

Acceso a la atención en salud en Colombia

Access to health care in Colombia

Ingrid Vargas-Lorenzo¹, M. Luisa Vázquez-Navarrete¹
y Amparo S. Mogollón-Pérez²

¹ Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS). Servei d'Estudis i Prospectives en Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España. ivargas@consorci.org, mlvazquez@consorci.org

² Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia. amparo.mogollon@urosario.edu.co

Recibido 22 Enero 2010/Enviado para Modificación 12 Diciembre 2010/Aceptado 26 Diciembre 2010

RESUMEN

Objetivo Contribuir al conocimiento sobre el acceso a los servicios en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados y vacíos en las investigaciones.

Métodos Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía, a través de la búsqueda exhaustiva y análisis de artículos originales publicados entre 1994 y 2009. Se incluyeron 27 investigaciones cuantitativas y cualitativas que cumplieran los criterios de selección. El análisis se enmarcó en los modelos teóricos de Aday y Andersen y Gold, que diferencian entre acceso potencial y realizado y consideran las características de la población, proveedores y aseguradoras que influyen en la utilización.

Resultados Los análisis explicativos de la utilización de los servicios de salud a partir de modelos de determinantes resultan escasos y parciales (limitados a áreas geográficas, patologías o colectivos específicos). Pocos estudios profundizan en factores de contexto –políticas y características de proveedores y aseguradoras- o en la perspectiva de los actores sobre los factores que influyen en el acceso. Los estudios no parecen indicar un aumento del acceso realizado –salvo en el régimen subsidiado- y, en cambio, señalan la existencia de importantes barreras relacionadas con factores poblacionales (aseguramiento, renta y educación) y características de los servicios (accesibilidad geográfica, organizativas y calidad).

Conclusiones La revisión muestra limitaciones importantes en el análisis del acceso en Colombia que indican la necesidad de reorientar la evaluación hacia el acceso realizado, e incorporar variables de contexto y la perspectiva de los actores para comprender mejor el impacto de la reforma en el uso de servicios.

Palabras Clave: Accesibilidad a los servicios de salud, prestación de atención de salud, Colombia, literatura de revisión como asunto (*fuentes: DECS, BIREME*).

ABSTRACT

Objectives Contributing towards improving knowledge about access to health services in Colombia following health-sector reform, highlighting the main results and gaps in research.

Methods Original papers were systematically reviewed through a comprehensive search and analysis of original papers published between 1994 and 2009. After selection criteria had been applied, 27 papers were included in the review. Analysis was based on Aday Aday & Andersen and Gold's theoretical frameworks, distinguishing between potential and actual healthcare access and considering the characteristics of the population, health services and insurers influencing service use.

Results There was little explanatory analysis of service use applying determinant models; this was also partial (limited to geographical areas, diseases or specific groups). Likewise, only a few studies analysed contextual factors influencing service use (health policies and health providers and insurers) or social actors' perspectives. The available studies did not seem to indicate increased actual access (except for subsidised system users) but, on the contrary the existence of barriers relating to population (insurance coverage, income and education) and health service factors (geographic and organizational accessibility and quality of care).

Conclusions This review led to identifying important limitations in the analysis of healthcare access in Colombia and highlighted the need for further research on actual access and the better incorporation of context variables and actors' perspectives in understanding the impact of reform on health service use.

Key Words: Health service accessibility, healthcare provision, Colombia, review literature (*source: MeSH, NLM*).

Una de las reformas de los sistemas de salud que se han promovido en Latinoamérica con el objetivo de mejorar el acceso a la atención es el modelo de competencia regulada (1), caracterizado por la introducción de un mercado regulado en el que aseguradoras compiten por la afiliación de la población (2-4). Colombia fue uno de los primeros países de la región en adoptar este modelo con la reforma introducida por la Ley 100 de 1993 (5).

A pesar de que el acceso a la atención es una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, se trata de un concepto mal definido, que se confunde con términos como accesibilidad, disponibilidad o búsqueda de atención(6,7). Se observan dos tendencias: aquellos autores que definen el acceso como el *ajuste entre las características de los servicios y de la población* (6-8) y los que lo equiparan con la *utilización de los servicios* (9,10). Dentro de este enfoque, una de las propuestas teóricas más utilizada es la desarrollada por Aday y Andersen (10,11), que distingue entre acceso realizado - utilización efectiva de servicios -, y potencial - factores que predisponen y capacitan el uso de servicios. Entre los pocos marcos teóricos de acceso adaptados al modelo de competencia regulada destaca el desarrollado por Gold (12), que incorpora algunos elementos relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso (mecanismos de control de la atención, tamaño de proveedores, etc.)

La reforma del sistema de salud colombiano ha sido un proceso largo y complejo (13), que ha dado lugar a numerosos análisis. En el ámbito del acceso, la discusión se ha centrado principalmente en la extensión de la cobertura de la afiliación al seguro(13-15), sin que existan revisiones sistemáticas de la bibliografía disponible sobre el tema.

El objetivo de este artículo es contribuir a mejorar el conocimiento sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia tras la reforma del sistema de salud, exponiendo los principales resultados y vacíos en las investigaciones existentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se realizó en dos etapas. En la primera, se llevó a cabo una revisión en las siguientes bases de datos: MEDLINE, LILACS, Social Science Citation Index, CINAHL, IME, PsycInfo y Econlit.

Se utilizaron las palabras clave en las bases de datos que contaban con descriptores o vocabulario controlado (tesauros), y para el resto se utilizaron los siguientes términos en inglés como palabras naturales: a. “health services accessibility”, “utilization”, “access”, “inaccess”; b. “delivery of health care”, “healthcare”; c) “Colombia”. Y su equivalente en lengua castellana. Los grupos de palabras clave se combinaron utilizando el término booleano “AND” y “OR” según correspondía.

Se realizó una segunda búsqueda manual, a partir de las referencias bibliográficas de los artículos seleccionados en la primera búsqueda. Se incluyeron artículos publicados entre 1994 y 2009. Se llevó a cabo una revisión de títulos y resúmenes y una revisión de los textos completos. No se realizó una valoración de la calidad de los artículos revisados.

El principal criterio de selección de los artículos fue que se tratara de investigaciones originales que analizaran las características del acceso en Colombia, barreras y determinantes relativos a la población, proveedores y aseguradoras, o patrones de utilización de los servicios. Se descartaron artículos de opinión y editoriales, así como estudios que analizaran alguno de los componentes del acceso potencial sin tener en cuenta su influencia en la utilización.

Para el análisis de los resultados se utilizó el marco de acceso de Aday y Andersen (10) y Gold (12). En primer lugar, se analizaron los resultados de los

estudios relacionados con el acceso potencial, y en segundo lugar los relacionados con el acceso realizado.

RESULTADOS

El total de artículos potencialmente relevantes encontrados fue de 90. De estos, se analizaron 27 que cumplían los criterios de selección. Los estudios analizados son de tres tipos: a. Estudios de determinantes del uso de los servicios; b. Estudios de la desigualdad en la utilización; y c. Estudios desde la perspectiva de los actores sociales. La mayoría de estos estudios se han realizado diez años después de la introducción de la Ley 100.

En el primer grupo se encuentran estudios realizados con el objetivo de explicar los factores que determinan la utilización mediante análisis multivariantes. Suelen ser de carácter parcial: para un área geográfica determinada (16-23), un tipo de atención o enfermedad –vacunación (20), citología cuello uterino (21,22), mamografía (23), salud materno-infantil (17,24) - o un colectivo vulnerable (19). Se basan en encuestas poblacionales nacionales y propias de utilización de servicios. Las variables que suelen introducir como determinantes de la utilización son de tipo poblacional: demográficas, socioeconómicas, lugar de residencia y tipo de afiliación. Sólo dos de los estudios introdujeron variables relacionadas con la oferta y el nivel de información de los individuos (17,20).

En el segundo grupo de estudios se encuentran análisis de la desigualdad del acceso realizado por tipo de afiliación o renta mediante la comparación de la probabilidad de utilización de servicios(25-29), así como de las barreras potenciales a través del análisis de la frecuencia de las causas del no uso de servicios (27,29,30). Estos estudios se basan principalmente en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV).

El último grupo de estudios son análisis del acceso desde la perspectiva de usuarios o profesionales, aplicando una metodología cualitativa o mediante encuesta de opinión. Se centran, en su mayoría, en un tipo de atención (31,32) o en una población vulnerable (33,36). Analizan las barreras percibidas relacionadas con las características de la población y los servicios. A continuación se presentan los principales resultados de los estudios analizados.

Acceso potencial a los servicios de salud

Características de la población

Factores que predisponen. Los factores que predisponen a la utilización de la atención, según el marco de Aday y Andersen, están relacionados con las características sociodemográficas, creencias y actitudes frente al uso y el conocimiento sobre el funcionamiento de los servicios (10).

Los factores predisponentes que se incorporan con mayor frecuencia en los estudios de determinantes analizados son los sociodemográficos. La mayoría muestra que la probabilidad de utilizar los servicios curativos aumenta con la escolaridad, la edad –niños y adultos-(16,17,20,21,23,24,27) y el sexo femenino (18).

Son escasos los estudios que analizan la influencia de factores como las creencias y actitudes, el conocimiento del funcionamiento de los servicios de salud y las necesidades en salud. Sólo uno de los estudios analizados consideró el conocimiento de los usuarios sobre los horarios de los proveedores y los requisitos para acceder a los servicios, relacionándose positivamente con el uso de servicios preventivos (20). No obstante, el limitado conocimiento de la población desplazada sobre los servicios de salud, emerge como una importante barrera en el acceso en dos de los estudios cualitativos analizados (34,37), asociada no sólo a las características específicas de una población vulnerable (desconocimiento del medio receptor, pobreza), sino también a deficiencias en la información proporcionada por las instituciones.

La necesidad de atención a la salud, medida como estado de salud percibido, se incluyó en algunos de los estudios de determinantes de la utilización de servicios analizados (16,18,20,27) apareciendo en la mayoría como no significativa estadísticamente.

Factores que capacitan. Otro tipo de factores poblacionales que influyen en la utilización de los servicios son los capacitantes, de carácter personal/familiar como el ingreso económico, la situación laboral o la cobertura sanitaria; o de tipo social, como la existencia de redes sociales (10,2).

En los estudios analizados, los factores capacitantes que se consideran con más frecuencia son la afiliación y la renta.

Aseguramiento

Diversos tipos de estudios muestran el impacto del aseguramiento en la utilización de servicios de salud, así como en el tipo de servicios que utilizan. Los estudios sobre determinantes señalan diferencias significativas estadísticamente en la probabilidad de utilizar los servicios, principalmente entre población asegurada y no asegurada (16-18,21,23,24,27,28). En cambio, las diferencias entre regímenes de afiliación son menores o no significativas, según la mayoría de estos modelos.

Los estudios de desigualdades en la utilización también muestran diferencias en la probabilidad de que una persona enferma reciba atención médica, principalmente entre los asegurados y los que no lo están(25,28). La utilización por tipo de servicio también varía según el tipo de aseguramiento: la probabilidad de hospitalización es más baja para los no asegurados que para los afiliados subsidiado y para éstos, menor que para los del contributivo (30); el porcentaje de pacientes que no recibe medicamentos es mayor entre los no asegurados que entre los asegurados subsidiados y los contributivos (28,30); y la utilización de servicios preventivos es menor para la población no asegurada (21,23,38).

Renta

Los distintos tipos de estudios analizados identifican la renta del individuo como un factor que capacita la utilización de servicios. En algunos de los estudios de determinantes analizados, el nivel socioeconómico se relaciona de forma significativa con la probabilidad de utilización (16,17,24,27). Por otro lado, dos estudios que comparan la probabilidad de uso por nivel de renta (13,29) muestran desigualdades importantes a favor de los deciles de renta más elevados.

Esta relación también se observa en sentido contrario, es decir, la falta de dinero como factor incapacitante para acudir a los servicios en aquellos hogares situados en los quintiles de renta más bajos (27). En los estudios cualitativos analizados, los informantes (usuarios y personal de salud) relacionan la falta de dinero con la incapacidad para hacer frente a los copagos, comprar medicamentos y gastos de desplazamiento a otros niveles de atención (34,36,37,39,40).

Otras variables

El lugar de residencia, las condiciones laborales y el tamaño del hogar también se considera en alguno de los estudios analizados como variables que capacitan el uso de los servicios. El carácter rural o urbano del área de residencia resulta no significativo en dos de los estudios de determinantes (16,27), lo cual contrasta con uno de los estudios de desigualdades analizados que muestra probabilidades de uso significativamente distintas entre áreas rurales y urbanas (27).

El tamaño del hogar resultó significativo para el uso de los servicios sólo en uno de los estudios, junto con las condiciones de trabajo –con signo positivo en el primero y negativo en el segundo (18).

En los estudios desde la perspectiva de los actores emergen otros factores importantes que incapacitan el uso de servicios como la falta de redes de apoyo, especialmente en poblaciones con una carga familiar y laboral, como las mujeres (31), o vulnerables económicamente, y la falta de integración en su entorno social en el caso de la población desplazada (31,34).

Por lo tanto, los estudios analizados muestran que el uso de servicios de salud se relaciona positivamente con factores predisponentes como la edad, el nivel educativo, el sexo femenino; y capacitantes, como la afiliación y la renta. No se consideran factores que la literatura considera explicativos del acceso realizado, y que emergen como barreras en algunos estudios cualitativos como las actitudes, el conocimiento sobre el uso, la situación laboral o la presencia de redes de apoyo.

Características de los servicios de salud

Los factores relativos a los proveedores que condicionan la utilización de los servicios, se relacionan tanto con la disponibilidad de recursos como con su organización (10).

Pocos son los estudios analizados que incorporan o evalúan este tipo de factores. La mayoría se basan en el análisis de las causas del no uso de servicios de las encuestas poblacionales nacionales que incorporan entre las respuestas algunas relacionadas con la oferta, como la distancia geográfica y la mala calidad de los servicios. Ambas aparecen como causa de no utilización en ambos esquemas de aseguramiento (27,29).

Entre los estudios multivariantes sobre los determinantes de la utilización son también pocos los que incluyen variables relacionadas con la oferta, referidos en su mayoría a la utilización de servicios preventivos –vacunación infantil y citología de cuello uterino (20,21). La variable que aparece como determinante del uso es la disponibilidad de un servicio o profesional de la salud al que acudir regularmente (20,21), mientras que variables como la distancia o el tiempo de espera no son estadísticamente significativas (20).

A pesar de que los estudios cuantitativos apenas tienen en cuenta los factores relacionados con la prestación, en las investigaciones desde la perspectiva de los actores analizadas emergen diversas barreras al acceso relacionadas con elementos estructurales -disminución de la oferta por cierre de servicios y las barreras geográficas- con la organización de los servicios -trámites administrativos y espera para solicitar citas o ser atendidos; y con la mala calidad de la atención (32,33,35,36,39).

Características de las aseguradoras

Sólo tres de los artículos analizados, desde la perspectiva de los actores, profundizaron en los factores relacionados con las aseguradoras que influyen en el acceso (37,41,42). En dos de estos estudios, emerge las autorizaciones de los servicios como una barrera para el acceso, o bien porque directamente se niega una prestación (42) o porque retrasa la atención (37). Resultado que contrasta con la encuesta nacional de satisfacción con los servicios que prestan las aseguradoras de la Defensoría del Pueblo que muestra una elevada satisfacción con este ítem entre los encuestados (41).

Acceso real a los servicios de salud

Algunos de los estudios revisados analizan la evolución del acceso realizado a los servicios de salud por tipo de afiliación. El indicador que se utiliza con más frecuencia es el porcentaje de población que acudió al médico después de presentar un problema de salud en el último mes (25,27,30).

Estos estudios no muestran que se haya producido un aumento de la utilización de los servicios tras la Ley 100 (25). Los estudios basados en las Encuestas de Calidad de Vida de 1997 y 2003 reflejan una caída en el porcentaje de individuos que acudió al médico, del 77,1 % al 67,9 % (25). El análisis de las Encuestas Nacionales de Hogares de 1994 y 2000 centra este descenso en el uso hospitalario (26).

La caída en la utilización de servicios en este período se ha producido sobre todo entre los no asegurados, en aproximadamente 20 puntos porcentuales (25). En el régimen contributivo esta proporción decreció 8 puntos porcentuales, mientras que el porcentaje en el régimen subsidiado se incrementó en cuatro puntos. De forma que un 49,7 % de los no asegurados con un problema de salud acudía a los servicios de salud, mientras que en el caso del contributivo es del 70 % y en el subsidiado del 74 % (25).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La reforma colombiana ha sido considerada como una experiencia exitosa en la mejora del acceso por el incremento de la cobertura de la afiliación. No obstante, la afiliación a un seguro no es equivalente a acceso adecuado. En este sentido, los estudios analizados no parecen indicar un aumento en la utilización de servicios –salvo en el régimen subsidiado–, así como también muestran la persistencia de barreras que dificultan el acceso, incluso para la población asegurada.

Entre los factores que incapacitan el acceso relacionados con las características de la población destacan el nivel socioeconómico y el lugar de residencia, fuentes importantes de desigualdades en el acceso. La barrera económica sigue apareciendo como una de las causas principales para no utilizar los servicios entre la población no asegurada y la del régimen subsidiado, lo cual muestra fallos en la protección financiera (43) del seguro subsidiado.

En cuanto a las barreras relacionadas con la prestación de servicios, los estudios apuntan dificultades relacionadas con la accesibilidad geográfica de los servicios y con elementos organizativos como los trámites administrativos, el tiempo de espera y la mala calidad de la atención. Llama la atención que la barrera geográfica y la calidad surjan como causa del no uso de servicios entre los asegurados. La primera podría reflejar deficiencias importantes en la contratación de proveedores por parte de las aseguradoras (44), así como la concentración de los prestadores privados en determinadas áreas - con nivel socioeconómico más elevado y urbanas (44). La mala calidad como causa creciente del no uso podría estar relacionada también con las dificultades al acceso que imponen las aseguradoras y los proveedores en un modelo de competencia regulada, puesto que dentro de esta variable los estudios incorporan atributos como la realización de trámites o el rechazo de la atención (45).

Otro resultado que destaca de la revisión es la falta de estudios que profundicen en los factores que influyen en el acceso relacionados con el contexto –políticas y características de servicios y aseguradoras-. Investigaciones desarrolladas en sistemas de salud con modelos de competencia regulada muestran cómo elementos organizativos característicos de este modelo, como el uso de mecanismos de control de la atención por parte de las aseguradoras, influyen de forma determinante en el uso de los servicios (46,47).

Por otro lado, la evaluación del impacto de la reforma sobre la utilización se ha concentrado en el contacto inicial con los servicios. Sin embargo, para evaluar

si los individuos tienen acceso a la atención apropiada se requiere además analizar si los individuos son capaces de conseguir la atención necesaria una vez están dentro del sistema (8,48).

La revisión de los estudios de acceso en Colombia muestra debilidades también en las fuentes de información utilizadas. Muchos de los estudios se basan en las Encuestas de Calidad de Vida (45), con importantes limitaciones: las razones de no uso se incorporan para complementar la evaluación de la calidad de los servicios, no para evaluar el acceso por sí mismo (49); los motivos de no uso son una lista cerrada de opciones excluyentes (49), a pesar de que en el acceso a los servicios de salud pueden aparecer simultáneamente barreras de distinto tipo, y poco exhaustiva en los determinantes del acceso relacionadas con la población – actitudes, conocimientos, etc. -, con la oferta – horarios, oferta disponible, etc-. y con las aseguradoras (6,8,10).

La revisión realizada muestra limitaciones en el análisis del acceso a los servicios de salud en Colombia que requieren ampliar la investigación. Entre los aspectos que convendría profundizar para una mejor comprensión del fenómeno, destacaría en primer lugar, el estudio de los determinantes de la utilización a mayor escala –no exclusivamente para una patología o área específica-, que contemple los diferentes factores que predisponen y capacitan para la utilización de servicios. En segundo lugar, la incorporación en el análisis de las variables de contexto que influyen en el uso. Finalmente, sería necesario desarrollar estudios que evalúen el acceso a lo largo del continuo de servicios de salud. Estos análisis se podrían abordar de forma complementaria desde un enfoque metodológico cualitativo dado que el análisis cuantitativo ha recibido numerosas críticas en la literatura por no conseguir describir adecuadamente estos elementos (6,8,10,50) ♦

Agradecimientos: Las autoras agradecen al Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación de España por la Beca MAEC-AECI 2005-06, que ha contribuido a financiar parcialmente este estudio.

REFERENCIAS

1. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cad Saude Publica* 2002;18(4):905-25.
2. Enthoven A. Managed competition of alternative delivery systems. *J Health Polit Policy Law* 1988;13(2):305-21.
3. Street A. Purchaser/provider separation and managed competition: reform options for Australia's health system. *Australian J Public Health* 1994;18(4):369-79.
4. Van de Ven WP. Market-oriented health care reforms. trends and future options. *Social Science & Medicine* 1996;43(5):655-66.

5. República de Colombia. Ley 100/1993, de diciembre 23, por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41. 23-12-1993.
6. Penchansky R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;XIX(2):127-40.
7. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing Outlook* 2005;53:274-80.
8. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Publica Mex* 1985;438-53.
9. Institute of Medicine. Access to Health Care in America. Washington, D.C.: National Academic Press; 1993.
10. Aday LA, Andersen RM. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-20.
11. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995 Mar;36(1):1-10.
12. Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today's market. *Health Serv Res* 1998;33(3):625-52.
13. Céspedes JE, Jaramillo-Pérez I, Castaño R. Impacto de la reforma del sistema de seguridad social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* 2002;18(4):1-12.
14. Málaga H, Latorre M, Cárdenas J, Montiel H, Sampson C, de Taborda M. Equidad y reforma en salud en Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2000;2(3):193-220.
15. Rodríguez-Monguió R, Infante A. Universal health care for Colombians 10 years after Law 100: challenges and opportunities. *Health Policy* 2004;68:129-42.
16. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2007;9(1):26-38.
17. Aguado LF, Girón LE, Osorio AM, Tovar LM, Ahumada JR. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico colombiano. *Rev latinoam cienc soc niñezjuv* 2007;5(1):1-36.
18. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Economics* 2007;16(1):3-18.
19. Ballesteros M, Gaviria M, Martínez S. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades, 2002-2003. *Rev Fac Nac Salud Publica* 2006;24(1):7-17.
20. Acosta N, Durán L, Eslava J, Campuzano J. Determinants of vaccination after the Colombian health system reform. *Rev Saude Publica* 2005;39(3):421-9.
21. Lucumí D, Gómez LF. Accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia. *Rev Esp Salud Publica* 2004;78(3):367-77.
22. Restrepo JH, Mejía A, Valencia M, Tamayo L, Salas W. Accesibilidad a la citología cervical en Medellín, Colombia en 2006. *Rev Esp Salud Publica* 2007;81:657-66.
23. de Charry L, Carrasquilla G, Roca S. Equidad en la detección del cáncer de seno en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2008;10(4):571-82.
24. Vecino A. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. Bogotá: Universidad del Rosario. Facultad de Economía; 2007.
25. Zambrano A, Ramírez M, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. ¿Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia? *Cad Saude Publica* 2008;24(1):122-30.
26. Guarnizo-Herreno CC, Agudelo C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2008 Dec;10 Suppl:44-57.
27. Restrepo JH, Zambrano A, Vélez M, Ramírez M. Health insurance as a strategy for access: streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. Bogotá: Universidad del Rosario; 2007.
28. Giedion U, Uribe MV. Colombia's universal health insurance system. *Health Aff (Millwood)* 2009 May;28(3):853-63.

29. Flórez C, Soto V, Acosta O, Karl C, Misas J, Forero N, et al. Avances y desafíos de la equidad en el sistema de salud colombiano. Bogotá: Fundació Corona; 2007.
30. Ramírez M, Zambrano A, Yepes FJ, Guerra JA, Rivera D. Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida. Bogotá: Universidad del Rosario; 2005.
31. Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev Salud Publica* 2006;8:185-96.
32. Wiesner-Ceballos C, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R, Vejarano-Velandia M. Organización de los servicios de salud para el control del cáncer de cuello uterino en el municipio de Soacha. *Rev Colomb Cancerol* 2006;10(2):98-108.
33. Mogollón AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica* 2008;24:745-54.
34. Mogollón AS, Vázquez ML. Características de la población desplazada que inciden en el acceso a los servicios de salud. *Rev Gerencias y Políticas en Salud* 2006;11:96-110.
35. Moreno GA, Monsalve B, Tabima G, Escobar J. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. *Rev Fac Nac Salud Publica* 2009;27(2):131-41.
36. Ariza-Montoya JF, Hernandez-Alvarez ME. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2008 Dec;10 Suppl:58-71.
37. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Publica* 2009;27(2):121-30.
38. Acosta O. Acceso de los hogares a los principales servicios públicos y sociales y percepciones de calidad sobre estos servicios. Bogotá: Univesidad del Rosario. Facultad de Economía; 2005.
39. Restrepo JH, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. Balance del régimen subsidiado de salud en Antioquia. *Rev Gerencias y Políticas en Salud* 2003;2(4):34-57.
40. Alvis-Guzmán N, Alvis-Estrada L, Orozco-Africano J. Percepción sobre el derecho a la salud y acceso a servicios en usuarios del régimen subsidiado en un municipio colombiano, 2005. *Rev Salud Pública (Bogota)* 2008;10(3):386-94.
41. Defensoría del Pueblo. Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2005.
42. Abadia CE, Oviedo DG. Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems. *Soc Sci Med* 2009 Mar;68(6):1153-60.
43. Figueras J, Musgrove P, Carrin G, Durán A. Retos para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? *Gac Sanit* 2002;16(1):5-17.
44. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia (tesis doctoral). Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2009.
45. DANE. Encuesta de Calidad de Vida. Bogotá: DANE; 2003.
46. Christianson JB. Physicians' perceptions of Managed Care: a review of the literature. *Med Care Res Rev* 2005;62(6):635-75.
47. Simonet D. Patient satisfaction under managed care. *Int J Health Care Quality Assurance* 2008;18(6):424-40.
48. Gold M, Stevens B. Synopsis and priorities for future efforts. *Health Serv Res* 2008;33(3):611-21.
49. Velandia F, Ardón N, Cardona J, Jara MI. Comparación de la forma cómo las encuestas de calidad de vida en Colombia indagán sobre la calidad de los servicios de salud. *Rev Gerencias y Políticas en Salud* 2005;8:116-48.
50. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Quart* 1996;44(2):166-206.