

**FACTORES GEOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y ADMINISTRATIVOS QUE  
AFECTAN LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE MEDIANA  
COMPLEJIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA - 2021**

**JAIME BENITEZ URANGO**

**ANDERSON CORREA BURGOS**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
LORICA CÓRDOBA  
2021 - 1**

**FACTORES GEOGRÁFICOS, ECONÓMICOS Y ADMINISTRATIVOS QUE  
AFECTAN LA ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN EN SALUD DE MEDIANA  
COMPLEJIDAD EN EL DEPARTAMENTO DE CÓRDOBA - 2021**

**JAIME BENITEZ URANGO  
ANDERSON CORREA BURGOS**

**Trabajo de grado investigación presentado para optar el título de  
Administrador en Salud**

**Director(a): Luz Neyla Petro Falón, Enfermera., M.Sc., Epidemiología**



**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA  
PROGRAMA ADMINISTRACIÓN EN SALUD  
LORICA, CÓRDOBA**

**2021- 1**  
**NOTA DE ACEPTACIÓN**

---

Firma del presidente del Jurado

---

Firma del Jurado

---

Firma del Jurado

Lorica, 25 de agosto de 2021

## AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre por la oportunidad de poder contribuir de alguna forma a mejorar las condiciones de vida de las personas que pudieran beneficiarse con los resultados de este trabajo, por brindarnos la salud y todas las cosas buenas que provienen de él; Agradecemos a todos los funcionarios del sector salud que facilitaron la recolección de la información, al médico, Carlos Sejín Vásquez de la ESE Vida Sinú. A los docentes de la Universidad de Córdoba, por sus aportes a nuestro proceso de formación, en especial a la profesora Luz Neyla Petro autora principal de la idea que generó la realización de este trabajo y quien ha sido un apoyo incondicional para la transformación y culminación de este proyecto.

## TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCIÓN .....	14
2. OBJETIVOS .....	21
2.1 OBJETIVO GENERAL .....	21
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS .....	21
3. MARCO REFERENCIAL .....	22
3.1. MARCO TEÓRICO.....	22
3.2. MARCO LEGAL .....	25
3.3. MARCO CONCEPTUAL .....	28
3.3.1. Atención primaria de salud. ....	28
3.3.2. Atención médica. ....	29
3.3.3. Accesibilidad económica. ....	29
3.3.4. Accesibilidad geográfica. ....	29
3.3.5. Calidad de atención médica. ....	30
3.3.6. Servicios de salud.....	30
3.3.7. Satisfacción de Usuario. ....	30
4. METODOLOGÍA .....	32
4.1 TIPO DE ESTUDIO .....	32
4.2 ESCENARIO DE ESTUDIO .....	32
4.3 POBLACIÓN, TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA .....	32
4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	33
4.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN ....	33
4.6 PLAN PARA LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS .....	34
La información recolectada fue organizada en mapas que describen las características geográficas del acceso a servicios de salud de mediana complejidad en el departamento, en tablas de contingencias para describir aspectos relacionados con el acceso económico y en párrafos que describen el fraccionamiento de la prestación de servicios en el departamento .....	34
5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS.....	35
LA PRESENTE INVESTIGACIÓN SE RIGE POR LO ESTABLECIDO EN EL DECRETO 8430 DE 1993 DEL MINISTERIO DE SALUD Y ACORDE A LO ESTABLECIDO EN LA NORMA, ES CONSIDERADA DE BAJO RIESGO .....	35
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	36
7. CONCLUSIONES .....	55
8. RECOMENDACIONES .....	56

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA.....	57
ANEXOS.....	60

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** División Política Administrativa del Departamento de Córdoba. . . . .
- Figura 2.** Departamento de Córdoba por subregiones administrativas. . . . .

## LISTA DE TABLAS

	pág.
<b>Tabla 1.</b> Distancia y tiempo entre municipios de medio y bajo Sinú.....	36
<b>Tabla 2.</b> Distancia en kilómetros y tiempo, entre municipios del alto san Jorge....	37
<b>Tabla 3.</b> Distancia en kilómetros y tiempo, entre municipios de las abanas de Córdoba.....	38
<b>Tabla 4.</b> Distancia en kilómetros y tiempo, entre municipios de medio y bajo Sinú.....	39
<b>tabla 5.</b> Cobertura familiar en salud a los regímenes subsidiados y contributivo por municipio de Córdoba en 2021.....	41
<b>Tabla 6.</b> Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Lórica por acceder a servicios de mediana complejidad.....	42
<b>Tabla 7.</b> Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Cereté por acceder a servicios de mediana complejidad.....	45
<b>Tabla 8.</b> Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Sahaqún por acceder a servicios de mediana complejidad.....	46
<b>Tabla 9.</b> Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Montelíbano, por acceder a servicios de mediana complejidad.....	47



## LISTA DE ANEXOS

pág.

Anexo A. ....

Anexo B. ....

## RESUMEN

**Introducción:** Para el año 2021 el departamento de Córdoba cuenta con una población de 1.844.076 habitantes distribuidos en 30 municipios, 49% viven en zonas rurales nucleadas y dispersas y el 51% en la zona urbana. 49,7% son hombres y el resto mujeres. 89,5% de la población está afiliada a salud con alto predominio del régimen subsidiado, es el segundo departamento más pobre de Colombia y cuenta con una red prestadora de servicios de salud de más de 1000 instituciones en todos los niveles de complejidad. Estos aspectos afectan en forma directa o indirecta el acceso a servicios de salud de mediana complejidad, puesto que de los 30 municipios solo cinco ofrecen servicios de este tipo, el resto debe remitir sus pacientes a instituciones que están a más de dos horas de distancia en carro, con vías de acceso en regulares condiciones, sujetos a la oportunidad de regulación de las Empresas Promotoras de Salud EPS, disponibilidad de camas de la entidad receptora, entre otros. **Objetivo:** Describir las características geográficas, económicas y administrativas que afectan el acceso a servicios de salud de mediana complejidad, desde el nivel básico de atención en el departamento de Córdoba durante el año 2021. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mixto. La población objeto son las instituciones públicas de baja y mediana complejidad del departamento. Se tomó una muestra no probabilística de EPS, y Empresas Sociales del Estado ESE y hogares de paso, así como de familiares de pacientes para entrevista. Los instrumentos de recolección de información son una ficha de recolección de datos geográficos, económicos, recursos disponibles y producción de servicios donde se registraron distancias y tiempo para el acceso geográfico y disponibilidad de vehículo tipo ambulancia desde una institución a otra. Así mismo el número de remisiones que se generan desde la baja complejidad clasificadas por servicios y tipo de servicios. Para tomar información de familiares de pacientes se elaboró un cuestionario con 10 preguntas destinadas a obtener información de costos indirectos por transporte,

alojamiento y manutención. La accesibilidad administrativa se evaluó con fundamento en el fraccionamiento de la contratación y el tiempo de regulación estimado en promedio. **Resultados:** se consolidaron en tablas de contingencia con valores absolutos y relativos, usando la estadística descriptiva para las variables cualitativas y cuantitativas. Esta información se representó en mapas, figuras y gráficas que permiten identificar las variables analizadas. Se identificaron aspectos positivos y por mejorar por parte de las autoridades departamentales y en salud para contribuir a reducir los riesgos de complicaciones y de gastos indirectos que deben costear los pacientes cuando son remitidos fuera de su municipio. Los resultados serán publicados en una revista científica mediante un artículo científico.

**Palabras clave:** salud, EPS, resultados, pacientes, accesibilidad, régimen, red prestadora de salud, servicios de salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** By the year 2021, the department of Córdoba will have a population of 1,844,076 inhabitants distributed in 30 municipalities, 49% living in rural and dispersed areas and 51% in urban areas. 49.7% are men and the rest are women. It is the second poorest department in Colombia and has a health services network of more than 1,000 institutions at all levels of complexity. These aspects directly or indirectly affect the access to medium complexity health services, since out of the 30 municipalities only seven offer this type of services, the rest must refer their patients to institutions that are more than two hours away by car, with access roads in regular conditions, subject to the regulation opportunity of the EPS, availability of beds of the receiving entity, among others. **Objective:** To describe the geographical, economic and administrative characteristics that affect access to medium complexity health services, from the basic level of care in the department of Córdoba during the year 2021. **Methodology:** A mixed retrospective descriptive retrospective study was carried out. The target population were public institutions of low and medium complexity of the department. A non-probabilistic sample was taken from EPS, ESE and nursing homes, as well as from patients' relatives for interviews. The information collection instruments are a data collection form for geographic and economic data, available resources and production of services where distances and time for geographic access and availability of ambulance type vehicle from one institution to another were recorded. Likewise, the number of referrals generated from the low complexity classified by services and type of services. To collect information from patients' relatives, a questionnaire was prepared with 10 questions aimed at obtaining information on indirect costs for transportation, lodging and meals. Administrative accessibility was evaluated on the basis of the fractionation of contracting and the estimated average regulation time. **Results:** were consolidated in contingency tables with absolute and relative values, using descriptive statistics for qualitative and quantitative variables. This

information was represented in maps, figures and graphs to identify the variables analyzed. Positive aspects were identified and those that need to be improved by departmental and health authorities in order to contribute to reduce the risks of complications and indirect expenses that patients must pay when they are referred outside their municipality. The results will be published in a scientific journal in the form of a scientific article.

**Key words:** health, EPS, outcomes, patients, accessibility, regimen, health care network, health services.

## 1. INTRODUCCIÓN

El artículo 1° de la ley 10 de enero 10 de 1990, emitida por el Congreso de la República de Colombia, y a través de la cual se reorganizó el sistema de salud del país, establece que “la prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley” (Colombia. Congreso. 1990).

Lo anterior, deja claro que la Nación tiene una responsabilidad fundamental en desarrollar mecanismos que garanticen el acceso a los servicios de salud básicos de toda la población, entre ellos el aseguramiento gratuito, independiente o por empleador, la habilitación de redes prestadoras de servicios de salud accesibles y el aseguramiento de la calidad entre otros aspectos.

La reforma constitucional de 1991 fortaleció estos cambios, permitiendo a través del artículo 49 establecer que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y que es responsabilidad Estatal garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud (De Colombia, C. P. 1991).

Estas reformas permitieron el fortalecimiento de la red pública de atención en salud con mejoras en su infraestructura e innovación en procesos administrativos que le permitieron pasar del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda, lo cual dio origen a los procesos de facturación en salud. También el origen de dos regímenes de aseguramiento obligatorios, el subsidiado por el Estado y el contributivo, cuyos aportes son en proporciones por empleadores y empleados, o totales para quienes se declaran independientes con capacidad de pago. Este

aumento en derechos en salud para la población colombiana hizo imprescindible la ampliación y fortalecimiento de la red prestadora de salud de carácter privado, minimizada en el sistema anterior y exclusiva de personas con capacidad de pago de atenciones particulares.

Otro de los cambios generados en el sector salud, fue la descentralización de poderes, (Decreto 77 de 1987, y Ley 10 de 1990) creando así las direcciones locales, territoriales y distritales de salud, estas últimas existían, pero como departamentos administrativos. Su principal responsabilidad es dirigir, vigilar y controlar el sector salud en los territorios, facilitando la administración local de los recursos y la toma de decisiones oportunas (Colombia. Congreso. 1987; De Colombia, C. P. 1991).

Pese al amplio marco normativo que desbordó el sistema tratando de regular aspectos inherentes al proceso de atención, aun priman aspectos relevantes que afectan en forma positiva o negativa el acceso de la población a servicios de mediana complejidad desde municipios distantes o cercanos que precarizan aún más las condiciones económicas de las familias colombianas y en especial las cordobesas. En su afán por regular aspectos relacionados con lo anterior, el gobierno nacional a través del entonces Ministerio de protección social, emitió en el año 2005, la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, documento que establece los lineamientos estratégicos sobre los cuales se debe regir la prestación de los servicios de salud en Colombia. Su principal objetivo es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a toda la población (Ministerio de la Protección Social, 2005)

Esta política se fundamenta en la baja capacidad resolutoria del sistema, el alto pasivo prestacional de los hospitales públicos, la ausencia de mecanismos de evaluación e innovación tecnológica, la deficiencia de un sistema de información rudimentario y manual no integrado, debilidad en la gestión en salud, y la no

universalidad del aseguramiento como los más importantes problemas del momento. Sopena de nuevos problemas como la fragmentación en la prestación de los servicios, ausencia de un sistema de garantía de calidad en salud, una alta demanda para una insuficiente oferta de servicios y limitaciones de las relaciones contractuales entre aseguradores y prestadores con debilidades en la contratación de servicios y pagos respectivos.

Lo anterior fundamenta el propósito de la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, el cual es garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población. Es así como los tres ejes fundamentales de la política son la accesibilidad, la calidad y la eficiencia.

El eje de accesibilidad entendida ésta como la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios, se dimensiona desde cuatro aspectos fundamentales: lo geográfico, en términos de distancias, transporte y topografía; lo económico, en términos de capacidad de pago, costos para el acceso a la atención y prestación del servicio; lo cultural en términos de conocimientos actitudes y prácticas de la población frente a la prestación del servicio; y lo organizacional en términos de condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios.

Siendo el departamento de Córdoba el segundo departamento más pobre del país, con una población de aproximadamente 1.844.076 habitantes para el año 2021, según las proyecciones del DANE en 2018 y con una cobertura de aseguramiento del régimen contributivo y subsidiado del 89,5% según datos del ADRES 2021, la principal pregunta a resolver con el presente estudio es ¿Cuáles aspectos geográficos, económicos y administrativos afectan el acceso de los usuarios de



servicios de salud de baja complejidad o básicos a servicios de mediana complejidad en el departamento de Córdoba?.

Para ello los investigadores propusieron describir los aspectos geográficos, económicos y administrativos, que afectan el acceso de los usuarios de servicios de salud de baja complejidad o básicos, a servicios de mediana complejidad en el departamento de Córdoba. Se realizó una búsqueda de información para describir las distancias en tiempo y espacio desde los 29 municipios del departamento hasta la capital y ciudades intermedias con servicios de mediana complejidad. Así mismo se realizó una búsqueda de información de tipos y costos de transporte y se preguntó a una muestra de usuarios si conocen la red de servicios de salud de mediana complejidad, cuanto gastan en promedio en un día de citas o de acompañar a un familiar hospitalizado. A las instituciones se les pidió información de producción de servicios como remisiones para estimar los costos indirectos que tienen los usuarios de cada uno de los municipios del departamento para acceder a servicios de mediana complejidad y la red de servicios a la que remiten los pacientes que deben recibir atenciones de ese u otro nivel de complejidad superior.

La divulgación de los resultados permitirá en primer lugar sentar un precedente investigativo sobre aspectos no previstos en su totalidad, en la normatividad del sector salud, como es condicionar de forma obligatoria la contratación de servicios en municipios de más fácil acceso, aunque por georreferenciación no pertenezcan al mismo departamento.

## **El contexto**

El departamento de Córdoba tiene aproximadamente un 70% de su superficie en terrenos planos, el 30% restante lo conforman accidentes geográficos como la

serranía de Abibe, San Jerónimo, Ayapel y el Nudo del Paramillo donde termina la cordillera occidental. Esa extensa planicie se ve surcada por los valles de los ríos Sinú y San Jorge, además de que limita por el sur con el río Cauca. Sus 30 municipios se comunican por carreteras pavimentadas en regular estado, y sus corregimientos por caminos carreteables, algunos pocos con placa huella, muchos caminos verdes y trochas que en algunos casos durante la temporada invernal dificultan aún más el acceso a las zonas urbanas. La capital tiene transporte urbano, el resto de los municipios en sus cabeceras municipales, corregimientos, centros poblados y veredas se transportan aun en semovientes, pero también ha tenido un gran auge el uso de la motocicleta.

Según el ADRES, el reporte de afiliados activos al régimen subsidiado hasta el mes de junio de 2021 es de 71,4% de la población, y para el régimen contributivo es de 18,14%, el 10,46% no se conoce su afiliación porque los regímenes especiales no tienen información en ADRES. Para atender a la demanda por prestaciones de servicios de salud, el departamento cuenta con una amplia red de instituciones aseguradoras y prestadoras de salud, entre las cuales están Mutual ser, Nueva EPS, CajaCopi, Salud Total, Coomeva, Comparta en liquidación.

Según información suministrada por la Secretaría departamental de Salud de Córdoba, con base al Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS) La red prestadora está conformada por 35 instituciones públicas, 32, Empresas Sociales del Estado, y tres de otro orden como son el SENA, La universidad de Córdoba, y la IPS Indígena. Dos nacionales, cinco departamentales, un indígena y 26 municipales. Entre las ESEs cuatro son de mediana y alta complejidad 26 de baja complejidad. Dos municipios no tienen ESEs si no instituciones privadas.

La red privada tiene 402 instituciones de carácter jurídico habilitadas como IPS, 520 como personas naturales o profesionales independientes, 26 clínicas que prestan servicios de baja, mediana y alta complejidad, 16 en Montería tres en

Lorica y el resto en Sahagún, Planeta Rica, Montelíbano, Puerto libertador y Chinú.

Hasta el año 2020, Córdoba tiene habilitadas cuatro empresas de transporte de pacientes, las cuales suman al parque vehicular de las ESE y Clínicas privadas.

Los servicios de mediana complejidad se prestan en los municipios antes mencionados, por lo que las remisiones de municipios con gran número de habitantes como Tierralta, Valencia, Ayapel, y otros municipios con menor población, se ven obligados a enviar a sus pacientes hasta por una consulta especializada básica, a esos municipios con servicios de mediana complejidad.

Aspectos que pone de manifiesto el riesgo que implica para un paciente remitido y su familia, las distancias, las condiciones geográficas, el estado de las vías, la disponibilidad de vehículos, de recursos económicos, de disponibilidad de tiempo para quienes acompañan al paciente entre otros aspectos, el aseguramiento en salud, la regulación del paciente en tiempo y geografía, los servicios alternos como albergues para familiares entre otros, que condicionan la accesibilidad a los servicios de mayor complejidad desde los servicios básicos de atención en Salud.

Una descripción de la realidad geográfica, económica y administrativa que afecta la prestación de servicios de salud en Córdoba, permitirá identificar aspectos no captados a través del sistema de garantía de la calidad, puesto que van más allá de lo que se observa, mide y analiza por obligatoriedad por parte de prestadores, aseguradores y autoridades en salud. Calcular distancias y costos en términos promedios puede no afectar el indicador, pero analizarlos en lo individual por diagnósticos específicos puede marcar la diferencia, no para estandarizar al más alto porcentaje si no para valorar el mínimo por ciento que probablemente no accede, se complica o muere por demoras en la atención, falta de cuidados desde el hogar, abandono del seguimiento médico entre otros.

Describir las características geográficas, económicas y administrativas, que afectan el acceso a servicios de mediana complejidad desde los municipios más distantes, puede motivar la promulgación de políticas locales, regionales o nacionales que beneficien el desarrollo de estrategias que subsanen los hallazgos. Así mismo evidenciar la necesidad y oportunidad de emprender centros de atención ambulatorios u hospitalarios de mayor complejidad, en municipios estratégicos para las regiones del departamento, mejorando con ello el acceso incluso particular de la población con capacidad de pago.

El presente estudio describe los factores geográficos, económicos y administrativos que afectan la accesibilidad a la atención en salud de mediana complejidad en el departamento de Córdoba, en cumplimiento y concordancia con el objetivo de la política de prestación de servicios y al acuerdo para el manejo de patologías prevalentes y eventos de interés en salud pública.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GENERAL**

Describir los factores geográficos, económicos y administrativos que afectan la accesibilidad de los usuarios de servicios de salud, desde la atención básica hasta la mediana complejidad en el departamento de Córdoba en 2021.

### **2.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS**

- Caracterizar los factores geográficos de la red de servicios de salud de baja y mediana complejidad.
- Detallar los factores económicos en términos de aseguramiento y costos indirectos de los usuarios que deben acceder a servicios de mediana complejidad.
- Especificar las características administrativas que rodean el acceso a servicios de salud de mediana complejidad.
- Proponer medidas de mitigación a la problemática encontrada.

### **3. MARCO REFERENCIAL**

#### **3.1. MARCO TEÓRICO**

Según la Organización Mundial de Salud (OMS), El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad (OMS, 2014).

En consecuencia, el acceso y cobertura a la salud requieren la implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

#### **Antecedentes**

La tesis investigativa “Factores que inciden en la accesibilidad a la atención en Salud de mediana complejidad en usuarios de la IPS Famisalud del municipio de Ayapel - Córdoba. 2015”. Realizada por Estrada, S. (2015), la cual se centró en la identificación de factores que incidan en la accesibilidad a los servicios de salud de forma adecuada y oportuna. Para ello, Estrada, S. (2015), se apoya de un diseño metodológico cuantitativo de carácter descriptivo, a una población específica que toma por muestra analítica 41 participantes previamente encuestados. Dentro de los resultados más relevantes, se pudo hallar que las barreras que limitan la accesibilidad son diversas y se enfatizan en barreras de tipo económico y geográfico. Teniendo en cuenta que la población se encuentra

en un lugar del departamento donde no pueden acceder rápida y fácilmente a servicios de alta complejidad.

Por su parte, Hernández y Garnica (2017) en su artículo investigativo desde el panorama local (Córdoba) titulado: “Accesibilidad física de la población a servicios de salud pública en San Pelayo y Cereté, Córdoba, Colombia, año 2015”, el cual permite hacer un análisis de la accesibilidad física de la población a servicios de salud pública como los Centros de Salud, los Centros de Atención Médica Urbana (CAMU), de I nivel de atención, y el Hospital (II nivel), en San Pelayo y Cereté, del departamento de Córdoba. En efecto, se trabaja desde un diseño metodológico cualitativo y cuantitativo, es decir un enfoque mixto, que valora variables físico-espaciales, cualitativas (medio de transporte, tipo de vía) y cuantitativas (velocidades según tipo de vía, número de habitantes, tiempos de recorrido).

En consecuencia, desde los niveles de determinación de las categorías de accesibilidad física según el tiempo de recorrido (óptima, favorable, desfavorable, muy desfavorable). Se logra constatar que: “para cada tipo de equipamiento. En el occidente del territorio, el relieve acolinado es desfavorable para acceder a los servicios de salud, por las largas distancias de recorrido y en el oriente, la zona plana (planicie aluvial del río Sinú) y la accesibilidad es favorable y óptima. El 80 % de la población se moviliza en motocicleta debido a la ausencia de transporte público y a la existencia de vías sin pavimentar (93,7%) cuyas velocidades no superan los 40 km/h (Hernández y Garnica, 2017, p. 68).

Los servicios de salud en la sociedad juegan un rol determinante, de manera que de estos depende el bienestar y la calidad de vida de los seres humanos, independientemente del lugar o territorio donde se encuentren (Hernández y Garnica, 2017). Ahora bien, en este apartado, se fundamenta desde el aspecto teórico todo lo relacionado con la accesibilidad, que de una u otra forma ha estado ligada a conceptos de los cuales se debe manejar claridad.

En ese sentido, no es lo mismo accesibilidad en salud que accesibilidad a los servicios de salud. El primero, se relaciona con “la forma en que los servicios de salud se acercan a la población” (Frenk J. 1992; Comes et al. 2007; Rueda, 2016; Monterroso, 2017, p. 17), finalmente el segundo, refiere al “grado en que las personas pueden acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades” (Cano, 2001; Rueda, 2016; Monterroso, 2017, p. 17).

La accesibilidad a un servicio de salud presenta dimensiones de distinta naturaleza (Villareal, 2008, citado en Canchingre, 2017, p. 16):

- “La existencia del centro de salud”.
- “La disponibilidad del servicio”.
- “La accesibilidad propiamente dicha al centro de salud, definida como la posibilidad de poder llegar al lugar donde se localiza el centro de salud, es decir, el recorrido a realizar y la existencia de barreras físicas que dificulten el acceso” (Vargas, 2009)
- “La solvencia económica, posibilidad de contar con los medios o recursos para poder llegar a dicho centro de salud y para poder hacer uso de sus servicios” (para la Inspección, M. I. Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial)

En definitiva, “para la salud pública, la accesibilidad a los servicios de salud representa un factor determinante del derecho a la salud, de manera que, esta busca una atención en salud oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria” (Monterroso, 2017, p. 11).

La demanda en salud obedece a que esta pueda propiciarse considerando una atención de calidad en función de recursos humanos, técnicos, de infraestructura física, hospitalaria entre otros, en cuyos casos al entrar en contacto con la población, la atención médica debe propender a que la prestación de los servicios suministrada sea equitativa y de calidad (Sánchez, 2017). La accesibilidad (como



elemento fundamental del derecho a la salud) pretende una atención oportuna, asequible, aceptable y de calidad satisfactoria (Monterroso, 2017).

En correspondencia con Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Salud (SOGCS), manifestado en el Decreto 1011 de 2006, establece que las instituciones prestadoras del servicio de salud en distintas regiones del país, deben garantizar parámetros de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y por último continuidad, de manera que, esto implica, el bienestar, desarrollo y calidad de vida de las poblaciones que viven en dichos territorios (Hernández & Gámica, 2017).

### **3.2. MARCO LEGAL**

Ley 10 de 1990 Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones.

La prestación de los servicios de salud, en todos los niveles, es un servicio público a cargo de la Nación, gratuito en los servicios básicos para todos los habitantes del territorio nacional y administrado en asocio de las entidades territoriales, de sus entes descentralizados y de las personas privadas autorizadas, para el efecto, en los términos que establece la presente ley, (Colombia. Congreso. 1990).

Ley 60 de 1993 Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones.

En el área de la salud: Conforme al artículo 49 de la Constitución Política dirigir el Sistema Local de Salud, ejercer las funciones establecidas en el Artículo 12o de la Ley 10 de 1990, realizar las acciones de fomento de la salud, prevención de la enfermedad, asegurar y financiar la prestación de los servicios de tratamiento y

rehabilitación del primer nivel de atención de la salud de la comunidad, directamente a través de sus dependencias o entidades descentralizadas, (Colombia. Congreso. 1993).

Ley 100 de 1993 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.

La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad, (Colombia. Congreso. 1993).

Ley 1122 de 2007 por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.

La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud, (Colombia. Congreso. 2007).

Ley 1438 de 2011 Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones.

Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud

que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. (Congreso de la República de Colombia. 2011).

Ley 1751 de 2015 o Ley estatutaria por medio de la cual se regula el derecho a la salud y se dictan otras disposiciones. La cual en consigna del Artículo 2. Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. Dicta:

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado (Congreso de la república. 2015)

Dentro de uno de sus capítulos, es relevante considerar para efectos de este trabajo investigativo, lo relacionado a la Garantía y mecanismos de protección del derecho fundamental a la salud. Promoviéndose desde el Artículo 12. Participación en las decisiones del sistema de salud. Consignándose que: “El derecho fundamental a la salud comprende el derecho de las personas a participar en las decisiones adoptadas por los agentes del sistema de salud que la afectan o interesan”. Este derecho incluye:

- a) Participar en la formulación de la política de salud, así como en los planes, para su implementación;

- b) Participar en las instancias de deliberación, veeduría y seguimiento del Sistema;
- c) Participar en los programas de promoción y prevención que sean establecidos;
- d) Participar en las decisiones de inclusión o exclusión de servicios y tecnologías;
- e) Participar en los procesos de definición de prioridades de salud;
- f) Participar en decisiones que puedan significar una limitación o restricción en las condiciones de acceso a establecimientos de salud;
- g) Participar en la evaluación de los resultados de las políticas de salud.

Resolución 0429 de 2016 Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. La Política de Atención Integral en Salud -PAIS-, la cual se adopta, junto con su anexo técnico, el cual hace parte integral de la misma, atiende la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud y orienta los objetivos del sistema de salud y de la seguridad social en salud a la garantía del derecho a la salud de la población, generando un cambio de prioridades del Estado como regulador y la subordinación de las prioridades e intereses de los integrantes a los objetivos de la regulación, que centra el sistema en el ciudadano. El objetivo de la PAIS está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. (MinSalud, 2016).

### **3.3. MARCO CONCEPTUAL**

3.3.1. Atención primaria de salud. La OMS la define como: “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del

proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”. (OMS, 2015)

3.3.2. Atención médica. “Es el tipo de medicina que practican y enseñan los líderes reconocidos de la profesión médica en un cierto período del desarrollo social, cultural y profesional de una determinada comunidad o grupo de población”. (Canchingre, 2017, p. 14).

3.3.3. Accesibilidad económica. En la *accesibilidad económica* se da lugar “el grado de acceso a los servicios de salud, respecto de las características representadas por la situación socioeconómica de los usuarios, dentro de los cuales se pueden señalar el costo de transporte, tratamientos y exámenes que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud” (Arredondo, et al. 1999; Evia, & Cano, 2012; Monterroso, 2017, p. 17).

3.3.4. Accesibilidad geográfica. conceptualiza “la distancia que existe entre el domicilio y el centro de salud con sus servicios” (Canchingre, 2017, p. 17). En ese sentido, para que los servicios sean accesibles, estos deben garantizar que su localización sea cercana al lugar donde vives. Es decir, debe presentarse correspondencia entre el tiempo de viaje y los medios utilizados. (Mogollón, 2009).

Otros autores han conceptualizado la accesibilidad geográfica como “el grado de acceso a los servicios de salud respecto de las características representadas por la distancia, tiempo y barreras naturales o construidas por el hombre que influyen en la accesibilidad a los servicios de salud, según la perspectiva de los usuarios” (Evia & Cano A. 2012; Olivet, et al, 2008; Monterroso, 2017, p. 65).

El costo que tiene el traslado desde el domicilio del paciente al centro de salud, expresa la cantidad de dinero por concepto de transporte, el mismo que aumentará si la distancia es grande y complicada; debiendo aumentarse aún más el presupuesto cuando se trata de afrontar otros gastos, como medicamentos, alimentación, etc. (Sousa, 2015, citado en Canchingre, 2017, p. 17).

En ese orden de ideas, Sousa (2015): manifiesta tres factores de accesibilidad geográfica: acceso alto o cercano, acceso medio o alejado y acceso bajo o retirado, caracterizados cada uno por conceptos específicos: Acceso alto o cercano: domicilios que se encuentran cercanos a carreteras y a la localidad que cuenta con el servicio de salud. Acceso medio o alejado: domicilios cercanos a carreteras y alejados de una localidad que cuenta con el servicio de salud. Acceso bajo o retirado: domicilios aislados y alejados de la localidad que cuenta con el servicio de salud. (Sousa, 2015, citado en Canchingre, 2017, p. 17).

3.3.5. Calidad de atención médica. Está relacionado con la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud. (Varo, 1995, Canchingre, 2017, p. 17)

3.3.6. Servicios de salud. “son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria. Puede decirse que la articulación de estos servicios constituye un sistema de atención orientado al mantenimiento, la restauración y la promoción de la salud de las personas” (MERINO y PEREZ, 2014)

3.3.7. Satisfacción de Usuario. Es considerado como el producto consecuencia de una prestación de servicios de buena calidad, dado que influye de manera determinante en su comportamiento. (Calatayud, et al., 2007). Al respecto, La satisfacción del usuario también es concebida como la meta de la prestación de un servicio de salud, sino se logra la satisfacción espontanea del usuario este

expresará su inconformidad, lo cual desde luego compromete el prestigio de la institución. Esto significa que la institución debe comprometer todo su esfuerzo para brindar siempre un servicio eficiente y eficaz. (Malagón & Galán, 2006, Canchingre, 2017, p. 18).

El acceso a la salud se facilita o dificulta en la medida en que cada colombiano tiene suficientes recursos para acceder a los servicios de salud. En Colombia el primer paso es tener un documento de identidad que certifique la nacionalidad, posterior a ello tener una calificación socioeconómica a través del sistema de identificación de beneficiarios SISBEN, con lo cual se sabe si una persona tiene o no capacidad económica para pagar parte de sus servicios o por el contrario requiere del subsidio del Estado. Quienes clasifican deben acceder a este a través de una empresa promotora de salud EPS, que debe garantizar el acceso a un plan de beneficios en salud bastante completo comparado con el de otros países. El otro mecanismo es tener un empleo como independiente, empleado o contratista, con lo cual el afiliado aporta un porcentaje de su ingreso base para servicios de salud y el otro porcentaje lo aporta el empleador. Contratistas e independientes aportan el total del porcentaje establecido. Los afiliados por este mecanismo se denominan afiliados al régimen contributivo. La tercera forma y que viene vigente desde el sistema de salud anterior son los denominados regímenes especiales o de excepción, llamados así porque las condiciones de afiliación, beneficios y servicios superan en algunos aspectos de los establecidos en la ley 100 de 1993, al igual que en el régimen contributivo afiliado y contratante o empleador asumen un porcentaje de la afiliación. En este aspecto se puede decir que Colombia tiene un alto porcentaje de la población con posibilidades de acceso a servicios de salud de cualquier nivel de complejidad. (Ley 100 de 1993)

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con enfoque mixto porque se estudiaron variables cualitativas y cuantitativas.

### 4.2 ESCENARIO DE ESTUDIO

El lugar donde se realizó la investigación fue el departamento de Córdoba perteneciente a la región caribe colombiana, ubicado al norte del país.

### 4.3 POBLACIÓN, TIPO DE MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

**Población de estudio:** Instituciones prestadoras de servicios de salud de baja y mediana complejidad de carácter público que hacen parte de la red de salud del departamento. Afiliados usuarios o familiares de usuarios, de servicios de salud.

**Tamaño de la muestra:** Se tomó una muestra no probabilística de EPS, y ESE, para solicitud de información, así como de familiares de pacientes para entrevista.

**Muestra: 1.** No probabilística de ESEs públicas de baja y mediana complejidad.

**Muestra: 2.** No probabilística de usuarios de albergues cercanos a instituciones de mediana complejidad para complementar aspectos económicos del estudio.



#### **4.4 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Los instrumentos de recolección de información son una ficha de registro de datos geográficos, económicos, de recursos disponibles y producción de servicios, para registrar distancias y tiempo para el acceso geográfico y disponibilidad de vehículo tipo ambulancia desde una institución a otra. Así mismo el número de remisiones que se generan desde la baja complejidad clasificadas por servicios y tipo de servicios.

#### **4.5 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

- Se caracterizaron aspectos geográficos de la red de servicios de salud de baja y mediana complejidad, a través de una ficha de recolección de datos geográficos y producción de servicios, para registrar distancias y tiempo para el acceso geográfico, consultadas en Google maps.
- Se consultaron las coberturas de afiliación en ADRES como factor determinante del acceso económico en términos de aseguramiento y se realizaron encuestas a usuarios y funcionarios del sistema de salud y empresas de transporte para determinar costos indirectos de los usuarios que deben acceder a servicios de mediana complejidad. Para tomar información de familiares de pacientes se elaboró y aplicó un cuestionario con 5 preguntas destinadas a obtener información de costos indirectos por transporte, alojamiento y manutención.
- Se consultaron las páginas web de tres EPS del departamento y se entrevistó a personal de ESE y EPS para especificar las características administrativas que rodean el acceso a servicios de salud de mediana complejidad. La

accesibilidad administrativa se evaluó con fundamento en el fraccionamiento de la contratación que hacen las EPS y el tiempo de regulación estimado en promedio para las remisiones que genera el sistema.

- Acorde a los resultados y conclusiones se recomiendan medidas de fortalecimiento a la investigación sobre la problemática, mitigación a la misma, para el mejoramiento de resultados e intervenciones oportunas que reduzcan el riesgo de complicaciones o muerte, así como mejorar la satisfacción de los usuarios y el fortalecimiento de la economía de la salud.

Esta investigación permitió ampliar el conocimiento sobre el tema para divulgarlo a la comunidad universitaria y científica, así mismo identificar oportunidades de mejora y proponer estrategias de intervención ajustadas al marco normativo nacional, a las necesidades de la comunidad y de recursos institucionales.

#### **4.6 PLAN PARA LA TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS**

La información recolectada fue organizada en mapas que describen las características geográficas del acceso a servicios de salud de mediana complejidad en el departamento, en tablas de contingencias para describir aspectos relacionados con el acceso económico y en párrafos que describen el fraccionamiento de la prestación de servicios en el departamento

## **5. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGISLATIVOS**

La presente investigación es una idea original de la docente Luz Neyla Petro Falón adaptada por los estudiantes Jaime Benítez y Emerson Correa a un municipio, luego readaptada por la docente para ser llevada a cabo en los 30 municipios del departamento. Se rige por lo establecido en el decreto 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y acorde a lo establecido en la norma, es considerada de bajo riesgo y los investigadores manifiestan no estar incursos en conflictos de intereses de ningún tipo.

## 6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### Factores geográficos:

Los hallazgos más relevantes relacionados con los factores geográficos que afectan el acceso a servicios de salud, desde la atención básica hasta la mediana complejidad en el departamento de Córdoba, indican que el departamento está ubicado al noroccidente de Colombia, haciendo parte de la extensa Llanura del Caribe o Región Caribe. Tiene una superficie de 23.980 km<sup>2</sup>, (décimo quinto más extenso) distribuidos en siete subregiones y 30 municipios de los cuales son considerados principales su capital Montería, Ayapel, Cereté, Sahagún, Loricá y Planeta Rica. (encolombia.com). Limita por el norte con el Mar Caribe; al oriente con los departamentos de Sucre y Bolívar; por el sur y el occidente con el departamento de Antioquia. De sur a norte, la cordillera Occidental se trifurca en las serranías de Abibe, Ayapel y San Jerónimo, formando una región montañosa, entre ondulada y quebrada. Hacia el sur se encuentra el Parque Nacional Natural de Paramillo, una importante reserva ecológica de Colombia donde nacen los ríos Sinú y San Jorge.

La **extensión y ubicación** geográfica del departamento lo aventajan frente a otros como Antioquia, Cundinamarca y los de la región de los Llanos Orientales puesto que es menos extenso y por la zona nororiental le permite cercanía con instituciones de salud de mayor complejidad de otros departamentos como El Hospital Universitario de Sincelejo, Clínica Santa María, Clínica Las peñitas y otros centros especializados de la capital de Sucre, lo que, para municipios como Chinú y San Andrés de Sotavento, reduce el tiempo de llegada y la distancia para acceder desde la baja hasta la mediana complejidad. Así como con el Hospital César Uribe Piedrahita y la Clínica Pajonal de Caucasia, que son más cercanos a municipios como San José de Uré, Puerto Libertador, Buenavista, La Apartada y Ayapel. En consecuencia, la resolución 5261 de 199, establece que solo se deben

remitir a centros asistenciales cercanos de diferente departamento, las urgencias vitales o emergencias, las urgencias mediatas y los procedimientos programados se deben remitir a instituciones del mismo departamento. Por lo anterior, los municipios limítrofes cercanos a instituciones de mayor complejidad de otros departamentos no pueden ser remitidos para atenciones programadas, dificultado administrativamente el acceso a estos servicios (Salud, M. D. 1994).

Para abordar el análisis de las **distancias geográficas** entre municipios para acceder a atenciones de mediana complejidad, es importante mencionar que cinco de los 30 municipios del departamento tienen servicios de mediana complejidad, estos Son Montería, Cereté, Lórica, Sahagún y Montelíbano. En ellos las distancias a este tipo de atenciones se reducen, y es una ventaja para la población la oferta de estos servicios.

**Tabla 1 Distancia en kilómetros y tiempo entre municipios del medio y bajo Sinú respecto a los municipios de Lórica y Cereté**

<b>Municipio de Origen</b>	<b>Municipio de destino</b>	<b>Distancia km</b>	<b>Distancia tiempo</b>
Moñitos	Lórica	50,6 km	80 min
San Bernardo del Viento	Lórica	21,2 km	35 min
San Antero	Lórica	19,8 km	22 min
Chimá	Lórica	38 km	56 min
Tuchín	Lórica	31,2 km	49 min
Momil	Lórica	16,2 km	27 min
Purísima	Lórica	10,8 km	20 min
Cotorra	Lórica	27,2 km	29 min
Cotorra	Cereté	23,5 km	29 min
San Pelayo	Cereté	10 km	14 min
Ciénaga de Oro	Cereté	19,5 km	21 min
San Carlos	Cereté	19,5 km	22 min
Promedio	<b>a Lórica</b>	<b>22,8 km</b>	<b>34,8 min</b>
	<b>a Cereté</b>	<b>20 km</b>	<b>21,5 min</b>
	<b>General</b>	<b>21,5 km</b>	<b>29,4 min</b>

Al respecto, municipios como San Bernardo del viento, San Antero, Chimá, Tuchín, Purísima, San Carlos, Ciénaga de Oro, y cotorra, están cercanos a centros asistenciales de mediana complejidad ubicados en Cereté y Loricá. La distancia promedio entre estos es de aproximadamente 21,5 km hasta un centro asistencial de mediana complejidad, y en tiempo de aproximadamente 29,4 minutos, lo cual no hace extrema la dificultad de acceso geográfico a las atenciones en salud que no se ofrecen en los municipios de residencia del paciente. En la tabla 1 se relaciona la distancia en kilómetros y tiempo entere los municipios del medio y bajo Sinú a municipios con centros de atención de mediana complejidad.

Pero algunas distancias geográficas pueden ser una desventaja cuando en kilómetros y tiempo es mas tardía la llegada hasta centros asistenciales de mayor complejidad, como ocurre con la región del Alto San Jorge, Alto Sinú y algunos municipios costaneros

**Tabla 2 Distancia en kilómetros y tiempo entre municipios del alto San Jorge y el municipio de Montelíbano**

<b>Municipio de Origen</b>	<b>Municipio de destino</b>	<b>Distancia km</b>	<b>Distancia tiempo</b>
San José de Uré	Montelíbano	32,9 km	41 min
Puerto Libertador	Montelíbano	38,4 km	46 min
La Apartada	Montelíbano	14,1 km	21 min
La Apartada	Caucasia	18,1 km	25 min
Ayapel	Montelíbano	53,3 km	66 min
Ayapel	Caucasia	58,1 km	72 min
Buena vista	Montelíbano	38,2 km	39 min
Buena vista	Caucasia	43,9 km	49 min
Buena vista	Montería	76,7 km	78 min
<b>Promedio</b>	<b>a Montelíbano</b>	<b>35,4 km</b>	<b>42,6 min</b>
	<b>a Caucasia</b>	<b>40 km</b>	<b>48,6 min</b>
	<b>General</b>	<b>41,5 km</b>	<b>48,5 min</b>

En el **alto San Jorge** los municipios con centros asistenciales de mayor complejidad son Montelíbano, con alguna atenciones, y Caucasia en Antioquia. Municipios como San José de Uré, Puerto Libertador, y la Apartada, distan de Montelíbano en promedio 35,4 km y 42,6 minutos. De Caucasia distan en promedio 40 kms y 48,6 minutos. En general los municipios en mención distan de centros asistenciales de mayor complejidad en promedio 41,5 kms y 48,5 minutos.

**El alto Sinú** por su ubicación en el extremo norte de la cordillera occidental de Colombia, es una región bastante distante de la capital Montería, que es donde mas cerca pueden acceder a servicios de mediana complejidad. Es así como los Municipios de Tierralta y Valencia distan en promedio 91,7 km de la capital y una hora y 41 minutos. Situación que además del difícil acceso geográfico de las zonas rurales de ellos, aumenta la desventaja geográfica para el acceso a mediana complejidad.

**Tabla 3 distancia en kilómetros y tiempo entre municipios del alto Sinú y el municipio de Montería**

<b>Municipio de Origen</b>	<b>Municipio de destino</b>	<b>Distancia km</b>	<b>Distancia tiempo</b>
Tierralta	Montería	82,4 km	86 min
Valencia	Montería	101 km	117 min

En las sabanas de Córdoba municipios como San Andrés de Sotavento y Chinú distan de Sahagún y de Sincelejo 31,1 km y 38,5 minutos en promedio.

**Tabla 5 distancia en kilómetros y tiempo entre municipios de las sabanas de Córdoba y el municipio de Sahagún**

<b>Municipio de Origen</b>	<b>Municipio de destino</b>	<b>Distancia km</b>	<b>Distancia tiempo</b>
San Andrés de Sotavento	Sahagún	34,4 km	43 min
Chinú	Sahagún	20,8 km	24 min
Promedio	General	<b>31,1 km</b>	<b>38,5 min</b>

Los municipios ubicados en **la zona costanera** (Los Córdoba, Puerto Escondido, Canalete y Moñitos) y **centro del departamento** (Planeta Rica y Pueblo Nuevo) tienen también una distancia en kilómetros y en tiempo, importante para el acceso a los servicios de interés del presente estudio, 57,7km y 65 minutos respectivamente.

**Tabla 4 distancia en kilómetros y tiempo entre municipios del medio Sinú y Medio San Jorge hasta el municipio de Montería**

Municipio de Origen	Municipio de destino	Distancia km	Distancia tiempo
Los Córdoba	Montería	59,7 km	57 min
Puerto Escondido	Montería	67 km	68 min
Canalete	Montería	49,1 km	55 min
Planeta Rica	Montería	54,1 km	59 min
Pueblo Nuevo	Montería	66,1 kim	70 min
Promedio	Montería	<b>57,7 km</b>	<b>65 min</b>

Lo anterior indica que, aunque la distancia promedio en kilómetros y tiempo de todos los municipios del departamento con atenciones sólo de baja complejidad, hasta los municipios con atenciones de mediana complejidad, no supera en distancia los 40 kms de distancia y los 48 minutos respectivamente, lo que pudiera tomarse como aceptable, la realidad de municipios como Valencia, Tierralta, Buenavista, Puerto Escondido, Pueblo Nuevo, Los Córdoba, Planeta Rica, Ayapel, y Moñitos como los más relevantes, es que distan a 50 y hasta más de 100 km de un centro asistencial con servicios de mediana complejidad.

Cabe anotar que estas distancias son solo entre zonas urbanas. Respecto a zonas rurales, municipios como, Moñitos, San Bernardo del Viento, San Pelayo, Cotorra Tierralta, Valencia, San José de Uré, Ayapel, incluso Montería, entre otros, tienen corregimientos y veredas cuyas distancias son bastante altas, lo que tanto geográfica como económicamente dificulta aun mas el acceso de las poblaciones rurales de estos municipios a tales servicios.



En cuanto al **estado de las vías de acceso**, según el Instituto Nacional de Vías (INVÍAS), con corte a junio de 2021, el departamento tiene 289 kilómetros de vías primarias y secundarias de los cuales 84 kms. están pavimentadas y en excelente o buen estado, 68,3 km en regular estado y 90,14 kms. en mal estado. Los restantes kilómetros están sin pavimentar, de ellos 16 en buen estado, 13 regular y 17 en mal estado (INVÍAS, 2021). Situación que para quienes residen en zonas urbanas les facilita el acceso geográfico a atenciones de salud ya sea de baja o mediana complejidad, mientras que para los residentes en zonas rurales que según el DANE son aproximadamente el 49 % les dificulta el acceso incluso a la baja complejidad.

Al analizar la extensión del departamento, con la distribución geográfica, los accidentes geográficos y el estado de las vías de acceso, es evidente que se trata de un departamento medianamente pequeño, con algunos municipios ubicados cerca a estribaciones de cordilleras, lo que indica presencia de montañas, y con pocos kilómetros de vías pavimentadas. Esto contribuye a que las poblaciones como Cotorra, Sahagún, Ayapel entre otros, tengan algunos corregimientos que requieren el paso por municipios distintos, para acceder a ellos, lo que pone de manifiesto que no todos los cordobeses tienen facilidad geográfica para acceder a servicios de salud, incluso de baja complejidad. Cabe recordar que el 49% de la población es rural, lo que significa que la mitad de los cordobeses se ven afectados geográficamente para acceder a servicios de salud de mediana complejidad.

### **Factores Económicos:**

En ninguna parte del mundo, aun estando cobijados por un seguro, se puede acceder a servicios de salud si no se vive cerca de un centro asistencial, si no se tienen programas comunitarios educativos o asistenciales que lleguen a los

lugares de residencia de las personas y si no se tiene dinero para pagar los servicios y transportarse hasta los centros asistenciales.

Lo primero que se analiza de los factores económicos es la **cobertura de afiliación al sistema general de seguridad social en salud** de los regímenes contributivo y subsidiado de cada municipio. Esto se convierte en la primera oportunidad, si se está afiliado, o la primera barrera, si no lo está, de acceso económico a los servicios de salud.

Según ADRES con corte a junio de 2021 la cobertura de afiliación al régimen subsidiado en el departamento es el 74,3% y al contributivo del 9,4%, es decir que el 83,7% de los habitantes de departamento tienen la posibilidad económica por aseguramiento de acceder a servicios de salud de cualquier nivel de complejidad.

Los municipios con coberturas por encima del 90% son Canalete, Planeta Rica, Tierralta, Montería, Lórica, Montelíbano y Ciénaga de Oro. Entre el 80 y 89% están los municipios de Valencia, Puerto Libertador, Cereté, Ayapel, San Bernardo del Viento, Sahagún, Chinú, Buenavista, San Andrés de Sotavento, Purísima, Puerto Escondido y Cotorra. Con coberturas entre el 79% y el 55% en su orden están San Antero, Moñitos, Los Córdoba, La Apartada, Momil, Chimá, San Pelayo, San Carlos, Tuchín y San José de Uré.

De acuerdo con lo anterior las coberturas de afiliación al sistema de salud, pese a desconocerse la coberturas de los regímenes especiales o de excepción, porque no aparecen en ADRES, son similares a las del Vaupés, Vichada, Chocó, Cundinamarca y de la media nacional. Es decir que, de acuerdo con esta información, los habitantes del departamento tienen una alta posibilidad de acceder a servicios de salud.

**Tabla 5 Coberturas de afiliación en salud a los regímenes subsidiado y contributivo por municipios de Córdoba en 2021.**

Nombre Municipio	Cobertura Subsidiado	Cobertura Contributivo	Cobertura total
Ayapel	78,0	8,48	86,49
Buenavista	72,7	11,69	84,34
Canalete	101,9	6,58	108,49
Cerete	63,0	23,66	86,66
Chima	66,8	4,53	71,33
Chinú	77,6	6,97	84,57
Ciénaga De Oro	80,8	9,86	90,65
Cotorra	76,5	5,40	81,89
La Apartada	69,2	6,32	75,56
Lorica	81,2	15,11	96,30
Los Córdoba	74,6	2,41	77,04
Momil	68,9	5,69	74,64
Monitos	74,9	4,27	79,17
Montelíbano	67,9	26,00	93,89
Montería	61,7	36,27	97,98
Planeta Rica	83,0	21,59	104,55
Pueblo Nuevo	72,3	7,70	80,04
Puerto Escondido	78,8	3,76	82,57
Puerto Libertador	79,8	9,55	89,34
Purísima	76,8	6,07	82,92
Sahagún	71,9	12,95	84,81
San Andrés De Sotavento	78,6	4,34	82,96
San Antero	71,3	8,23	79,52
San Bernardo Del Viento	80,2	5,41	85,59
San Carlos	65,0	3,75	68,74
San José De Ure	52,2	3,18	55,38
San Pelayo	63,5	5,51	68,99
Tierralta	91,0	8,55	99,51
Tuchín	66,6	1,62	68,17
Valencia	81,7	7,79	89,45
Total Departamento	74,3	9,4	83,7

Fuente: Propia consulta ADRES y DANE

Otro aspecto económico que determina la accesibilidad a servicios de salud, es la cercanía a la red prestadora de servicios, puesto que de ello depende **el costo del transporte** para llegar a los centros asistenciales.

Tomando en cuenta que en Córdoba la red prestadora de servicios de salud pública tiene en cada municipio una ESE que oferta servicios de baja complejidad, exceptuando los municipios de Tuchin y San José de Uré que tienen empresas privadas, y que adicionalmente los municipios de Montería, Cereté, Lórica, Sahagún y Montelíbano tienen, además, una ESE que oferta servicios de mediana y alta complejidad, es evidente que la población, de 25 de los 30 municipios que tiene el departamento, debe desplazarse cerca, mediana mente cerca o lejos, desde su municipio habitual de residencia hasta uno de estos cinco municipios para recibir servicios de mediana complejidad.

Cada paciente remitido desde un municipio a otro, por un diagnóstico que amerite conducta o intervención urgente, se transporta en su mayor proporción en la red de ambulancias públicas o privadas del departamento. Cuando la atención de mediana complejidad a recibir puede ser programada, los **medios de transporte intermunicipal** que más usan los pacientes son los autobuses, camionetas y automóviles de servicio público o privado que circulan por las carreteras del departamento. La tabla 6 describe el **precio a pagar por transportarse** desde los municipios del bajo Sinú que solo tienen servicios de salud básicos, hasta el municipio de Lórica, donde se encuentra la ESE Hospital San Vicente de Paul y otros centros hospitalarios y ambulatorios particulares que prestan servicios de mediana complejidad.

En todo el departamento la motocicleta se ha convertido en el medio de transporte mas usado desde las zonas rurales, cercanas o lejanas, hasta las zonas urbanas de cada municipio, incluido Montería. Este medio de transporte informal se ha convertido en la solución para muchos ciudadanos que no tienen otros medios de transporte, al tiempo que es el principal problema de las autoridades municipales

viales, dado el alto índice de violaciones a la norma de tránsito que dan al uso indiscriminado y comercial de este medio de transporte.

Así en todos los municipios el valor promedio de una “carrera” de “mototaxi” o “rapimoto” en las zonas urbanas es de dos mil pesos, mientras que en las zonas rurales este valor puede cambiar de acuerdo con las distancias, el estado de las vías y la oferta y demanda del servicio. Respecto a la región del Bajo Sinú por ejemplo, las personas residentes en las veredas de Villa Fátima, El Filo, Junín, Nueva Estrella y Paso Nuevo en San Bernardo del Viento, pueden pagar alrededor de \$16.000 pesos por ir y volver desde su casa hasta el casco urbano de San Bernardo. Desplazarse desde la vereda “Las Mujeres” en Moñitos Córdoba, hasta el casco urbano de Moñitos y regresar, puede costar en motocicleta, alrededor de \$16.000 pesos, y unos \$12.000 para los residentes en Santander de la Cruz.

**Tabla 6 Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Lorica, por acceder a servicios de mediana complejidad**

Mpio de Origen	Mpio de destino	Transp rural	Transp interm/pal	transp urbano	Alimentos	Total individual	Total acompañante
Moñitos	Lorica	\$ 20.000	\$ 30.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 68.000</b>	<b>\$ 136.000</b>
San Bernardo del Viento	Lorica	\$ 20.000	\$ 20.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 48.000</b>	<b>\$ 96.000</b>
San Antero	Lorica	\$ 10.000	\$ 16.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 44.000</b>	<b>\$ 88.000</b>
Chimá	Lorica	\$ 10.000	\$ 22.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 50.000</b>	<b>\$ 100.000</b>
Tuchín	Lorica	\$ 10.000	\$ 16.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 44.000</b>	<b>\$ 88.000</b>
Momil	Lorica	\$ 10.000	\$ 14.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 42.000</b>	<b>\$ 84.000</b>
Purísima	Lorica	\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 38.000</b>	<b>\$ 76.000</b>
Cotorra	Lorica	\$ 10.000	\$ 16.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 44.000</b>	<b>\$ 88.000</b>

Adicional a ese transporte rural, si el paciente tiene que llegar hasta Loricá para tramitar un servicio, recibirlo o visitar a un familiar con atención a un servicio de salud, debe pagar un transporte intermunicipal que puede costar entre \$10.000 y \$30.000 pesos, ida y vuelta, dependiendo del municipio donde resida. Ver tabla 6

Si a lo anterior se suma el tiempo de espera para recibir el servicio, buscar autorización o permanecer hasta el segundo informe del día en UCI, por ejemplo, lo más probable es que se deba comer algo. En promedio un desayuno en un puesto de comidas ubicados cerca a los centros asistenciales oscila entre 2.000 pesos (fritura y jugo) y siete mil pesos (desayuno con proteína, carbohidratos y lácteos o refrescos o jugo de frutas botella o cajita). Un almuerzo también en esos sitios cuesta entre ocho mil y quince mil pesos. Por tanto, además del transporte rural y urbano, un paciente se puede gastar cerca de \$14.000 pesos en refrigerios y alimentación durante un día. En total ese paciente por asistir a una consulta médica especializada, hacerse una ecografía, unos exámenes especializados o simplemente recibir noticias de un familiar hospitalizado, se puede gastar en promedio en un día, entre \$38.000 y \$68.000 pesos, cantidad que se duplica si va con acompañante. Siendo del régimen contributivo toca sumar a los costos del paciente, el costo de la cuota moderadora de acuerdo con el nivel 1, 2 y 3, que oscila entre los \$3.500 y 36.800 pesos.

**Tabla 7 Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Cereté, por acceder a servicios de mediana complejidad.**

Mpio de Origen	Mpio de destino	Transporte rural	Transporte interm/pal	transporte urbano	Alimentos	Total individual	Total acompañante
Cotorra	Cereté	\$ 16.000	\$ 16.000	\$ 4.000	\$ 14.000	\$ 50.000	\$ 100.000
San Pelayo	Cereté	\$ 10.000	\$ 10.000	\$ 4.000	\$ 14.000	\$ 38.000	\$ 76.000
Ciénaga de Oro	Cereté	\$ 16.000	\$ 10.000	\$ 4.000	\$ 14.000	\$ 44.000	\$ 88.000
San Carlos	Cereté	\$ 16.000	\$ 16.000	\$ 4.000	\$ 14.000	\$ 50.000	\$ 100.000

En otras regiones como el Medio Sinú donde el centro asistencial que oferta servicios de mediana y alta complejidad es la ESE Hospital Sandiego de Cereté, siguiendo el ejemplo anterior del Bajo Sinú, un paciente se puede gastar entre \$10.000 y \$16.000 pesos por movilizarse desde la zona rural hasta el casco urbano de Cotorra, San Pelayo, Ciénaga de Oro o San Carlos. Desde esos municipios hasta Cereté el costo del transporte intermunicipal es similar, el transporte urbano igual en 2000 pesos, en alimentos el costo es similar, pero es menos frecuente que en el Bajo Sinú, puesto que en e Medio Sinú las distancias son mas cortas. Así un paciente para asistir a una consulta especializada, hacerse un estudio imagenológico o de laboratorio o visitar un familiar hospitalizado, se puede gasta en un día entre \$38.000 y \$50.000 pesos, si va con acompañante este precio puede estar entre los \$76.000 y \$100.000 pesos. Si es del régimen contributivo se le debe sumar a los gastos del paciente el valor de la cuota moderadora

**Tabla 8 Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Sahagún, por acceder a servicios de mediana complejidad.**

Mpio Origen	de	Mpio destino	de	Transporte rural	Transporte interm/pal	transporte urbano	Alimentos	Total individual	Total acompañante
San Andrés de Sotavento		Sahagún		\$ 18.000	\$ 30.000	\$ 4.000	\$ 14.000	\$ 66.000	\$ 132.000
Chinú		Sahagún		\$ 20.000	\$ 20.000	\$ 4.000	\$ 14.000	\$ 58.000	\$ 116.000

La región de la sabana cordobesa, siguiendo el ejemplo del Bajo y Medio Sinú, puede generar a los pacientes residentes en los municipios de San Andrés de Sotavento y Chinú, que requieren servicios de mediana complejidad ofertados solo en Sahagún, unos gastos indirectos individuales que van entre los \$58.000 y \$66.000 pesos si va con acompañante este valor puede estar entro los \$116.000 y

132.000 pesos. Si es del régimen contributivo se le debe sumar a los gastos del paciente el valor de la cuota moderadora de acuerdo con el nivel.

La región que genera más altos gastos indirectos a los pacientes que requieren servicios de mediana complejidad es la región del Alto San Jorge, probablemente por sus características geográficas, económicas o de orden público. Para trasladarse desde San José de Uré, Puerto Libertador, La Apartada o Ayapel, hasta Montelíbano, los pacientes residentes en esos municipios se pueden gastar entre \$48.000 y \$124.000 pesos en un día y por un solo trámite o una sola atención. Si va con acompañante este valor puede estar entre \$96.000 y \$248.000 pesos. Si es del régimen contributivo se le debe sumar a los gastos del paciente el valor de la cuota moderadora de acuerdo con el nivel.

**Tabla 9 Costos indirectos promedio, de usuarios afiliados al régimen subsidiado, residentes en municipios cercanos a Montelíbano, por acceder a servicios de mediana complejidad.**

Mpio de Origen	Mpio destino de	Transp rural	Transp interm/pal	transporte urbano	Alimentos	Total individual	Total acompañante
San José de Uré	Montelíbano	\$ 70.000	\$ 30.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 118.000</b>	<b>\$ 236.000</b>
Puerto Libertador	Montelíbano	\$ 50.000	\$ 20.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 88.000</b>	<b>\$ 176.000</b>
La Apartada	Montelíbano	\$ 14.000	\$ 16.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 48.000</b>	<b>\$ 96.000</b>
Ayapel	Montelíbano	\$ 60.000	\$ 46.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 124.000</b>	<b>\$ 248.000</b>
Buena vista	Montelíbano	\$ 30.000	\$ 32.000	\$ 4.000	\$ 14.000	<b>\$ 80.000</b>	<b>\$ 160.000</b>

Cuando se trata de un paciente infantil, de tercera edad o en condición de discapacidad temporal o permanente, este obligatoriamente requiere de un acompañante, razón por la cual el costo del transporte se duplica. Lo anterior indica que municipios como Ciénaga de Oro, San Pelayo y San Carlos tienen los tiquetes terrestres mas económicos del departamento para acceder a servicios de



mediana complejidad. Municipios como San José de Uré, Puerto Libertador, Ayapel, Valencia, Tierralta, Moñitos y San Bernardo del Viento, son los que tienen el transporte terrestre más costoso.

Es evidente que por cada atención en salud de mediana complejidad tipo consulta especializada o ecografía obstétrica y algunos laboratorios especializados, el paciente debe asumir los costos de transporte.

En municipios como Montelíbano, Loricá, Cereté y Sahagún no existe servicio urbano de busetas, por lo cual la motocicleta particular y de servicio “público” es el medio más usado.

Para los pacientes residentes en los municipios de Montelíbano, Sahagún, Cereté, Loricá y Montería el acceso a servicios de mediana complejidad será más fácil geográfica y económicamente, y si viven en la zona urbana, mucho más.

La ventaja de los afiliados al régimen subsidiado es que no pagan cuotas moderadoras, la desventaja vivir en zonas rurales distantes y pagar copagos cuando están en nivel II del SISBEN o medicamentos o procedimientos no cubiertos por el plan de beneficios.

La ventaja para los afiliados al régimen contributivo es que tienen más ingresos económicos que los afiliados al régimen subsidiado y generalmente residen en zonas urbanas. La desventaja es tener cuotas moderadoras de hasta 36.800 pesos y pagar copagos cuando son beneficiarios del afiliado.

### **Aspectos Administrativos:**

Como se mencionó en párrafos anteriores, los municipios que tienen centros de atención de mediana complejidad son Montelíbano, Sahagún, Loricá, Cereté y

Montería. Se analizan por accesibilidad los aspectos administrativos relacionados con el fraccionamiento de la contratación.

Los centros asistenciales de mediana complejidad del municipio de Montelíbano reciben pacientes remitidos de los municipios de San José de Uré, Puerto Libertador, La apartada y Ayapel. Las atenciones que ofrecen son consultas programadas por especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general y traumatología y ortopedia, además de algunas hospitalizaciones, laboratorios especializados y ecografías obstétricas, electrocardiogramas y otros procedimientos menores. Los pacientes provenientes de estos municipios que lograr definir su diagnóstico y conducta de manejo con estas atenciones tienen un costo menor relacionado con el motivo de consulta por el cual accedió a los servicios de salud, es decir que en gran medida para este tipo de pacientes el acceso a servicios de salud de mediana complejidad es regularmente aceptable.

No ocurre lo mismo con el paciente que es remitido por el internista al cardiólogo o nefrólogo o neurólogo, por ejemplo, o por el pediatra que remite al niño al cirujano pediatra, o el ortopeda que remite al cirujano de mano por citar algunos ejemplos. Y aunque un porcentaje mínimo de los usuarios requiere de tales servicios, sus derechos se pueden ver vulnerados dado que requieren de mayores recursos para acceder a servicios mas especializados.

Respecto al municipio de Sahagún, los centros asistenciales que ofertan servicios de mediana complejidad son la ESE Hospital San Juan de Sahagún y la Clínica Sahagún, que reciben pacientes remitidos desde los municipios de Tuchín, San Andrés de Sotavento, Pueblo Nuevo y Ciénaga de Oro. Estas instituciones ofertan los mismos servicios mencionados en Montelíbano, sin embargo, el acceso geográfico a servicios de mayor complejidad como unidad de cuidados intensivos y algunas subespecialidades es mejor en términos de distancia y tiempo.

Los centros asistenciales que ofertan servicios de mediana complejidad en Lórica reciben pacientes de los municipios de Moñitos, San Bernardo del Viento, San Antero, Chimá, Tuchin, Momil, Purísima y Cotorra, también ofertan las especialidades básicas, imagenología como ecografías, radiografías, electrocardiogramas, ecocardiogramas. Las subespecialidades también son remitidas a la ciudad de Montería.

Cereté tiene una ESE de mediana complejidad la cual recibe pacientes del bajo Sinú que por algún motivo no pueden ser atendidos en Lórica, también recibe de Ciénaga de Oro, San Carlos, San Pelayo, Cotorra y Montería ocasionalmente. Esta ESE tiene servicios de mediana y alta complejidad, además el acceso geográfico a Montería es bastante corto lo que es una ventaja para los habitantes de las regiones cercanas.

El acceso a servicios de salud se ve afectado como consecuencia del **deficiente desarrollo de servicios de salud** especializados en los municipios, también por el **fraccionamiento de la contratación en Salud**, la cual está directamente relacionada con lo pactado entre las partes ESE y EPS en los acuerdos de voluntades, buscando articular la calidad con el costo razonable, buscando a si la eficiencia y el cumplimiento de indicadores de evaluación de ESE y EPS.

En los municipios como Montería, Cereté, Lórica, Sahagún y Montelíbano la población goza de cierta facilidad en el acceso a servicios de mediana complejidad. No ocurre lo mismo en el resto de los municipios, lo cual como se explicó en párrafos anteriores, aumenta el costo de transporte del paciente y sus familiares, aumenta el costo por alimentación, hospedaje cuando no puede permanecer en la habitación del paciente por restricción médica o porque este está en Unidad de Cuidados Intensivos, transporte urbano cuando debe desplazarse a diferentes instituciones porque los servicios de consulta especializada están contratados con una ESE o IPS, los de imagenología en otra y laboratorios en otra, por ejemplo.

Al preguntarle a los coordinadores de atención al usuario de las ESE de municipios mas distantes, sobre a donde remiten las EPS de sus municipios los pacientes para atenciones de urgencias y ambulatorias programadas, los centros asistenciales de mayor contratación son: en la región del San Jorge, el municipio de Montelíbano solo mediana complejidad, la alta se va al municipio de Montería. En el centro del departamento remiten a instituciones como la ESE Hospital San Jerónimo, Clínica Materno infantil Casa del Niño, Fundación Valle del Sinú y Amigos de la Salud y Clínica Zayma, ubicados en el centro de la ciudad de Montería. En el Bajo Sinú a la ESE San Vicente de Paul de Lorica y en la región de la sabana a la ESE Hospital San Juan de Sahagún y Clínica Sahagún.

Cabe anotar que, para el departamento, el centro de referencia de pacientes oncológicos es el Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica, ubicado al norte de la ciudad, es decir que pacientes y familiares deberán recorrer distancias en diferentes direcciones (sur, centro o norte) en la misma ciudad para acceder a diferentes servicios de mediana complejidad que están ordenados a un mismo paciente.

En general es importante resaltar que como el 49% de la población del departamento reside en zonas rurales nucleados y dispersos, esta misma proporción tendrá más dificultades geográficas para acceder a servicios de salud de mediana complejidad, mas aun si la contratación de servicios sigue fraccionada y sin una red prestadora integral claramente definida y divulgada.

También se destaca que, aunque el 51% de la población está ubicada en zonas urbanas y de ellos la mitad en Montería, tenido así mayor posibilidad de acceder a servicios de baja complejidad, solo los residentes en los municipios de Montería, Lorica, Cereté, Montelíbano y Sahagún tienen mayor posibilidad geográfica de acceso a servicios de mediana complejidad.

Pese a la cercanía geográfica no se puede desconocer que mientras el 35,08% de la población tenga Necesidades Básicas Insatisfechas NBI y el 11,41% esté en miseria.

La realización del presente trabajo evidencia que el departamento de Córdoba tiene unas características geográficas que facilitan el acceso a servicios de salud básicos, al 51 % de la población que habita en las cabeceras municipales, y a un porcentaje menor hasta los municipios donde se ofertan servicios de mediana complejidad. El resto de ellos tiene dificultades más por la distancia y calidad de las vías que por la geografía del terreno. Así el acceso geográfico a salud, de la población del departamento residente en zonas rurales dispersas de municipios como Tierralta, Valencia, San José de Uré, Puerto Libertador, Ayapel San Bernardo del Viento, Moñitos y Puerto Escondido, se ve afectado por la calidad de las vías, las distancias y costos de transporte para llegar a la cabecera municipal. Con el agravante de que, si sale remitido para un servicio de mediana complejidad, debe llevar recursos adicionales para llegar a la ciudad donde estos se ofertan. Por lo general requieren de un acompañante el cual debe llevar recursos para transporte, alimentación y estadía, lo que precariza aún más la situación económica del grupo familiar. Respecto a la zona de las sabanas, los Municipios de Tuchin, San Andrés de Sotavento y Chinú presentan complicaciones de accesibilidad por la distancia y malas condiciones de las vías, además, a ello se suma la poca capacidad resolutiva de las entidades prestadores de salud en esta zona, por el cual remiten los pacientes a los centros de salud más cercanos como el Hospital San Juan de Sahagún y al Hospital Regional de Sincelejo dependiendo mucho de la disponibilidad de camas y servicios especializados; por esto, en repetidas ocasiones terminan remitiendo los pacientes a la capital monteriana donde se encuentran los prestadores de salud con mayor capacidad resolutiva del Departamento con una distancia promedio de 91,1 km, a 1 hora y 40 minutos.

En un departamento con alto índice de NBI, desempleo, pobreza extrema y miseria, trasladarse desde zonas rurales, incluso urbanas, para acceder a servicios de mediana complejidad que no están concentrados en una misma zona donde se pueda circular a pie en una ciudad, precisamente por el fraccionamiento de la contratación, aumenta las barreras prestador usuario, puesto que el costo del transporte se convierte en una limitante para el acceso.

Cuando más personas tienen acceso a servicios de salud, aunque solo sean básicos, es evidente que ha mejorado la capacidad resolutive del sistema y eso es evidente en Colombia y en Córdoba. Por otra parte, los avances tecnológicos de hoy ha permitido el desarrollo de sistemas de información integrados como el SISPRO, brindando mayor y mejor acceso a la información para la toma oportuna de decisiones. Así mismo la transformación del sistema dio paso al desarrollo de programas de formación profesional y especializada para mejorar la gestión en salud.

Adicionalmente la creación de los regímenes contributivo y subsidiado y la ampliación de las redes de servicios ha permitido la universalidad del aseguramiento. Aunque el marcado fraccionamiento de la contratación persiste, se trabaja en mejoras muy lentas las cuales han sido forzadas por la implementación de sistemas de garantía de calidad en salud que vienen contribuyendo al desarrollo de compromisos y estrategias para la mejora continua, al punto de hoy estar desarrollando estrategias como la seguridad del paciente. Persisten y persistirán problemas como la longevidad generacional poblacional la cual forja altas demandas de servicios lo que obliga a mantener y mejorar la oferta de servicios.

## **7. CONCLUSIONES**

1. El 49% de la población residente en zonas rurales del departamento tiene dificultades geográficas y económicas para acceder a servicios de salud básicos y de mediana complejidad, evidenciado en la inadecuada calidad de las vías, las largas distancias, la movilidad en medios de transporte inseguros, y el incremento de los costos de transporte.
2. Las coberturas de aseguramiento en salud en el departamento son buenas, incluso mejores que en la mitad de los departamentos del país, sin embargo el costo del transporte rural de algunos municipios como San Bernardo del Viento, Moñitos, Puerto Escondido, Ayapel, San José de Uré entre otros, así como el transporte intermunicipal de los municipios mas distantes de los centros de mediana complejidad, se convierten en barreras administrativas para el acceso a servicios de salud de cualquier nivel.
3. El fraccionamiento de la contratación de los diversos tipos de servicios de la mediana complejidad, por falta de desarrollo en la integralidad de las entidades prestadoras de servicios, incrementa los costos indirectos para acceder a servicios de salud. Se tiene que ir varias veces a las instituciones por el mismo motivo de consulta, por controles, exámenes y medicamentos, que pudieran ser prestados el mismo día en que el paciente consulta.

## **8. RECOMENDACIONES**

Fortalecer los sistemas de información en salud para poder registrar aspectos como el tiempo de regulación de un paciente, la ubicación geográfica de este coincidente con la posibilidad de acceso a las instituciones de salud.

Incentivar la vigilancia en el cumplimiento de la normatividad en cuanto a contratación de servicios acorde al acceso geográfico independiente de que administrativamente dependan de otros departamentos.

Fomentar la investigación en este campo para continuar evidenciando la necesidad de invertir en el desarrollo de la red pública hospitalaria, con centros satelitales de atención de mejor accesibilidad, apoyo tecnológico para la atención en salud y la habilitación de servicios integrales de todos los niveles en las instituciones prestadoras para reducir la movilidad del paciente que accede por diferentes servicios incluyendo en ellos servicios de alimentación, alojamiento y transporte ecológico particular a bajo costo.



## 9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

- ADRES, (2021). BDUA. Cobertura de aseguramiento régimen subsidiado por departamento y municipio. Recuperado de: <https://www.adres.gov.co/eps/bdua/Paginas/reporte-afiliados-por-departamento-y-municipio.aspx>
- Arredondo, A., Nájera, P., & Leyva, R. (1999). Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. *salud pública de méxico*, 41, 18-29.
- Calatayud, J. M. C., Sayas, M. A. T., Vila, T. M., Mas, J. M. C., & Mas, L. C. (2007). Control de calidad como referente de la cualidad asistencial. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, (77), 29-31.
- Canchigre-Espinosa, J. P. (2017). *ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD Y NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MOTUPE* (tesis de pregrado). Universidad nacional de Loja, ecuador. Recuperado de: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/19499/1/tesis%20para%20la%20biblio%20lista.pdf>
- Cano S. M., Giraldo A., & Forero C. (2016). Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional De Salud Pública*, 34(1), 48-53. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06>
- Colombia. Congreso. (1987). *Decreto 77 de 1987 enero 15: por el cual se expide el estatuto de descentralización en beneficio de los municipios*. Recuperado de: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=3455>
- Colombia. Congreso. (1990). *Ley 10 de 1990, Enero 10, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%200010%20DE%201990.pdf)
- Colombia. Congreso. (2007). Ley 1122 de 2007, enero 9, por la cual se hacen algunas modificaciones en el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia.
- Comes, Yamila y Solitario, Romina y Garbus, Pamela y Mauro, Mirta y Czerniecki, Silvina y Vázquez, Andrea y Sotelo, Romelia y Stolkner, Alicia (2007). EL CONCEPTO DE ACCESIBILIDAD: LA PERSPECTIVA RELACIONAL ENTRE POBLACIÓN Y SERVICIOS. Anuario de Investigaciones, XIV (), 201-209. [Fecha de Consulta 6 de Septiembre de 2021]. ISSN: 0329-5885. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- Congreso de la República de Colombia. (17 de febrero de 2015). Ley Estatutaria N° 1751, por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. [Ley N.° 1751 de 2015].

- Congreso de la República de Colombia. (2011). Ley 1438 de 2011 (19 de enero) por medio del cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Congreso de Colombia.
- Congreso de la República. (1993). Ley 100 de 1993. *Diario Oficial*, 129(41148).
- Congreso de la República. (2015). Ley estatutaria 1751 de 2015 (16 de febrero). por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Recuperado de: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)
- DANE, D. (2018). Proyecciones de población departamentales y municipales 2005-2020. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
- De Colombia, C. P. (1991). *Constitución política de Colombia. Bogotá, Colombia: Leyer, 1*. Recuperado de: <https://www.ramajudicial.gov.co/documents/10228/1547471/CONSTITUCION-Interiores.pdf>
- EnColombia, P. I. com. *Departamento de Córdoba. Recuperado de: https://encolombia.com/educacion-cultura/geografia-colombiana/departamentos/cordoba/*
- Estrada, S. (2015), Factores que inciden en la accesibilidad a la atención en Salud de mediana complejidad en usuarios de la IPS Famisalud del municipio de Ayapel - Córdoba. 2015. (Tesis de pregrado) Universidad de Córdoba. Montería – Colombia.
- Evia, V., & Cano, A. (2012). Barreras y facilitadores en la accesibilidad a los servicios de salud mental en el caso del Equipo de Salud Mental del Centro de Salud de Jardines del Hipódromo. VI Jornada de Investigación y, 3. [https://www.academia.edu/download/30883980/Ponencia\\_GT\\_32\\_Evia\\_et\\_al.pdf](https://www.academia.edu/download/30883980/Ponencia_GT_32_Evia_et_al.pdf)
- Frenk J (1992). El concepto y la medición de accesibilidad. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D. C.: OPS; p. 929-943. (Publicación científica No. 534).
- Frenk J (1992). El concepto y la medición de accesibilidad. En: Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Washington, D. C.: OPS; p. 929-943. (Publicación científica No. 534).
- Garza-Elizondo, M. E., Salinas-Martínez, A. M., Núñez-Rocha, G. M., Villarreal Ríos, E., Vásquez-Treviño, M. G., & Vásquez-Salazar, M. G. (2008). Accesibilidad geográfica para detección temprana de enfermedades crónico-degenerativas. *Revista médica de Chile*, 136(12), 1574-1581.
- Hernández Gene, F. J. y Garnica Berrocal, R. (2017). Accesibilidad física de la población a servicios de salud pública en San Pelayo y Cereté, Córdoba, Colombia, año 2015. *Perspectiva Geográfica*, 22(2), 67-84. doi: 10.19053/01233769.5956
- Instituto Nacional de Vías, (2021). *Estado de la Red Vial*. (última actualización: 30 junio 2021). Recuperado de: <https://www.invias.gov.co/index.php/informacion-institucional/2-principal/57-estado-de-la-red-vial>
- Malagón-Londoño, G., Morera, R. G., & Laverde, G. P. (2006). *Garantía de calidad en salud*. Ed. Médica Panamericana.
- Ministerio de la Protección Social. (2005). la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Arte Laser Publicidad Ltda. Bogotá. D.C., noviembre de 2005. Recuperado de:

<https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Politica%20Nacional%20de%20Prestaci%C3%B3n%20de%20Servicios%20de%20Salud.pdf>

Ministerio de salud y Protección Social. (2016). Resolución 0429 de 2016 (17 de febrero) Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud: MinSalud.

Monterroso, S. M.A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud. (Tesis de maestría). Universidad de San Carlos de Guatemala. Guatemala.

Olivet, M., Aloy, J., Prat, E., & Pons, X. (2008). Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica. *Medicina clínica*, 131, 16-22.

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Atención primaria en salud. [En línea]. Ginebra. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

para la Inspección, M. I. Vigilancia y Control de Riesgos de Acceso, Uso y Calidad de los Servicios de Salud, en el Ámbito Territorial. *Programa: Desarrollo y Evaluación de un Modelo Integrado de Inspección, Vigilancia y Control del Acceso Oportuno, el Uso Adecuado y la Calidad en la Prestación de Servicios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano.*

Pérez, J., & Merino, M. (2014). Definición de servicios de salud.

Rueda Martínez, G., & Albuquerque, A. (2016). La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Revista Latinoamericana De Bioética*, 17(32-1), 36-59. <https://doi.org/10.18359/rbi.2299>

Salud, M. D. (1994). resolución numero 5261. *República de Colombia.*

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89

Secretaría Departamental de Salud, de Córdoba. (2021). *Red de prestadores de servicios de Salud*. REPS. Recuperado de: <http://www.cordoba.gov.co/>

Sousa, M. M. (2015). books.google. Obtenido de books.google.: <https://books.google.com.ec/books?id=DpPnBXTSopMC&pg=PT169&dq=accesibilid>

Souza, M. S. P. L., Aquino, R., Pereira, S. M., Costa, M. D. C. N., Barreto, M. L., Natividade, M., ... & Braga, J. U. (2015). Factores asociados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 111-120.

Vargas-Lorenzo, I. (2009). Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia [Tesis doctoral]. *Bellaterra: Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina [internet].*

Varo, J. (1995). La calidad de la atención médica. *Med Clin (Barc)*, 104(14), 538-40.

Villareal, E. (2008). Accesibilidad a los servicios de salud. En E. Villareal, Accesibilidad a los servicios de salud. Queretaro.

World Health Organization. 53. Consejo directivo 66. a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Plan de Acción sobre la Salud Mental [Internet]. Washington, DC: World Health Organization; 2014 [cited 2016 Jan 2];[about 20 p.].

## **10. ANEXOS**