

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y SU RELACIÓN
CON LAS CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS DE LA POBLACIÓN,
VILLAVICENCIO-COLOMBIA, 2019

Resumen:

Introducción: Las urgencias según la OMS, son actividades de atención, traslado y comunicaciones realizados con el fin de proveer servicios de salud en caso de emergencias. Villavicencio tiene 545.302 habitantes para el 2020 según el DANE, donde 8 IPS prestan servicio de urgencias. **Objetivo:** Analizar las barreras de acceso a los servicios de urgencias en dos IPS de segundo Nivel del municipio de Villavicencio, relacionado con las características sociodemográficas de la población que acude a los servicios de urgencias. **Metodología:** Estudio descriptivo, transversal, con muestreo por conveniencia, personas que acudieron a urgencias de dos IPSs en el municipio de Villavicencio. Se aplicó un instrumento en las urgencias los meses de diciembre de 2019 y enero de 2020. **Resultados:** se realizaron 576 encuestas, donde el 78% reside en Villavicencio, el 54.7% son mujeres, la edad promedio es de 41.4 años; el 54.5% pertenecen al estrato 1; el 43,8% refiere no tener dificultades en la atención por parte de la EPS; con relación a la IPS, el 41.8% manifestaron no tener limitación en la atención y el 31.6% acudió a urgencias por un problema agudo en su salud. **Conclusiones:** El 43.8%, de las personas encuestadas manifestaron que no tienen dificultades con el acceso a la atención por parte de las EPS, el 41.8% refirieron no tener limitación para el acceso en las IPS, además se observa un uso adecuado de los servicios de urgencias ya que el principal motivo de consulta son los problemas agudos de salud.

Palabras clave: Servicios de urgencias, acceso a servicios de salud, sistema de salud.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas de salud son delineados e influidos por el contexto político, económico, cultural, demográfico y social, siendo el resultado de su interrelación.

Los ciudadanos a diario utilizan los servicios sanitarios en todos los niveles de atención (1). El Estado es el encargado de proteger a los ciudadanos y éste debe tener la capacidad de garantizar el acceso a los servicios de salud (2).

De esta manera, el acceso se puede entender como una dimensión central en la realización del derecho a la salud, el cual debería desarrollarse sin limitación e inequidades. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el sistema de salud es un determinante de inequidad sanitaria (3), el impacto en el acceso oportuno a los servicios de salud ocasionan efectos económicos en las familias, siendo las personas en peores situaciones socio-económicas y de mayor vulnerabilidad las más afectadas (4).

La inequidad es un fenómeno que interfiere en gran medida con el acceso a los servicios de salud, deriva a su vez de factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales, entre otros (5). Constituye un reto para los sistemas de salud al tratar de romper las brechas de desigualdad e inequidad en el acceso a los servicios de salud para la población (6).

Según Ayala (7), basado en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida pese a tener un aumento en la cobertura de aseguramiento de 56.9% para el 1997, al 90.8% en el 2012, el acceso a los servicios de salud, entendido como el porcentaje de personas que utilizó los servicios médicos disminuyó en Colombia pasando del 79.1% a 75.5% para el mismo periodo (8); el acceso no depende únicamente del aseguramiento al sistema, existen otras variables que inciden de manera directa en él.

El acceso a los servicios representa el ajuste entre las características de los servicios y la población (9), es decir que el acceso a los servicios de salud no hace referencia únicamente a los requerimientos de salud del individuo o la capacidad de los servicios; es la relación entre la necesidad de salud de las personas y la capacidad de satisfacerlas por parte de las entidades de salud (10), Andersen (11) conceptualizó el acceso efectivo como el mejoramiento del estado de salud y la satisfacción de los usuarios. Adaptó al concepto la importancia sociodemográfica de la población con factores predisponentes como edad, sexo, nivel educativo, etc (12). La disponibilidad de medios, en relación con los factores económicos y aseguramiento, que puede incidir o facilitar el uso de esos servicios y la importancia de cómo es percibido el estado de salud para la persona; de esto se desprende que la utilización de los servicios no depende únicamente del sistema (13).

Vega y Sierra, definen el acceso a los servicios de urgencias como el proceso mediante el cual se logra conseguir una atención médica inmediata y oportuna (6,14), según las necesidades identificadas por el paciente o por el personal sanitario, en relación con la capacidad de la entidad para resolverlas. La prestación de los servicios por parte de las IPS, puede ser insuficiente o no cumplir con los servicios requeridos por el paciente llegando a ser una de las barreras en la atención a pesar de contar con aseguramiento al sistema.

Teniendo en cuenta los elementos anteriormente descritos, surge la necesidad de conocer las barreras de acceso los servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio e identificar si, las características sociodemograficas de la población influyen en el acceso al sistema de salud como un tema relevante para la

prestación de los servicios sanitarios en el municipio de referencia para la región de la Orinoquia (15).

El objetivo del presente estudio fue analizar las barreras de acceso a los servicios de urgencias en dos IPS de segundo Nivel del municipio de Villavicencio en el año 2019, relacionado con las características sociodemográficas de la población que acude a los servicios de urgencias.

Materiales y Método

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal; se invitaron a participar a personas que acudieron al servicio de urgencias de dos IPS de segundo nivel de atención del Municipio de Villavicencio en un periodo de 8 semanas durante los meses de diciembre del año 2019 y enero del año 2020.

Se realizó un muestreo por conveniencia. Se encuestaron personas mayores de edad de cualquier sexo, quienes aceptaron participar en el estudio. Se solicitó autorización escrita mediante consentimiento informado a personas sin alteración mental, condición fisiopatológica que impidiera responder el instrumento, limitaciones de la comunicación cultural o por discapacidad mental. Se aplicaron un total de 576 encuestas el 50% correspondió al hospital departamental y el otro 50%, a la clínica universidad cooperativa, .

El instrumento utilizado corresponde a la encuesta del estudio “barreras de acceso a los servicios de salud en el régimen subsidiado del municipio de San Gil – Santander”, fue escogido por que las variables permitían recolectar la información necesaria que cumplía con el objetivo del estudio, se le realizaron modificaciones relacionadas con aspectos sociodemográficos para caracterizar el acceso a los servicios de urgencias en el municipio de Villavicencio.

El instrumento consta de 19 ítems que incluyen aspectos sociodemográficos (edad, sexo, procedencia, estrato, escolaridad e ingresos económicos), características de atenciones previas (dificultades en la atención de la EPS e IPS), aseguramiento (régimen, EPS), y tiempos de espera para la atención (cita de consulta externa, tiempo de atención en urgencias, tiempo de desplazamiento guiado y acompañado por uno de los investigadores).

La información recolectada, se tabulo en hojas de cálculo usando Microsoft Excel® 2016 y los datos se analizaron usando estadísticos descriptivos con apoyo del software estadístico SPSS® versión 24 de Licencia de la Universidad Santo Tomás.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según los principios contenidos en la resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia(16), el estudio se clasifica “sin riesgo” pues no presenta riesgo real o potencial para los sujetos de estudio porque no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada de los aspectos sociales o físicos del individuo. Se tuvo en cuenta los principios de veracidad, objetividad, legitimidad, justicia y la beneficencia de las personas, por ello las personas que se encontraban en condiciones física y psicológicas de discomfort no se les aplicó el instrumento con el fin de proteger los derechos del individuo. En la convocatoria para el estudio se explicó de forma clara la aplicación del instrumento, la intención de la investigación y los objetivos de la misma, se diligenciaron los consentimientos informados, se entregó copia a las personas que aceptaron ser parte de la investigación, se guardó el principio de confidencialidad, no se divulgó

información que pueda perjudicar o afectar la integridad de las instituciones o de las personas que son parte de la investigación, no existió conflicto de interés.

El estudio fue avalado por el comité de ética institucional de la Universidad Santo Tomás mediante acta N° 01 de 2020 y con autorización a realizar por los comités de investigación de las entidades de salud vinculadas a la investigación.

RESULTADOS

Se aplicaron 576 encuestas a las personas que acudieron al servicio de urgencias, de dos IPSs de segundo nivel del municipio de Villavicencio en el periodo comprendido entre diciembre del año 2019 y enero del año 2020. El promedio de edad fue de 41.4 años, con un mínimo de 18 años y un máximo de 92 años. En cuanto al sexo el 54.7% fueron mujeres y el 45.3% hombres. El 47.9% refirieron pertenecer al estrato 1, seguido del 42% del estrato 2 y 10.1% estrato 3 (gráfica 1), se evidenció que la mayoría de los acudientes a los servicios de urgencias, pertenecen a los estratos 1 y 2, en menor proporción del estrato 3, no se encontraron personas pertenecientes a los estratos 4,5 y 6.

El 54.5% de las personas participantes en el estudio tenían SISBEN (Sistema de Identificación de Beneficiarios) nivel 1; en cuanto a la pregunta sobre si se reconocía como una población vulnerable, el 16.3% reportó pertenecer a algún grupo de esta población. Respecto de la procedencia se encontró que el 79.2% provienen de las cabeceras municipales, siendo el 78.3% residentes en la ciudad de Villavicencio.

A al nivel educativo, predomina las personas con secundaria completa 30.2%, el 20.3% son técnicos, tecnólogos o universitarios, el 18.2% finalizaron la primaria, el 12.7% secundaria incompleta, primaria incompleta 10.2% y sin escolaridad el

8%. El 7,8% de la población refirió tener una discapacidad, y dentro de éste porcentaje todos expresaron que se trataba de una discapacidad física.

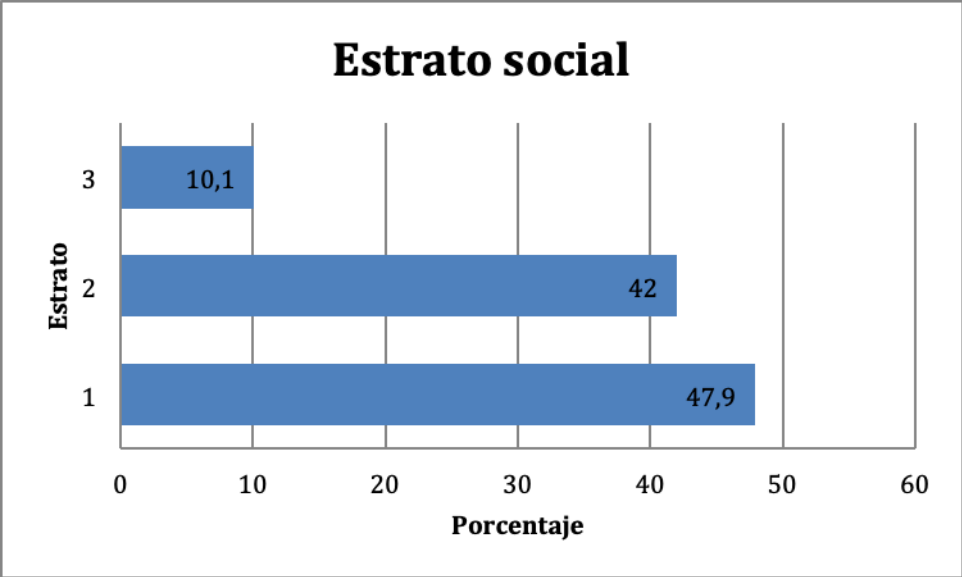
Frente a la variable ingresos, se encontró que el 44.6% ganan menos de 1 SMMLV (salario mínimo mensual legal vigente), el cual corresponde a \$ 828.116 para 2019. El 28.55% refirió no saber cuales son sus ingresos mensuales, 20.7% tiene un ingreso entre 1 y 2 salarios mínimos, el 4.2% entre 2 y 3 salarios mínimos; finalmente el 1.9% gana entre 3 y 4 salarios mínimos. Los hallazgos sobre la ocupación muestra que son amas de casa el 24.3% de las personas encuestadas, el 11.8% son estudiantes, 7.1% son vendedores y 6.4% refieren estar desempleados.

En cuanto a la afiliación al sistema el salud, el 56% pertenecen al régimen subsidiado, 36% al contributivo, 6% especial y 2% sin aseguramiento (ver gráfica 2), la EPS con más afiliados es Cajacopi con un 21.4%, seguido de Medimas con 20.3%. En el último año, el 60.9% de los encuestados refieren que han recibido tratamiento médico y el 77.1% han consultado al servicio de urgencias, 43.8% y 41.8% de las personas indicaron que o han tenido ningún problema en la atención por parte de la EPS y la IPS respectivamente; el último servicio utilizado de manera ambulatoria fue consulta con medicina general con un 46.7%, seguido de la consulta especializada con un 25.3%.

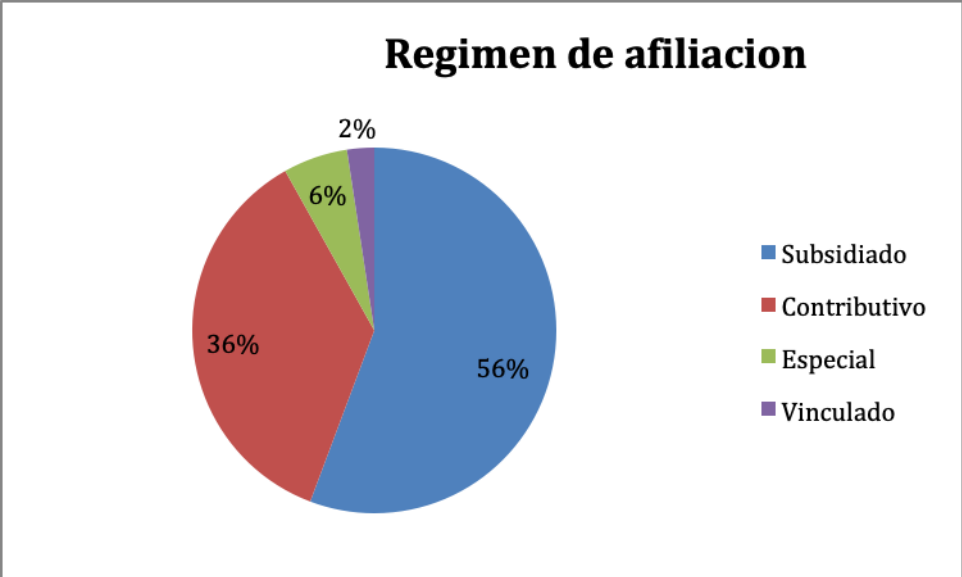
Los tiempos de espera para las citas de consulta externa es mayor a 5 días con un 40.3%; por su parte, el periodo de espera para la atención de urgencias fue entre 2 y 4 horas con el 26.6%. El tiempo de desplazamiento, desde el lugar de residencia hasta el servicio de urgencias éste oscila entre 30 minutos y una hora, con un porcentaje de 43.4%, seguido del 23.3% con una espera de 1 a 3 horas.

Al indagar de manera directa por las barreras de acceso, el 52.4% refiere no tener ninguna limitación para cumplir con la cita de consulta externa y el principal motivo de consulta a los servicios de urgencias son los problemas agudos de salud con un 31.6%.

Gráfica 1. Distribución porcentual por estrato social



Gráfica 2. Distribución de régimen de afiliación



Al relacionar las dificultades de atención en la IPS según el régimen de afiliación, el 44% de las personas encuestadas del régimen con tributivo, refirió no tener dificultad para el acceso; sin embargo refieren limitación para el acceso por falta de equipos con un 21%, 10% mala atención de los funcionarios, inoportunidad en la entrega de medicamnetos con un 4%, incumplimineto y negacion de los servicios con un 8% y 6% respectivamente, (gráfica 3). Para el regimen subsidiado el 40% refiere no tener problema en la atención en la IPS, seguido de la mala atención de los funcionarios con un 16%, (tabla 1). 13% por falta de equipos, 11% por incumplimiento en las citas y 8% por negacion de servicios, siendo los datos mas relevantes.

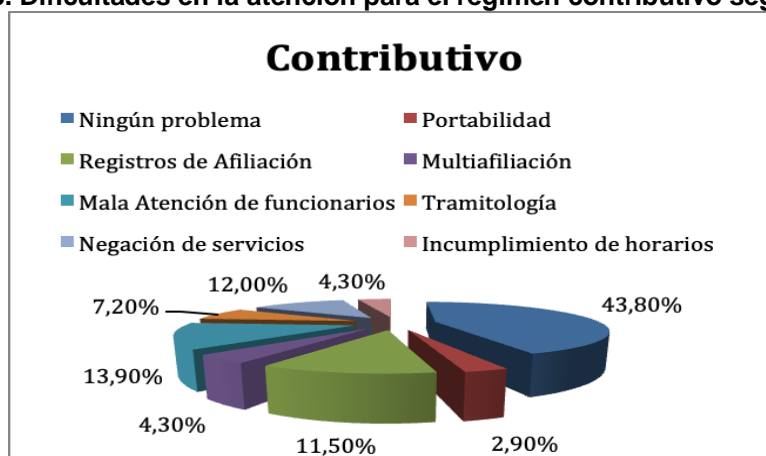
En relacaión al acceso de la EPS según el régimen de afiliación los encuestados manifestaron que no tienen ninguna dificultad para acceder en el regimen contributivo con 43.8%, y el subsidiado con 42%; sin embargo para las personas del contibutivo que presentaron limitacion por parte de la EPS, con un 13.9% la mala atencion por parte de los funcionarios, 11.5% los registros de de afiliacion , 12% negacion de servicios y 7.2% la tramitologia; siendo los datos estadisticamente significativos. El regiemen subsidiado presenta dificultades en el acceso en un 13% con la afiliacion y mala atencion del personal, 10% negacion de los servicios y 8% con la tramitologia (gráfica 4).

Tabla 1 Dificultad en la atención en la IPS según el régimen de afiliación.

Dificultad en la atención con la IPS	Régimen			
	Contributivo	Subsidiado	Vinculado	Especial
Ningún problema	44%	40%	50%	42%
Falta de equipos	21%	13%	21%	24%
Inoportunidad de entrega	4%	3%	0%	6%

de medicamentos				
Inoportunidad en prestación de servicios	1%	3%	0%	0%
Mala atención de funcionarios	10%	16%	0%	21%
Tramitología	3%	3%	0%	0%
Negación de Servicios	6%	8%	7%	3%
Incumplimiento	8%	11%	14%	0%
Otro	3%	3%	7%	3%

Gráfica 3. Dificultades en la atención para el régimen contributivo según la EPS



Gráfica 4. Dificultades en la atención para el régimen subsidiado según la EPS.

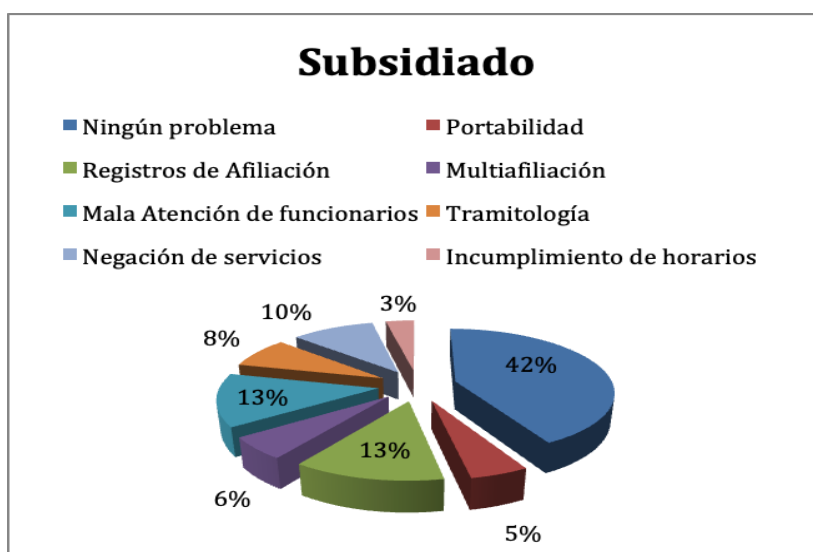


Tabla 2 Dificultad en la atención con la EPS según el estrato social.

Dificultad de atención en la EPS	Estrato		
	1	2	3
Ningún problema	47%	40%	43%
Portabilidad	5%	3%	5%
Registros de Afiliación	11%	12%	14%
Multiafiliación	3%	7%	2%
Mala Atención de funcionarios	11%	15%	22%
Tramitología	8%	8%	3%
Negación de servicios	12%	10%	7%
Incumplimiento de horarios	3%	5%	3%
Total	100%	100%	100%

Para el análisis entre la atención de la EPS con el estrato, se encontró que el mayor porcentaje en todos los estratos no tienen dificultad para la atención, para el estrato 1 el 47%, 12% manifestaron como dificultad la negación de servicios. En el estrato 2 el 40% no presento ningun problema, 15% refirió mala atención de los funcionarios, para el estrato 3 el 44% manifestó no tener problemas en la atención por parte de la EPS y el 22% refirió mala atención por parte de los funcionarios.

Tabla 3 Dificultad en la atención en la IPS según el estrato social

Dificultad de atención en la IPS	Estrato		
	1	2	3
Ningún problema	43%	39%	48%
Falta de equipos	15%	18%	14%
Inoportunidad de	3%	5%	2%

entrega de medicamentos			
Inoportunidad en prestación de servicios	2%	2%	3%
Mala atención de funcionarios	14%	10%	24%
Tramitología	3%	3%	2%
Negación de Servicios	8%	7%	2%
Incumplimiento	9%	11%	3%
Otro	3%	4%	2%
Total	100%	100%	100%

En la atención de la IPS con el estrato, se evidencio en los estratos 1, 2 y 3 que no se presento ninguna dificultad para la atención, con un 43%, 39% y 48% respectivamente. La principal dificultad en el acceso para el estratos 1 fue la falta de equipo con un 15%, para el estrato 2 la falta de equipos con un 18%, y para el estrato 3 la mala atención de los funcionarios con un 24%, en general para la poblacion mas vulnerable, presenta limitacion en el acceso a las IPS, por la falta de equipos, la mala atecncion de los funcionarios e incumplimiento de las citas.

Las personas que ganan menos de 1 SMMLV, acuden al servicio de urgencias por problemas agudos de salud con un 12.5%, seguido por la búsqueda de una atención ágil con un 8.3%, las personas que ganan entre 1 y 2 SMMLV, asisten prioritariamente por un problema agudo 5.5%, seguido de una valoración oportuna por el especialista que corresponde al 4.7%, para las personas que ganan entre 2 y 3 SMMLV, la principal causa es la búsqueda de la valoración oportuna por el

especialista que equivale al 1.5%, entre las personas que ganan entre 3 y 4 SMMLV es el problema agudo de salud con un 1.2%.

DISCUSIÓN

El propósito del presente estudio fue aportar un análisis de las barreras de acceso a los servicios de urgencias en dos IPS de segundo nivel en el municipio de Villavicencio en relación con las características sociodemográficas de la población. Considerándolo como una herramienta que puede facilitar el seguimiento y la toma de decisiones en salud pública(17); el monitoreo al acceso a consulta externa, especializada, asistencia urgente y hospitalización,(18) define el proceso entre la demanda, utilización y satisfacción con los servicios de salud, teniendo en cuenta que la población estudio, tiene características sociodemográficas, donde la gran mayoría son de estratos 1 y 2, pertenecen al régimen subsidiado, ganan menos de un salario mínimo, y tienen baja escolaridad.

En el municipio de Villavicencio, las cifras de aseguramiento demuestran una cobertura del 98.44% el Ministerio de Salud ha estimado una cobertura en salud para todo el país 95.23%(19), para la población encuestada sin aseguramiento corresponde a 2% del total de la población, lo cual indica que no existiría barrera en relación con el acceso y la cobertura.

En las cifras reportadas del ministerio “así vamos en salud”, el promedio de espera para una cita de consulta externa es de 3 días para medicina general y para las especialidades es de 9 a 10 días en promedio(20); el estudio evidenció que para el 40.3% de la población encuestada los tiempos de espera en la

consulta externa son mayores a 5 días, sobrepasando los rangos establecidos por el ministerio; según la revisión literaria realizada, estudios sugieren que el 70% de las consultas de urgencias pueden ser atendidas en la consulta externa o centros de salud de primer nivel(21), hecho que permitirá la descongestión de los servicios de urgencias(22,23). Se puede observar que existen falencias en los servicios sanitarios primarios, consulta externa y demás; fortaleciendo los servicios de consulta externa, la consulta de especialista y la entrega de medicamentos, se podría lograr una disminución de las consultas a urgencias, lo cual se vería reflejado en la mejora en los tiempos de espera y la agilidad en la atención.

Según el Informe Nacional de Calidad de la Atención en Salud 2015 (8), que contó con un análisis de la calidad en la atención en los servicios de Urgencias, se evidenció que el departamento del Meta está entre los primeros cinco departamentos que registrarán un mayor tiempo de espera en la consulta de Urgencias; puesto que para el año 2014 fue de 36,6 minutos por encima del promedio nacional de 32,61, limitando el acceso a las personas con patologías que requieren un manejo hospitalario de la urgencia, en el presente estudio se evidenció que el tiempo de espera en los servicios de urgencias es entre 2 y 4 horas, sin embargo para la población encuestada no refiere ningún tipo de dificultad ante la espera, dato similar al encontrado en un estudio realizado en Argentina en 2016, donde se demostró que las personas en condiciones más desfavorables deben tener esperas de más de 1 hora para la atención de urgencias(24), las personas con mayores necesidades en la atención son las que tiene peor situación socioeconómica(25). La población con situación económica precaria, hace mayor utilización de los servicios de salud, dadas las

características sociodemográficas, socioeconómicas, la limitación para el acceso a las consultas especializadas y la poca o nula utilización de los programas de promoción y prevención.

Según los hallazgos el tiempo de desplazamiento a las IPS no se puede considerar como una barrera de acceso teniendo en cuenta los tiempos de desplazamiento son menores a una hora para la atención, en contraste con el estudio realizado en Manizales, donde se encontraron dificultades para el acceso en relación con el tiempo de desplazamiento(26).

Entre las principales causas de consulta a urgencias está la elaboración de un autodiagnóstico, percepción de necesidad, conocimiento de la oferta de los servicios y finalmente la valoración del contexto global del individuo(27). Se demostró que las personas hacen un uso adecuado del servicio de urgencias debido a que el 31.6%, de los encuestados asistieron por problemas agudos de salud, sin embargo la población restante 68.4% acude a los servicios de urgencias en busca de la valoración por especialista, atención ágil, acceso a medios de diagnóstico, dificultades para obtener cita en consulta externa y disminución de costos, hecho que está relacionado con falta de oportunidad en la asignación de citas en la consulta externa y el acceso integral a las necesidades en salud oportunas, problemas que seguramente pudieron ser atendidos en la consulta ambulatoria en los primeros niveles de atención, sin embargo los tiempos de espera para la consulta médica especializada y la oportunidad en la consulta de medicina general inciden de manera directa en la atención(28). La evidencia sobre el acceso a los servicios de salud hace necesaria una revisión de las políticas públicas de salud en Colombia(29), En su gran mayoría las personas manifestaron no tener dificultad en la atención con las IPS y EPS, no se encontró

una marcada diferencia entre el los estratos 1 y 2, ni en el tipo de aseguramiento, que determinen como barrera en el acceso.

CONCLUSIONES

En general las personas que acuden a los servicios de urgencias hacen un uso adecuado, siendo el problema agudo el principal motivo de consulta, se encontró que las características sociodemográficas como sexo, edad, escolaridad, residencia, estrato, régimen de afiliación y EPS, para el acceso a los servicios de urgencias, si bien los tiempos de espera en la consulta de urgencias son prolongados, las personas no lo determinan como una dificultad para el acceso.

La disminución de los tiempos de espera en la consulta externa, los planes y programas de impacto en salud pública dirigidos a la población más desfavorecida, la continua capacitación en la utilización de los servicios, los periodos de espera para la consulta especializada y la entrega oportuna de la medicación, lograría descongestinar los servicios de urgencias dando una mejor utilización al grupo de servicios sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arrivillaga Marcela, Aristizabal Juan Carlos, Pérez Mauricio, Estrada Victoria Eugenia. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gac Sanit [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Abr 03]; 30(6): 415-420. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112016000600415&lng=es. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>.
2. República de Colombia - Congreso Nacional. Ley por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones., Ley 100 de 1993 (diciembre 23). Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-100-de-1993.pdf>

3. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, 53.o Consejo Directivo, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, Washington, D.C., del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014 (CD53/5, Rev. 2). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&id=2273&Itemid=270&lang=es.
4. Mejía-Mejía Aurelio, Sánchez-Gandur Andrés F, Tamayo-Ramírez Juan C. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2007 Mar [citado 2020 enero 03]; 9(1): 26-38. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642007000100005&lng=en.
5. Echeverri López E, Echeverri López E. La salud en Colombia: abriendo el siglo. y la brecha de las inequidades. RGYPS [Internet]. 1 dic.2002 [citado 3 enero.2020]; 1(3). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2884>
6. Vega J, Solar O, Irwin A. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. Determinantes sociales de la salud en Chile. Santiago de Chile 2005.[Internet]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/331984362_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_en_Chile_En_la_Perspectiva_de_la_Equidad/related
7. Ayala, J. & Ayala, J. (2014). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana*; No.

204.

Disponible

en:

https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3072/dtser_204.pdf?sequence=1&isAllowed=y

8. Ministerio de salud y protección social. Cifras de aseguramiento en Colombia (2017). Consultado 10 - febrero -2019. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>

9. Vargas, Ingrid. Vázquez, M. Luisa Mogollón, Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. Rev. salud pública [Internet]. 2010 Oct [citado 2019 Abril 03]; 12(5): 701-712. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000500001&lng=en.

10. Ballesteros MS, Freidin B. Reflexiones sobre la conceptualización y la medición del acceso a los servicios de salud en Argentina: el caso de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009. Salud Colectiva 2015 -12; 11:523-535. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n4/523-535/>

11. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res 1974;9(3):208-220.[citado 20 03 2020] disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>

12. Tovar, L. Arrivillaga M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. RGYPS [Internet]. 19dic.2014 [citado 3abr.2020]; 13(27). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11957>

13. Fajardo-Dolci Germán, Gutiérrez Juan Pablo, García-Saisó Sebastián. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal

en salud. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2015 Abr [citado 2020 Abr 03]; 57(2): 180-186. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lng=es.

14. Valencia- Sierra ML, González-Echeverri G, Agudelo-Vanegas NA, Acevedo-Arenas L, Vallejo-Zapata IC. Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006. Rev. salud pública 2007:529-540. Disponible en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/epidemiologia/Acceso%20a%20los%20servicios...pdf>

15. Universidad de los Llanos. Situación de salud para la zona de los Llanos y la Orinoquía colombiana. Villavicencio 2011. [citado 20 diciembre 2019]. Disponible en: <https://web.unillanos.edu.co/docus/SITUACI%C3%93N%20DE%20SALUD%20ORINOQUIA%20COLOMBIANA%20%2029%20DE%20NOVIEMBRE%20DE%202011.pdf>

16. Ministerio de Salud. Resolución 8430 de 1993 (octubre 4). [citado 02 enero 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

17. Cediél-Becerra NM, Krause G. Herramientas para la toma de decisiones en salud pública basadas en la evidencia y priorización de enfermedades. Revista de Salud Pública 2013 Sep 1,15(5):694-706. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2013.v15n5/694-706/>

18. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, VH-Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2014;13(27):242-265. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-70272014000200015

19. Ministerio de salud y protección social. Cifras de aseguramiento en Colombia (2019). Citado 10 febrero 2020. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf>

20. Así vamos en salud. Tiempo promedio de espera para la asignación de cita de cinco (5) especialidades médicas por IPS-Resolución 256/16. 2018 [citado abril 3 2020]. Disponible en: <https://www.asivamosensalud.org/indicadores/oportunidad-de-la-atencion/tiempo-promedio-de-espera-para-la-asignacion-de-cita-de-cinco>.

21. Pinilla MMA, Ruiz SA, Arrubla P, Villa GC, Castrillón JJC, Gallego JD, et al. Demandas inadecuadas en urgencias e identificación del uso inapropiado de la hospitalización en el Centro Piloto de ASSBASALUD ESE. En manizales. Año 2008. Archivos de Medicina (Col) 2009;9(1):25-34: Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2738/273820380005.pdf>

22. Jenny A. Castro Canoa, Eliécer Cohen Olivella, Alberto Lineros Montañez, Ricardo Sánchez Pedraza. Escala NEDOCS para medir congestión en urgencias: estudio de validación en Colombia Universidad del Rosario; 2010. [citado 10 01 2020]. Disponible en: <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/2250>

23. Domingo Ribas C, Ortún Rubio V. Urgencias hospitalarias o colapso crónico: los pacientes crónicos no deberían colapsar urgencias. Arch Bronconeumol 2006 /06/01; 42(6):257-259. [Citado 20 01 2020]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-urgencias-hospitalarias-o-colapso-cronico-articulo-13089535>

24. Ballesteros M. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. RGYPS [Internet]. 30jun.2016 [citado 3abr.2020]; 15(30). Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/17166>

25. Díaz-Grajales C, Zapata-Bermúdez Y, Aristizábal-Grisales JC. Acceso y satisfacción con servicios curativos: análisis de casos en afiliados al régimen contributivo y afiliados al régimen subsidiado en un barrio estrato 2 - Cali, Colombia. Revista Gerencia y Políticas de Salud 2015 12/;14(29):155-178. [Citado 12 01 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a10.pdf>

26. Holguín JM, Escobar DA, Tamayo JA. Servicio de urgencias versus infraestructura de transporte. Un análisis de accesibilidad enfocado en las desigualdades sociales. Caso de estudio: Manizales, Colombia. Información tecnológica 2017 00/;28(2):125-134. [Citado 10 01 2020]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07642017000200014

27. Pasarín MI, Fernández de Sanmamed, M. José, Calafell J, Borrell C, Rodríguez D, Campasol S, et al. Razones para acudir a los servicios de urgencias hospitalarios: La población opina. Gaceta Sanitaria 2006 04/;20(2):91-99. [Citado 20 01 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000200002

28. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública 2007 Mar 1,9(1):26-38. [Citado 20 02 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642007000100005&script=sci_abstract&tlng=es

29. Vargas J J, Molina Marín G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Facultad Nacional de Salud Pública: El escenario para la salud pública desde la ciencia 2009;27(2):121-130. . [Citado 20 02 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3986369>