

Original

Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos



Marcela Arrivillaga*, Juan Carlos Aristizabal, Mauricio Pérez y Victoria Eugenia Estrada

Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 18 de marzo de 2016

Aceptado el 17 de mayo de 2016

On-line el 4 de julio de 2016

Palabras clave:

Accesibilidad a servicios de salud
Servicios preventivos de salud
Prestación de atención en salud
Colombia

RESUMEN

Objetivo: Diseñar y validar una encuesta de acceso a servicios de salud dirigida a hogares en Colombia para aportar una herramienta metodológica de país que permita ir acumulando evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana.

Método: Se realizó un estudio de validación con personas expertas y prueba piloto aplicada en el municipio de Jamundí, en el departamento del Valle del Cauca, Colombia. Se realizó un muestreo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. La muestra final fue de 215 hogares.

Resultados: La encuesta quedó conformada por 63 preguntas distribuidas en cinco módulos: perfil socio-demográfico del jefe/a del hogar o adulto/a informante, perfil socioeconómico del hogar, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos y de rehabilitación, y gasto de bolsillo en acceso. En términos descriptivos, la promoción de servicios preventivos solo alcanzó valores del 44%; el uso de estos servicios siempre fue mayor, en especial en los grupos del primer año de vida y hasta los 10 años. Para los servicios de urgencias y hospitalización, la percepción de atención de la necesidad estuvo entre el 82% y el 85%. No obstante, hubo percepción de mala y muy mala calidad de la atención hasta en un 36%. Por su parte, la oportunidad de la atención de consulta médica general y con especialista presentó demoras.

Discusión: La encuesta diseñada es válida, relevante y representativa del constructo acceso a servicios de salud en Colombia. En términos empíricos, la prueba piloto mostró debilidades institucionales en un municipio del país, indicando además que la cobertura en salud no significa acceso real y efectivo a los servicios.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Health services access survey for Colombian households

ABSTRACT

Keywords:

Health services accessibility
Preventive health services
Delivery of health care
Colombia

Objective: The aim of this study was to design and validate a health services access survey for households in Colombia to provide a methodological tool that allows the country to accumulate evidence of real-life access conditions experienced by the Colombian population.

Methods: A validation study with experts and a pilot study were performed. It was conducted in the municipality of Jamundi, located in the department of Valle del Cauca, Colombia. Probabilistic, multistage and stratified cluster sampling was carried out. The final sample was 215 households.

Results: The survey was composed of 63 questions divided into five modules: socio-demographic profile of the head of the household or adult informant, household socioeconomic profile, access to preventive services, access to curative and rehabilitative services and household out of pocket expenditure. In descriptive terms, the promotion of preventive services only reached 44%; the use of these services was always highest among children younger than one year old and up to the age of ten. The perceived need for emergency medical care and hospitalisation was between 82% and 85%, but 36% perceived the quality of care to be low or very low. Delays were experienced in medical visits with GPs and specialists.

Discussion: The designed survey is valid, relevant and representative of access to health services in Colombia. Empirically, the pilot showed institutional weaknesses in a municipality of the country, indicating that health coverage does not in practice mean real and effective access to health services.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los sistemas de salud obedecen a la configuración económica y política de diferentes sociedades y son resultado de arreglos

institucionales que se forjan a su vez en el campo técnico-político¹. En el contexto de esta configuración, el acceso a los servicios es un indicador clave en salud pública y expresa la manera en que los Estados protegen o no a sus ciudadanos. De esta forma, dentro de un mismo país o entre distintos países, podrán presentarse diversas maneras de entender el derecho a la salud, con sus correspondientes problemas de inequidades en el acceso a los servicios sanitarios.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co (M. Arrivillaga).

El concepto de acceso a servicios de salud ha tenido múltiples interpretaciones y tampoco está desprovisto de valores sobre los cuales se han estructurado los respectivos sistemas de salud. En la literatura se han encontrado diferentes lógicas que orientan tales conceptualizaciones, que van desde la mirada de mercado de la oferta y la demanda, el enfoque de los mínimos decentes o paquetes de servicios, explicaciones multicausales, una visión basada en necesidades, y muy poco desde una perspectiva con base en el derecho a la salud y la justicia social². Asimismo, medir el acceso encierra sus complejidades, no solo metodológicas sino también políticas, sobre todo cuando lo que está en juego es la evaluación del desempeño del sistema de salud en su puerta de entrada, que puede ser o no garante del derecho a la salud, revelar el estado real de la situación de la población aparentemente cubierta e implicar costos políticos para quienes han tomado las decisiones, administran los recursos u operan directamente los servicios.

En el ámbito internacional, varias encuestas incluyen preguntas sobre acceso a servicios sanitarios; en España, por ejemplo, se aplica la Encuesta Nacional de Salud (ENS)³; en Estados Unidos, The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)⁴; en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)⁵. Las formas de medición incluyen el análisis de datos de las encuestas^{3–11}, el seguimiento de indicadores de cobertura en salud y la recolección de información primaria por medio de cuestionarios^{12–14} y diversas metodologías cualitativas^{15,16}, todo ello realizado por investigadores desde el sector académico, sin clara incidencia política.

En Colombia, desde la Ley 100 de 1993 se ha presentado vasta evidencia sobre las barreras de acceso a los servicios de salud¹⁷. No obstante, es fragmentada y está condicionada por la dificultad para obtener información directa de los usuarios del sistema, que en su mayoría están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que controlan los registros de atención. Dada la estructura del sistema vigente, diseñado en el marco del modelo de mercado y subsidio a la demanda de servicios, la máxima autoridad sanitaria afronta dificultades para obtener datos confiables en materia de acceso y atención en salud en el país. De hecho, los datos oficiales son limitados. Los indicadores utilizados por el ministerio son las camas hospitalarias por 1000 habitantes, la tasa de médicos por 10.000 habitantes, el número de consultas urgentes por cada 10 consultas externas en la red pública, el número de tutelas (acciones legales) por no prestación de servicios, el porcentaje de partos institucionales, la tasa de atención profesional, el porcentaje de personas que encuentran barreras y las barreras según causas específicas¹⁸. Para los autores de este artículo, la suficiencia de tales indicadores representa una limitación para intervenir efectivamente en el sistema en cuanto a barreras se refiere. Además, estos indicadores no permiten monitorear el desempeño de las EPS en la gestión del acceso.

Este estudio tuvo como objetivo diseñar y validar una Encuesta de Acceso a Servicios de Salud (EASS) dirigida a hogares colombianos. Como medida directa del acceso, sin la intermediación de las EPS ni de las instituciones prestadoras de los servicios, la investigación es un punto de partida que aporta una herramienta metodológica de alcance poblacional en el país, para ir acumulando evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana.

Método

Tipo de estudio

Estudio de validación con prueba piloto de la EASS, diseñada por los autores y las autoras. Aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia.

Contexto del estudio y población

Área urbana del municipio de Jamundí, departamento del Valle, Colombia. La población estuvo conformada por 16.335 hogares. El/la jefe/a del hogar o un/una adulto/a mayor de edad suministró la información.

Diseño muestral

Muestreo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. La variable de estratificación fue el estrato socioeconómico (categoría establecida por ley en Colombia que clasifica la población en estratos de 1 a 6). El marco muestral fue el mapa del municipio, que identificaba las manzanas del área urbana con su estrato moda (indicador de tendencia central moda, proxi de posición socioeconómica). Las unidades primarias de muestreo fueron manzanas, seleccionadas al azar. Las unidades secundarias fueron viviendas, identificadas mediante reconocimiento cartográfico. Si en una vivienda había dos o más hogares, se escogió uno de ellos al azar. El componente estratificado del muestreo se hizo con asignación proporcional de acuerdo con el tamaño de cada estrato.

Muestra

El tamaño de la muestra se basó en la estimación del promedio de la prevalencia de barreras de acceso a servicios de salud en cabeceras municipales, de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida en Colombia de los años 2010, 2011 y 2012, que fue del 6,8%. Además, se calculó utilizando un nivel de confianza del 95%, un error de estimación del 5% y un efecto del diseño de 2. El tamaño de la muestra, asumiendo una tasa de pérdida del 10%, fue de 215 hogares.

Diseño de la encuesta

Luego de una revisión bibliográfica sobre la conceptualización y la medición del acceso a servicios de salud, los autores diseñaron la EASS. Como constructo teórico, y desde un enfoque de derecho a la salud y justicia social, se definió el acceso a servicios de salud como la disponibilidad, la promoción y el uso efectivo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, para responder a las necesidades específicas de la población, en condiciones de garantía suficiente, oportuna y de calidad, del derecho a la salud.

Después se definieron dos dimensiones a evaluar: acceso a servicios preventivos y acceso a servicios curativos y de rehabilitación. De manera complementaria, se incluyó un módulo de gasto de bolsillo en acceso. Para determinar los ítems que evalúan servicios preventivos se utilizó como referencia la Resolución 412 de 2000, con la cual se establecen las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública en Colombia. Se incluyeron también ítems del Censo 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de la Encuesta Nacional Demografía y Salud de 2010, de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2011 y de la Gran Encuesta de Hogares, con una modificación proveniente de la 15ª Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo CIET-1993, que estableció la clasificación de los trabajadores de los sectores formal e informal.

Validación de la encuesta

Tuvo dos fases. En la primera se realizó la validación de contenido con personas expertas de la encuesta originalmente diseñada. Se seleccionaron 11 personas con experiencia en servicios de salud de más de 15 años en la gerencia de instituciones de salud, en servicios de hospitalización y de urgencias, o en programas de calidad. Se evaluaron la pertinencia de cada ítem, la suficiencia de los ítems

que componían cada módulo, la redacción, la coherencia gramatical y la ortografía. Luego de completar la revisión y de valorar la concordancia entre personas expertas, los autores efectuaron un primer ajuste de la EASS, incluyendo, modificando o eliminando ítems de la versión original.

En la segunda fase se efectuó la validación con prueba piloto en hogares de Jamundí. Al completar esta fase se realizó un análisis descriptivo mediante tablas de frecuencia e indicadores estadísticos de centramiento y dispersión. Esto, más la revisión de los diarios de campo de los supervisores y encuestadores, permitió el ajuste final de la encuesta.

Recolección de la información

Tras definir los hogares seleccionados, los encuestadores, previamente capacitados utilizando el *Manual de aplicación de la EASS* diseñado por los autores y las autoras, procedieron a recabar el consentimiento informado y a la entrevista. Se efectuó un proceso de doble digitación para garantizar la calidad de toda la información. La información fue recolectada entre junio y agosto de 2015.

Análisis de la información

Se realizó un análisis descriptivo de las variables por medio de tablas de frecuencias para las variables categóricas y de indicadores de centramiento, dispersión y posición para las variables cuantitativas. Se realizó la caracterización del acceso a los servicios para los distintos grupos, y finalmente se analizó el gasto de bolsillo en acceso. También se estableció la relación existente entre los servicios preventivos promovidos por las EPS y los servicios utilizados por los encuestados a través del cálculo de la razón entre las respectivas cantidades.

Resultados

Encuesta validada

El número de personas que respondieron la encuesta fue de 215. El promedio de personas por hogar fue 3,5, y la tasa de respuesta estuvo por encima del 95%. Culminado el proceso de validación, la EASS quedó estructurada en 63 preguntas con un tiempo de aplicación de 45-50 minutos. Las preguntas se distribuyen en cinco módulos:

- Módulo 1: perfil sociodemográfico del jefe o de la jefa del hogar o persona adulta informante; nueve ítems que evalúan sexo, edad, etnicidad, nivel de educación más alto, estado civil actual, última ocupación, EPS, régimen o tipo de afiliación al sistema de salud (contributivo –para personas con vinculación laboral, es decir, con capacidad de pago, como los trabajadores formales e independientes, pensionados y sus familias–, subsidiado –para población pobre, sin capacidad de pago–, o especial –para fuerzas militares y policía, personal civil del Ministerio de Defensa, profesores del sector público y empleados de Ecopetrol–), e ingresos.
- Módulo 2: perfil socioeconómico del hogar; cuatro ítems que evalúan el estrato socioeconómico de la vivienda, los ingresos del hogar, el tipo de vivienda y la ubicación.
- Módulo 3: acceso a servicios preventivos; 12 ítems que evalúan la promoción de servicios por parte de la EPS en el último año, el número de personas en el hogar por grupo de edad, el uso de servicios en el último año, todo por grupos de edad y sexo cuando aplica, nombre de la EPS, medio de transporte para llegar al servicio y tiempo de desplazamiento.
- Módulo 4: acceso a servicios curativos y de rehabilitación; 30 ítems que evalúan el acceso a servicios de urgencias, hospitalización y consulta médica general y con especialista. Para todos

los servicios mide la oportunidad, la atención de la necesidad, la calidad de la atención, las barreras y la fuente de recursos para el pago de servicios.

- Módulo 5: gasto de bolsillo en acceso; seis ítems que miden el pago en pesos colombianos de cuotas moderadoras y copagos, medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados por las EPS, y gastos en transporte y manutención.

La EASS está disponible en el [Apéndice online](#) de este artículo. El manual de aplicación puede solicitarse a la autora para correspondencia.

Acceso a servicios preventivos

En cuanto a la promoción de servicios preventivos (o lo que en la literatura tradicional se acerca al concepto de oferta de servicios) por parte de las EPS, se encontró que en todos los grupos de edad fue inferior al uso realizado por la población; que la promoción de servicios disminuye con el avance en los grupos de edad, concentrándose primordialmente en el primer año de vida y hasta los 10 años, en especial con el servicio de vacunación; a partir de los 11 años ocurre un descenso importante. En ningún grupo a partir de esta edad la promoción de servicios por parte de las EPS alcanzó valores por encima del 44% (fig. 1).

Respecto a la utilización de servicios, fue mayor en los grupos del primer año de vida y hasta los 10 años de edad. No obstante, como en el caso de la promoción de servicios, también se presentó un descenso en el grupo de 11 a 19 años; y al contrario de los resultados sobre promoción de servicios, se halló un repunte en el uso a partir de los 20 años de edad, con valores hasta del 82% en los mayores de 45 años. El servicio más utilizado en el primer año de vida fue la vacunación, con un 92,3%; de 1 a 5 años, controles de niño sano y vacunación, con un 98% y un 95,1%, respectivamente; de 6 a 10 años, vacunación también, con un 97,9%; de 11 a 19 años, consulta por salud oral (limpieza), con un 69,3%; en los grupos de 20 a 29 años y de 30 a 34 años, consulta médica, con un 54,2% y un 69,2%, respectivamente; y en los mayores de 45 años, la toma de presión arterial, con un 82,4%.

La figura 1 muestra que la diferencia entre ambos tipos de servicios (preventivos y curativos) estuvo entre el 26% para el grupo del primer año de vida y el 108% en el grupo de 30 a 34 años de edad.

Acceso a servicios curativos

Los servicios de urgencias y hospitalización tuvieron mejores resultados que los servicios de consulta médica general, con especialista y acceso a medicamentos. Para los servicios de urgencias y hospitalización, la percepción de atención de la necesidad estuvo entre el 82% y el 85%. No obstante, hubo percepción de mala y muy mala calidad de la atención hasta en un 36%. La oportunidad de la atención de consulta médica general y con especialista presentó demoras, en especial en el tiempo de autorización por parte de las EPS y de cita efectiva con el médico especialista. El acceso a medicamentos se vio comprometido, ya que el 25% de los/las encuestados/as reportó problemas, bien sea porque no les fueron entregados a tiempo o porque no estaban incluidos en el Plan Obligatorio de Salud.

La síntesis de la oportunidad, la atención de la necesidad y la calidad de la atención en servicios curativos se presentan en la [tabla 1](#).

Gasto de bolsillo en acceso a servicios de salud

Se evaluó basándose en la última atención recibida. Los resultados mostraron que el 52,9% realizó pago de cuotas moderadoras y copagos entre 0,60 dólares americanos (aproximadamente 1800

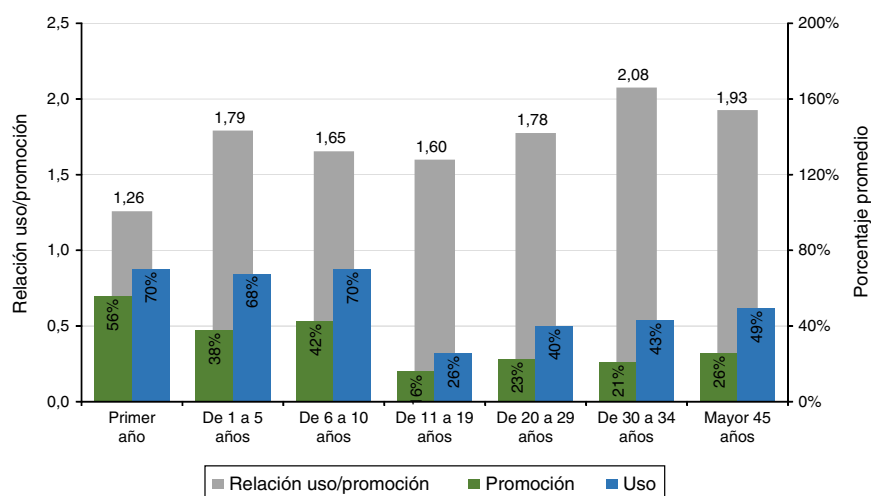


Figura 1. Porcentajes promedio y razón entre promoción de servicios preventivos por parte de Entidades Promotoras de Salud y uso por parte de encuestados. Jamundí, Colombia, 2015.

pesos colombianos) y 173 dólares americanos (aproximadamente 520.000 pesos colombianos).

Discusión

Este estudio tuvo como propósito aportar una herramienta metodológica de utilidad para la captura de información sobre el acceso a servicios con base en información provista directamente por los hogares colombianos. Así, la EASS se constituye como un instrumento válido que facilita el monitoreo y la toma de decisiones en salud pública en el país, y entra a formar parte del conjunto de encuestas que en los países de todo el mundo evalúan el acceso a los servicios de salud. En la ENS de España³ se monitorean también el acceso a consulta médica de atención primaria y especializada, asistencia urgente y hospitalización; la ENSANUT⁵, en México, explora el proceso de demanda, utilización y satisfacción con los servicios de salud curativos en los ámbitos ambulatorio y hospitalario; y en Estados Unidos, la NHANES⁴ sigue la utilización de hospitales y el acceso a la atención médica.

El punto de partida de este estudio fue la revisión sistemática de la literatura donde se analizaron los modelos conceptuales en

acceso a servicios desde 1970 hasta 2013². De acuerdo con esos hallazgos, que muestran la carencia de modelos basados en las necesidades y en el derecho a la salud, los autores y las autoras definimos el constructo «acceso a servicios de salud» incorporando elementos que dieran cuenta de ello. A su vez, el diseño implicó la revisión de la reglamentación colombiana. Para la adecuada operatividad del constructo, concretamos las dimensiones a medir y a partir de ellas se elaboraron los ítems. El proceso siguió el criterio de que el concepto esencial de validez de contenido es que los ítems de un instrumento de medición deben ser relevantes y representativos del constructo para un propósito evaluativo particular¹⁹.

Las personas expertas aportaron evidencia, juicios y valoraciones de la encuesta originalmente diseñada, considerando su opinión informada y su experiencia²⁰. El proceso de validación de contenido con ellos requirió interpretar y aplicar sus resultados de manera acertada, eficiente y con rigurosidad metodológica, para permitir que la evaluación basada en la información obtenida en el instrumento pudiera ser utilizada con los propósitos para la cual fue diseñada²¹. La validez de contenido aportó evidencia para aplicar la EASS a mayor escala. Por ello, el segundo paso de validación se realizó con una prueba piloto en una muestra de hogares. Esto fue

Tabla 1
Oportunidad, atención de necesidad y calidad de atención en servicios curativos. Jamundí, Colombia, 2015

	Urgencias n = 121	Hospitalización n = 35	Consulta médico general n = 164	Consulta especialista n = 79	Medicamentos n = 133
Oportunidad de la atención	Inmediatamente a 2 horas: 60,4% Más de 2 horas: 38%	Inmediatamente: 15,6% El mismo día: 56,3% De 2 a 3 días: 28,1%	Tiempo entre cita y consulta: 1 día a 1 semana: 78,1% 1 a 4 semanas: 20,1% 1 a 3 meses: 1,8%	Tiempo de autorización por parte de la Entidad Promotora de Salud: 1 día a 1 semana: 48,6% 1 a 4 semanas: 36,8% Más de 1 mes: 14,7% Tiempo entre autorización y consulta: 1 día a 1 semana: 23,7% 1 a 4 semanas: 52,7% 1 a 3 meses: 21,8% 3 a 6 meses: 1,8%	Entrega de medicamentos: Sí, todos: 70,7% Sí, algunos: 15,8% No: 12%
Atención de la necesidad	Sí: 82,7% No: 17,4%	Sí: 85,7% No: 14,3%	No tuvo problemas para el tratamiento: 79%		No estaban incluidos en Plan Obligatorio de Salud: 25%
Calidad de la atención	Muy buena o buena: 64% Mala o muy mala: 36%	Muy buena o buena: 71,4% Mala o muy mala: 28,6%	Muy buena o buena: 82,9% Mala o muy mala: 15,8%		No había los medicamentos recetados: 12%

crucial, ya que permitió probar en el campo la encuesta, retomar las observaciones de los encuestadores y aplicar sus resultados en la encuesta final.

Refiriéndose propiamente a los hallazgos en Jamundí, los resultados mostraron información que merece ser recopilada a la manera de línea de base para efectos de monitoreo del acceso, y a su vez para compararla con la situación de otros municipios de Colombia. En el caso de Jamundí, el Ministerio de Salud ha estimado una cobertura en salud del 80,89%. No obstante, los hallazgos de este estudio revelan debilidades institucionales tanto para promover servicios preventivos como para atender las enfermedades. Esto indica que cobertura en salud no significa acceso real y efectivo a los servicios.

Las limitaciones del estudio fueron metodológicas y operativas. En términos metodológicos, la estructura del módulo de acceso a servicios preventivos que evalúa los grupos de edad limita el tamaño de la muestra y los posteriores análisis desagregados por sexo. En el levantamiento del marco muestral, la cartografía de viviendas aportada por el municipio no correspondió en muchos casos con la realidad encontrada, lo que extendió el calendario de aplicación. A su vez, por limitaciones de presupuesto, al no contar con dispositivos electrónicos de captura de información hubo que realizar reprocesos en el análisis de datos.

Como recomendaciones, y en especial para la aplicación de la EASS en otros municipios de Colombia, sugerimos regirse por el diseño muestral planeado, acogerse al manual de aplicación, sistematizar la información y divulgarla entre la comunidad y los tomadores de decisiones. La acumulación de evidencia sobre las condiciones de acceso a servicios de salud se hace necesaria de cara a la revisión de la política de salud en Colombia.

Editora responsable del artículo

M^a Felicitas Domínguez Berjón.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

¿Qué se sabe sobre el tema?

Los sistemas de salud tienen formas de medir el acceso a los servicios que responden a configuraciones políticas y económicas donde se fundamentan. En Colombia, la medición del acceso es restringida y cuenta con la dificultad para conocer los registros institucionales, en especial de empresas promotoras de salud, de naturaleza privada.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

El estudio aporta una encuesta validada de medición del acceso a servicios de salud directamente en la fuente de hogares de Colombia. Esto permitirá monitorear el acceso mediante información primaria y facilitará la toma de decisiones en salud pública en cuanto a infraestructura sanitaria, organización y disposición de redes de servicios en todos los niveles de atención.

Contribuciones de autoría

Todos/as los/las autores/as han participado en la concepción, el diseño y la elaboración de este artículo. Específicamente, M. Arrivillaga coordinó el proyecto y redactó, junto a V.E. Estrada, la primera versión del texto. J.C. Aristizabal y M. Pérez fueron los encargados de realizar el análisis empírico. Todos/as los/las autores/as participaron en la interpretación de los datos, así como en el proceso de revisión del artículo. Todos/as los/las autores/as han leído y aprobado la versión final.

Financiación

El proyecto del cual se derivó este artículo fue financiado por la Oficina de Investigación, Desarrollo e Innovación de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali. Registro No. 00004055.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2016.05.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008).

Bibliografía

1. Uribe MM. Las contiendas por las reformas de la salud en Colombia, 1990-2011: Nacimiento y "declive" de un modelo de mercado para la salud. España: EAE Editorial Academia Española; 2011. p. 156.
2. Arrivillaga M, Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saúde Pública, 32(5), e00111415. Epub May 17, 2016. <https://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00111415>
3. Encuesta Nacional de Salud de España. (Consultado el 10/08/2014.) Disponible en: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2011.htm>
4. The National Health and Nutrition Examination Survey. (Consultado el 07/06/2014.) Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes/about.nhanes.htm>
5. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
6. Durden T, Hummer R. Access to healthcare among working aged Hispanic adults in the United States. Soc Sci Q. 2006;87:1319–43.
7. Sibley L, Weiner J. An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. BMC Health Services Research. 2011; 11:20.
8. Wabiri N, Chersich M, Zuma K, et al. Equity in maternal health in South Africa: analysis of health service access and health status in a national household survey. Plos One. 2013;8:e73864.
9. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Rev Salud Pública. 2007;9:26–38.
10. Waters H. Measuring equity in access to health care. Soc Sci Med. 2000;51:599–612.
11. Aguado L, Girón L, Osorio A, et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. Rev Latinoamericana Ciencias Soc Niñez y Juv. 2007;5:1–36.
12. Díaz C, Zapata Y, Aristizábal JC. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. Rev Gerenc Polit Salud. 2011;10:153–75.
13. Glendinning C, Jacobs S, Alborz A, et al. A survey of access to medical services in nursing and residential homes in England. Br J Gen Pract. 2002;52: 545–8.
14. Cook NL, Hicks LS, Malley AJO, et al. Access to specialty care and medical services in community health centers. Heal Aff. 2007;26:1459–68.
15. Cristancho S, Garces D. Listening to rural Hispanic immigrants in the Midwest: a community-based participatory assessment of major barriers to health care access and use. Qual Health Res. 2008;18:633–46.

16. Mogollón A, Vázquez M. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*. 2008;24:745–54.
17. Yepes F, Ramírez M, Sánchez L, et al. Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010;9:118–23.
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Estadísticas Prestación de Servicios: Cuadro de Indicadores de Prestación Acceso. Bogotá (COL). (Consultado el 22/10/2015.) Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/estadisticas/default.aspx>
19. Ding C, Hershberger S. Assessing content validity and content equivalence using structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*. 2002;9:283–97.
20. McGartland D, Berg M, Tebb S, et al. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Social Work Research*. 2003;27:94–104.
21. Escobar J, Cuervo A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008;6:27–36.