

ANÁLISIS DE LA ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE III Y IV NIVEL EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA – COLOMBIA 2021

ANALYSIS OF ACCESSIBILITY TO LEVEL III AND IV SERVICES IN THE CITY OF BARRANQUILLA – COLOMBIA 2021

Recibido: 08/02/2024

Aceptado: 27/06/2024

AUTORES

Mayra Katalina Páez Zuleta. Egresada del programa de Administración en Salud de la Institución Universitaria Antonio José Camacho. Correo: paez-katalina@hotmail.com

Jhisney Caicedo Serna. Egresada del programa de Administración en Salud de la Institución Universitaria Antonio José Camacho. Correo: jhisney@hotmail.com

Jennifer Beltrán Camayo. Docente Ocasional de Tiempo Completo, Líder de Práctica Formativa de la Facultad de Educación a Distancia y Virtual, Administradora en Salud, Especialista en Aplicación de TIC para la Enseñanza, maestrante Recursos Digitales Aplicados a la Educación. Correo: jbeltran@admon.uniajc.edu.co

Semillero de Investigación en Gestión en Salud SIGES
Institución Universitaria Antonio José Camacho

Para citar este artículo: Caicedo Serna, J., Páez Zuleta, M. K. y Beltrán Camayo, J. (2024). Análisis de la accesibilidad a los servicios de iii y iv nivel en la ciudad de barranquilla – Colombia 2021. *Revista Sapientia*, 16(32), 57-71. <https://doi.org/10.54278/sapientia.v16i32.184>

RESUMEN

Este artículo es resultado de un proceso de investigación cuyo producto fue una monografía que analizó uno de los fundamentos del sistema general de seguridad social en Colombia en la ciudad de Barranquilla: accesibilidad en los servicios de salud. Para ello, se realizó la caracterización de la población que accede a los servicios de salud de los niveles III y IV en Barranquilla, considerando aspectos demográficos, tipos de servicios, accesibilidad y economía. Se utilizan fuentes de datos como REPS, SISPRO y SIVIGILA, que proporcionan datos cuantitativos y secundarios. Se describen criterios, variables y herramientas estadísticas utilizadas, como R y ArcGIS. Los resultados se presentan en tablas, gráficos o mapas, resaltando aspectos importantes como el perfil demográfico y la satisfacción con los servicios. Se comparan y se interpretan los resultados con otros estudios, identificando limitaciones y sesgos. Se ofrece una visión integral de la accesibilidad a los servicios de salud en Barranquilla, desde la recopilación y análisis de datos hasta la presentación de conclusiones y recomendaciones para futuras acciones. En resumen, se destacan las principales conclusiones y contribuciones del estudio al conocimiento y gestión de la población usuaria de los servicios de salud en Barranquilla.

PALABRAS CLAVE

Servicios de Salud, Aspecto, Demografía, Accesibilidad, Geográfica.

ABSTRACT

This article is the result of a research process whose outcome was a monograph where one of the fundamentals of the general social security system in Colombia was analyzed in the city of Barranquilla: accessibility in healthcare services. To achieve this, the characterization of the population accessing healthcare services at levels III and IV in Barranquilla was carried out, considering demographic aspects, types of services, accessibility, and the economy. Data sources such as REPS, SISPRO, and SIVIGILA, which provide quantitative and secondary data, are used. Criteria, variables, and statistical tools used, such as R and ArcGIS, are described. The results are presented in tables, graphs, or maps, highlighting important aspects such as the demographic profile and satisfaction with the services. The results are compared and interpreted with other studies, identifying limitations and biases. It offers a comprehensive view of accessibility to healthcare services in Barranquilla, from data collection and analysis to the presentation of conclusions and recommendations for future actions. In summary, the main conclusions and contributions of the study to the understanding and management of the population using healthcare services in Barranquilla are highlighted.

KEYWORDS

Health Services, Aspect, Demography, Accessibility, Geographic.

En Latinoamérica se han promovido reformas de los sistemas de salud con el propósito de mejorar el acceso a la atención, algunos países implementaron el modelo de competencia regulada; al respecto, Céspedes, Jaramillo & Castaño (2022) caracterizaron la introducción de un mercado regulado donde las aseguradoras se disputaban la afiliación de la población, una estrategia adoptada por algunos países de América Latina (Almeida, 2002). Colombia fue pionero en esta estrategia con la reforma que estableció la Ley 100 de 1993 (República de Colombia. Ley 100/1993 diciembre 23, 1993). De lo anterior, se puede deducir que ese tipo de reformas a la salud son la causa más importante para la pérdida de los tratamientos, incumplimiento de citas e, incluso, ha sido una de las más altas generadoras de la muerte de pacientes. El objetivo es realizar un análisis de las principales barreras de acceso percibidas por los usuarios en los servicios de salud de la población en los niveles de III y IV en la ciudad de Barranquilla, Colombia para el año 2021.

Pese a que el acceso a la atención a los servicios de salud es una de las preocupaciones principales de las políticas sanitarias, se trata de una concepción mal definida, que ha sido confundida con términos como disponibilidad, accesibilidad o búsqueda de atención. Se perciben dos tendencias: algunos autores definen el acceso como un ajuste entre características de los servicios y de la población y los que lo unifican con la utilización de los servicios. En este sentido, se distinguirá entre acceso realizado, la utilización efectiva de servicios y su potencial como factores que predisponen y capacitan el uso de los servicios. Se incorporarán en el desarrollo del marco teórico algunos aspectos relacionados con las aseguradoras que afectan el acceso, los mecanismos de control de la atención, el tamaño de los proveedores, entre otros.

El funcionamiento de los sistemas de salud se vio afectado por las diversas situaciones que se presentaron a partir del año 2020 debido a la pandemia del COVID-19. Esta pandemia generó cambios en la oferta y la demanda, y la calidad de los servicios de salud se vio cuestionada por las situaciones; por tanto, se requerían mejoras y esto no sólo dependía del número de equipos médicos, número de funcionarios, infraestructura, entre otros; sino de la relación que estos tenían con la población. Sobre el particular, Recavar (2020) plantea lo siguiente:

La atención primaria de salud (APS) es un concepto amplio que abarca diferentes formas de organización y prestación de servicios de salud, según el contexto y las necesidades de cada país o región. Sin embargo, existe una falta de claridad conceptual y operativa sobre los niveles de atención en salud, que son la forma de clasificar y ordenar los recursos y las actividades sanitarias según su complejidad, capacidad resolutoria y grado de especialización. Esta situación dificulta la planificación, gestión y evaluación de los sistemas de salud, así como la articulación e integración de los diferentes niveles de atención, lo que repercute en la calidad, la equidad y la eficiencia de la atención a la población.

Por lo anterior, se encuentra relevancia en un estudio sobre las barreras de acceso a los servicios de salud de alta complejidad (nivel III y IV) en Barranquilla, Colombia, para el año 2021. Estos servicios son prestados por IPS de referencia que deben cumplir con los estándares de calidad del Ministerio de Salud y Protección Social. Sin embargo, el sector salud en Barranquilla enfrenta problemas de tipo económico, geográfico, de calidad y de pertinencia. Estos problemas afectan la oportunidad, la continuidad y la integralidad de la atención de los pacientes que necesitan servicios de alta complejidad. El objetivo del estudio es identificar y analizar las causas y consecuencias de estas barreras, así como proponer estrategias para superarlas y mejorar la calidad y equidad del sistema de salud en Barranquilla.

METODOLOGÍA

El objetivo de este estudio es analizar la accesibilidad a los servicios de salud de III y IV nivel en la ciudad de Barranquilla, Colombia, en el año 2021, desde la perspectiva de los usuarios, los prestadores y los gestores. Se trata de un estudio cualitativo, que utiliza el método de estudio de casos múltiples, seleccionando como unidades de análisis cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) de alta complejidad, dos públicas y dos privadas, que atienden a población de diferentes regímenes de aseguramiento. Teniendo en cuenta lo anterior y según Hernández, Fernández & Baptista (2014), se emplean técnicas de recolección de información como entrevistas semiestructuradas, grupos focales, observación participante y análisis documental, buscando captar las percepciones, experiencias, opiniones y significados de los actores involucrados en el proceso de acceso a los servicios de salud. Se utiliza la literatura especializada para el análisis de la información. Se espera que este estudio aporte elementos para comprender los factores que facilitan o dificultan el acceso a los servicios de salud de III y IV nivel en Barranquilla, así como para proponer estrategias de mejora que contribuyan a garantizar el derecho a la salud de la población.

TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un estudio cualitativo de tipo documental, que busca describir e interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas, sin abstraer propiedades o variables para analizarlas mediante técnicas estadísticas. Se eligió este tipo de investigación, porque permite comprender la complejidad y la diversidad de las barreras de acceso a los servicios de salud, así como las percepciones y experiencias de los usuarios y los prestadores de dichos servicios.

Para realizar el estudio, se seleccionó la literatura especializada que aborda el tema de las barreras de acceso a los servicios de salud en Colombia y en otros países con contextos similares. Se utilizaron criterios de calidad y validez para garantizar la confiabilidad de las fuentes de información, tales

como la pertinencia, la actualidad, la autoría y la evidencia empírica. Se recogieron y analizaron los datos secundarios disponibles en la web y en la literatura, siguiendo un plan de investigación que especificó los métodos y procedimientos para obtener y procesar la información necesaria.

Se encontró que las barreras de acceso a los servicios de salud de los niveles III y IV en Barranquilla son principalmente de tipo económico, geográfico y cultural, y que afectan de manera desigual a los diferentes grupos poblacionales, especialmente a los más vulnerables. Estas barreras generan dificultades para acceder a la atención oportuna, integral y de calidad, lo que repercute en la salud y el bienestar de los usuarios y en la eficiencia y la efectividad del sistema de salud.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio tiene como propósito analizar la accesibilidad a los servicios de salud de III y IV nivel en la ciudad de Barranquilla, Colombia, en el año 2021. Para ello, se emplea un método de investigación cualitativo, que permite describir, comparar, evaluar y comprender diferentes aspectos de este problema social, desde la perspectiva de los usuarios, los prestadores y las autoridades sanitarias.

El diseño de la investigación se basa en el enfoque de la teoría fundamentada, que consiste en generar una teoría a partir de los datos recogidos mediante técnicas como la observación participante, las entrevistas en profundidad y los grupos focales (Hernández et al., 2014).

Para realizar el análisis de la accesibilidad, se realizó una revisión de la literatura especializada, utilizando diversas bases de datos académicas, como se muestra en la Tabla 1. Se utilizaron los términos "accesibilidad", "servicios de salud" y "Barranquilla" en español, inglés y francés, para obtener una mayor cobertura de las publicaciones relacionadas con el tema. Se seleccionaron los artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente, y se realizó un análisis crítico de su contenido, identificando las principales dimensiones, variables e indicadores de la accesibilidad.

| Base de datos | Links |
|---------------|---|
| e-Libro | https://www.elibro.com |
| Redalyc | https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15812476028 |
| Scielo | https://books.scielo.org/ |

| | |
|---|---|
| Dialnet | https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5636301 |
| Google | https://books.google.es/ |
| Google Académico o Google Scholar | https://scholar.google.es/schhp?hl=e |
| Mendeley | https://www.mendeley.com/?interaction_required=true |
| RePec | http://repec.org/ |
| Open libra | https://apps.microsoft.com/store/detail/open-libra/9NBLGGH68F7N?hl=es-mx&gl=mx |
| PubMed | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/ |
| Medline | https://medlineplus.gov/spanish/acercade/general/diferencia/ |
| Biblioteca Virtual en Salud (BVS) | https://bvsenfermeria.bvsalud.org/colombia/ |
| Free journals | https://www.stumbleuponresults.com |
| Web of Science | https://es.discoverthebest.co/ |
| Scopus | https://www.scopus.com/home.uri |
| ProQuest | https://www.proquest.com/ |
| Springer Open | https://www.springeropen.com/ |
| CSIC | https://www.csic.es/es/el-csic |
| Ebsco | https://www.ebsco.com/es |
| e-Journal | http://www.ejournal.unam.mx/ |
| TDR | https://www.unodc.org/ |
| DOAJ | https://doaj.org/ |
| vLex | https://vlex.com.co/ |
| Zotero | https://www.zotero.org/ |
| Science Direct | https://www.sciencedirect.com |
| Bioline International | https://www.bioline.org.br/ |
| RefSeek Academic Search | https://www.refseek.com/ |
| WorldCat.org | https://www.worldcat.org/es |
| BASE (Bielefeld Academic Search Engine) | https://www.base-search.net/ |
| Wiley | https://onlinelibrary.wiley.com/ |
| Science.gov | https://www.science.gov/ |
| Repeck | https://www.repack.com/ |
| Base search | https://www.base-search.net |
| Elsevier | https://www.elsevier.com/ |
| Bioline internacional BIREME/OPS/ OMS revista panamericana de salud pública | https://www.paho.org/es/bireme |
| Biblioteca Nacional de Colombia (BNC) | https://bibliotecanacional.gov.co/es-co |
| ISO4docs | https://iso4docs.com/ |
| Datos de distintas certificadoras del sur occidente colombiano (Ver anexo solicitud de información sin respuesta) | |

RESULTADOS

La ciudad de Barranquilla es la más importante del departamento del Atlántico y cuenta con 1.243.056 habitantes según el Censo de 2018 (stoptb, 2020). Según el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), en el 2021 la ciudad tenía 97 instituciones de salud acreditadas (IPS), de las cuales 18 pertenecen a los Niveles de Complejidad III y IV (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Estos niveles implican soluciones IPS y capacidades técnicas para tratar a pacientes con condiciones médicas de alta complejidad y aquellos que necesitan atención en cuidados críticos (Bascolo, 2023). Sin embargo, no todas las IPS autorizadas están en funcionamiento o brindan servicios, lo que genera una diferencia entre la demanda y la oferta de servicios de salud. Según el informe del Observatorio Atlántico de Salud Pública, solo 18 IPS

de nivel III y IV tuvieron actividad de enfermería en 2020. Esta situación se ha agravado por la pandemia de Covid-19, que ha incrementado la carga sobre los sistemas de salud y ha evidenciado las limitaciones de infraestructura, personal, insumos y equipos médicos.

Se realizó una matriz donde se clasifican las instituciones que ofrecen servicios médicos (IPS) en Barranquilla, Colombia, según el tipo, el volumen y el nivel de complejidad de los servicios con base la tecnología. También expone los niveles de complejidad para asegurar la calidad y la seguridad de la atención sanitaria y regular la asignación de recursos y el mercado. Además, se señalan las diferencias entre IPS públicas y privadas. Se describe una clasificación de las instituciones que prestan servicios médicos (IPS) en Barranquilla por nivel de complejidad, enfocándose en el acceso a los servicios médicos más especializados y complejos de nivel III y IV.

Tabla 1. Matriz de prestadoras de salud Barranquilla

| Nombre de la entidad | Razón social | NIT | Nivel de complejidad | Servicios habilitados | Cobertura | Tipo de población |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------|----------------------|--|-----------------------|---------------------------|
| Clínica General del Norte S.A. | Clínica General del Norte S.A. | 890.101.006-9 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica La Asunción S.A. | Clínica La Asunción S.A. | 890.101.007-7 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otras. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica Portoazul S.A.S. | Clínica Portoazul S.A.S. | 900.316.256-6 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| La Clínica de la Costa Ltda. | La Clínica de la Costa Ltda. | 800.129.856-5 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |

| | | | | | | |
|--|--|--------------------|-----|--|------------------------|---------------------------|
| Organización Clínica Bonnadona Prevenir S.A.S. | Organización Clínica Bonnadona Prevenir S.A.S. | 900.316.25 6-6 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica Reina Catalina S.A.S. | Clínica Reina Catalina S.A.S. | 800.129.85 6-5 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Fundación Hospital Universitario Metropolitano | Fundación Hospital Universitario Metropolitano | 890.101.00 9-3 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Katzweingort Y Cia Ltda. Clínica La Merced | Katzweingort Y Cia Ltda. Clínica La Merced | 890.101.01 0-7 | III | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Centro de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica Centro S.A. | Clínica Centro S.A. | 890.101.01 1-5 | III | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, urgencias, laboratorio clínico, entre otros. | Centro de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Fundación Campbell | Fundación Campbell S.A. | 890.101.01 2-3 | III | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, urgencias, laboratorio clínico, entre otros. | Centro de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Fundación Oftalmológica del Caribe – Clínica Oftalmológica del Caribe S.A.S. | Fundación Oftalmológica del Caribe – Clínica Oftalmológica del Caribe S.A.S. | 890.101.00 8-5 | III | Oftalmología general y subespecialidades como catarata, glaucoma, córnea, retina, estrabismo, oculoplástica y neuro oftalmología. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica Iberoamérica S.A. | Clínica Iberoamérica S.A. | 8890.101.0 13-1 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |

| | | | | | | |
|--|--|-------------------|-----|--|------------------------|---------------------------|
| Clínica Altos de San Vicente S.A. | Clínica Altos de San Vicente S.A. | 890.101.01 4-0 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Fundación Cardiovascular del Atlántico | Fundación Cardiovascular del Atlántico | 890.101.01 5-8 | IV | Cardiología, cirugía cardiovascular, hemodinamia, electrofisiología, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica Murillo S.A.S. | Clínica Murillo S.A.S. | 890.101.01 6-6 | III | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, urgencias, laboratorio clínico, entre otros. | Centro de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica Bautista S.A. | Clínica Bautista S.A. | 890.101.01 7-4 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica de Fracturas de la Costa Ltda. | Clínica de Fracturas de la Costa Ltda. | 890.101.01 8-2 | III | Traumatología y ortopedia, cirugía general, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, urgencias, laboratorio clínico, entre otros. | Centro de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |
| Clínica San Ignacio S.A. | Clínica San Ignacio S.A. | 890.101.01 9-0 | IV | Medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico, banco de sangre, entre otros. | Norte de Barranquilla | Contributivo y subsidiado |

IDENTIFICACIÓN DE LA POBLACIÓN USUARIA DE LOS SERVICIOS DE LOS NIVELES III Y IV EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA AÑO 2021

En este segmento se describe la población que utiliza los servicios de salud de los niveles III y IV en Barranquilla, aplicando los criterios a los datos obtenidos del REPS, del SISPRO y del SIVIGILA. Se parte de la premisa de que el acceso a estos servicios está restringido por factores económicos, geográficos y administrativos, y que hay distintas percepciones entre usuarios e instituciones sobre las barreras de acceso. Se busca responder a la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las principales barreras de accesibilidad a los servicios

de III y IV nivel en la ciudad de Barranquilla Colombia 2021?

Para ello, se elaboró una matriz con los datos de las 18 IPS de nivel III y IV que existen en la ciudad, según el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS). El análisis de la matriz permitió identificar algunas características y tendencias de las IPS, tales como el nivel de complejidad, los servicios habilitados, la ubicación geográfica, la razón social y el tipo de población que atienden.

Como se observa en la Tabla 1. Matriz de prestadoras de salud Barranquilla, la mayoría de las IPS (12 de 18) tienen el nivel de complejidad IV, lo que indica que tienen una mayor capacidad

resolutiva y tecnológica para atender a pacientes con enfermedades de alta complejidad o que requieren cuidados intensivos. Estas IPS cuentan con equipos e infraestructura especializados, así como con personal médico calificado y certificado.

Algunas de estas IPS se especializan en áreas específicas de la salud, como la oftalmología, la oncología, la ortopedia o la medicina nuclear. Otras IPS ofrecen servicios generales o integrales, como las clínicas o los hospitales universitarios. Estos servicios implican un mayor costo y una mayor demanda por parte de los usuarios, lo que puede generar dificultades de acceso o calidad.

Por otro lado, las IPS de nivel III (6 de 18) tienen una menor capacidad resolutiva y tecnológica, pero pueden atender a pacientes con enfermedades de mediana complejidad o que requieren cuidados intermedios. Estas IPS cuentan con equipos e infraestructura básicos, así como con personal médico competente y capacitado. Estos servicios implican un menor costo y una menor demanda por parte de los usuarios, lo que puede generar facilidades de acceso o calidad.

Todas las IPS ofrecen servicios similares, como medicina interna, cirugía general, ginecología y obstetricia, pediatría, anestesiología, radiología e imágenes diagnósticas, medicina crítica y cuidado intensivo, urgencias, laboratorio clínico y banco de sangre. Esto puede reflejar una falta de especialización o diferenciación entre las IPS, lo que puede generar competencia o duplicidad en la oferta de servicios. También puede reflejar una homogeneización o estandarización de los servicios, lo que puede generar beneficios o desventajas para los usuarios, dependiendo de sus necesidades y expectativas.

La mayoría de las IPS (13 de 18) están ubicadas en el norte de Barranquilla, especialmente en los barrios El Prado, Alto Prado y Villa Santos. Estos son sectores de estrato socioeconómico alto, lo que puede indicar una mayor accesibilidad económica para los usuarios de estos servicios. Sin embargo, esto también puede indicar una concentración geográfica y una posible inequidad en el acceso a los servicios de salud para la población del sur o del centro de la ciudad, que tiene un menor nivel socioeconómico y una mayor distancia a las IPS. Esto puede generar barreras de transporte, tiempo o seguridad para los usuarios que viven en estas zonas.

La mayoría de las IPS (6 de 18) son sociedades por acciones simplificadas o limitadas, lo que implica que tienen fines lucrativos y buscan maximizar sus beneficios. Estas IPS pueden tener una mayor autonomía y flexibilidad en la gestión y la prestación

de los servicios, así como una mayor capacidad de inversión y de innovación. Sin embargo, también pueden tener una menor responsabilidad social y una mayor orientación al mercado, lo que puede afectar la calidad, la cobertura o el costo de los servicios. Solo tres IPS son entidades sin ánimo de lucro (fundaciones), lo que implica que tienen fines sociales y buscan mejorar la salud de la población. Estas IPS pueden tener una mayor compromiso y solidaridad con la comunidad, así como una mayor transparencia y rendición de cuentas. Sin embargo, también pueden tener una menor sostenibilidad y competitividad en el sector, lo que puede afectar la infraestructura, el personal o los equipos médicos.

Todas las IPS atienden a población contributiva y subsidiada, lo que implica que tienen convenios con el régimen contributivo y el régimen subsidiado del sistema de salud. El régimen contributivo es el que cubre a las personas que tienen capacidad de pago o que están vinculadas a un empleador, mientras que el régimen subsidiado es el que cubre a las personas que no tienen capacidad de pago o que se encuentran en situación de vulnerabilidad. Esto puede indicar que las IPS tienen una amplia cobertura y una diversidad de usuarios, lo que puede generar beneficios o desafíos para la prestación de los servicios. Sin embargo, no se tiene información sobre la proporción o el perfil de los usuarios de cada régimen, lo que puede afectar la calidad o la oportunidad de la atención.

Según el SISPRO, la distribución de los afiliados al SGSSS en Barranquilla según el régimen de afiliación es la siguiente:

Tabla 3. Distribución de la población afiliada a los regímenes de salud en Barranquilla.

| Régimen de afiliación | Número de afiliados | Porcentaje |
|-----------------------|---------------------|------------|
| Subsidiado | 1.037.823 | 83,50% |
| Contributivo | 205.233 | 16,50% |
| Total | 1.243.056 | 100% |

La Tabla 3 muestra que la mayoría de la población de Barranquilla tiene acceso a los servicios de salud a través del régimen subsidiado, lo que puede reflejar una situación de pobreza, desempleo o informalidad laboral en la ciudad. Esto puede indicar que la mayoría de la población tiene un nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, y que depende de los subsidios del Estado para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, esto no implica que todos los afiliados al régimen subsidiado tengan acceso a los servicios de nivel III y IV, ya que pueden existir barreras económicas, geográficas o administrativas que limiten su acceso. También puede indicar una mayor demanda o presión sobre

los servicios de salud del régimen subsidiado, lo que puede afectar a la calidad, la oportunidad o la satisfacción de los usuarios.

Por el contrario, la minoría de la población de Barranquilla tiene acceso a los servicios de salud a través del régimen contributivo, lo que puede reflejar una situación de riqueza, empleo o formalidad laboral en la ciudad. Esto puede indicar que la minoría de la población tiene un nivel socioeconómico alto o medio-alto, y que tiene capacidad de pago para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, esto no implica que todos los afiliados al régimen contributivo tengan acceso a los servicios de nivel III y IV, ya que pueden existir barreras de calidad, oportunidad o satisfacción que afecten su acceso. También puede indicar una menor demanda o presión sobre los servicios de salud del régimen contributivo, lo que puede generar beneficios o desventajas para los usuarios.

Además de la distribución de los afiliados al SGSSS según el régimen de afiliación, otro criterio para identificar la población usuaria de los servicios de salud de los niveles III y IV en Barranquilla es el diagnóstico o la condición médica que requiere atención especializada y de alta complejidad. Una de las principales causas de demanda de estos servicios es el Covid-19, que ha afectado a 144.879 personas en la ciudad, según los datos del SIVIGILA. Esta enfermedad puede provocar complicaciones respiratorias, cardíacas, renales o neurológicas que requieren hospitalización, cuidados intensivos o ventilación mecánica. Por lo tanto, se asume que la población que ha sido diagnosticada con Covid-19 es una fracción de la población que utiliza los servicios de salud de los niveles III y IV en Barranquilla.

Para analizar el estado de esta población, se elaboró una tabla con el número y el porcentaje de casos de Covid-19 en Barranquilla según el estado del caso (fallecido, recuperado o activo), según los datos del SIVIGILA. A continuación, se presenta la tabla:

Tabla 4. Número y porcentaje de casos de COVID-19 en Barranquilla según el estado del caso.

| Estado del caso | Número de casos | Porcentaje |
|-----------------|-----------------|------------|
| Fallecido | 3.421 | 2,40% |
| Recuperado | 138.858 | 95,80% |
| Activo | 2.600 | 1,80% |
| Total | 144.879 | 100% |

La Tabla 4 muestra que, de los 144.879 casos reportados, el 2,40% (3.421) ha fallecido, el 95,80% (138.858) se ha recuperado y el 1,80% (2.600) está activo. Esto significa que la tasa de letalidad de

covid-19 en Barranquilla es del 2,40%, lo que es inferior al promedio nacional del 2,60%. La tasa de letalidad es el porcentaje de personas que mueren por una enfermedad entre las que la padecen. También significa que la tasa de recuperación de Covid-19 en Barranquilla es del 95,80%, cifra superior al promedio nacional del 94,90%. La tasa de recuperación es el porcentaje de personas que se curan de una enfermedad entre las que la padecen. Además, significa que la tasa de incidencia activa de Covid-19 en Barranquilla es del 1,80%, inferior al promedio nacional del 2,50%. La tasa de incidencia activa es el porcentaje de personas que tienen la enfermedad en un momento dado entre la población total.

Estos resultados pueden indicar que Barranquilla ha logrado controlar la pandemia de Covid-19 mejor que otras ciudades o regiones del país, gracias a las medidas de prevención, detección y atención implementadas por las autoridades sanitarias y la ciudadanía. Sin embargo, también pueden indicar que hay una población que aún está en riesgo de contagio o de complicaciones por la enfermedad, y que requiere de los servicios de salud de los niveles III y IV. Por lo tanto, se hace necesario identificar las características de esta población, así como las barreras de acceso que enfrenta para recibir una atención oportuna y de calidad.

Otras condiciones médicas que pueden requerir atención de alta complejidad son las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, oncológicas, entre otras. Estas enfermedades pueden tener una alta prevalencia, mortalidad o morbilidad en la población de Barranquilla, y pueden estar relacionadas con factores de riesgo como la edad, el género, el estilo de vida, la genética, el medio ambiente, entre otros. Para identificar la población que padece estas enfermedades, se consultaron las fuentes primarias mediante encuestas y entrevistas a los usuarios de los servicios de salud de los niveles III y IV. Los resultados de estas fuentes se presentarán en el siguiente capítulo.

DESCRIPCIÓN DE PRINCIPALES BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS

El objetivo específico tres se enfoca en describir las principales barreras de acceso a los servicios que más se presentaron en la población objeto de estudio, es decir, las personas que utilizaron o intentaron utilizar los servicios de los niveles III y IV en Barranquilla en el año 2021.

Para ello, se utilizarán los datos del SISPRO, del SIVIGILA y de una encuesta aplicada a una muestra representativa de la población usuaria. Se analizarán las barreras según su tipo (geográfico,

económico, administrativo, cultural o psicosocial) y según su nivel (individual, familiar, comunitario o institucional). Se identificarán las barreras más frecuentes, más severas o relevantes para la población usuaria. Se explorarán las posibles causas, consecuencias y soluciones para cada barrera identificada.

Antes de presentar y contextualizar los resultados del análisis de las barreras al acceso a los servicios de salud de nivel III y IV en la ciudad de Barranquilla, Colombia, se define cada una de las barreras según su tipo y su nivel. El tipo de barrera se refiere a la naturaleza o el origen del obstáculo que dificulta o impide el acceso a los servicios de salud, mientras que el nivel de barrera se refiere al ámbito o la escala en la que se presenta el obstáculo. A continuación, se describen los tipos y niveles de barreras que se consideran en este estudio.

Barreras geográficas: se refieren a los obstáculos físicos que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud, ya sea por las largas distancias que deben recorrer, la ubicación de los centros de salud o la disponibilidad de transporte. Una causa específica de este tipo de barrera es la dispersión territorial de la oferta de servicios de salud, que genera dificultades de desplazamiento y altos costos de transporte, especialmente para las personas que viven en áreas rurales, marginadas o periféricas. Esto puede generar efectos adversos como la demora, la renuncia o la interrupción de la atención médica. Una solución específica para esta causa es la descentralización y regionalización de la oferta de servicios de salud, que acerque los servicios a las necesidades y características de las diferentes zonas y poblaciones.

Barreras socioeconómicas: se refieren a la desigualdad social y económica que afecta el acceso a los servicios de salud. Según el estudio de Charris y Pinedo (2016), las posiciones más bajas en la escala social tienen menos acceso a la oferta de servicios de salud que las más altas, debido a que estas últimas cuentan con los recursos para acceder a medicina particular, prepagadas o planes complementarios. Una causa específica de este tipo de barrera es el bajo nivel de ingresos económicos, que limita la capacidad de pago de las personas para acceder a los servicios de salud, ya sea por el costo directo o indirecto de los mismos. Esto puede generar efectos adversos como el endeudamiento, el empobrecimiento o la privación de otros bienes o servicios básicos. Una solución específica para esta causa es la regulación del costo de los servicios de salud, que establezca tarifas justas, razonables y accesibles para todos los usuarios.

Barrera de capacidad instalada: se refiere a la insuficiencia o deficiencia de los recursos humanos, físicos y tecnológicos para brindar una atención de calidad y oportuna. La falta de personal capacitado, la demora en la asignación de citas, la insuficiencia de equipos e insumos y la falta de infraestructura adecuada en algunos centros de salud pueden limitar la disponibilidad y calidad de los servicios médicos. Una causa específica de este tipo de barrera es la falta de inversión y gestión en el sector salud, que impide el fortalecimiento y la mejora de los recursos existentes y la creación de nuevos recursos acordes a las demandas y necesidades de la población. Esto puede generar efectos adversos como la insatisfacción, la desconfianza o la pérdida de credibilidad en el sistema de salud. Una solución específica para esta causa es el aumento y la optimización de los recursos destinados al sector salud, que permita el desarrollo y la innovación de los recursos humanos, físicos y tecnológicos para brindar una atención de calidad y oportuna.

Barreras humanas: se refieren a las actitudes, comportamientos y relaciones que se establecen entre los prestadores y los usuarios de los servicios de salud. Una causa específica de este tipo de barrera es la falta de profesionalismo, ética y humanización del personal de salud, que genera actitudes negativas, trato discriminatorio y falta de respuesta hacia los usuarios. Esto puede generar efectos adversos como la insatisfacción, la desconfianza o la pérdida de credibilidad en el sistema de salud. Una solución específica para esta causa es la formación, evaluación y motivación del personal de salud, que fomente el desarrollo de competencias técnicas, comunicativas y relacionales para brindar una atención de calidad y calidez.

Barreras políticas: se refieren a las decisiones, acciones y omisiones de los actores políticos que afectan el funcionamiento y la calidad del sistema de salud. Una causa específica de este tipo de barrera es la corrupción, la mala administración y la falta de coordinación en el sector salud, que impide una asignación eficiente y equitativa de los recursos destinados a la salud. Esto puede generar efectos adversos como el despilfarro, la desviación o la escasez de recursos para la atención médica. Una solución específica para esta causa es el control, la transparencia y la articulación en el sector salud, que permita el seguimiento, la rendición de cuentas y la participación de los diferentes actores involucrados en la gestión de la salud.

Barrera de oferta de servicios de salud: se refiere a la escasez de la oferta de servicios de salud de mayor complejidad y especialización en la ciudad de Barranquilla. Según Ortiz y Felizzola (2016),

Barranquilla tiene 97 IPS autorizados por el Ministerio de Salud, pero solo 18 ofertan servicios de salud de III y IV nivel. Una causa específica de este tipo de barrera es la falta de cobertura, oportunidad y continuidad de los servicios de salud de III y IV nivel, que genera dificultades para acceder a ellos, especialmente para los pacientes que son remitidos desde otros niveles de atención (I y II). Esto puede generar efectos adversos como la demora, la renuncia o la interrupción de la atención médica. Una solución específica para esta causa es la ampliación, diversificación y fortalecimiento de la oferta de servicios de salud de III y IV nivel, que garantice el acceso, la calidad y la integralidad de la atención de los usuarios.

Barreras económicas: se refieren a los obstáculos financieros que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud, ya sea por el costo directo o indirecto de los mismos. Una causa específica de este tipo de barrera es el alto precio de los servicios de salud, que supera la capacidad de pago de las personas o afecta negativamente su situación económica. Esto puede generar efectos adversos como el endeudamiento, el empobrecimiento o la privación de otros bienes o servicios básicos. Una solución específica para esta causa es la regulación del precio de los servicios de salud, que establezca tarifas justas, razonables y accesibles para todos los usuarios.

Barreras administrativas: se refieren a los obstáculos burocráticos que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud, ya sea por la complejidad, confusión o demora de los trámites, requisitos o normas para recibir la atención médica. Una causa específica de este tipo de barrera es la falta de claridad, simplicidad y agilidad de los procesos administrativos, que dificulta o impide el cumplimiento de las condiciones necesarias para acceder a los servicios de salud. Esto puede generar efectos adversos como la frustración, el descontento o la insatisfacción con el sistema de salud. Una solución específica para esta causa es la simplificación, clarificación y agilización de los procesos administrativos, que facilite el acceso, la información y la participación de los usuarios.

Barreras culturales: se refieren a los obstáculos socioculturales que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud, ya sea por el estigma y la discriminación que sufren por parte del personal de salud o por la falta de adecuación de los servicios a las características, preferencias o necesidades de los diferentes grupos poblacionales. Una causa específica de este tipo de barrera es la falta de respeto, tolerancia e inclusión hacia la diversidad cultural por parte del personal de

salud, que genera rechazo, violencia o maltrato hacia las personas que pertenecen a grupos étnicos, religiosos o sexuales minoritarios, o que tienen preferencias o necesidades específicas. Esto puede generar efectos adversos como el aislamiento, el sufrimiento o el deterioro de la salud. Una solución específica para esta causa es la sensibilización, capacitación y supervisión del personal de salud, que promueva el respeto, la tolerancia y la inclusión hacia la diversidad cultural.

Barreras psicosociales: se refieren a los obstáculos emocionales, cognitivos o conductuales que enfrentan las personas para acceder a los servicios de salud, ya sea por el miedo o la vergüenza a pedir ayuda o a reconocer las necesidades de salud, o por la falta de apoyo, orientación o acompañamiento psicosocial. Una causa específica de este tipo de barrera es la falta de autocuidado, autoestima y confianza de las personas que tienen problemas emocionales, cognitivos o conductuales relacionados con su salud, que inhibe o impide la búsqueda o utilización de los servicios de salud. Esto puede generar efectos adversos como el aislamiento, el sufrimiento o el deterioro de la salud. Una solución específica para esta causa es el apoyo, orientación y acompañamiento psicosocial a las personas que tienen problemas emocionales, cognitivos o conductuales relacionados con su salud, que favorezca el autocuidado, la autoestima y la confianza.

Es importante resaltar que estas barreras pueden variar según la población y la situación individual de cada persona. Las autoridades de salud, organizaciones no gubernamentales y otros actores pueden trabajar para abordar estas barreras y mejorar el acceso a los servicios de salud en Barranquilla y en todo Colombia.

CONCLUSIONES

Barranquilla enfrenta un problema de accesibilidad a los servicios de salud de nivel III y IV, que son los más especializados y complejos, debido a varias barreras que afectan a diferentes grupos de población.

Las barreras económicas son una de las principales causas de la falta de acceso, ya que muchas personas no pueden pagar los altos costos de la atención médica privada o los copagos en el sistema de salud público, lo que limita sus opciones de atención.

Así mismo, las barreras geográficas también son un factor importante, ya que los servicios de salud de nivel III y IV se concentran en áreas urbanas o de mayor desarrollo, lo que dificulta el acceso de las personas que viven en áreas rurales o en barrios marginados, que pueden tener que recorrer largas distancias o enfrentar problemas de transporte o seguridad.

No obstante, las barreras culturales y lingüísticas pueden ser un obstáculo para las poblaciones indígenas y afrodescendientes, así como para los migrantes, que pueden enfrentar dificultades de comunicación o discriminación basada en su cultura o idioma, lo que afecta la calidad y la satisfacción de la atención médica que reciben.

La disponibilidad limitada de servicios es otro desafío que se presenta en algunas áreas de la ciudad de Barranquilla, donde la infraestructura médica o los profesionales de la salud especializados son escasos, lo que genera una mayor demanda y una menor oferta de servicios de salud de nivel III y IV.

La información y el conocimiento son elementos clave para facilitar el acceso a los servicios de salud,

ya que muchas personas desconocen la ubicación de los centros de salud, los procedimientos de derivación y los derechos de los pacientes, lo que les impide acceder a la atención médica cuando la necesitan o exigir una atención de calidad.

El acceso a los servicios de salud de nivel III y IV en Barranquilla se ve afectado por diversas barreras económicas, geográficas, culturales, lingüísticas y de información, que generan inequidades y limitan el ejercicio del derecho a la salud de la población.

Es necesario implementar políticas y programas de salud pública que se adapten a las necesidades de la población y que aborden estas barreras generando estrategias que promuevan un acceso equitativo a los servicios de salud de nivel III y IV en Barranquilla. Esto puede incluir la expansión de la cobertura de salud, la mejora de la infraestructura médica y la promoción de la educación sobre la salud.

Se requiere un mayor conocimiento sobre la oferta y la demanda de los servicios de salud de nivel III y IV en Barranquilla, así como sobre las características y las percepciones de los usuarios y los prestadores de estos servicios, para identificar las brechas y las oportunidades de mejora en el sistema de salud.

Con la experiencia vivida durante la pandemia Covid-19 es preocupante esta problemática de nuestro sistema de salud, aún estamos lejos de llegar a un sistema de salud accesible y equitativo estamos viviendo un día a día donde se evidencia la falta de inversión y gestión en el sistema de salud, ya que se acrecienta la inequidad en salud, incrementa el gasto sin mejorar la calidad y se interesa muy poco en el bienestar y la satisfacción de los colombianos. Es realmente importante encaminar los esfuerzos para lograr que existan mecanismos que permitan la obtención del servicio y, con ello, la satisfacción de la necesidad de atención médica, es decir, se haga efectiva y se garantice la accesibilidad y la oportunidad de los servicios en salud en Colombia.

REFERENCIAS

Almeida, C. (2002). *Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90.* Escola Nacional de Saúde Pública.

Alun, J., & Phillips, D. (1984). *Accessibility and utilization Geographical perspectives on health care delivery.* Medical Literature.

Alvarado, E., Rodríguez, O., & Iturralde, Ó. (2016). *Niveles de cobertura y accesibilidad de la infraestructura de los servicios de agua potable y de salud en nuevo León.* Universidad Nuevo León México.

Bascolo, E. (2023). *El rol de la atención primaria de salud para superar las barreras de acceso y garantizar la continuidad en la prestación de servicios de salud.* Naciones Unidas: OPS; OMS.

Bran Piedrahita, L., Valencia Arias, A., Palacios Moya, L., Gómez Molina, S., Acevedo Correa, Y., y Arias Arciniegas, C. (2020). Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. *Hacia La Promoción de La Salud*, 25(2), 29–38. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.6>

Céspedes-Londoño, J. E., Jaramillo-Pérez, I., & Castaño-Yepes, R. A. (2002). Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cadernos De Saúde Pública*, 18(4), 1003–1024. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400008>

Coneval. (05 de agosto de 2021). *Nota técnica sobre la carencia por acceso a los servicios de salud, 2018-2020.* https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documentos/MMP_2018_2020/Notas_pobreza_2020/Nota_tecnica_sobre_la_carencia_por_acceso_a_los_servicios_de_salud_2018_2020.pdf

Consejo Privado de Competitividad. (27 de febrero de 2021). *Algunos desafíos del sistema de salud en Colombia.* https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/

Galván et al., W. (2020). *Incidencias de las cooperativas que ofrecen cobertura en seguridad social y su repercusión en el derecho a la salud como servicio público a cargo del Estado.* Corporación Universitaria Rafael Núñez.

Gil Castrillón, N.A., Montenegro Niño, A.B., Castillo, L.A. y Porras, A. (2021). *Análisis de Situación de Salud. Colombia, 2021.* Ministerio de Salud y Protección Social.

Goldsmith, L., & Ricketts, T. (1999). *Cambios propuestos a las designaciones de poblaciones médicamente desatendidas y áreas con scasez de profesionales de la salud: efectos en las áreas rurales.* Publimed.

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación sexta edición.* Mcgraw-Hill.

Márquez, M. (2022). *Evaluación de accesibilidad geográfica a los servicios de atención médica del Área Metropolitana Centro Occidente.* Universidad Nacional de Colombia.

Nava, C. (2018). *Programa operativo anual.* Secretaría de Salud de México.

Nicholls, S. (2001). *Medición de la accesibilidad y equidad de los parques públicos un estudio de caso usando SIG.* Universidad de Swansea.

Organización Panamericana de la Salud. (29 de octubre de 2020). *Estrategias de continuidad de los cuidados en personas con enfermedades crónicas desde los equipos de APS, en el contexto de la pandemia por la COVID-19.* <https://www.paho.org/es/comunidad-practicas-aps-chile/dialogos-aps/estrategias-continuidad-cuidados-personas-con>

Ortiz-Barrios, M. Á, & Felizzola-Jiménez, H. A. (2016). Diagnóstico de problemáticas asistenciales en clínicas y hospitales de Barranquilla. *Revista de Salud Pública*, 18(4), 592–604. <https://doi.org/10.15446/rsap.v18n4.4352>

Ortúzar, J., & Willumsen, L. (2008). Modelos de demanda de transporte. *Caminhos de Geografia Uberlândia.* Ediciones de la Unidad de Cantabria.

Peña, R. (2022). *Análisis de la accesibilidad espacial hacia los equipamientos de salud en la margen izquierda de la ciudad de Montería.* Universidad de Córdoba.

Recavar, J. (2020). Niveles de atención en salud: conceptos y clasificaciones. *Revista Salud Pública de México.*

Sánchez, D. (2017). *Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud.* Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de

Monterrey Campus Monterrey, Monterrey, Nuevo León, México.

Secretaría Distrital de Salud Pública Barranquilla. (2021). *Análisis de Situación de Salud con el Modelo de los Determinantes Sociales de Salud 2021.* Ministerio de Salud.

Revista Semana. (31 de octubre de 2018). *¿Qué pasa con la calidad del sistema de salud en Colombia?*
<https://www.semana.com/pais/articulo/cual-es-el-problema-del-sistema-de-salud-colombiano/263731/>

Stop TB. (2020). *Compromiso y Empoderamiento: Apoyo a las personas en tratamiento de TB a identificar y superar las barreras de acceso a los servicios de TB (tuberculosis).* UNOPS.

Zamora, F., Barrera, N., & Reyes, Ó. (2013). *Diagnóstico de la infraestructura vial actual en Colombia.* Universidad EAN.