



**Universidad del
Rosario**

Talento humano y distancia geográfica como barreras de acceso a los servicios de salud en el departamento del Caquetá, Colombia

Autor

María Virginia Beltrán Cleves

**Trabajo presentado como requisito para optar por el título de
Magíster en Salud Pública**

Director

John Harold Estrada Montoya

Tutor

Carlos Felipe Durán Torres

Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud

Maestría en Salud Pública

Universidad del Rosario

Bogotá – Colombia

2021

RESUMEN

Estudio mixto de corte transversal que tuvo por *Objetivo*: describir de qué manera el número y la distribución geográfica de los prestadores y los profesionales de salud constituyen barreras de acceso a los servicios de salud en el departamento del Caquetá, poniendo, a su vez, en evidencia la percepción de algunos actores del sistema frente a estas. *Metodología*: en la fase cuantitativa se recolectaron datos secundarios a través de consulta en bases de datos y se aplicó un sistema de medida de distancia/tiempo de viaje; mientras en la fase cualitativa se realizaron entrevistas semiestructuradas a pacientes, profesionales y administrativos de la salud. *Resultados*: se identificaron 28 prestadores públicos y 242 privados. Caquetá cuenta con prestador de primer nivel de atención en todos los municipios, segundo en 1 y tercero en ninguno; así como 136, 103 y 3 prestadores de baja, mediana y alta complejidad, respectivamente. De los 16 municipios, 3 tienen barrera de acceso a los servicios de salud, 2 por vía terrestre y 1 por vía fluvial. Hay 1,0 trabajadores de la salud por cada 1.000 habitantes. Los entrevistados perciben que los usuarios enfrentan barreras geográficas, económicas, tecnológicas, de itinerarios burocráticos, falta de personal de salud y tipo de diagnóstico. *Conclusiones*: el tiempo de viaje, la distancia recorrida hasta un hospital de alta complejidad, la disponibilidad de recurso humano en salud y los itinerarios burocráticos son determinantes de barrera de acceso a los servicios de salud en el Caquetá.

Palabras clave: barreras de acceso a los servicios de salud; sistemas de salud: equidad en el acceso a los servicios de salud; cobertura universal de salud; determinantes sociales de la salud. (Descriptor de Ciencias de la Salud DeCS).

INTRODUCCIÓN

La equidad es un concepto ético y basado en valores, que se fundamenta en el principio de justicia distributiva. El concepto de equidad en salud implica abordar las diferencias en el estado de salud que se consideran innecesarias, evitables e injustas. Estas diferencias se relacionan con las disparidades entre el nivel socioeconómico, el sexo, la edad, los grupos raciales, la residencia rural o urbana y la zona geográfica. Ante tales diferencias injustas, se deduce que la equidad debe lograrse mediante la redistribución de los recursos sociales para la salud, incluido el poder y las capacidades para exigir y utilizar estos recursos (1). La Ley 100 de 1993, por la cual se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, consiste en un *“sistema de mercado regulado... en el que concurren agentes de propiedad privada, con y sin ánimo de lucro, y agentes de propiedad estatal”* (2) el cual se fundamenta en la equidad, así como en la obligatoriedad, protección integral y libre escogencia, principalmente (3); es por ello que dicho sistema se encuentra conformado por dos regímenes: uno contributivo, financiado por aquellos individuos con capacidad de pago, y otro subsidiado para aquellos de escasa capacidad económica que puedan demostrarlo. Desde su creación en 1993, la Ley 100 ha permitido un aumento significativo del aseguramiento en salud para todos los colombianos a través de su afiliación a los regímenes, en especial al subsidiado; población que tan solo en los primeros 4 años de su implementación, representó el 61% de los nuevos afiliados al sistema (4). Con el nuevo sistema, los porcentajes de aseguramiento incrementaron del 56,9% en 1997 al 95,8% en 2020 (5,6), lo que se traduce en una mayor tasa de aseguramiento en salud para los individuos. La afiliación al sistema de salud colombiano permite el acceso a los servicios de salud contemplados en el Plan de Beneficios entre los que se incluyen servicios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para cerca del 90% de las patologías propias del perfil epidemiológico colombiano (7). El Estado es el encargado de asignar recursos públicos de salud a administradoras de fondos privadas que compiten entre sí por la afiliación de los asegurados con el objetivo de aumentar sus ganancias, llamadas Empresas Promotoras de Salud (EPS). La figura de la EPS tiene como función hacer las veces de intermediaria y articuladora del servicio, en tanto la prestación de este es ejecutada por proveedores públicos o privados denominados Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) que, a su vez, compiten por los contratos de las EPS (7). Los

convenios entre EPS e IPS estarán condicionados según la disponibilidad del servicio y el acceso a los niveles de complejidad de cada municipio (8). Para tal efecto, la resolución 5261 de 1994 clasifica las instituciones de salud de carácter público en cuatro niveles de atención, de acuerdo con el personal de salud y los servicios con los que éstas deben contar obligatoriamente, así:

- Nivel I: médico general y/o personal auxiliar y/o paramédico y/o de otros profesionales de la salud no especializados, para la prestación de consulta médica general, atención odontológica, laboratorio clínico, radiología, citología, medicamentos esenciales, urgencias y atención obstétrica.
- Nivel II: médico general y/o profesional paramédico con interconsulta, remisión, atención quirúrgica y/o asesoría de personal o recursos más especializados que los del nivel I.
- Nivel III y IV: médico especialista con la participación del médico general y/o profesional paramédico con más recursos especializados que los del nivel II (8).

De igual forma, aunque la resolución anteriormente mencionada no lo estipula, como ya se mencionó, las instituciones de carácter privado también pueden participar de la competencia por dichos convenios; aunque la clasificación de estas consista en baja, mediana y alta complejidad de manera análoga a los niveles de atención públicos ya descritos.

Con el objetivo de garantizar el principio de equidad se ha dispuesto, como mínimo, de un hospital o centro de salud de primer nivel en cada municipio del país. No obstante, pese a que las redes asistenciales de servicio de cada EPS permiten la remisión de los pacientes que acuden a tales centros hacia otros municipios que cuenten con instituciones de segundo y tercer nivel, cuando se requiera, los gastos generados por dichos desplazamientos son responsabilidad de los mismos pacientes si estos no corresponden a urgencias médicas o se encuentran previamente internados (8). Lo anterior pone de manifiesto que los esfuerzos por cubrir a toda la población, en términos de aseguramiento en salud, se ven aplacados si no se contemplan las variables que determinan el acceso a los servicios de salud.

El diccionario de gerencia de servicios de salud define la accesibilidad como *“el grado en que un sistema inhibe o facilita la capacidad de un individuo de recibir servicios. Así, la*

accesibilidad incluye consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte, sociales, temporales y financieras. El acceso es también una función de la disponibilidad de servicios de salud y su aceptabilidad” (9). Por esta razón, es de vital importancia distinguir el acceso potencial a los servicios de salud, es decir, cuando una población necesitada coexiste en el espacio y el tiempo con un sistema de prestación de atención médica dispuesto y capaz, del acceso real, en otras palabras, la utilización del servicio de salud adecuado en el momento y lugar indicados (10,11).

En Colombia, la evidencia indica que aquellos que habitan en zona urbanas, tienen mayores ingresos, están afiliados al régimen contributivo y viven en una zona con mayor disponibilidad del servicio médico, tienen mayor probabilidad de acceder efectivamente a los servicios de salud (5); mientras aquellos usuarios pertenecientes al régimen subsidiado y que habitan en la zona rural, son más proclives a experimentar barreras de acceso entre las cuales son percibidas por los mismos usuarios, los copagos, los cambios de contratos con las IPS, los procesos y tiempos de espera en la autorización de medicamentos, consultas y/o procedimientos y su posterior prestación, la disponibilidad de citas oportunas con profesionales dada la capacidad del recurso humano, la disponibilidad de servicios de salud especializados y la consecuente distancia geográfica a ellos, la disponibilidad de transporte y la capacidad económica para costearlo (7), y en general, aquellas dificultades relacionadas con requerimientos institucionales que Abadía et al. han agrupado en la categoría de itinerarios burocráticos, en los cuales el acceso a la salud no depende de las necesidades de las personas o de la evaluación médica, sino de conocer y llevar a cabo los procesos administrativos que exigen las aseguradoras (12).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que un tiempo de viaje en cualquier medio de transporte mayor a 4 horas hasta un proveedor de servicios, configura una barrera de acceso geográfica; en la medida en que si se requieren de 4 horas de ida y 4 más de regreso, más el tiempo que tarda la atención, constituiría más de un día laboral para poder acceder al servicio (1,11). Asimismo, ha establecido una razón de densidad de recursos humanos de 25 trabajadores de salud (entre médicos, enfermeras y parteras) por cada 10.000 habitantes, lo que convertido a tasa por 1.000 habitantes equivale a 2,5 trabajadores de salud

para poder alcanzar las metas mínimas de salud relacionadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (13).

Para el año 2018, en Colombia la razón de personal sanitario fue de 2,2 médicos y 1,3 enfermeras o parteras por cada 1.000 habitantes, respectivamente (14), es decir, aproximadamente 3,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes; no obstante, hay que tener en cuenta que los servicios de salud suelen concentrarse en los perímetros urbanos de las ciudades más pobladas de cada departamento, mientras las áreas rurales, donde los pobladores habitan en lugares más remotos, suelen quedar desatendidas; por lo que no toda la población goza plenamente de la equidad en el acceso a los servicios de salud (15,16), pese a que existe la cantidad adecuada de personal para ejecutar estas labores en las estadísticas nacionales.

Algunas investigaciones han identificado el concepto de acceso desde la lógica de mercado de servicios de atención médica, articulada con la lógica de factores y multicausalidad como dominante, pero ningún modelo conceptual de acceso a servicios de salud, basado explícitamente en la justicia sanitaria y el derecho a la salud (17). Ello se evidencia en que la mayoría de los estudios realizados en Colombia en cuanto al acceso a los servicios de salud han analizado el acceso desde las tasas de afiliación al seguro de salud, sin embargo, dicho indicador no es el más adecuado para tal propósito dado que es erróneo asumir que “cobertura” es equivalente a “atención” (7).

En el Caquetá, considerando que puede haber inexactitud en la tasa de afiliación, la cifra de aseguramiento de 78,40% es preocupante comparada con la de 95,21% a nivel nacional para diciembre de 2019, más aún si se tiene en cuenta que de los 393.868 afiliados, 309.908 pertenecen al régimen subsidiado, y solo 74.070 al régimen contributivo (6). A esto se agrega que 15,6% del total de la población se encuentra en condición de miseria, la infraestructura vial está deteriorada, el índice de pobreza multidimensional departamental es de 70,8% (año 2018), comparado con el 17,5% nacional (año 2019); y en 9 de los 16 municipios, más del 50% de la población habita en el área rural (18,19). Cabe resaltar que los principales efectos

de salud en el departamento corresponden a enfermedades del sistema circulatorio, lesiones de causas externas, infecciones de vías respiratorias y neoplasias (18).



Figura 1. División política del Caquetá y su ubicación dentro de Colombia y Suramérica. a) Ubicación de Colombia en Suramérica. b) Ubicación del Caquetá en Colombia. c) División política del Caquetá. Adaptado de: mapamundi.online y corpoamazonia.gov.co

Dada la amplia distribución rural del departamento y teniendo en cuenta que en este no se ha realizado ninguna aproximación frente a cuáles son las barreras de acceso a los servicios de salud, el presente trabajo pretende evaluar la presencia de estas enfocándose en las barreras geográficas y la densidad de talento humano en salud. Se parte de que, aunque la red vial del departamento del Caquetá comunica a la capital, Florencia, con los diferentes municipios, la mayoría de dichas vías se encuentran en estado afirmado, en algunos casos sin especificaciones técnicas, con deficientes obras de drenaje, convirtiéndose en un factor crítico para su conservación y mantenimiento, y donde los problemas más críticos se presentan en la red vial terciaria, dado que la responsabilidad de su mantenimiento se encuentra asignado a los municipios y su atención es inadecuada, por razones presupuestales (18).

La presente investigación pretende realizar dicho diagnóstico por medio de la aplicación de un modelo de distancia tiempo ajustado previamente en otros estudios (16,20), junto con un complemento cualitativo con especial énfasis en la percepción de los usuarios y prestadores del servicio de salud. Lo anterior permitirá poner en evidencia barreras geográficas y percibidas dentro de la prestación del servicio de salud y servirá como soporte para poder encaminar acciones dirigidas a mejorar el acceso y disfrute del derecho efectivo a la salud. Asimismo, sentará un precedente para futuras investigaciones que busquen profundizar en diseños de investigación para la evaluación de las barreras que aquí se tratan, o que busquen documentar barreras de otro tipo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio mixto descriptivo de corte transversal que consistió en 2 fases divididas en un total de cinco etapas, que tomó como muestra los 16 municipios del Caquetá para la fase cuantitativa, y 10 habitantes del departamento para la fase cualitativa.

FASE CUANTITATIVA:

1. Caracterización del departamento

Se consultó el Análisis de Situación en Salud (ASIS) en el Caquetá del año 2018 para realizar una breve descripción del contexto regional. Las variables que se tuvieron en cuenta fueron extensión, población, distribución rural/urbana de los habitantes, actividades económicas e infraestructura vial.

2. Inventario de Prestadores de Servicios de Salud

Se consultó el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) como invitado a través de la página web del Ministerio de Salud y Protección Social, y una vez en la pestaña Servicios de la sección Registro Actual, se seleccionó el departamento del Caquetá. Al libro de Excel generado se le aplicó un filtro en la columna “clpr_nombre” para que solo mostrara “Instituciones – IPS” y “Profesional independiente”. En la columna “naju_nombre” se aplicó un filtro adicional para diferenciar las entidades según su naturaleza jurídica (pública o privada). Para clasificar los prestadores públicos según su nivel de atención se consultó la columna “nivel” y para clasificar los prestadores privados según su nivel de complejidad se consultaron las columnas “complejidad_baja”, “complejidad_media” y “complejidad_alta”.

3. Inventario de Talento Humano en Salud

Para determinar el número total de trabajadores de salud (médicos y enfermeros) en las instituciones tanto públicas como privadas, se solicitó a la Secretaría de Salud Departamental del Caquetá el consolidado de dicha información. A continuación, se consultó el REPS para establecer aquellos trabajadores de salud que se encuentran registrados como independientes. Para ello se tomó nuevamente el libro generado en la fase anterior y se aplicó un filtro en la columna “clpr_nombre” para que solo mostrara “Profesional independiente”; luego, en la columna “serv_nombre” se filtraron los servicios “328 – Medicina General” y aquellos

correspondientes a especialidades de medicina como “320 – Ginecobstetricia”, “329 – Medicina Interna”, “335 – Oftalmología”, entre otros.

Posteriormente, se consultaron las proyecciones de población 2018-2020 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para cada uno de los municipios y, a continuación, se realizó el siguiente cálculo para hallar la razón de trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes en cada uno de ellos:

$$\left(\frac{\text{Número de trabajadores en salud en el municipio}}{\text{Número de habitantes en el municipio}} \right) \times 1.000$$

Se consideró ideal una relación de 2,5 trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes (13). Cabe resaltar que estos cálculos corresponden a una aproximación en tanto existe la posibilidad de que los profesionales independientes también trabajen dentro de las IPS contempladas en el consolidado de la Secretaría Departamental de salud, y ello genere una duplicidad en el conteo.

4. Aplicación del modelo distancia-tiempo para la determinación de barreras de acceso geográficas

Se consultó el mapa físico del Caquetá disponible en la página web del Instituto Geográfico Agustín Codazzi (IGAC) para determinar el estado de las vías (pavimentadas o afirmadas) que comunican entre sí a los municipios. Dado que el mapa no especifica el número de kilómetros en cada estado, dicho mapa se sobrepuso sobre el de Google Maps con el fin de medir la distancia entre cada uno de los puntos donde se presenta un cambio en el estado de la vía. Una vez se obtuvo el número de kilómetros en pavimentada/afirmada desde Florencia hasta cada municipio, se calculó la variable tiempo a partir de la fórmula de velocidad $V=x/t$ (donde V es la velocidad, x es la distancia y t el tiempo; obteniendo que $x/V=t$ al despejar la fórmula), partiendo de que la velocidad promedio de un bus mixto de servicio público en vía pavimentada es 52 km/h y en afirmada es 17 km/h, de acuerdo con el modelo ajustado en otros estudios por el investigador senior (16,20). Dado que el acceso a los municipios de Solano y Milán solo es por vía fluvial, el anterior modelo no pudo ser aplicado a ellos; en su

lugar, se entrevistaron conductores de las lanchas y usuarios del servicio para establecer los tiempos de viaje.

Se estableció que un tiempo de viaje mayor a 4 horas constituye una barrera de acceso geográfica, según la literatura revisada (1).

FASE CUALITATIVA:

1. Entrevistas semi-estructuradas

Se realizaron 10 entrevistas semi-estructuradas por conveniencia en San Vicente del Caguán, Solano y Cartagena del Chairá, dado que son los municipios más alejados de Florencia, así como en la capital. Se entrevistaron a 3 usuarios del servicio de salud (U1-U3), 3 profesionales de salud (P1-P3) y 3 administrativos del hospital local (A1-A3) de cada uno de los municipios. De igual forma, se entrevistó a un profesional de salud con experiencia administrativa y trabajo comunitario en la ciudad de Florencia (L1). Se diseñaron diferentes entrevistas semi-estructuradas para los diferentes grupos de actores anteriormente descritos, las cuales estuvieron conformadas entre 12 y 15 preguntas relacionadas con la percepción de los entrevistados respecto al acceso a los servicios de salud en el departamento; dichas entrevistas fueron grabadas por voz, previo consentimiento informado escrito, y posteriormente transcritas y almacenadas. Para el análisis cualitativo de las mismas se identificaron las barreras de acceso expuestas por los entrevistados, se clasificaron en diferentes categorías y subcategorías con códigos numéricos y de colores, y se construyó una tabla con un consolidado de las frecuencias de cada una de ellas.

RESULTADOS

FASE CUANTITATIVA

Caracterización del departamento

El departamento del Caquetá se encuentra ubicado al suroriente colombiano. Limita al norte con los departamentos de Meta y Guaviare, al sur con Putumayo y Amazonas, al este con Vaupés y Amazonas, y al oeste con Huila y Cauca. Cuenta con una extensión de 99.028,7 km² y ocupa el 7,8% del territorio nacional. De acuerdo con las proyecciones de población del DANE para el año 2018, la población del departamento era de 496.241 habitantes, de la cual el 60,46% habitaba el área urbana, mientras el 39,54% habitaba el área rural. Cabe resaltar que el Caquetá ha sido uno de los territorios más fuertemente golpeados por el conflicto armado. El departamento se encuentra conformado por 16 municipios: Florencia (capital), Albania, Belén de los Andaquíes, Cartagena del Chairá, Curillo, El Doncello, El Paujil, La Montañita, Milán, Morelia, Puerto Rico, San José del Fragua, San Vicente del Caguán, Solano, Solita y Valparaíso. Entre sus actividades económicas se destacan la explotación maderera y minera de estaño y carbón, la ganadería y la agricultura. Su red vial está constituida por 4.713 km de los cuales 3.796 km pertenecen a la red terciaria, donde 1367.75 km están operados por INVIAS y los restantes por municipios y Gobernación (18).

Inventario de Prestadores de Servicios de Salud

En total en el Caquetá hay 270 prestadores de servicios de salud registrados entre instituciones públicas y privadas, y profesionales independientes. Respecto al sector público, se encontró que Morelia y La Montañita no cuentan con el primer nivel de atención, pero sí con 2 centros de salud y una institución de segundo nivel, respectivamente. Dicha información fue rectificada con la Secretaría de Salud Departamental, quien confirmó que tales centros de salud son de primer nivel, pero se encuentran erróneamente clasificados en el REPS dado que pertenecen a la Empresa Social del Estado (ESE) María Inmaculada, una institución de segundo nivel ubicada en Florencia. Asimismo, se encontró que Puerto Rico cuenta con 4 centros de salud de primer nivel, seguido por El Doncello y Cartagena del Chairá con 3, Florencia, San José del Fragua y Milán con 2, y los demás municipios con 1. El Caquetá no tiene hospitales de tercer nivel de atención.

En cuanto al sector privado, se cuentan con 3 instituciones de alta complejidad las cuales están ubicadas en Florencia. La mayoría de los prestadores privados se encuentran concentrados en este municipio, seguido por San Vicente del Caguán, Cartagena del Chairá y Puerto Rico. Morelia, Belén de los Andaquíes, San José del Fragua, Albania, La Montañita, Valparaíso y Milán no cuentan con prestadores privados de ninguno de los niveles de complejidad. La siguiente tabla presenta los resultados de esta fase.

Municipio	Nivel de atención								Total
	Público				Privado				
	Primero	Segundo	Tercero	Subtotal	Baja	Mediana	Alta	Subtotal	
Florencia	2	1	-	3	88	91	3	182	185
Morelia	-	2	-	2	-	-	-	-	2
Belén de los Andaquíes	1	-	-	1	-	-	-	-	1
San José del Fragua	2	-	-	2	-	-	-	-	2
Albania	1	-	-	1	-	-	-	-	1
Curillo	1	-	-	1	1	-	-	1	2
La Montañita	-	1	-	1	-	-	-	-	1
El Doncello	3	-	-	3	7	1	-	8	11
El Paujil	1	-	-	1	4	-	-	4	5
Puerto Rico	4	-	-	4	6	3	-	9	13
San Vicente del Caguán	1	-	-	1	21	5	-	26	27
Cartagena del Chairá	3	-	-	3	7	3	-	10	13

Valparaíso	1	-	-	1	-	-	-	-	1
Solano	1	-	-	1	1	-	-	1	2
Solita	1	-	-	1	1	-	-	1	2
Milán	2	-	-	2	-	-	-	-	2
Total	24	4	-	28	136	103	3	242	270

Tabla 1. Distribución de los niveles de atención pública y privada por municipio en el departamento del Caquetá. Fuente: REPS

Inventario de Talento Humano en Salud

Se encontró que ningún municipio cumple con la relación ideal de 2,5 trabajadores de la salud por cada 1000 habitantes. En total, en el Caquetá hay 1,0 trabajador de la salud por

Municipio	Número de habitantes	Número de trabajadores de salud en el sector público			Número de trabajadores de salud en el sector público (por cada 1000 habitantes)	Número de trabajadores de salud en el sector privado			Número de trabajadores de salud en el sector privado (por cada 1000 habitantes)	Total	Número de trabajadores de salud en total (por cada 1000 habitantes)
		Médicos	Enfermeros	Total		Médicos	Enfermeros	Total			
Florencia	181.493	78	27	105	0,6	173	85	258	1,4	363	2,0
Morelia	3.892	1	-	1	0,3	-	-	-	0	1	0,3
Belén de los Andaquíes	11.721	4	2	6	0,5	-	-	-	0	6	0,5
San José del Fragua	15.223	5	1	6	0,4	-	-	-	0	6	0,4
Albania	6.434	2	1	3	0,5	-	-	-	0	3	0,5
Curillo	11.829	4	1	5	0,4	2	1	3	0,3	8	0,7
La Montañita	24.140	2	-	2	0,1	-	-	-	0	2	0,1
El Doncello	22.267	5	3	8	0,4	3	1	4	0,2	12	0,5
El Paujil	21.148	5	2	7	0,3	1	-	1	0,05	8	0,4
Puerto Rico	33.623	6	2	8	0,2	4	7	11	0,3	19	0,6
San Vicente del Caguán	71.704	17	7	24	0,3	11	2	13	0,2	37	0,5
Cartagena del Chairá	34.953	7	2	9	0,3	10	2	12	0,3	21	0,6
Valparaíso	11.772	3	1	4	0,3	-	-	-	0	4	0,3
Solano	25.074	3	1	4	0,2	-	-	-	0	4	0,2
Solita	9.139	2	1	3	0,3	-	-	-	0	3	0,3
Milán	11.829	4	2	6	0,5	-	-	-	0	6	0,5
Total	496.241	148	53	201	0,4	204	98	302	0,6	503	1,0

cada 1.000 habitantes. Los hallazgos de esta fase se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Trabajadores de salud por cada 1.000 habitantes en los municipios del Caquetá.

Fuente: Secretaría de Salud Departamental del Caquetá y REPS

Aplicación del modelo distancia-tiempo para la determinación de barreras de acceso Geográficas

Se encontró que los municipios de Cartagena del Chairá y Solita presentan barrera de acceso a los servicios de salud ya que el tiempo de viaje hacia Florencia, el municipio a donde son remitidos los pacientes, es mayor a 4 horas. Dado que los municipios de Solano y Milán sólo son accesibles por vía fluvial, no fue posible aplicar el modelo expuesto en este proyecto y se procedió a conversar con las personas encargadas de manejar las lanchas para establecer el tiempo de recorrido de cada uno de ellos hacia Florencia.

Se encontró que el trayecto Milán-Florencia es de aproximadamente 45 minutos a una hora, mientras el de Solano-Florencia puede tomar entre 3 a 4 horas. A estos tiempos se deben agregar los 30 minutos adicionales que se requieren para movilizarse desde Puerto Arango (el puerto donde salen los botes) hasta la cabecera municipal de Florencia. También cabe resaltar que estos recorridos por río suelen verse afectados por el clima dado que, si el río está seco, la lancha no puede andar a gran velocidad porque corre el riesgo de encallar y ocasionar accidentes, mientras que, si está caudaloso, puede andar rápidamente.

Los resultados de esta fase se presentan en la siguiente tabla.

Municipio	Distancia a Florencia (km)	Tiempo de viaje por pavimentado (horas)	Tiempo de viaje por afirmado (horas)	Tiempo de viaje total (horas)
Florencia	N/A	N/A	N/A	N/A
Morelia	25,4	0,5	-	0,5
Belén de los Andaquíes	45	0,9	-	0,9
San José del Fragua	62,2	1,2	-	1,2
Albania	85	1,6	-	1,6
Curillo	110	1,6	1,5	3,1

La Montañita	38,6	0,7	-	0,7
El Doncello	65,8	1,3	-	1,3
El Paujil	55,6	1,1	-	1,1
Puerto Rico	98,3	1,9	-	1,9
San Vicente del Caguán	153	2,9	-	2,9
Cartagena del Chairá	121	1,1	3,8	4,9
Valparaíso	112	1,6	1,8	3,3
Solano	-	-	-	4,5
Solita	154	1,6	4,2	5,8
Milán	-	-	-	1,5

Tabla 3. Tiempo de viaje hasta Florencia en bus mixto por carretera pavimentada y afirmada. Fuente: IGAC y Google Maps

Entrevistas semi-estructuradas

Los hallazgos de las entrevistas se clasificaron en las categorías de itinerarios burocráticos, barreras geográficas, falta de personal de salud, barreras económicas, barreras tecnológicas y tipo de diagnóstico. Las frecuencias de dichas categorías se presentan en la siguiente tabla:

Categoría	Subcategoría	Número de entrevistas en las que es percibida	Testimonios
	Trámites administrativos	8	<p>“Si son imágenes diagnósticas o laboratorios, (los usuarios) se deben dirigir directamente a la ciudad de Florencia para sacar la cita... yo opino en cuanto a lo de imágenes diagnósticas y laboratorios que debería ser también vía telefónica porque nos encontramos muy retirados de Florencia... y uno va y la cita no se la van a dar para el otro día o dos días, siempre estamos hablando de 15 días o una semana de diferencia” -P2</p> <p>“(la EPS) por la parte ambulatoria debe responderle al usuario por el pasaje hasta Florencia... para ambulatorios (cubren) el costo del pasaje de acá de Solano a Florencia que en este momento está en 100.000 pesos por trayecto, o sea que para ida y vuelta son</p>

Itinerarios burocráticos			<p>200.000 pesos... y solo cubre al paciente... la EPS no desembolsa el dinero inmediatamente sino que lo que hace es decir, por ejemplo, abra una cuenta en banco agrario y nosotros le desembolsamos el dinero en esa cuenta, pero tampoco es algo inmediato sino que lo desembolsan a los dos meses, tres meses, entonces si el paciente quiere ir a la cita con el especialista pues primero debe hacer eso o pagar de su bolsillo”</p> <p>-A2</p>
	Falta de servicios	3	<p>“he tenido inconvenientes en algunas oportunidades, pero no son del área de atención como tal al usuario sino porque en algún momento no contamos con ciertos servicios. Le voy a hacer un ejemplo: el servicio de rayos X se presta los viernes, ese es el único día que tenemos nosotros la oferta de servicio de rayos X entonces esa sí es una dificultad que se ha presentado”</p> <p>-A1</p> <p>“dificulta que acá en Solano no hay servicio de rayos X entonces creo que faltaría lo que es la maquinaria, falta lo que son las paredes y el profesional para que preste el servicio, y siempre he dicho que si hubiera rayos X evitaríamos muchas remisiones o evitaríamos mucho gasto a los pacientes para toma de dichas imágenes diagnósticas en la ciudad de Florencia”</p> <p>-P2</p>
	Contratación entre EPS e IPS	4	<p>“algunas veces sí (ha tenido problemas con las citas) porque voy a la IPS me responden que no hay contrato actualizado con la IPS en Florencia entonces no me pueden prestar servicio hasta que se haya renovado el contrato, entonces muchas veces uno está enfermo y primero se alivia por obra y gracia del Espíritu Santo a que lo atiendan”</p> <p>-U2</p> <p>“El año pasado en la gerencia que estaba en su momento, a raíz de que la nueva EPS nunca envió a contratos, solo actas (pero finalmente un acta no representa una relación contractual como tal entre 2 partes) y sumado a que no habían pagado, se decidió realizar la suspensión de los servicios hasta tanto la EPS no se pusiera al día con la organización del contrato”</p> <p>-A3</p>
			<p>“en Florencia a veces es muy crítico, duro para que contesten el teléfono a veces hay que marcar una y dos y tres y muchas más para poder que contesten el celular para comentarle el paciente y para que el paciente sea remitido... Toca insistir varias veces para poder que reciban el paciente por el servicio de urgencias o dependiendo la especialidad donde sea remitido”</p> <p>-P1</p>

	Remisiones	4	<p>“Si hay una urgencia vital de pronto en la noche, pues en la noche no hay posibilidad de navegar el río por la visibilidad entonces se hace aérea. Si tiene por ejemplo una EPS como Asmet salud se hace la solicitud directamente a la sede nacional para que haga el trámite de remisión aérea y ellos tienen como contratado con la Fuerza Aérea, entonces la Fuerza Aérea es la que tiene la última palabra, ellos ven como las condiciones del paciente y hacen como una validación, y a la última dicen si aceptan o no aceptan hacer el traslado, pero a veces es difícil porque el trámite puede demorarse 3 horas y hay veces en que lo niegan y el paciente no sale hasta el otro día”</p> <p>-A2</p>
	Diferencias entre EPS	2	<p>“En cuanto a la forma de atención, con asmet salud tenemos contratados más servicios que los que de pronto podemos tener contratados con las demás EPS, es lo que de alguna manera representa una barrera acceso de los pacientes algunos servicios específicamente servicios de segundo nivel como, por ejemplo, laboratorios de segundo nivel”</p> <p>-A3</p>
Barreras geográficas	N/A	7	<p>“hay barreras de tipo geográfico por las distancias y por las dificultades para las personas salir de su municipio, entonces, por ejemplo, podríamos poner a la Unión Peneya, que la Unión Peneya si cogemos un mapa está relativamente cerca a Florencia, pero la vía de acceso es una vía destapada que depende de muchas cosas, también de las situaciones de orden público, entonces esas son vías que hacen complicado que la gente esté saliendo al casco urbano a buscar la atención”</p> <p>-L1</p> <p>“Factores que dificultan el acceso del usuario aquí a la IPS: el clima y las vías terciarias porque Cartagena del Chairá cuenta con bastante población y dentro de esa hay muchos habitantes que viven en el área rural y en el momento de acceder al servicio si llueve, muchos no pueden salir por las vías”</p> <p>-A1</p>
Falta de personal de salud	N/A	7	<p>“cuando he ido a hacer los trámites para que les asignen citas (a otros familiares) o para el tema de algunos exámenes más que todo ha habido mucha saturación en las citas o porque no ha habido médicos”</p> <p>-U1</p> <p>“Una de las barreras que tenemos es que hay mucha demanda y la oferta de la IPS se queda corta. Tenemos médicos, pero esos médicos son solo 5. 5 médicos para</p>

			<i>atender toda la población de Cartagena del Chairá que es grande. Somos 33000 casi 34000 habitantes en Cartagena del Chairá y la demanda es bastante para la oferta que ofrecemos”</i> -P1
Barreras económicas	N/A	5	<i>“a pesar de que a uno le dan viáticos para el transporte (para ir a Florencia), ya el tema para el hospedaje si es como engorroso porque casi no apoyan realmente para el tema de estadía en Florencia entonces siempre toca buscar dónde quedarse, el tema de la alimentación, todo, y eso corre por cuenta de uno”</i> -U3 <i>“también por el tema de la pandemia el servicio público de transporte estuvo suspendido, ahora que lo rehabilitaron con los protocolos está prácticamente el doble de costoso entonces tampoco he podido (ir a control a Florencia) por eso”</i> -U2
Barreras tecnológicas	N/A	4	<i>“tengo precisamente un control por Toxoplasma y no lo he podido realizar... por falta de agilizar procesos virtuales a partir de la plataforma que maneja la nueva EPS que tiene una aplicación, ahí uno solicita, pero realmente nunca pasa nada entonces no he podido hacer el trámite”</i> -U1 <i>“todo sigue siendo en papel entonces el pobre paciente anda con una cantidad de documentos que no sabe ni que son, anda con la historia clínica, con su copia de la fórmula, con su copia de los exámenes, con su copia de la orden de control con el médico, con los resultados de todo, o sea el paciente anda con una carpeta de muchos folios y no sabe qué es lo que tiene... con todo lo que tenemos nosotros ya de internet y redes no hay nada en línea”</i> -L1
Tipo de diagnóstico	N/A	1	<i>“digamos que esos grupos, los mentales, los discapacitados y el binomio madre-hijo también tienen muchas dificultades acá en el Caquetá”</i> -L1

Tabla 4. Hallazgos de las entrevistas

Asimismo, los entrevistados refirieron recibir viáticos de parte de la EPS por concepto del valor del transporte ida y vuelta desde su municipio a Florencia; sin embargo, manifestaron que los mismos no cubrían a sus acompañantes, estadía y/o alimentación, en aquellos casos donde lo requiriera.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El derecho al más alto nivel posible de salud está contemplado en la Constitución de la OMS, así como en diversos tratados internacionales; sin embargo, el grado en que tal derecho es disfrutado entre diferentes regiones o comunidades es desigual y varía como consecuencia de aspectos estructurales más profundos que, en conjunto, determinan las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Tales condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud y explican en gran medida las inequidades sanitarias (21). Esta investigación se fundamenta en uno de ellos: la deficiente distribución de la atención médica en términos de asignación adecuada de recurso humano y la distancia geográfica a un mayor nivel de atención.

Resulta entonces alarmante que ningún municipio del Caquetá, incluyendo su capital, alcance la razón de 2,5 trabajadores de la salud por cada 1.000 habitantes recomendada por la OMS, más aún si se tiene en cuenta que dicha relación es tan solo de 1:1000 a nivel departamental, incluso contemplando aquellos profesionales que se desempeñan en el sector privado, ya que cuando se restringe al sector público el panorama es mucho más desalentador puesto que tal valor es menor a 1. Algunas investigaciones han encontrado que aquellas zonas con un bajo nivel de desarrollo económico tienen también una menor proporción de talento humano que aquellas regiones con un nivel más alto (22,23), lo que coincide con el Boletín Técnico de Cuentas Departamentales del 2019 que ubica al Caquetá entre uno de los departamentos que aportan tan solo entre el 0 y el 0,5% del Producto Interno Bruto (PIB) del país (24). La mayor proporción de personal de salud suele concentrarse en las áreas urbanas donde, en ocasiones, se da un superávit de este pese a las tasas de desempleo en las mismas y los puestos sin ocupar en la ruralidad (25) que, en este caso, también constituyen un aspecto complejo dado que los prestadores de servicios de salud en cada uno de los municipios son escasos, los cuales, con excepción de Florencia, El Doncello, Puerto Rico, San Vicente del Caguán y Cartagena del Chairá, no superan los 5 entre entidades públicas, privadas y profesionales independientes, y donde solo Florencia cuenta con el segundo nivel de atención.

Dicho lo anterior, el acceso efectivo a los servicios de salud en el Caquetá requiere del desplazamiento de los pacientes desde su municipio de origen hacia Florencia, el cual para

Cartagena del Chairá, Solano y Solita implica un tiempo de viaje mayor a 4 horas en tan solo un trayecto, es decir que para ir y regresar se deben destinar más de 8 horas, las cuales equivalen a un día laboral, y donde, en algunos escenarios, se hace obligatorio pernoctar en Florencia de acuerdo con los horarios en que las citas o toma de laboratorios/imágenes diagnósticas son programados, los horarios de salida del transporte público y la distancia entre ambos municipios. El componente cualitativo del estudio identificó que las aseguradoras asignan viáticos correspondientes al transporte del paciente, lo que se puede interpretar como un ligero atenuante para la barrera económica que representa el tener que movilizarse a Florencia, sin embargo, dicha asignación monetaria es insuficiente en tanto no cubre gastos adicionales concernientes a alimentación u hospedaje del paciente ni el costo de transporte y gastos de bolsillo de su acompañante, que en muchas ocasiones es requerido.

Ahora bien, pese a que este trabajo partía de la premisa de que las barreras geográficas eran generalizadas y solo se encontraron en 3 municipios tras la aplicación del modelo distancia-tiempo, las entrevistas a los actores permitieron identificar que las barreras de este tipo sí eran percibidas como un obstáculo por 7 de los entrevistados, de la misma forma en que emergió la categoría de itinerarios burocráticos en los cuales el acceso depende de los procesos de contratación entre EPS e IPS y el conocimiento de los usuarios para realizar procesos judiciales y administrativos, y cuyos resultados se basan no solo en las interpretaciones de los jueces, sino también en el cumplimiento de la sentencia por parte de las aseguradoras. Estos itinerarios prolongan el sufrimiento de los individuos, generan complicaciones médicas en el estado de salud y pueden, potencialmente ocasionar daños o discapacidades permanente e incluso la muerte (12,26).

La sumatoria de los 3 factores hallados en este estudio: cantidad insuficiente de personal de salud, barreras geográficas e itinerarios burocráticos ocasionan que la equidad no llegue a todos los asegurados, aunque se encuentren afiliados al sistema. Estos hallazgos coinciden con los de otros autores quienes encontraron que factores como un mayor nivel de pobreza, menor nivel educativo, los procesos burocráticos y de contratación, e incluso el tipo de aseguramiento dificultan el acceso efectivo al servicio de salud y perpetúan las inequidades entre ciudadanos tanto en Colombia como en otros países (27–31).

A su vez, la distribución desequilibrada del personal de salud puede contribuir a grandes disparidades en los desenlaces en salud entre la población rural y urbana. En México, por ejemplo, la esperanza de vida de la población rural es de 55 años, mientras que en las zonas urbanas es de 71 años (25). Como muchos países, existe una mala distribución de los profesionales de la salud, los cuales suelen preferir prestar sus servicios en los cascos urbanos más que en las zonas rurales. Además, dichas áreas no solo tienen menores densidades de trabajadores sino que, a su vez, estos son menos educados (23). Así pues, cuando los usuarios del servicio logran sortear las barreras primarias relacionadas con el mismo, luego deben enfrentar aquellos trámites administrativos interpuestos por las aseguradoras, con el fin de proteger su propio margen de rendimientos financieros, los cuales tienen por objeto hacerlos desistir de la prestación (26).

Ciertos estudios han demostrado que hay una mayor desigualdad en la distribución de los trabajadores de salud por kilómetro cuadrado que la de los trabajadores de salud por cada 10.000 habitantes, dado que algunos habitantes remotos podrían tener que viajar distancias más largas para recibir atención primaria de salud que los habitantes en áreas densamente pobladas, lo que sugiere que los centros de servicios de salud podrían establecer más puestos de salud para el área menos densamente poblada, en lugar de un aumento masivo en el número de trabajadores de salud, y por lo que se recomienda usar esta medición en futuros trabajos (22). De igual manera, para futuras investigaciones sería interesante profundizar en las barreras que enfrentan veredas o corregimientos adscritos a los municipios ya que la presente solo tuvo en cuenta el proceso de atención en salud desde las cabeceras municipales.

Esta mala distribución de personal de salud sólo puede corregirse mediante políticas que generen incentivos efectivos para que los profesionales de la salud trabajen y permanezcan en los puestos de salud rurales (23) ya que, como se ha demostrado, los incentivos financieros por sí solos parecen no ser suficientes para asegurar que las áreas afectadas conserven un adecuado personal (25). Asimismo, se requiere de una mayor presencia estatal en términos

de prestadores de servicios de salud públicos con el fin de garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos los colombianos.

Esta investigación espera contribuir a aquellos otras que invitan a la reflexión y el repensar el modelo de aseguramiento en Colombia ya que contradice el derecho efectivo a la salud. Su enfoque biomédico de la atención en salud centrado en la enfermedad, que a la larga perpetúa la exclusión social y las inequidades en salud, no solo implica cambios en el contenido de las políticas relacionadas con la protección social y la atención en salud, sino que demanda transformaciones en su sistema económico y político que democratizen las relaciones de producción, distribución de la riqueza y de los recursos, las relaciones de poder entre las clases sociales, etnias y por condición de género; se requiere conformar un sistema de salud universal, integral, de acceso gratuito, equitativo, solidario, intercultural, que contribuya al fortalecimiento de lo público y a la participación democrática en las decisiones (32). Un punto de partida inmediato hacia esos cambios podría darse en el fortalecimiento educativo del nuevo talento humano en salud, el cual debería consistir en robustecer el componente de actividades de promoción y prevención, salud comunitaria y salud pública, dado que el acceso probable de gran parte de la población en departamentos aislados del interior del país, como el Caquetá, se da en primera instancia con un enfermero o médico general y que, por lo expuesto en esta investigación, puede verse interrumpido dadas las barreras interpuestas por el sistema de salud colombiano. Sin embargo, se reitera que lo anterior es solo una medida corto plazo y que el verdadero cambio radica en replantear el modelo de mercado en el que se fundamenta la salud, así como la intermediación de las EPS privadas, ya que ello y no plantea soluciones a las recurrentes crisis hospitalarias y a la persistencia de las violaciones al derecho a la salud (33).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization (WHO). Monitoring Equity in Access to AIDS treatment Programmes. World Heal Organ. 2010;
2. Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. In: La falacia neoliberal: crítica y alternativas. 2003. p. 347–61.
3. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el Sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones [Internet]. 1993 p. 80. Available from: [http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD EN LEY 100 DE 1993.pdf](http://www.comisionseptimasenado.gov.co/salud/SALUD%20EN%20LEY%20100%20DE%201993.pdf)
4. Restrepo Zea J. El seguro de salud en Colombia ¿Cobertura universal? Rev Gerenc y Políticas Salud. 2002;2:25–40.
5. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Doc Trab Sobre Econ Reg. 2014;204.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras de aseguramiento en salud [Internet]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
7. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada : un estudio de caso en Colombia. Universidad Autónoma de Barcelona. 2009.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 5261 De 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 1994 p. 1–138. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI N 5261 DE 1994.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%20N%205261%20DE%201994.pdf)
9. Gulzar L. Access to Health Care. J Nurs Scholarsh. 1999;31(1):13–9.
10. Guagliardo MF. Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges. Int J Health Geogr. 2004;3(3):1–13.
11. Jordan H, Roderick P, Martin D, Barnett S. Distance, rurality and the need for care: Access to health services in South West England. Int J Health Geogr. 2004;3:1–9.
12. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and

methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med* [Internet]. 2009;68(6):1153–60. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.049>

13. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. 2011.
14. Organización Mundial de la Salud. Atlas mundial de la fuerza laboral sanitaria. 2018.
15. Pulido DA, Estrada-Montoya JH. Inventario de talento humano, servicios en salud oral y barreras de acceso geográficas en Boyacá, Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2012.
16. Reyes Cañón LC, Estrada Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. Universidad Nacional de Colombia; 2016.
17. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(5):1–15.
18. Secretaría de Salud Departamental de Caquetá. Análisis de la Situación de Salud (ASIS) Departamento Del Caquetá, 2018. Vol. 57. 2018.
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2019 [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 29]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/pobreza-y-desigualdad/pobreza-monetaria-y-multidimensional-en-colombia-2019#pobreza-multidimensional>
20. Caicedo-Rosero ÁV, Estrada-Montoya JH. Barreras geográficas de acceso a los servicios de salud oral en el departamento de Nariño, Colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2016;15(31):146–74.
21. World Health Organization (WHO); Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. 2008.
22. Chen R, Zhao Y, Du J, Wu T, Huang Y, Guo A. Health workforce equity in urban

- community health service of China. PLoS One. 2014;9(12):1–15.
23. Anand S, Fan VY, Zhang J, Zhang L, Ke Y, Dong Z, et al. China's human resources for health: quantity, quality, and distribution. *Lancet*. 2008;372(9651):1774–81.
 24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín Técnico Cuentas Departamentales 2019. 2020.
 25. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: Understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006;4:1–16.
 26. Abadía C, Oviedo D. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2010;9(18):86–102.
 27. Kurji J, Talbot B, Bulcha G, Bedru KH, Morankar S, Gebretsadik LA, et al. Uncovering spatial variation in maternal healthcare service use at subnational level in Jimma Zone , Ethiopia. 2020;1–15.
 28. Falchetta G, Hammad AT, Shayegh S. Planning universal accessibility to public health care in sub-Saharan Africa. 2020;(December).
 29. Mogollón-pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia. 2008;24(4):745–54.
 30. Rivillas JC, Devia-rodriguez R, Ingabire M. Measuring socioeconomic and health financing inequality in maternal mortality in Colombia : a mixed methods approach. 2020;1–12.
 31. López Arana, Sandra, Valencia, Sandra Carolina, Mogollón, Amparo, Barragán, Ana María, Morales N, Pinilla, Mónica, García, Virginia, Rodríguez1, Luis Fernando, Vargas, Ingrid, Ferreira, Rejane, Unger, Jean Pierre, de Paepe, Pierre, Vázquez ML. Impacto del modelo de aseguramiento sobre la equidad de acceso a los servicios de salud en Colombia. *Salud UIS*. 2011;43(1):80–1.
 32. Vega-Romero R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Rev Gerenc y Políticas Salud*. 2009;8(16):7–11.
 33. Echeverry-López ME, Borrero-Ramírez YE. Public demonstrations for health as a

fundamental human right in Colombia: 1994-2010. *Cad Saude Publica*.
2015;31(2):354-64.