la página 701 a la 712.
3. Donabedian (1973). Aspects of medical care administration. Specifying requirements for health care, Harvard University Press.
4. COMES Yamila, SOLITARIO Romina, GARBUS Pamela, MAURO Mirta, CZERNIECKI Silvina, VÁZQUEZ. (2006 ciudad de Buenos aires argentina) Concepto de Accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios.
5. CONTRERAS, Francisco. España (2007) RV Derechos Sociales en salud. 1 edición Página de la 3 a la 9.
6. DECRETO NUMERO 1011 DE 2006 Continuación del Decreto "Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. "
7. Donabedian A. (1973). Aspects of Medical CareAdministration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge. Mass. Harvard University Press.
8. Donabedian, A. (1972). "Models for Organizing the Delivery of Health Services and Criteria for Evaluating Them". Milbank Quarterly, Volumen 50, de la pagina 103 a la 154.

9. ESLAVA RINCÓN Julia Isabel, HERNÁNDEZ BELLO Amparo, RUIZ GÓMEZ Fernando, ACOSTA RAMÍREZ Naydú. (Santa fe de Bogotá, 1998) Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud de la población del régimen subsidiado y de los participantes vinculados; de la pagina 3 a la 16.
10. ESLAVA RINCÓN Julia Isabel, HERNÁNDEZ BELLO Amparo, RUIZ GÓMEZ Fernando, ACOSTA RAMÍREZ Naydú. Santa fe de Bogotá, (1998) Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud de la población del régimen subsidiado y de los participantes vinculados del nivel tres de SISBEN de las localidades de Usaquén, San Cristóbal, Usme, Suba, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar, pagina de la 12 a la 35.
11. Etcheverry ME. El derecho a la salud en Medellín, Colombia, desde la perspectiva de los usuarios, en el contexto de la reforma: 1990-2006. (Tesis doctoral en Ciencias de la Salud Colectiva). México: Universidad Autónoma Metropolitana- Xochimilco; 2008.
12. F. Velandia, A. Hernández, (Javeriana, Documento Técnico ASS/072C-97. 1997) y otros, Acceso a los servicios de salud: Conceptos, metodologías y casos, Pontificia Universidad Javeriana. De la pagina 5 a la 19.
13. Freeborn, D. y Greenlick, M (marzo-abril 1973). "Evaluation of the Performance of Ambulatory Care System: Research Requirements and Opportunities". Med. Care, volumen 11 numero 68 de la pagina 2 a la 6.
14. Frenk, Julio. (1985) "El concepto y medición de la accesibilidad". Salud Pública de México. Septiembre-octubre.
15. Health Services Research and Training Program, 1972
16. Hernández ME.(2000) El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. En plataforma colombiana de derechos Humanos, Democracia y desarrollo (4aed.) Bogotá, pp. 133-64.

17. HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto-trabajo de metodología sobre enfoques de investigación (noviembre 1997) Disponible online:<http://www.scribd.com/doc/18961945/trabajo-de-metodologia-sobre-enfoques-de-la-investigacion>.
18. J. Frenk. Revista de Salud Pública de México (1985) "El concepto y la medición de accesibilidad. Volumen 27(5) de la página 438 a la 453.
19. J. Paganini Revista OPS (1995) Evaluación de la accesibilidad, cobertura, calidad y equidad en salud volumen 3 numero 4 de la pagina 14 a la 28.
20. Ley 1122/07, Sentencia de tutela 760/08 Emergencia social de (2009) de la Corte constitucional (Salud como un derecho fundamental), Journal pagina 3-8.
21. MEJIA Aurelio, SÁNCHEZ GANDUR Andrés Felipe, TAMAYO RAMÍREZ Juan Camilo. Rev. salud pública vol.9 no.1 Bogotá Jan/Mar. (2007) Determinantes del Acceso a Servicios de Salud en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Antioquia, Colombia. Página de la 20 a la 33.
22. Organización Panamericana de Salud (OPS), internet; (2009) Salud la población en la región de las Américas. Disponible Online <http://www.geocities.com/institutostyma/ops-plan.ppt>
23. RAMIREZ Blanca acciones intersectoriales sobre calidad de salud disponible en internet online <http://www.acionesdesaludenlatinoamerica.net/Documentos/.pdf>
24. Revista. salud pública (2010, octubre) internet correo minproteccionsocial.gov.co volumen 4 páginas de la 32ª.

25. RODRIGUEZ A Sandra. (Junio 2010) Barreras y Determinantes en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Trabajo de Investigación Programa de Máster de Investigación en Economía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona de la pagina 18 a la 25.
26. RODRIGUEZ Sandra, ROLDÁN Paola. (junio de 2008) Estimación de los Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en la Región Caribe. una perspectiva desde la economía de la salud”, financiado por la Dirección de Investigaciones y Proyectos –DIP–, Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). Fue presentado en la VII European Conference on Health Economics: Health Economics and Global Renaissance, desarrollada de la pagina 23 a la 26.
27. RONALD Andersen D.(1999) A Framework for the Study of Access to Medical Care by Lu Ann Aday and Journal,72(2) 23-38 volumen 3, número 2 de la página 23 a la 38.
28. Revista Salud Pública de México Frenk, Julio. (Septiembre-octubre 1985) “El concepto y medición de la accesibilidad”.
29. SUAREZ BUSTAMANTE Miguel, SEGURA GARCIA Luis, MENDOZA Richard. (2006) Inequidad en el uso de los servicios de salud en niños y adultos de tres poblaciones rurales del Perú.
30. TOBAR Maricela Revista (2000) Políticas Públicas Saludables del Programa Salud para todos los colombianos pagina de la 1 a la 3.
31. VARGAS J, MOLINA G. (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: Limitaciones y consecuencias. Rev. Facultad Nac Salud Publica paina 8-14.

32. VARGAS J, Molina G. Rev. Facultad Nacional Salud Pública (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: Limitaciones y consecuencias. De la pagina 4 a la 12.

33. VARGAS Lorenzo Ingrid. (2009) Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. Barreras en el Acceso a la Atención en Salud en Modelos de Competencia Gestionada. De la pagina 4 a la 26.

34. YEPES FL, RAMÍREZ ML, JARAMILLOLB I.(2010) Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. Bogotá: As salud; pagina 3 -23.