

Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado

Lemy Bran Piedrahita*
Alejandro Valencia Arias**
Lucía Palacios Moya***
Sergio Gómez Molina****
Yesenia Acevedo Correa*****
Claudia Arias Arciniegas*****

Recibido en diciembre 28 de 2018, aceptado en diciembre 20 de 2019

Citar este artículo así:

Bran L, Valencia A, Palacios L, Gómez S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *Hacia. Promoc. Salud.* 2020; 25 (2): 29-38 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.6

Resumen

Objetivo: Explorar la percepción las barreras de acceso a los servicios de salud percibidas por usuarios del régimen subsidiado del municipio de Sonsón para el año 2016. **Metodología:** se realizó una investigación cualitativa con enfoque histórico hermenéutico, donde participaron 16 informantes, quienes fueron entrevistados y sus relatos transcritos, codificados y analizados con base en la teoría fundamentada. **Resultados:** Se identificaron barreras económicas y administrativas que limitan el acceso de las personas a los servicios de salud; representadas en las demoras para reclamar medicamentos y su dispensación incompleta, lo que lleva a que las personas asuman gastos de bolsillo o desistan del tratamiento. **Conclusiones:** estas barreras son más recalcitrantes en poblaciones pobres y vulnerables, pues su condición coarta sus posibilidades para hacer frente a las eventualidades derivadas de las barreras existentes en el sistema.

Palabras clave

Factores socioeconómicos, gestión de la calidad, servicios de salud, accesibilidad a los servicios de salud, teoría fundamentada (*Fuente: DeCS, BIREME*).

* Administrador en Servicios de Salud. Magíster en Gobierno y Políticas Públicas. Instituto Tecnológico Metropolitano - ITM. Medellín (Antioquia), Colombia. lebrapie1989@gmail.com.  orcid.org/0000-0001-5114-9081.  [Google](#)

** Ingeniero Administrativo. Doctor Ingeniería – Industria y Organizaciones. Investigador Senior del Instituto Tecnológico Metropolitano. Medellín (Antioquia), Colombia. jhoanyvalencia@itm.edu.co.  orcid.org/0000-0001-9434-6923.  [Google](#)

*** Administrador en Servicios de Salud. Magíster en Salud Pública. Coordinadora General de Investigaciones de la Institución Universitaria Escolme. Medellín (Antioquia), Colombia. ciessalud3@escolme.edu.co.  orcid.org/0000-0001-5114-9081.  [Google](#) Autor de correspondencia.

**** Administrador en Salud: Gestión Sanitaria y Ambiental. Investigador de la Fundación Universitaria Católica del Norte, Medellín (Antioquia), Colombia. sgmolina@ucn.edu.co.  orcid.org/0000-0002-9066-0170.  [Google](#)

***** Socióloga. Investigadora de la Fundación Universitaria Católica del Norte. Medellín (Antioquia), Colombia. yacevedoc@ucn.edu.co.  orcid.org/0000-0003-2557-2809.  [Google](#)

***** Administradora de negocios. Magíster en administración. Investigadora de la Fundación Universitaria Católica del Norte. Medellín (Antioquia), Colombia. cmariasa@ucn.edu.co.  orcid.org/0000-0003-2732-4454.  [Google](#)



Access barriers to the colombian health system in rural areas: perceptions of users of the subsidized regime

Abstract

Objective: To explore the perception users of the subsidized regime of the municipality of Sonsón, Colombia had in 2016 about the barriers to the access to health services. **Methods:** Qualitative research with a hermeneutic historical approach with the participation of 16 informants who were interviewed and their stories were transcribed, codified and analyzed based on the Grounded Theory. **Results:** Economic and administrative barriers that limit the access of people to health services were identified represented by delays in claiming medicines and their incomplete distribution, leading people to assume out-of-pocket costs or giving up on treatment. **Conclusions:** These barriers are more recalcitrant in poor and vulnerable populations since their condition limits their possibilities to face the eventualities derived from the existing barriers in the system.

Key words

Socioeconomic factors, quality management, health services, accessibility to health services, grounded theory (*Source: MeSH, NLM*).

Barreiras de acesso do sistema de saúde colombiano em zonas rurais: percepções de usuarios do (régime subsidiado) no brasil (sus) sistema único de saúde

Resumo

Objetivo: Explorar a percepção às barreiras de acesso aos serviços de saúde percebidas por usuários do (Regímen subsidiado) Sistema único de saúde do município de Sonsón para o ano 2016. **Metodologia:** Realizou-se uma pesquisa qualitativo com enfoque histórico hermenêutico, onde participaram 16 informantes, quem foram entrevistados e seus relatos transcritos, codificados e analisados com base na teoria fundamentada. **Resultados:** Identificaram-se barreiras econômicas e administrativas que limitam o acesso das pessoas aos serviços de saúde; representadas nas demoras para obter medicamentos e sua dispensação incompleta, o que leva a que as pessoas assumam gastos básicos ou desistam do tratamento. **Conclusões:** estas barreiras são mais recalcitrantes em população pobre e vulnerável, já que sua condição coarcta suas possibilidades para fazer frente às eventualidades derivadas das barreiras existentes no sistema.

Palavras Chave

Fatores socioeconômicos, gestão da qualidade, serviços de saúde, acessibilidade os serviços de saúde, teoria fundamentada (*Fonte: DeCS, BIREME*).

Introducción

Actualmente, las acciones en salud pública emprendidas desde los sistemas de salud promueven desde una perspectiva normativa —es decir, desde el deber ser— la cobertura universal de la población, para garantizar que accedan y utilicen servicios de promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad; lo cual involucra la calidad en los mismos y su equidad (1, 2).

Sin embargo, aunque la cobertura universal busca generar calidad de vida en los ciudadanos, sin distinción de sus características demográficas, sociales o económicas, el panorama es contradictorio en América Latina; donde las diferentes reformas estructurales han propiciado una serie de inequidades, con respuestas tardías por parte de los gobiernos para subsanar la deuda social, lo que se ha reflejado en aspectos como la reestructuración de los sistemas sanitarios (3, 4).

Consecuentemente, en Colombia la Ley 100 de 1993 creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud —SGSSS—, de competencia regulada, cuya principal financiación proviene de los aportes de empleadores y empleados; estructurado por dos regímenes: contributivo, donde cotizan trabajadores dependientes e independientes con capacidad de pago; y subsidiado, para quienes no poseen recursos y precisan subsidios estatales, identificados mediante una herramienta denominada Sisbén —Sistema de identificación de beneficiarios— (5, 6).

Aun así, persisten algunas problemáticas asociadas a la escasa información existente sobre el acceso a los servicios de salud, donde los indicadores registrados son limitados: número de profesionales por cada 10.000 habitantes, acciones de tutela interpuestas —en el contexto jurídico colombiano, la acción de tutela es una herramienta de carácter constitucional que permite a un ciudadano la solicitud de protección de un derecho

fundamental por parte de las autoridades estatales cuando este está siendo vulnerado—, o total de camas hospitalarias; a lo que se suman fisuras en razón de la población no afiliada, corrupción frente a recursos públicos y una marcada brecha entre la atención recibida por la población rural en contraste con la urbana (7, 8).

Esto ha conducido a un interés por parte de la comunidad académica por indagar las condiciones de salud de las poblaciones urbanas y rurales de manera diferenciada, llevando a que se sugiera la necesidad de formular políticas públicas con un enfoque diferencial no sólo desde perspectivas como género y grupo etario, sino también desde la ruralidad; donde se presentan dificultades para el acceso a servicios públicos básicos como educación y salud (9, 10).

De allí que las barreras de acceso a los sistemas de salud, tales como aquellas de tipo administrativo, financiero, geográfico y culturales impacten mayormente a población vulnerable, como niños, afrodescendientes, personas desempleadas y en condiciones de informalidad; cuya vulnerabilidad puede verse reflejada en la accesibilidad a pruebas diagnósticas y atención por especialidades clínicas (11, 12).

Además, es preciso aclarar que estas barreras tienen lugar por las desigualdades en salud, que se han constituido en una limitante del desarrollo de las naciones, reconocidas por la Organización Mundial de la Salud como diferencias en salud sustanciales entre diversos grupos de la población, producto de la pobreza, discriminación y acceso diferenciado a servicios públicos (13).

Por ello, en el marco de los objetivos de desarrollo sostenible —ODS— la reducción de estas desigualdades es un punto prioritario a nivel global, al reconocer que la cobertura universal en materia sanitaria debe ser homogénea, por lo que la eliminación de dichas barreras es fundamental para la garantía del acceso a los servicios de

salud; aunque debe considerarse que éstas suelen presentarse en contextos diversos, bajo diferentes sistemas de aseguramiento y financiación (14, 15).

Igualmente, debe destacarse que la accesibilidad se consolide como un indicador clave de salud pública para los gobiernos, pues devela el nivel de protección que tienen los individuos frente a la probabilidad de enfermar y las formas de hacer frente a diversas patologías en caso de darse su ocurrencia (16, 17).

Para el caso colombiano, de acuerdo con la literatura consultada, las barreras de acceso están en función de características propias de los ciudadanos (como su situación económica, nivel educativo y cobertura en aseguramiento) y de condiciones de los servicios sanitarios (calidad, accesibilidad, ubicación geográfica y operación administrativa) (17, 18).

En este sentido, se propuso una investigación para analizar las percepciones de los usuarios del régimen subsidiado de Sonsón (Antioquia), frente a las barreras de acceso al sistema de salud. Debido a que la mayoría de sus habitantes a 2015 se concentraban en la zona rural (20.883 contra 15.221 del área urbana), además por la marcada diferenciación social existente en este territorio (19, 20). Hechos que propician desigualdad en el acceso; y, por tanto, se consolidan en un escenario de interés propicio para las investigaciones en el campo de la salud pública.

Así mismo, cabe aclarar al lector que, si bien las barreras de acceso al sistema de salud colombiano ha sido una temática ampliamente abordada en la literatura científica, la originalidad y pertinencia del estudio realizado, radica en el enfoque bajo el cual se trabajó, donde participaron personas del régimen subsidiado pertenecientes a un municipio apartado de los principales centros urbanos, donde convencionalmente se concentra la infraestructura hospitalaria de alto nivel de complejidad, puesto que son provistos los servicios de salud frente a

las necesidades de los usuarios; lo cual posibilita obtener información respecto a la perspectiva de accesibilidad al sistema sanitario para habitantes de la zona rural del país.

Materiales y Métodos

Se realizó una investigación cualitativa, con enfoque histórico hermenéutico, dada su utilidad en la comprensión de fenómenos sociales, psicológicos e históricos de la dinámica del ser humano en sociedad (21), la cual tuvo una duración de un año y contó con la participación de 16 informantes clave.

La población de referencia fueron adultos afiliados al régimen subsidiado en salud de Sonsón, régimen en el que de acuerdo con los indicadores de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para 2015 había un total de 24.071 personas afiliadas (22). Para llevar a cabo el estudio se efectuó un muestreo teórico, donde si bien no se buscan aproximaciones estadísticas —dado el tipo de estudio—, se espera que los participantes representen cualitativamente al grupo de referencia; por tanto, se procuró la mayor diversidad de la muestra en función de características demográficas, sociales y económicas; contemplando variables como género, estado civil, edad, nivel de formación y condición laboral.

En este sentido, cabe mencionar que, de los 16 participantes, la mayoría eran mujeres amas de casa —11 en total— y los cinco restantes eran hombres, lo cual obedece a las dinámicas culturales y sociales del municipio, donde la mayor parte de la fuerza laboral se ve representada por los hombres, mientras que la población femenina se dedica al cuidado del hogar y, por tanto, tienen mayor contacto con los servicios de salud, siete habían adelantado estudios en educación básica primaria, nueve de ellos residían en la zona urbana del municipio.

Frente a lo anterior, cabe mencionar que una de las principales dificultades experimentadas por el equipo investigador, radicó en el contacto de la población masculina, quienes como ya se mencionó, forman en su mayoría la fuerza laboral del municipio, por lo que no sólo tenían menos contacto con los servicios de salud —lo que les impediría aludir el impacto de las barreras administrativas que experimenta un usuario para acceder a los servicios de salud—, sino que también, no disponían de tiempo para las sesiones de entrevistas programadas para la recolección de información.

Ahora bien, para la selección de participantes se fijaron como criterios de inclusión: tener la mayoría de edad (18 años para el contexto colombiano), residir en el municipio de Sonsón, estar afiliados al régimen subsidiado del SGSSS y haber accedido a los servicios de salud durante el último año. Como criterio de exclusión se tomó en cuenta padecer un trastorno mental severo que impidiera la participación consciente y voluntaria en la investigación.

Como consideraciones éticas, se tomaron elementos clave de la Declaración de Helsinki en su última versión, al incorporar los principios de beneficencia, autonomía y justicia como elementos transversales en investigaciones que implican la participación de seres humanos (23).

Así mismo, se tuvo en cuenta la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud colombiano, respetando la participación libre y voluntaria, administración adecuada de la información recolectada y comunicar el alcance, objetivos y demás elementos del proyecto (24).

De esta manera, el cumplimiento de las consideraciones éticas quedó reflejado mediante la firma del consentimiento informado por parte de cada participante, a través del cual estos fueron notificados frente al objetivo del estudio, beneficios, alcance, riesgos y carácter voluntario

de su vinculación en el estudio. Además, mediante el mismo se informó sobre la confidencialidad de la información, cuyos usos serían con fines meramente académicos.

La recolección de información se hizo con entrevistas semi-estructuradas a profundidad, con la finalidad de abordar exhaustivamente la problemática de estudio. Estas fueron transcritas y analizadas con base en la teoría fundamentada de Anselm Strauss y Juliet Corbin, para quienes las transcripciones se someten a un proceso de codificación, fragmentando el texto para identificar la riqueza existente en los datos (25).

Esta teoría propone tres momentos de codificación para llegar a la teorización del fenómeno. La primera es denominada abierta, pues es una aproximación inicial de los investigadores a los datos, generándose unas categorías descriptivas. La segunda se llama axial, ya que mediante la asociación de las primeras categorías emergentes surgen otras conocidas como analíticas; y en la tercera distinguida como selectiva, se identifican elementos medulares que permiten llegar a la teorización —surgiendo las categorías interpretativas— (25); sin embargo, por limitaciones del presupuesto en el proyecto solo se llegó hasta la segunda fase, obteniendo la categoría analítica que se expone como principal resultado en este manuscrito.

Resultados

El actual sistema de salud colombiano resulta de una serie de transformaciones económicas suscitadas en el contexto latinoamericano, y pese a las reformas realizadas en el país persisten barreras que limitan el acceso de las personas al sistema, particularmente aquellas poblaciones con menos recursos económicos, lo que menoscaba su calidad de vida.

Al respecto, los participantes de este estudio expresan claramente la existencia de dos tipos de barreras para el acceso a los servicios de

salud: las administrativas, asociadas a procesos que deben realizar para acceder a los servicios; y las económicas, relacionadas con la capacidad financiera de los usuarios para cubrir las contingencias derivadas de la enfermedad.

Cuando los informantes hacían alusión a las *barreras administrativas*, refieren que una de las principales limitantes está asociada a la dispensación de medicamentos, dado que en repetidas oportunidades deben realizar largas filas para reclamarlos, y en ocasiones optan por no acceder a los servicios de salud, tal y como lo expresan algunos informantes:

Reclamar medicamentos es un caos, debido a las largas filas que hay que hacer; a veces es poco el personal que hace esa labor, eso hace que se acumule más la gente y empiecen a enojarse, porque esperar no es bueno en ninguna parte, pero agreguémosle a eso que no siempre está todo, eso sí da inconformidad en el servicio, volver a reclamarlo no es tan fácil como allá creen, y a veces la solución es o comprarlos si hay dinero o no tomárselo.

Eso es una situación muy lamentable, porque las personas no deberían suspender un tratamiento solo por falta de éste, lo mejor sería que las entidades de salud mantuvieran un buen abastecimiento de medicamentos y así dárselos a los usuarios en el momento que los necesite; sumándole a eso el tiempo de la espera por el gran número de personas que consultan hace más desesperante la situación.

En este sentido, se devela un aspecto que es de suma importancia para el gerenciamiento de las instituciones del sector salud colombiano, relacionado no sólo con la eficiencia del sistema desde su operación, sino también por la problemática que se presenta en el régimen subsidiado —particularmente en los municipios

más alejados de las urbes principales—, donde la disponibilidad de medicamentos es limitada e implica nuevos desplazamientos por parte de los usuarios para poder tener sus fórmulas medicamentosas completas; lo cual lleva a que desistan de sus tratamientos.

Además, como se refleja en los testimonios de las personas que se vincularon al estudio, este tipo de barreras no solo representan retos significativos para las organizaciones del sector salud; sino que también generan sentimientos de frustración e inconformidad frente a la prestación del servicio, lo que afecta la percepción de calidad de estos frente a la oferta recibida, pero también, les aboca en ciertas circunstancias a no poder asumir sus tratamientos oportunamente, constituyéndose claramente en una barrera a intervenir por parte del sistema de salud del país para garantizar la efectividad de las políticas sanitarias vigentes.

De otro lado, los participantes expresan la existencia de *barreras económicas* para el acceso. Estas son más latentes cuando por la existencia limitada de tratamientos en las instituciones proveedoras de servicios, los usuarios deben incurrir en gastos de bolsillo para poder cubrir sus necesidades en salud, e incluso como medida cautelar, abastecerse de unidades de medicamentos adicionales para hacer frente a las fallas mismas del sistema, tal como lo expusieron algunos participantes:

Eso es muy duro y más para uno que vive lejos del pueblo, uno viene poco por acá, y salir de donde el médico para que le digan que no está todo lo que él mandó, da mucha tristeza, o cuando solo hay por poquitos es más desconsolador; pues uno no siempre tiene dinero para comprar lo que falte; pero dada la situación toca hacer el esfuerzo, si no es con medicamentos ¿entonces con qué nos vamos a mejorar?, y filas hay en todas partes, por eso hay que venir con tiempo, somos muchos los que vamos a los hospitales.

Así las cosas, como lo expresa el fragmento anterior de uno de los participantes, las barreras económicas que enfrentan los usuarios del régimen subsidiado en la población de referencia son una consecuencia de las barreras administrativas existentes; lo que plantea desafíos para la formulación intervenciones efectivas en la planificación de la prestación del servicio, que garanticen minimizar aquellas barreras que pueden evitarse con una adecuada gestión. Se considera que los sentimientos de frustración e inconformidad recogidos en los diferentes testimonios del estudio, constituyen claramente no sólo una mala experiencia de prestación de servicios, sino también, un detonante de inestabilidad emocional, y por ende, un riesgo para su salud mental.

De este modo, puede evidenciarse que las principales barreras de acceso percibidas por las personas afiliadas al régimen subsidiado en Sonsón, están asociadas a limitantes administrativas y económicas, que impactan la oportunidad de los tratamientos necesarios para sus condiciones particulares de salud, dado que la provisión de éstos es discontinua o incompleta, circunstancia que les lleva a incurrir en gastos adicionales —que deberían ser cubiertos por el sistema—, o en el peor de los casos a abandonar sus procesos por la imposibilidad de hacer frente a los costos asociados.

Discusión

Las reformas implementadas en el sistema de salud colombiano buscan mejorar la equidad en el acceso a los servicios, sin embargo, su impacto ha sido normalmente analizado sólo con base en su utilización, sin considerar la diferenciación entre los niveles de atención; por lo que aún después de más de 20 años de la estructural reforma implementada persisten las dificultades del sistema (26).

En este sentido, los estudios sobre las barreras en el acceso a los servicios de salud han sido abordados por diversos autores, como es el caso de Hernández, Rubiano y Barona, quienes exponen la incidencia de las barreras administrativas

en el sistema, puesto que las quejas, reclamos y solicitudes por parte de los usuarios ante las entidades administradoras de planes de beneficios —EAPB— obedecen a la provisión tardía en servicios de medicina especializada, problemas de comunicación y trámites que deben efectuar para recibir la atención en salud (26).

Por su parte, Hurtado y Arrivillaga refieren en su estudio con población infantil en situación de discapacidad, la existencia de barreras administrativas para el acceso oportuno a la prestación de servicios, largos tiempos de espera y dificultades para la consecución de medicamentos de control (27); lo que ratifica los hallazgos del estudio realizado y presentado al lector por los autores en el presente manuscrito, frente a los impactos generados por este tipo de barreras al momento de la prestación del servicio.

Sin embargo, aunque los estudios existentes sobre barreras de acceso al sistema de salud colombiano develan las diferentes situaciones que se presentan con la prestación de servicios —quejas de los usuarios, acceso inoportuno a los servicios, entre otros—, el valor que agrega la investigación realizada radica en la exposición de cuestiones propias no solo de la experiencia con el servicio, sino también los sentimientos de frustración e inconformidad a los que se enfrenta un usuario.

Esta situación se torna más compleja a la luz de estudios como el de Kissoon, Larson y Kissoon, quienes develan como estas barreras son más marcadas para aquellas personas con menos recursos económicos, donde la exposición a una serie de determinantes sociales, los llevan a ser más sensibles ante las inequidades del sistema (28), lo cual es congruente con los planteamientos de Behm sobre la relación estrecha entre el proceso salud-enfermedad y las condiciones socioeconómicas de un individuo (29).

Consecuentemente, se ha observado una relación existente entre las tardanzas diagnósticas y terapéuticas en las personas, de acuerdo con

variables como el nivel educativo, el tipo de afiliación con el sistema de salud y el estrato socioeconómico (30), lo cual, como se mencionó conduce a que las barreras administrativas y financieras existentes en el contexto colombiano sean más marcadas para grupos en situación de vulnerabilidad —por sus condiciones sociales, económicas o culturales—.

Así, de cara a los resultados encontrados por los investigadores, es posible identificar la relación de estas barreras económicas en población vulnerable, como es el caso de los habitantes de las zonas rurales del país —para el contexto de la investigación presentada, usuarios del régimen subsidiado de Sonsón—, donde incide también según la literatura consultada el régimen de afiliación de las personas. En este sentido, los hallazgos obtenidos sirven no sólo como insumo para exponer la perspectiva de acceso y limitaciones para el mismo en población rural del país, sino también, como un ejercicio de validación de las aproximaciones existentes previas que se han dado desde la comunidad científica.

De allí que el estudio de las barreras de acceso a los sistemas de salud, constituye una de las principales temáticas de interés en materia investigativa por parte de los diferentes estudiosos de la salud pública, particularmente en aquellos contextos donde las condiciones sociales, económicas y políticas presentan fisuras significativas, que llevan a la recurrencia de limitantes en el acceso de los ciudadanos a los servicios provistos en la estructura sanitaria, y por tanto conducen al perjuicio de su calidad de vida.

Estas barreras suelen ser percibidas con mayor ahínco, por parte de las poblaciones pobres y vulnerables, quienes por su condición de pobreza ya experimentan de manera más abrupta las barreras de tipo económico, que coartan sus posibilidades para asumir con recursos propios las contingencias que pueden derivar de las limitantes administrativas que presentan los sistemas; así

como aquellas de tipo geográfico que implican desplazamientos prolongados en tiempo y distancia para llegar a los puntos de atención dispuestos en la estructura sanitaria de un país.

Conclusión

La accesibilidad a los servicios de salud se convierte en un indicador esencial para evaluar la efectividad de un sistema de salud, en este estudio los participantes manifestaron a la hora de defender sus derechos en salud barreras principalmente administrativas y económicas, aquejando en especial a las personas más vulnerables, tal situación refleja un cambio particular dado que por la condiciones, estilos de vida y características poblacionales, pudieron haberse resaltado barreras de tipo cultural, situación que entonces enfatiza la necesidad de intervenir y generar dentro de las EAPB diferentes alternativas para poder disminuir las trabas administrativas a las que se ven inmiscuidos los integrantes del SGSSS colombiano, y así garantizar un ciclo del servicio que genere satisfacción general.

Por otro lado, en cuanto a las barreras económicas, en Colombia existen normas que favorecen económicamente a la población del régimen subsidiado como estar exceptuado de realizar aportes, pagar cuotas moderadoras o copago (según su nivel de Sisbén), sin embargo están presentes las dificultades para acceder a los centros de salud puesto que no pueden asumir costos de desplazamiento, lo que refuerza entonces potencializar nuevos modelos de atención en salud.

Conflicto de interés: Los autores del presente artículo manifiestan la no existencia de conflictos de interés para la publicación de este artículo.

Fuentes de financiación: Las instituciones que aportaron recursos para el desarrollo de la investigación fueron la Institución Universitaria Escolme, el Instituto Tecnológico Metropolitano y la Fundación Universitaria Católica del Norte.

Referencias

1. Solari L. Reforma de salud en el Perú: apuntando hacia la cobertura universal. *Rev Peru Med Exp Salud Públ* 2014; 3(4): 623-625.
2. Knaul FM, González E, Gómez O, García D, Arreola H, Barraza M, *et al.* Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Públ Mex* 2013; 55(2): 207-235.
3. Gutiérrez JP, Hernández, M. Cobertura de protección en salud y perfil de la población sin protección en México, 2000-2012. *Salud Públ Mex* 2013; 55(2): 83-90.
4. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saúde Públ* 2002; 18(4): 905-925.
5. Agudelo CA, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciênc saúde coletiva* 2011; 16(6): 2817-2828.
6. Guerrero R, Gallego A, Becerril V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Públ Mex* 2011; 53(2): 144-155.
7. Tovar LM, Arrivillaga M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev Gerenc Polít Salud* 2014; 13(27): 12-26.
8. Bernal O, Forero JC. Sistemas de información en el sector salud en Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud* 2011; 10(21): 85-100.
9. Briceño G, Céspedes J, Leal M, Vargas S. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en escolares de un área rural y de una urbana en Colombia. *Biomédica* 2018; 38 (4): 545-554.
10. Bedoya P, Cristancho, L. Análisis de la dinámica socioeconómica rural colombiana en materia de educación, 2006-2016. *Economía y Sociedad* 2018; 23 (53): 19-39.
11. Campo A, Oviedo HC, Herazo E. Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014; 43(3): 162-167.
12. Galindo J, Morales O, Sánchez D, Celis C, Arboleda A. Barreras de acceso en la atención de las enfermedades pulmonares intersticiales en Colombia. *Saúde e Sociedade* 2019; 28, 102-112.
13. Alarcón, W. Factores socioeconómicos y zona de residencia como estratificadores de desigualdades en salud en Bolivia. *Rev Panam Salud Pública* 2018, 41: 1-8.
14. Hirmas M, Poffald L, Jasmen AM, Aguilera X, Delgado I, Vega J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Públ* 2013; 33(3): 223-229.
15. Gutiérrez JP, García S, Espinosa R, Balandrán A. Monitoreo de la desigualdad en protección financiera y atención a la salud en México: análisis de las encuestas de salud 2000, 2006 y 2012. *Salud Públ Mex* 2016; 58(6): 639-647.
16. Arrivillaga M, Aristizábal J, Pérez M, Estrada V. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit* 2016; 30(6): 415-420.
17. Restrepo J, Silva C, Andrade 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.
18. García J. El acceso a la consulta médica general en Colombia, 1997-2012. *Econom & Reg* 2017; 9(1): 175-207.
19. Pérez SE. Territorio y desarrollo análisis de percepción en los municipios Rionegro y Sonsón-oriente antioqueño [Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana. [Consultado 15 septiembre 2018]. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/eambientales/tesis30.pdf>.
20. Arboleda LM, Velásquez JE. Conocimientos y hábitos alimentarios en mujeres diagnosticadas con hipertensión arterial del municipio de Sonsón - Colombia. *Rev Chil Nutr* 2015; 42(4): 357-361.

21. Bermúdez V, Bran L, Palacios L, Posada IC. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Públ Mex* 2015; 57(3): 252-259.
22. Dirección Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia [Internet]. Indicadores básicos del departamento para el año 2015. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2015. [Consultado julio 5 de 2017]. Disponible en: <https://www.dssa.gov.co/index.php/estadisticas/indicadores>.
23. Mazzanti M. Declaración de Helsinki, principios y valores bioéticos en juego en la investigación médica con seres humanos. *Rev Col de Bioética* 2011; 6(1): 125-144.
24. Bran L, Palacios L, Posada IC, Bermúdez V. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Rev Cienc Salud* 2017; 15(1): 59-70.
25. Strauss A, Corbin J. Bases de investigación cualitativa. Técnicas y procedimiento para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
26. Garcia I, Vargas I, Mogollón AS, De Paepe P, Ferreira MR, Unger J, *et al.* Inequities in access to health care in different health systems: a study in municipalities of central Colombia and north-eastern Brazil. *Int J Equity Health* 2014; 13(1): 1-15.
27. Hurtado R, Arrivillaga M. Determinación social del acceso a servicios de salud de población infantil en situación de discapacidad. *Revista Cubana de Salud Pública* 2018; 44 (1): 100-109.
28. Kisson K, Larson C, Kisson N. Health inequities: causes and potential solutions. *J Public Health* 2012; 36(6): 518-519.
29. Behm H. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud colect* [Internet]. 2011; 7(2): 231-53. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73122320014>.
30. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Públ Mex* 2011; 53(6): 478-485.