

**ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL MUNICIPIO DE VILLA RICA, CAUCA,
COLOMBIA 2023.**

JAIRO ORLANDO GALINDO ESPINOSA
YESID ERNESTO PEÑA CARABALÍ
MARCELA ARRIVILLAGA, PhD. (Tutora)

Artículo resultado de trabajo de grado para optar al título de Magister en Salud Pública

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
MAYO, 2024**

RESUMEN

Introducción: El acceso efectivo a los servicios de salud, más allá de la cobertura universal en salud continúa siendo un reto de la salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano.

Objetivos: Describir y analizar el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación en los hogares urbanos del municipio de Villa Rica en el Departamento del Cauca en el año 2023

Método: Se realizó un estudio observacional-descriptivo de corte transversal con muestreo - probabilístico aleatorio simple en 236 hogares del municipio de Villa Rica, utilizando la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos.

Resultados: Aunque el 98% de los hogares encuestados reportaron que sus miembros están afiliados al sistema de salud, solo el 45% consultó los servicios preventivos; el rango de edad donde más se hace uso de servicios como vacunación, suministro de antiparasitarios, valoración auditiva y control por pediatría fue en menores de 1 año. La proporción entre la oferta de servicios por parte de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y la utilización por parte de los usuarios fue similar con un 53% y 55%, respectivamente. Respecto los servicios curativos, el servicio menos accedido fue hospitalización con un 6.8% y urgencias con un 29%. El gasto de bolsillo reportado por los hogares fue bajo, lo cual puede deberse a que más del 90% de los hogares pertenecían al régimen subsidiado.

Conclusión: Se hace necesario aumentar los esfuerzos administrativos municipales y de las EAPB para mejorar el acceso a los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación en toda la población del municipio de Villa Rica.

Palabras claves: Acceso a servicios de salud; Servicios preventivos de salud; Prestación de atención en salud, Gastos de bolsillo, Justicia Social y Derecho a la Salud.

INTRODUCCIÓN

La Cobertura Universal en Salud (CUS) es entendida como el acceso y uso oportuno de los servicios por las personas (1), ya sea por razones preventivas, curativas o de rehabilitación, independiente del tipo de afiliación al sistema de salud. La CUS se comienza a implementar en las reformas que surgieron después de Alma-Ata, con el fin de mejorar el acceso a la salud, la protección financiera y el incremento de la eficiencia con el objetivo de reducir las inequidades (2). Para lograrla, se propone que es necesario involucrar el estado, el mercado y los fondos mixtos que ayuden a fortalecer los sistemas de salud (3).

Es importante destacar que acceso no es lo mismo que CUS, pues si los servicios de salud no son accedidos, sería un problema de la oferta y sería necesario eliminar las barreras geográficas, económicas, administrativas y culturales que se pudieran interponer, (4). El acceso ha sido contextualizado desde varios componentes y debe ser garantizado por el gobierno de forma adecuada, óptima y de alta calidad; es resultante de factores como la ubicación, disponibilidad, costo y conveniencia de los servicios, así como de los factores de demanda, tales como carga de enfermedad, conocimiento, actitudes, habilidades y autocuidado. Los planteamientos en esta lógica conceptual superan el concepto mismo de acceso y lo enmarcan en principios éticos de justicia social redistributiva, de equidad en salud, y de derecho a la salud (5). Por lo tanto, el acceso y el derecho a la salud son dos conceptos interrelacionados pero distintos y se refieren al derecho fundamental de todas las personas a tener acceso a los servicios de salud necesarios para preservar su bienestar físico, mental y social.

En Colombia, La Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria del Derecho a la Salud, consagró el derecho a la salud como un derecho fundamental en el país, estableciendo que debe garantizarse la prestación de servicios integrales, iguales para todos y sin barreras administrativas; esto guarda relación con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) de lograr la cobertura sanitaria universal (6). Dicho acceso en el país está reglado por Plan Obligatorio de Salud (POS), que corresponde al paquete de servicios básicos en las áreas de recuperación de la salud, prevención de la enfermedad y cubrimiento de ingresos de manera transitoria (7).

La literatura a nivel internacional y nacional muestra que se mantienen muchas barreras que dificultan el acceso a estos servicios, en la actualidad todavía se presentan poblaciones sin cobertura en salud, inadecuada distribución en los servicios urbanos y rurales, corrupción por parte de las EAPB (Entidades administradoras de planes de beneficios), sumado a esto los “itinerarios burocráticos” y los procesos administrativos que dificultan la atención (1-2). Estas barreras, de tipo económico, geográfico, administrativo, cultural, normativo, de oferta, relacionadas con la falta de confianza en los proveedores de salud y de discriminación en especial a la población vulnerable, hacen que sea necesario referirse al acceso efectivo a los servicios desde un enfoque de derecho a la salud. A pesar de estas normativas, las reformas y políticas establecidas no han dado respuesta suficiente a las necesidades del país (8). Se ha fortalecido el modelo de intermediación financiera entre administradores de los recursos que son la Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las IPS públicas y privadas; la operación se encamina en la facturación por la atención de enfermedades y los servicios continúan en muchos casos, fragmentados. Por tal motivo, la población ve afectada la garantía del derecho a la salud lo que se refleja en tutelas por violación de este derecho entre enero y septiembre de 2023 se presentaron 198.000 (9).

Conocer las brechas que se presentan frente al acceso a los servicios, a nivel institucional y de las entidades prestadoras de servicios de salud, puede permitir realizar una estructuración del sistema que garantice que las personas accedan sin dificultades, gracias al reconocimiento de los determinantes sociales, económicos y culturales de cada una de las regiones. La Encuesta de

Acceso a Servicios de Salud para Hogares (EASS, 2016), es una herramienta metodológica que pone en evidencia las condiciones de acceso real de hogares colombianos (6). Esta encuesta ya se ha aplicado en municipios como Cali, Jamundí, Palmira y Zarzal en el Valle del Cauca, mostrando diferencias notorias en el acceso a servicios preventivos en estos lugares (8, 10).

En Colombia, existen varias zonas que por sus determinaciones económicas, geográficas, culturales y sociales pueden tener diferencias y brechas significativas en el acceso. El Departamento del Cauca, por ejemplo, tiene grandes retos para la prestación de servicios de salud considerando que tiene una zona rural del 63%, y solamente cinco municipios cuentan con altas proporciones de población residente a nivel urbano: Popayán, 82%; Puerto Tejada, 85%; Villa Rica, 67%, Miranda, 56% y Guapi 50%; el restante se encuentra en zonas dispersas. Ya se ha reportado que uno de los mayores inconvenientes para acceder a los servicios en este departamento es el mal estado de las vías de segundo y tercer nivel, retrasando la oportunidad de la atención al incrementar los tiempos de desplazamiento lo cual ha resultado especialmente preocupante en casos de urgencias con fallecimientos que han podido evitarse (11). Otros determinantes del acceso a los servicios de salud son los diferentes tipos de violencias; el departamento del Cauca es uno de los territorios del país donde se presentan mayor riesgo por el conflicto armado y estos factores han generado afectación en la salud física y psicológica (11).

Para la finalidad de este estudio, se tomó en consideración el municipio de Villa Rica, debido a que cuenta con una extensión total de su territorio de 74.41 km², de los cuales el 99.64% corresponden a extensión rural y solo el 0,27% de extensión a la zona urbana con una población para el año 2022 de 21.674 habitantes. De ellos, el 67.6% con 14.652 habitantes corresponde a población de cabecera municipal, el 32.4% con 7.022 habitantes corresponde a población de área rural (12). La pirámide poblacional de la zona es regresiva, pudiéndose evidenciar estrechamiento progresivo de su base y aumento ligero de la población a partir de los 20 años, el grupo de edad que más ha aumentado en el periodo (2014-2023) es el de 40 a 44 años, y una proporción mayor en el grupo de las mujeres en especial a partir de los 35 años (53,76% mujeres versus 46.24% hombre), situación que puede ocasionarse por la mortalidad temprana de hombres debido a causas externas como homicidios (12). Esta pirámide ilustra el descenso de la natalidad, lo cual indica que el crecimiento de la población continúa siendo en las edades avanzadas, en las cuales predominan las enfermedades crónicas (12). Por otro lado, la ESE Norte 3, institución primer nivel de atención es la única prestadora de servicios de salud de la población asegurada en el régimen subsidiado, teniendo convenio con cuatro EAPB (Asmet Salud, Nueva EPS, Compensar y S.O.S Servicio Occidental de Salud); esto significa que, de 21.674 habitantes totales del municipio, en el 2023 se reportaron un total de 13.961 personas afiliadas al sistema de salud, lo que indica que para el año 2023 se reportó una cobertura de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en el municipio del 64,4% (13). Dado lo anterior, este estudio buscó contribuir a la generación de evidencia acumulada hasta ahora, describiendo y analizando el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación en los hogares urbanos del municipio de Villa Rica en el Departamento del Cauca en el año 2023.

MÉTODO

Tipo de estudio: Se realizó un estudio observacional-descriptivo de corte transversal que fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia.

Población y muestra. La población de estudio fueron los hogares urbanos del municipio de Villa Rica del Departamento del Cauca, Colombia. Se realizó un muestreo probabilístico aleatorio simple en el municipio. Las unidades primarias de muestreo fueron las manzanas, las cuales fueron seleccionadas al azar mediante la generación de números aleatorios. Las unidades secundarias de muestreo fueron las viviendas, situadas en las manzanas seleccionadas, del total

de las viviendas identificadas en cada manzana mediante reconocimiento cartográfico, fueron seleccionadas cuatro (4) viviendas de forma aleatoria. Si en una vivienda había dos o más hogares, uno de ellos se escogió al azar. El marco muestral correspondió al mapa del municipio que identificaba las manzanas del área urbana.

El tamaño de muestra se basó en la estimación teniendo en cuenta el porcentaje de hogares con barreras de acceso a servicios de salud del 4.2%, de acuerdo con las reportadas por el Instituto Nacional de Salud 2019, Se tomará una muestra del total de los 4.717 hogares de la zona urbana del municipio, asumiendo una tasa de pérdida del 10% con un error de estimación del 2.5% incluyendo así a 236 hogares.

Instrumento. Se aplicó la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos, EASS-2016 de Arrivillaga y colegas (2016) conformada por 61 preguntas, ajustadas a la resolución 3280 de los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y el Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal. La unidad de análisis fue el jefe del hogar o un adulto mayor de edad, quien suministró la información. La estructura de la encuesta está distribuida cinco módulos así:

- Módulo 1: Perfil Sociodemográfico del Jefe del Hogar o Adulto Informante.
- Módulo 2: Perfil socioeconómico del Hogar.
- Módulo 3: Acceso a servicios preventivos.
- Módulo 4: Acceso a Servicios Curativos y de Rehabilitación.
- Módulo 5: Gasto de bolsillo en acceso.

Procedimiento. Luego del levantamiento del marco muestral en el municipio de Villa Rica, y de la definición de los hogares seleccionados, los encuestadores, previamente capacitados utilizando el Manual de Aplicación de la EASS, procedieron a la toma del consentimiento informado de forma física y a la entrevista del jefe del hogar o un adulto mayor de edad, la cual fue supervisada y coordinada por uno de los investigadores. Las preguntas se realizaron de forma directa y fueron consignadas en una base de datos en hoja de cálculo de Excel que fue alimentada desde un formulario de encuesta de *Google Forms* encriptada y protegida con claves.

Análisis de información. se realiza un análisis descriptivo de las variables por medio de tablas de frecuencias (valores absolutos y porcentajes) para las variables categóricas, e indicadores de centramiento (media o mediana) y dispersión (desviación estándar o rango/rango Inter cuartil) para las variables numéricas usando el programa estadístico Stata 12.

RESULTADOS

Perfil sociodemográfico del jefe del hogar o adulto informante. De los 236 jefes de hogar, el 73% eran mujeres (n=172) la mediana de edad fue de 45 años (RIC 63-37), de los cuales, el 52% estaba comprendida entre los 29 a 59 años; el 90% se auto reconocía como afrodescendiente; el 41.5% solo terminó la secundaria, el 22.5% tuvo una formación técnica o tecnológica y el 9% accedió a la educación superior; el 53.4% afirmó estar soltero y el 39% en unión libre o está casado; el 26% está desempleado, el 23% trabaja de manera independiente y el 19% empleado formal; los ingresos mensuales personales del 48% es menos del salario mínimo legal vigente (\$1.300.000) y el 18% no tiene ingresos fijos. El 98% de los encuestados se encontraban afiliados al sistema general de seguridad social (SGSS); el 62% estaba en el régimen subsidiado; el 30% pertenecían al régimen contributivo, 0.4% régimen especial y el 2% no estaban afiliados.

Perfil socioeconómico del hogar. Se encontró que el 96% de los encuestados pertenecían al estrato 1; los hogares están conformados el 30% por una persona, el 27% son 2 personas y el 21% 3 personas; el 45% expresó que los ingresos mensuales totales del hogar eran menos del

salario mínimo legal vigente y el 36% no tenía información sobre el ingreso total; el 43% viven en una vivienda propia, el 33% familiar y el 23% en alquiler.

Acceso a servicios preventivos. En el último año el 45% los encuestados o algún miembro del hogar consultó al médico sin estar enfermo y por prevención, el 39% no accedió a los servicios médicos por no necesitarlos, el 11% asistieron al médico y odontólogo por prevención y el 4% solo asistieron al servicio odontólogo. Por lo tanto, se observa baja incidencia de consultas por prevención en las personas encuestadas y su núcleo familiar. Es importante destacar que en todos los rangos de edad no se reportó una oferta del 100% de los servicios preventivos a la población siendo el rango de 6 a 17 años el menos ofertado., lo que puede influenciar así en la poca accesibilidad, consulta y utilización de los mismos

Durante el primer año de vida se observó que las EAPB han realizado mayor oferta y los usuarios han accedido al servicio de control por medicina familiar o pediatría con un 85.7% y valoración visual con un 71,4% y una baja oferta y utilización de tamizajes para hemoglobina con 14.2% en ambos aspectos.

En el ciclo de vida de 1 a los 5 años, el servicio más ofertado ha sido vacunación con un 71.8%, pero solo el 62.5% ha usado el servicio; también hay una baja oferta de actividades para el cuidado del menor (puericultura), salud visual y valoración auditiva con un 4.1%, pero los usuarios si han utilizado el servicio auditivo con un 16.6%. El servicio de control por pediatría, salud oral, suplemento con hierro y suministro de antiparasitarios son servicios a los que las personas han accedido sin necesidad de una oferta por parte de las EAPB.

En cambio, respecto a las consultas por pediatría y de educación individual entre los 6 a los 10 años los datos muestran un decrecimiento tanto en la oferta como en la utilización, siendo del 36,6% y el 9%, respectivamente. En este mismo grupo de edad, la oferta y utilización de salud oral y vacunación estuvieron en un 36%. Toda la información antes mencionada se puede observar en la tabla 1.

Tabla 1. Oferta y utilización de servicios preventivos en el último año de entre primer año de vida hasta los 10 años en Villa Rica, Cauca, Colombia. 2023.

SERVICIOS PREVENTIVOS	Servicios ofertados por las EAPB		Servicios utilizados por los usuarios	
	n	%	n	%
GRUPOS DE EDAD				
PRIMER AÑO DE VIDA (n=7)				
Controles de niño sano por medicina familiar o especialista en pediatría y salud oral.	6	85,7%	6	85,7%
Actividades para el cuidado del menor	5	71,4%	4	57,1%
Servicios de valoración visual	5	71,4%	5	71,4%
Valoración auditiva	4	57%	3	42%
Suplemento con hierro	3	42,8%	2	28,5%
Suplemento con micronutrientes	3	42,8%	1	14,2%
Suministro de antiparasitarios	4	57%	2	28,5%
Vacunación	4	57%	3	42,8%
Tamizaje para hemoglobina*	1	14,2%	1	14,2%
1 A 5 AÑOS DE VIDA (n=24)				
Controles de niño sano por medicina familiar o especialista en pediatría	12	50%	16	66.6%
Servicios de Actividades para el cuidado del menor y valoración visual*	1	4.1%	1	4.1%
Salud oral (sellantes, flúor, placa bacteriana)	6	25%	9	37,5%

Valoración auditiva*	1	4,1%	4	16,6%
Suplemento con hierro	2	8,3%	10	41,6%
Suplemento con micronutrientes	4	16,6%	3	12,5%
Suministro de antiparasitarios	6	25%	12	50%
Vacunación	17	71,8%	15	62,5%
Tamizaje para hemoglobina	2	8,3%	3	12,5%
Educación individual (padres o cuidadores)	6	25%	6	25%
Educación familia / grupal	7	29,1%	7	29,1%
DE 6 A 10 AÑOS DE VIDA (n=11)				
Controles de niño sano por medicina familiar o especialista en pediatría y vacunación.	4	36,3%	4	36,3%
Cuidado del menor (puericultura)*	1	9%	2	18,1%
Valoración visual	1	9%	3	27,2%
Salud oral (fluorización y sellantes) placa bacteriana)	4	36,3%	4	36,3%
Tamizaje para anemia-Hemoglobina y hematocrito**	1	9%	3	27,2%
Educación individual*	1	9%	1	9%
Educación familiar/grupal*	1	9%	3	27,2%

Nota: los campos marcados con * muestran los servicios menos ofertados por las EAPB

En la tabla 2 se puede observar de manera detallada los resultados en otros rangos de edad, siguiendo la tendencia de baja oferta y utilización de los mismos. No se obtuvieron respuestas afirmativas más allá del 41%. Vale aclarar que no hubo datos de mujeres gestantes dado a que en los hogares encuestados no se encontraron mujeres en estado de gestación.

Se encontró que, de 11 a 17 años la utilización y la oferta de los servicios en general es baja entre los ofrecido *versus* lo utilizado. El servicio que presentó mayor consulta por las mujeres fue valoración por agudeza visual con un 35.7%, vacunación con 25% y servicios relacionados con inicio de vida sexual como pruebas de embarazo, educación grupal, asesoría y anticonceptivos con un 28.5%, respectivamente. En cambio, las pruebas de VIH presentan más incidencia en hombres con un 29.4%, el mismo valor se dio para anticoncepción y entrega de preservativos; además, no hubo respuesta para el ítem de educación grupal o individual.

De los 18 a los 28 años en mujeres, los servicios que siguen más consultados son los relacionados con salud sexual con un 24,3%, así mismo el tamizaje cardiovascular con un 29,2%; el nivel es menor en consultas por trastornos mentales y/o de alimentación con un 2.4%. En los hombres, hay una menor consulta de manera general, pero se muestra mayor frecuencia servicios relacionados a educación familiar grupal con un 25%, Tabla 2.

El grupo de mujeres de 29 a 59 años accedió más a consulta médica preventiva por medicina familiar con un 44,1%, seguido de citologías con un 35,2%; y poca utilización de manera similar en hombres para servicios para la anticoncepción; además, en ellos, existe poca utilización de tamizajes para cáncer de próstata, servicios de anticoncepción educación familiar con un 2,4%, pero aumento de uso de vacunación con un 29,2%.

Cuando se consultó por los servicios usados por las mujeres y hombres mayores de 60 años, se pudo comprobar que el servicio de vacunación era usado en un 41%. Seguido de tamizajes para riesgo de cáncer de mamá y de próstata en un 16,1% y 22,7% respectivamente. Para ambos grupos, educación individual/grupal y salud oral presentaron baja utilización.

Tabla 2. Oferta y utilización de servicios preventivos en el último año de los 11 años a los 17 y mayores de 60 años, discriminado por sexo Villa Rica, Cauca, Colombia. 2023.

SERVICIOS PREVENTIVOS	Servicios ofertados por las EAPB		Servicios utilizados por los usuarios	
	n	%	n	%
GRUPOS DE EDAD				
MUJERES DE 11 A 17 AÑOS (n=14)				
Consulta médica preventiva por medicina familiar o especialista en pediatría y asesoría pre concepcional *	1	7,1%	2	14,2%
Consulta médica o psicológica por trastornos de la alimentación	2	14,2%	1	7,1%
Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio*	1	7,1%	1	7,1%
Valoración por agudeza visual	5	35,7%	5	35,7%
Consulta por salud oral (sellantes, flúor, placa bacteriana, detartraje)	2	14,2%	2	14,2%
Vacunación	5	35,7%	4	28,5%
Prueba rápida treponémica, prueba rápida VIH y Asesoría pre y pos test VIH	2	14,2%	3	21,4%
Toma de presión arterial	3	21,4%	3	21,4%
Tamizaje para anemia-Hemoglobina y hematocrito*	1	7,1%	2	14,2%
Prueba de embarazo, asesoría en anticoncepción, asesoría en anticoncepción- control, Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU), anticonceptivos subdérmicos y educación familiar/grupal.	3	21,4%	4	28,5%
Suministro de anticoncepción oral ciclo e inyectable*	1	7,1%	4	28,5%
Educación individual	3	21,4%	2	14,2%
HOMBRES DE 11 A 17 AÑOS (n= 17)				
Consulta médica preventiva por medicina familiar o especialista en pediatría, asesoría preconcepcional, trastornos de alimentación, consulta psicológica/médica por depresión, ansiedad e intento de suicidio, vacunación, prueba rápida treponémica y asesoría en anticoncepción – control	1	5,8%	1	5,8%
Valoración por agudeza visual	3	17,6%	3	17,6%
Consulta por salud oral (sellantes, flúor, placa bacteriana, detartraje)	2	11,7%	3	17,6%
Prueba rápida VIH	5	29,4%	1	5,8%
Asesoría pre y pos test VIH	5	29,4%	6	35,2%
Toma de presión arterial, Tamizaje para anemia-Hemoglobina y hematocrito, suministro de preservativos y asesoría en anticoncepción	5	29,4%	5	29,4%
MUJERES DE 18 A 28 AÑOS (n=41)				
Consulta médica preventiva por medicina familiar	11	78,5%	14	34,1%
Consulta médica/psicológica por algún trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia) y prueba rápida hepatitis B	1	2,4%	1	2,4%
Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio	7	17%	1	2,4%
Consulta por salud oral (placa bacteriana, detartraje)	4	9,7%	5	12%
Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	8	19,5%	12	29,2%
Vacunación	8	19,5%	8	19,5%
Prueba rápida treponémico, prueba rápida para VIH, Asesoría pre y pos test VIH, prueba rápida C, prueba de embarazo	8	19,5%	10	24,3%
Atención en salud por medicina general, medicina o enfermería para la asesoría en anticoncepción- control	9	22%	10	24,3%
Servicios de inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU)	8	19,5%	9	22%
Inserción de anticonceptivos subdérmicos	3	7,3%	3	7,3%
anticoncepción oral ciclo e inyectable	1	2,4%	10	24,3%

Educación individual	1	2,4%		2	4,8%
HOMBRES DE 18 A 28 AÑOS (n=12)					
Consulta médica preventiva por medicina familiar	3	25%		2	16,6%
Consulta médica o psicológica por algún trastorno como: depresión, ansiedad, intento de suicidio	1	8,3%		2	16,6%
Consulta por salud oral (placa bacteriana, detartraje), tamizaje riesgo cardiovascular, asesoría anticoncepción, vacunación y suministro de preservativos	1	8,3%		1	8,3%
Prueba rápida treponémico, VIH, hepatitis B, hepatitis C asesoría pre y pos test VIH, vasectomía, asesoría en anticoncepción- control y educación individual.	2	16,6%		2	16,6%
Educación familiar grupal	3	25%		3	25%
MUJERES DE 29 A 59 AÑOS (n=68)					
Consulta médica preventiva por medicina familiar	26	38,2%		30	44,1%
Consulta por salud oral (placa bacteriana, detartraje)	8	11,7%		12	17,6%
Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	5	7,3%		9	13,2%
Vacunación	21	30,8%		17	25%
Prueba rápida treponémica, prueba rápida VIH, hepatitis B, asesoría pre y pos test VIH, prueba de embarazo e Inserción de dispositivo intrauterino anticonceptivo (DIU)	2	2,9%		2	2,9%
Prueba rápida para Hepatitis C y Sección o ligadura de trompas de Falopio	1	1,4%		2	2,9%
Tamizaje de cáncer de cuello uterino (ADN VPH) y anticoncepción oral ciclo e inyectable	4	5,8%		4	5,8%
Tamizaje de cáncer de cuello uterino (citología)	24	35,2%		24	35,2%
Tamizaje para cáncer de mamá (mamografía)	11	16%		10	14,7
Tamizaje para cáncer de mamá (valoración clínica)	6	8,8%		7	10,2%
atención en salud por medicina general, medicina o enfermería para la asesoría en anticoncepción	1	1,4%		3	4,4%
Inserción de anticonceptivos subdérmicos y asesoría en anticoncepción- control	1	1,4%		1	1,4%
Educación individual	3	4,4%		10	14,7%
Educación familiar/grupal	3	4,4%		5	7,3%
HOMBRES DE 29 A 59 AÑOS (n=41)					
Consulta médica preventiva por medicina familiar	9	21,9%		9	21,9%
Consulta por salud oral (placa bacteriana, detartraje)	5	12%		8	19,5%
Tamizaje de riesgo cardiovascular y para cáncer de colon	4	9,7%		4	9,7%
Vacunación	12	29,2%		12	29,2%
Prueba rápida treponémica y para hepatitis C	5	12%		5	12%
Prueba rápida para VIH y Asesoría pre y pos test VIH	6	14,6%		5	12%
Prueba rápida para Hepatitis B	2	4,8%		2	4,8%
Tamizaje cáncer de próstata (PSA)	5	12%		1	2,4%
Tamizaje para cáncer de próstata (Tacto rectal)	6	14,6%		4	9,7%
atención en salud por medicina general, medicina o enfermería para la asesoría en anticoncepción.	2	4,8%		5	12%
Atención en salud por medicina general, medicina o enfermería para la asesoría en anticoncepción- control, suministro de anticonceptivos y educación familiar	1	2,4%		1	2,4%
Educación individual	4	9,7%		9	21,9%
MUJERES MAYORES DE 60 (n=31)					
Consulta médica preventiva por medicina familiar	18	58%		18	58%
Consulta por salud oral (placa bacteriana, detartraje)	5	16,1%		2	6,4%
Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	7	22,5%		6	19,3%
Vacunación	14	45%		13	41,9%

Prueba rápida para VIH y hepatitis B, asesoría pre y post test VIH,	1	3,2%		2	6,4%
Prueba rápida para Hepatitis C	5	16,1%		5	16,1%
Tamizaje cáncer de mamá (mamografía), prueba rápida treponémica y educación individual	3	9,6%		3	9,6%
Tamizaje cáncer de mamá (valoración clínica)	3	9,6%		5	16,1%
HOMBRES MAYORES DE 60 AÑOS (n=22)					
Consulta médica preventiva por medicina familiar	3	13,6%		3	13,6%
Consulta por salud oral (placa bacteriana, detartraje)	2	9%		3	13,6%
Tamizaje de riesgo cardiovascular: glicemia basal, perfil lipídico, creatinina, uroanálisis	1	4,5%		4	18,1%
Vacunación	7	31,8%		7	31,8%
Prueba rápida treponémica	4	18,1%		4	18,1%
Prueba rápida para Hepatitis B, y tamizaje para cáncer de próstata (tacto rectal).	1	4,5%		1	4,5%
Tamizaje para cáncer de colon (Sangre oculta en materia fecal por inmunoquímica)	5	22,7%		1	4,5%
Vasectomía, asesoría en anticoncepción- control, prueba rápida para VIH, asesoría pre y post test VIH, tamizaje cáncer de próstata y Hepatitis C.	5	22,7%		5	22,7%
Asesoría en anticoncepción y suministro de preservativos	6	27,2%		5	22,7%
Educación individual	1	4,5%		2	9%
Educación familia/grupal	3	13,6%		1	4,5%

Nota: los campos marcados con * muestran los servicios menos promocionados por las EAPB

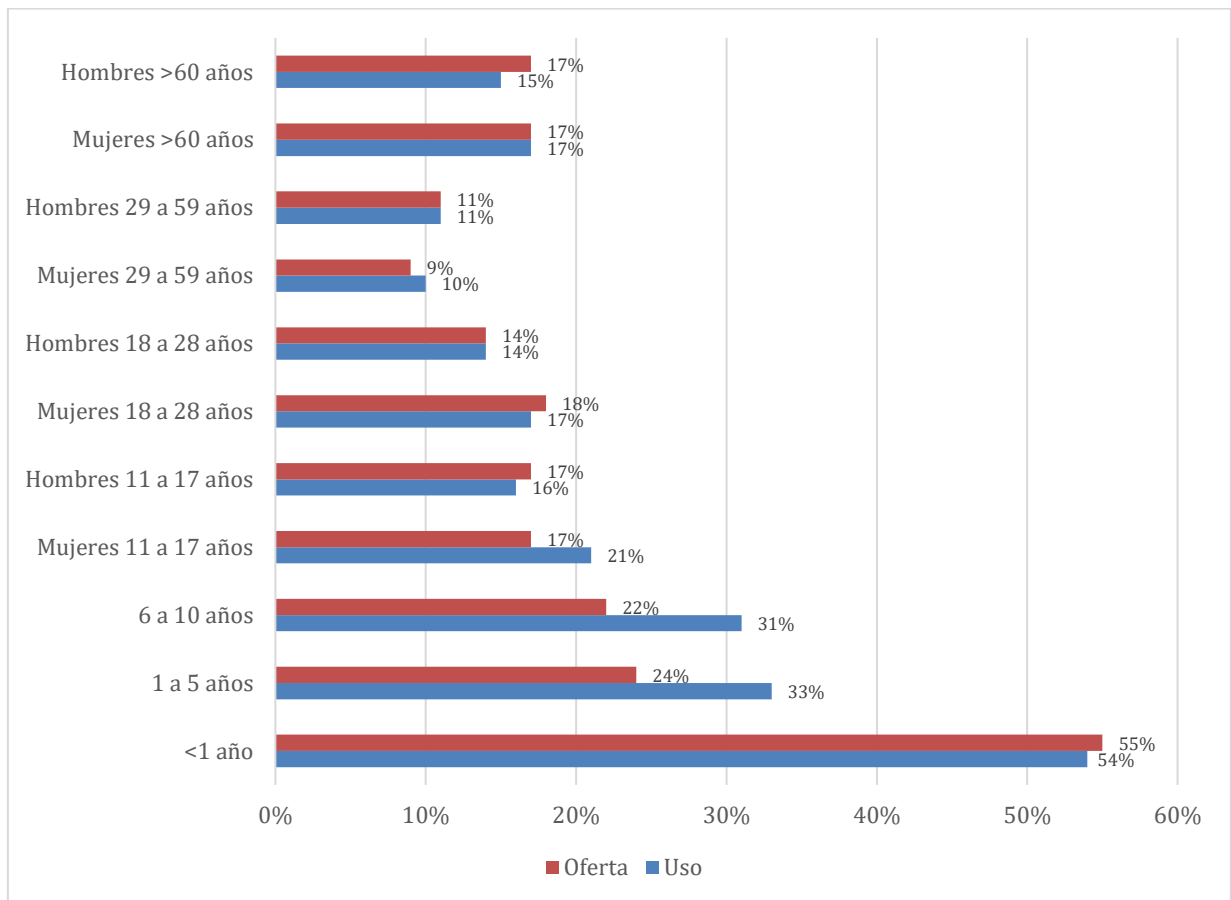
Acceso a Servicios Curativos. Solo el 29% (n=69) de los hogares ha utilizado los servicios de urgencias en los últimos 6 meses; respecto al tiempo de espera para la atención de consulta médica, se obtuvo que en el 43% de los casos fue inmediata y un 20% tuvo que esperar entre una y dos horas; para poder acceder y cubrir los costos de atención en urgencias, el 57% se encontraban en un régimen subsidiado, 49% en un régimen contributivo y solo el 6% utilizó recursos propios para la atención. El 76% afirma haber recibido una atención pertinente a lo consultado, clasificando la atención como buena en un 57% y muy mala en un 25%. No a todos se les brindó asistencia por urgencias porque el 4,3% debió acceder a otro lugar que contará con el servicio requerido y el 11,5% necesitó una cita prioritaria. En cuanto al servicio de hospitalización, solo el 6,8% (n=16) lo necesitó, 56% por urgencia y 44% por programación, la atención según el 75% fue necesaria y buena.

Cuando se trató de consulta por médico general, se observa un aumento de utilización respecto al servicio anterior, aquí el 33,1% (n=78) afirman haber ido a consulta; el 19,2% de los encuestados afirman que no acudieron a este servicio por falta de tiempo, mal servicio y trámites excesivos. De los que, si consultaron, al 61,5% se le fue asignada la cita en menos de 1 semana y el mismo día al 20,5%; el 92% dice que la atención fue acorde a lo requerido, pero después de la consulta el 11,5% se encontró con dificultades para acceder a los exámenes y procedimientos por trámites excesivos para gestionar medicamentos o procedimientos no POS y el 6,4% afirmó que en la droguería no había todos los medicamentos ordenados. Para cubrir el costo de esta consulta, el 51,2% pertenecían al régimen contributivo y 43,5% al subsidiado; de estos, el 19,2% necesito cita por traumatología e internista con un 33,3%, seguido de cardiología con un 13,3% y en menor medida pediatría, ginecología y cirugía con 6,6%; entre la remisión con especialista y la autorización, el 40% de los usuarios tuvieron que esperar de 2 a 4 semanas, el 25% el mismo día y menos de 1 semana; para acceder a la cita el 53,3% espero menos de 1 semana y el 26,6% tuvo la consulta el mismo día. Todos los usuarios afirman que se les brindó la atención necesaria relacionada con su problema de salud y el 79% afirma que la calidad en la atención fue buena, el restante lo clasifico como mala y muy mala por falta de capacitación del personal asistencia y mala atención por el personal asistencial; al 58% les formularon medicinas, de estos, al 60,8% se

le fue entregado en totalidad el ordenamiento por la institución afiliada y el 39,1% afirma que no recibió completo porque no había.

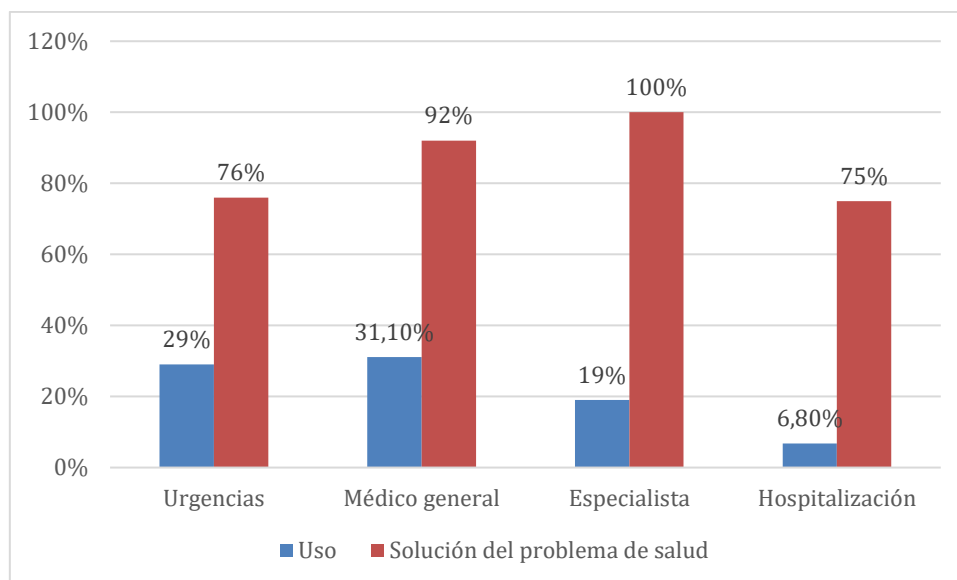
Análisis de oferta de servicios preventivos y su utilización. Se observa que entre el 1er. año de vida y hasta los 17 años de edad, es mayor el uso de servicios preventivos que su oferta por parte de las EAPB. En las edades siguientes hay una similitud porcentual entre la oferta y el uso. Además, el grupo de mujeres de 18 a 28 años accede más que los hombres, tendencia que es cambiante cuando se observa el grupo de hombres 29 a 59 años; al llegar a la etapa de adultez mayor, las mujeres tienden más a consultar. (ver Figura 1).

Figura 1. Proporción de uso de los servicios preventivos por parte de los encuestados en comparación con la oferta por parte de las EAPB, Villa Rica, Cauca, Colombia. 2023



En general, el uso de servicios de urgencias, medicina general, especialistas y hospitalización en los últimos 6 meses son bajos; no obstante, de quienes consultaron el 70% percibieron que su problema de salud fue resuelto (figura 2).

Figura 2. Utilización de servicios y percepción de solución al problema de salud. Villa Rica, Cauca, Colombia. 2023



Gasto de bolsillo en acceso a servicios de salud. Este dato se obtuvo con base en la última atención recibida por algún miembro de la familia, donde la mayoría de las personas 81.7% afirman no recordar el dato, el 9,3% expresó que fue urgencias y el 9% hospitalización. Para recibir el servicio, el 86% no tuvo que pagar copagos o cuotas moderadoras; el restante tuvo que cancelar un promedio de \$4.600 pesos. Para medicamentos, exámenes y procedimientos no entregados por la EAPB, el 12,3% tuvo que pagar, encontrado valores entre los \$4.200 a \$1.000.000, este último valor fue reportado por el 1,3% de las personas. Para el caso de lentes, audífonos o aparatos ortopédicos, el 1,3% refiere que haber pagado un promedio de \$600.000 pesos. Por último, el 6,4% gastó en promedio \$24.800 para transporte o alimentación para solventar la atención.

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivo describir el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y de rehabilitación en los hogares urbanos del municipio de Villa Rica en el Departamento del Cauca en el año 2023 con relación a su oferta y utilización. Los resultados muestran de manera general que, los servicios en cuanto al acceso a servicios preventivos, solo el 47% de la población encuestada y/o sus familiares acudieron al médico en el último año; respecto a servicios curativos, el servicio menos accedido fue hospitalización con un 6,8% y urgencias con un 29%; y sobre el gasto en bolsillo se encontró un gasto bajo de dinero, esto relacionado con que más del 90% de las personas pertenecían a un régimen subsidiado.

Si bien, la ley estatutaria 1751 de 2015 establece los derechos fundamentales de los y las colombianas, explicitando textualmente que el gobierno debe velar por promover la salud y prevenir la enfermedad, garantizar la universalidad del aseguramiento y de los servicios, disponibilidad en todas las etapas vitales, entre otras (16), este estudio reveló que para el caso de los hogares urbanos de Villa Rica hay una débil promoción u oferta de los servicios preventivos por parte de las EAPB.

Se encontró en promedio que en menores de 1 año y en el grupo de 1 a 5 año de vida, se promociona más el servicio de pediatría con un 85,7% y 71,8% y en menor medida tamizaje de hemoglobina y suplemento con hierro y micronutrientes con porcentajes entre el 14,2% y 8,3% respectivamente. Lo anterior, supone un riesgo para la estimulación en el periodo de desarrollo durante los primeros años de vida del niño, entendiendo que la anemia nutricional deriva de estas deficiencias Y que, una de las formas para la prevención y reducción, es el uso desparasitación y

suplementación (17). En la edad de los 6 a 10 años, se observó una tendencia similar en tamizaje para anemia, hemoglobina y hematocrito; Torres et al., (18) establecen que, para una correcta adherencia, es importante realizar educación a las cuidadoras directas y, además, la intervención debe salir del consultorio y ser implementada en todos los servicios asistenciales.

Un dato relevante en estos resultados, es la salud mental en adolescentes entre 11 a 17 años, pues hay una reducida promoción y utilización en hombres y mujeres, con un 5% y 7% respectivamente; es importante entender que, según la OMS, la carga mundial de la ansiedad, depresión y suicidio oscila en un 13%, y esto, supone un reto que los gobiernos deben hacer frente; la falta de prevención generan riesgos para la salud personal y de su entorno, a raíz de esto, se puede dar inicio a consumo de sustancias psicoactivas, aislamiento social, y bajo rendimiento académico (17). Otro servicio de baja incidencia está relacionado con la salud sexual y reproductiva con un 14%; el municipio al 2020 reportó mayores embarazos en mujeres entre 15 años con una tasa de 57,59 por cada 1.000 mujeres, que aunque si bien, no difiere del promedio nacional, es importante implementar más estrategias para su reducción (20)

Resulta interesante que, en mujeres de 18 a 28 años el servicio menos promocionado fue la anticoncepción oral con un 2,4%, pero el uso de servicios relacionados con salud sexual y medicina familiar fue el más accedido con 34,1%; esto resulta acorde a lo que Noreña et al (21) plantea, en Colombia los derechos reproductivos no están siendo garantizados en todas las mujeres; por lo tanto, es indispensable que los servicios de salud sean un lugar de confianza y de esta manera, se puedan considerar los sitios idóneos para la atención.

En los servicios para personas entre los 29 a 59 años, se obtiene solo el 9% de promoción de servicios para prevenir enfermedades transmisibles como no transmisibles, aun cuando, estas últimas son la causa principal de muerte prematura y enfermedad en el mundo, generando grandes impactos en la salud pública(15).Solamente en Colombia en el 2019 antes del inicio de la pandemia, las enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades renales, causaron más de la mitad de las muertes reportadas a nivel nacional (15).

En el grupo de adultos mayores, el uso y la oferta aumentan en un 17%, respecto a las demás los dos grupos de edad antes mencionados, pero se sigue viendo una falta de acceso y promoción; esto resulta contradictorio con la política de salud pública para atención del adulto mayor, pues el modelo de atención primaria, no se puede reducir solo al aseguramiento (21).

Por lo tanto, si las EAPB garantizaran la correcta promoción, haciendo búsqueda activa de sus afiliados y no de casos, se generarían impactos importantes en el gasto en salud nacional y en las tasas de morbimortalidad. Si la comunidad desconoce cuáles son los servicios y cómo pueden acceder a ellos, se puede incurrir a factores que atentan contra la salud de manera implícita por omisión, pues la educación en salud no solo se debe enmarcar en enfermedades comunes, sino, también por el conocimiento efectivo de los derechos como usuarios de un sistema de aseguramiento. Por lo tanto, motivar a los individuos ofertando correctamente, puede llevar a un mayor control sobre sus acciones en pro de la salud individual y colectiva de su familia en todos los rangos de edad, porque se genera conciencia de enfermedades prevenibles (22).

Por otro lado, los servicios curativos también presentan baja incidencia en consulta con un 29% para urgencias y 33% medicina general; esto podría guardar relación con dos situaciones. La primera es con la percepción cualitativa asociadas al uso de los servicios médicos, por sobrecargas de pacientes buscando atención, fallas en la comunicación médico-paciente y barreras administrativas para la obtención de atención inmediata (23); el otro punto, son las barreras culturales, influenciada en gran medida por la automedicación, pues en Colombia en el año 2023 se reportó una prevalencia de compra de medicina sin formula médica y auto suministrada entre el 32.3% y el 84.7%, dato que pone en alerta la manera en que las personas están solucionando

su salud, evitando acudir a centros asistenciales (19); también, se observa influencia de las expectativas irreales y creencias de las obligaciones del médico con el paciente, dejando a un lado que el sistema en ocasiones no brinda lo necesario para el servicio y exigiendo tratamientos similares que han visto y/o escuchado por fuera del contexto real (24). Además, hay una tasa de 0.95 ambulancias por cada 10.000 habitantes en el departamento del Cauca (14) y a esto se suman las problemáticas que enfrenta las ESE, como la infraestructura inadecuada e insuficiente para la población a atender, que no permite tener en funcionamiento todos los programas de atención de primer nivel; los limitados recursos para trasladarse a las zonas rurales, la escasez de sistemas de comunicación y la dificultad para la contratación de proveedores de salud (11).

En cuanto al gasto en bolsillo para la atención médica, se observa concordancia con lo expresado por el Ministerio de Salud y Protección Social, pues quienes tienen mayor gasto en cuanto a salud son los afiliados al régimen contributivo con un 68.1%; por el contrario, el régimen subsidiado en el mayor de los casos corresponde a un modelo que se acopla al ejercicio del derecho fundamental en salud, pues al no tener capacidad de pago para asumir el valor total de una cotización, se espera que el gasto para las personas, siempre sea menor (25). Esto guarda relación con lo que Atehortúa y Palacios (26) afirman, pues este régimen tiene un impacto positivo en lo preventivo y la disminución de costos para las personas,

Como limitaciones, este estudio pudo incurrir en sesgos de memoria con la persona entrevistada, haciendo que información relevante fuera omitida, generando subregistros importantes para hacer análisis finales. Por último, se recomienda aplicar la EASS en otras comunidades cercanas, para observar si es una tendencia similar entre la región o si, por el contrario, las limitaciones de accesibilidad por las vías de acceso y de marcada violencia, generan impacto en el uso de los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación en la población.

Aunque hoy en día los sistemas de salud están basados en mercados, desde los derechos humanos, la justicia social y los derechos a la salud, se puede conseguir el mejoramiento de las condiciones de salud de los habitantes del municipio de Villa Rica, rompiendo las brechas de inequidad en salud, la injusticia sanitaria, logrando una cobertura universal, donde se presten todos los servicios que demanden los usuarios. La mayor cobertura del aseguramiento y la reducción de los tiempos de desplazamiento son herramientas de política útiles para aumentar el acceso a los servicios de salud (22).

Conclusiones

Es necesario el fortalecimiento de la oferta de los servicios en todos los rangos de edad para dar cumplimiento con la normativa exigida en Colombia. Se hace necesario aumentar los esfuerzos administrativos municipales y de las EAPB para mejorar el acceso a los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación en toda la población del municipio de Villa Rica.

Dado a la implementación del nuevo modelo de atención en salud en Colombia, el cual se enfoca en actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con el fortalecimiento de los centros urbanos y rurales convertidos en CAPS y la implementación de los equipos básicos de atención, necesarios para mejorar la salud pública de todos los habitantes es recomendable aplicar la EASS en otras comunidades cercanas, para observar si es una tendencia similar entre la región.

Este trabajo de investigación aporta conocimiento claro de cómo es el acceso a los servicios de salud de la población urbana del municipio de villa rica, y a partir de la aplicación de la encuesta obtenida por información primaria se puede facilitar la toma de decisiones en salud pública que beneficie a la población.

Por último, podemos comentar de las limitaciones que se presentaron para la toma de la muestra en cuanto a la disponibilidad de los encuestados para participar en el estudio y la poca recepción de algunos participantes jefes de hogar quienes se negaron a suministrar la información requerida.

Conflicto de interés. Los investigadores establecen no presentar conflictos de intereses en esta investigación.

Referencias

1. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Decimo Primer Capítulo Técnico. En: Acceso a servicios de salud en Colombia [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/10%20Carga%20de%20enfermedad%20ambiental%20en%20Colombia.pdf>
2. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. Salud Pública Mex [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800010&lng=es
3. Báscolo E, Houghton N, Del Riego A. Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2018;42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.26633/rpsp.2018.126>
4. Flores-Sandí Gretchen. Gestión de la accesibilidad y derecho a la salud. Acta méd. costarric [Internet]. 2012 Sep [Citado 2023 Apr 03]; 54(3): 181-188.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300010&lng=en
5. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad Saúde Pública [Internet]. 2016;32(5):e00111415. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X0011141>.
6. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Rectoría y gobernanza hacia la salud universal. En: Salud en las Américas 2017. Washington, DC: OPS; 2017. Disponible en: http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=309&lang=es Acceso el 20 de mayo de 2018.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. [Internet] 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Paginas/pos.aspx>.
8. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gac Sanit [Internet]. 2016;30(6):415–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>
9. Defensoría del Pueblo. Por vulneración del derecho a la salud, los colombianos presentaron cerca de 198.000 tutelas durante el 2023. 2024. Disponible en: [Por vulneración del derecho a la salud, los colombianos presentaron cerca de 198.000 tutelas durante el 2023 - Defensoria](#)
10. Sánchez CI, Mora DL, Botero VM, Estrada VE. Acceso a servicios de salud: estudio de hogares en Palmira, Valle, Colombia, 2017. Gerencia y Políticas De Salud. 2021;1(25). Disponible en: [Acceso a servicios de salud: estudio de hogares en Palmira, Valle, Colombia, 2017 | Gerencia y Políticas de Salud \(javeriana.edu.co\)](#)
11. Larrahondo Carabali E, Narváez Sánchez A, Quintero Muñoz D, Ríos Prieto E. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud del departamento del Cauca 2021. Gobernación Del Cauca-Secretaría Departamental De Salud Proceso De Gestión De Vigilancia En Salud Publica Popayán 2021.
12. Escobar Gómez R, Peña Carabali Y. Análisis De Situación De Salud 2022, Municipio de Villa Rica-Cauca.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de afiliación en Salud. [Internet] 2024. Disponible en: [Páginas - Cifras de afiliación en salud \(minsalud.gov.co\)](#)
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis De Situación De Salud, Colombia, 2023. [Internet] 2024. Disponible en: [ASIS 2023 \(minsalud.gov.co\)](#)
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Atención oportuna de pacientes con enfermedades no transmisibles es un reto. [Internet] 2021. Disponible en: [Atención oportuna de pacientes con enfermedades no transmisibles es un reto \(minsalud.gov.co\)](#)

16. Ley 1751 de 2015. Congreso de Colombia; 2015.
17. Martínez Sánchez LM, Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención: Health education as an important promotion and prevention strategy. Arch Med [Internet]. 2020;20(2):490–504. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273863770021>
18. Barrero JJ, Buriticá J, Parra LM, Tabares ET. Percepción de la calidad de la atención en salud de los usuarios de consulta externa atendidos en la IPS Mediccol SAS 2017. [Trabajo de grado]. Universidad Católica de Manizales. 2017. Disponible en: [John Jairo Barrero Castro.pdf \(ucm.edu.co\)](#)
19. Urbina A, Morales-Cortés M, Mendoza-Romero D, Pérez-Acosta AM. The epidemiology of self-medication in Colombia: A systematic literature review and meta-analysis. Rev. Colomb. Cienc. Quím. Farm. [Internet]. 2024 [citado 5 de mayo de 2024];52(3). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/rccquifa/article/view/110393>
20. Forguione VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. [Internet]. 2015;28(1):7-13. Disponible en: revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/download/4924/5331
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Boletín Gasto de bolsillo en Medicamentos . [Internet]. 2022. Disponible en: [boletin-gasto-bolsillo.pdf \(minsalud.gov.co\)](#)
22. Banco De La República, Ayala García J. La salud en Colombia: Más cobertura menos acceso. [Internet]. Colombia. 2014. Disponible en: <https://www.banrep.gov.co/es/dtser-204>.
23. Domínguez L, Moreno Treviño E, Zurita Garza JO. Evaluación de calidad en los servicios de salud: un análisis desde la percepción del usuario. Horiz. sanitario [revista en la Internet]. 2021 Dic [citado 2024 Mayo 23] ; 20(3): 329-342. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592021000300329&lng=es. Epub 26-Mayo-2023. <https://doi.org/10.19136/hs.a20n3.4183>.
24. Forguione-Pérez VP. Comunicación entre médico y paciente: más allá de una consulta, un proceso educativo. MÉD.UIS. 2015;28(1):7-13
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Régimen subsidiado. [Internet]. (s/f). Disponible en: [Régimen Subsidiado \(minsalud.gov.co\)](#)