Experiencias en la prestación de servicios de salud, acorde a la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica 2015 -2019.

Jennifer Andrea Balanta Jaramillo

Ingrid Verónica Cándelo Ambuila

Paola Andrea Orobio Velez

Trabajo de grado para optar el título de Administración en Salud

Director

Henry Alonso Ocampo Marin

Administrador en Servicios De Salud

Institución Universitaria Antonio José Camacho

Facultad de Educación a Distancia

Administración en Salud

Año 2021

Dedicatoria

Este trabajo de grado está dedicado A nuestros familiares cercanos quienes han estado a nuestro lado durante todo este tiempo y con su amor, comprensión y apoyo nos han permitido llegar a cumplir hoy una meta más, gracias por inculcar en nosotras la osadía y el ejemplo de esfuerzo, empeño y valentía, de no temer frente a los tropiezos porque Dios siempre está presente.

A nuestros amigos cercanos por su cariño y ayuda incondicional, durante todo este largo proceso, por estar con nosotras en todo momento y por extender sus manos en momentos difíciles.

Finalmente, a todos los estudiantes que día tras día se esfuerzan por cumplir sus metas, se levantan con esas ganas infinitas de salir adelante y sientan que no pueden más... ¡Vamos! Si quieres llegar a algo en esta vida, nunca dejes las cosas a medias.

Agradecimientos

En primer lugar, le damos gracias a Dios por la vida y la salud, para culminar lo que con tanto esfuerzo y entusiasmo un día comenzamos.

A nuestras familias el agradecimiento es inexplicable porque, aunque el camino no fue nada fácil ya que en él hubo sacrificios, días de mucho sueño, tristeza, cansancio, disgustos y desesperación siempre levantaron nuestros ánimos con un abrazo reconfortante para renovar energías.

También queremos agradecer a nuestros amigos por ser parte de este proceso, y brindarnos su compañía para llegar a donde estamos.

Por ultimo nuestro más sincero agradecimiento a los profesores del programa de Administración en Salud de la Institución Universitaria Antonio José Camacho por brindarnos sus conocimientos y entregarnos las bases para culminar con éxito esta etapa tan importante para nosotras.

Contenido

Pág.

Introducción 9

1. Experiencias En La Prestación De Servicios De Salud, Acorde A La Accesibilidad Del SGSSS En Los Territorios Rurales De La Región Pacífica 2015 -2019. 11

1.1 Planteamiento del Problema 11

1.2 Justificación 17

1.3 Objetivos 19

1.3.1 Objetivo General 19

1.3.2 Objetivos Específicos 19

2. Marco Referencial 20

2.1 Marco Teórico 20

2.2 Antecedentes 24

2.3 Marco Legal 28

3. Método 30

4. Capítulos 39

6. Conclusiones 52

7. Anexos 56

8. Referencias Bibliográficas 61

Resumen

Esta monografía es una investigación que trata sobre las Experiencias en la prestación de servicios de salud, acorde a la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica 2015 -2019. Con la presente monografía se escogió un estudio descriptivo, que consiste en describir y especificar las experiencias o características importantes de personas, grupos, o comunidades que sea sometido a análisis, con el fin de reunir la información necesaria para poder llegar al resultado de la monografía registrando las causas, características, y situación actual. También llegar a ser un importante punto de partida para sugerir nuevos estudios, toda vez que provea información que podrá ser verificada recurriendo a otros diseños de investigación, se ha establecido para esta revisión dos enfoques uno orientado a la revisión de resultados ya que nos ayudará a identificar información sobre un resultado determinado, justificando así la necesidad del estudio que nos proponemos. Y el otro una orientación basada en prácticas o aplicaciones, lo cual es un factor que nos ayudara a conocer las experiencias que tiene la población rural en la región pacífica y donde se conocen las discrepancias entre lo normativo como se supone debe de ser y la práctica como es en realidad.

Para el desarrollo de la monografía, el grupo se apoyó de acuerdo con la taxonomía de Cooper en el formato metodológico. Entre los resultados logro pronosticar a través del análisis que el acceso a los servicios de salud es difícil y poco adecuado, independientemente del tipo de aseguramiento. La presente monografía lo cual tiene un enfoque cualitativo netamente descriptivo demuestra una situación de la que se investiga mucho, pero que en el hacer no se evidencia mayor avance ya que a pesar de lograr mayor aseguramiento aún se presenta poco acceso a los servicios

de salud, afectando de una forma directa la salud de las personas que residen más aun en las zonas rurales, uno de los objetivos de un Sistema de salud, es mejorar las condiciones de su población, bajo el concepto de seguridad social lo cual están justificado en la provisión de los servicios de salud, donde la accesibilidad a los servicios de salud se convierte en un indicador importante para evaluar la efectividad de un sistema de salud implementado.

En la búsqueda de las diferentes investigaciones realizadas fue importante encontrar conceptos de la ruralidad contextualizadas que permitió comprobar el olvido histórico al que han sido sometidas las poblaciones que comúnmente se han considerado como minorías.

Palabras Clave: Experiencias en la prestación de servicios de salud, acceso a los servicios de salud, zona rural región Pacífica. (Fuente: DeCS)

Abstract

This monograph is an investigation that deals with Experiences in the provision of health services, according to the accessibility of the SGSSS in the rural territories of the Pacific region 2015 -2019. With this monograph a descriptive study was chosen, which consists of describing and specifying the experiences or important characteristics of people, groups, or communities that are subjected to analysis, in order to gather the necessary information to be able to arrive at the result of the monograph, recording the causes, characteristics, and current situation. It also becomes an important starting point to suggest new studies, since it provides information that can be verified by resorting to other research designs, two approaches have been established for this review, one oriented to the review of results as it will help us to identify information about a specific result, thus justifying the need for the study that we propose. And the other an orientation based on practices or applications, which is a factor that will help us to know the experiences that the rural population has in the Pacific region and where the discrepancies between the normative as it is supposed to be and the practice are known. as it really is.

For the development of the monograph, the group was supported according to Cooper's taxonomy in the methodological format. Among the results, I was able to predict through the analysis that access to health services is difficult and inadequate, regardless of the type of insurance. This monograph, which has a purely descriptive qualitative approach, shows a situation that is being investigated a lot, but that in doing so there is no evidence of further progress since, despite achieving greater insurance, there is still little access to health services. directly affecting the health of people who reside even more in rural areas, one of the objectives of a health system

is to improve the conditions of its population, under the concept of social security, which is justified in the provision of health services, where accessibility to health services becomes an important indicator to evaluate the effectiveness of an implemented health system

In the search for the different investigations carried out, it was important to find contextualized concepts of rurality that allowed us to verify the historical forgetfulness to which the populations that have commonly been considered as minorities have been subjected.

Keywords: Experiences in the provision of health services, access to health services, rural area of the Pacific region (Source: DeCS)

Introducción

La presente monografía, se llevó a cabo a través de un plan de trabajo de literatura, el cual nos proporcionó la información para su desarrollo, que consiste en describir las experiencias en la prestación de servicios de salud, acorde a la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica, Colombia, teniendo en cuenta sus problemáticas se encontró el acceso a los servicios de salud en cuanto está plagado de trampas y barreras, cada día se convierte en una barrera extensa que dificulta la atención médica a los habitantes y con ellos experiencias no muy agradables, indicando que la accesibilidad en dicha región no presenta un componente de una atención efectiva que está sujeta en aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto, más allá de tener derecho a los servicios de salud es a la disponibilidad de las entidades de salud y los medios para lograr la atención segura.

Por otro lado, los determinantes que impiden el acceso a los servicios de salud ha sido objeto de numerosas investigaciones, como la distancia al prestador más cercano, el tiempo de viaje, y la cobertura del sistema de salud, que determina características para la probabilidad de ser atendidos y cuáles son las barreras que obstaculizan o demoran la prestación de los servicios; es de mencionar que parte de la población cuenta con afiliación, sin embargo, el hecho de estar afiliados no garantiza el acceso a servicios de salud, puesto que no es el único factor que determinaba la utilización de los servicios. Conocer las experiencias y condiciones de la accesibilidad en los servicios de Salud de la región pacifica, permite lograr exponer una serie de factores que impiden las barreras a los servicios de salud, con el fin de sensibilizar lo que se debe mejorar, y tratar

exponer ideas para el cambio; lo cual se espera lograr a través de contextualizar la situación de salud en las zonas rurales de la región Pacífica, en el cual se refleje la realidad del principio de accesibilidad, puesto que permite obtener una idea más afondo del cumplimiento del principio que está establecido por la Ley estatutaria, que a la letra indica, *Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información.*

Así mismo, caracterizar los estudios empíricos realizados en las zonas rurales de la región en los cuales se evidencie comportamiento de la prestación del servicio de salud y su relación con el principio accesibilidad, dichos estudios permitirá conocer bajo un criterio de estudio de investigación la situación que se ha vivido en las zonas rurales de la región pacifica; de esta misma forma interpretar los resultados según la situación de salud y la caracterización de los estudios, con el fin de que con dichos resultados permita un análisis profundo que determine la situación que vive la zona de rural de la región pacifica, así como sus determinantes, sean estos, competencia del sector salud o de otros sectores.

1. Experiencias En La Prestación De Servicios De Salud, Acorde A La Accesibilidad Del SGSSS En Los Territorios Rurales De La Región Pacífica 2015 -2019.

1.1 Planteamiento del Problema

El bajo crecimiento económico, junto con la alta desigualdad de ingresos y tierras se refleja en las medidas de pobreza. La pobreza monetaria para Cauca, Nariño y Chocó ha sido superior al promedio nacional y no ha disminuido al mismo ritmo que el resto del país. Esta medida es el doble en las zonas rurales que en las urbanas. Además, el 33,8% de la población del Pacífico se consideró multidimensionalmente pobre en 2015. Las principales causas son la falta de empleo formal, el bajo logro educativo y deficiencia en el servicio de alcantarillado y acueducto. Por último, se ha encontrado que los municipios aledaños a una zona pobre tienden a tener también altos niveles de pobreza. Esto implica reconocer que la pobreza se forma alrededor de ciertos espacios específicos en la región, como señalan Galvis-Aponte, Moyano-Támara y Alba-Fajardo, (2016).

Una de las principales causas para los bajos ingresos en el Pacífico es la falta de capital humano, lo cual se evidencia en que el 77,4% de las personas del Pacífico tienen un bajo nivel educativo. Las deficiencias en el capital humano se traducen en menor productividad de los trabajadores, por lo que los salarios son menores en la región. Chocó presenta la tasa de analfabetismo más alta del Pacífico (17,95%), siendo el doble de los departamentos de Nariño y Cauca. Con respecto a la cobertura bruta de educación escolar, la cual se refiere a la proporción estudiantes sobre el número de niños y niñas que deberían estar en el colegio por su edad, en 2019

las cifras arrojan que para todos los niveles (preescolar, primaria, secundaria y media) todos los departamentos de la región Pacífica tienen menor cobertura que el total nacional. Llama la atención el caso de Chocó, en el que la educación secundaria y media es inferior a la nacional en 28,9 y 21,4 puntos porcentuales respectivamente DANE, (2019).

En cuanto a calidad, los colegios públicos del litoral Pacífico se encontraron en los grupos con desempeño más bajo, junto con la región Caribe, desde 1980 hasta 2014 según Franco (2017).

La deserción e inasistencia escolar también son muy importantes. Una menor proporción de estudiantes culminan los grados décimos y once en el Pacífico (sin tener en cuenta el Valle del Cauca) que el promedio nacional según Martínez R (2015).

El principal motivo para abandonar las clases es la necesidad de trabajar. Con esto, los bajos índices de educación en la región se reflejan en la reducida movilidad intergeneracional educativa respecto al resto del país, lo que se refiere a que hay muy pocos avances entre el nivel educativo de los padres y el de los hijos, como señala Galvis-Aponte (2016).

Otro aspecto económico característico del Pacífico es la alta informalidad laboral, en especial en el departamento de Nariño. El 95% de las personas pobres en la región están privadas de un empleo formal, aunque desde 2009 se ha reducido esta problemática. Además, se ha encontrado que, con un menor nivel de educación, la posibilidad de tener un trabajo informal es mayor. Asimismo, la calidad del empleo es inferior en los sectores informales de la economía. Por último, en esta región, las mujeres tienen mayor índice de informalidad que los hombres según Galvis-Aponte (2015).

Como señalan Macinko, Montenegro y Nebot, (2017) A pesar de las diversas ventajas y desventajas de los cambios en los sistemas de salud, la población rural que solicita atención en salud, dentro de un marco renovado de la atención primaria de salud (APS), han jugado un rol importante en el acceso y cobertura de servicios y en la efectividad del sistema y aunque la mitad de países, la cobertura ha llegado a ser universal o casi universal (sobre 95%).

Macinko et al., (2017) en su análisis señala que aún hay mayores limitaciones en aquellas áreas con mayor pobreza, necesidad y ruralidad, donde la población tiene menores oportunidades de acceso y puede verse afectada fácilmente y uno de los principales problemas que afronta este sector son los deficientes servicios de salud con los que cuenta, los servicios que se brindan y la falta de acceso a los mismos se han mantenido casi inalterados por décadas.

Por otro lado, Ramírez (2015) encontraron un panorama similar donde las familias rurales enfrentan más intensamente particulares barreras de acceso las cuales son la desigualdades en las condiciones socioeconómicas, la dispersión geográfica, la falta de capacidades estatales, determinantes sociales; donde para superarlas es necesario avanzar en el rediseño de formas de operación del sistema de seguridad social en zonas rurales, en particular los mecanismos de oferta y dadas las barreras de acceso reveladas y las condiciones de atención en zonas rurales, la política se debe concentrar en acercar la oferta y desarrollar modelos de atención y organización institucional alternativos. En el desarrollo de modelos de atención flexibles, adoptados por el ministerio de Salud y protección social será necesario adaptar los actuales modelos de accesibilidad en zonas dispersas ya que las experiencias de los usuarios en las zonas urbanas muestran innovaciones y operación sostenible, de cuyo análisis se pueden obtener modelos para ser replicados.

Es así como el Plan Nacional de Salud Rural, (2018) menciona como el sistema general de seguridad social en salud de Colombia ha tenido como reto la disminución de las brechas que existen entre la zona rural y urbana, dichas diferencias evidencian las desigualdades en las condiciones socioeconómicas, la dispersión geográfica, la falta de capacidades estatales y en la gestión territorial. A ello se suman los determinantes sociales de la salud rural señaladas en el Plan Nacional, tales como la deficiencia en la calidad educativa, la falta de agua potable, viviendas no adecuadas, son también factores cruciales que contribuyen a las inequidades que se observan entre la zona rural y urbana, la ausencia de vías de acceso a las instituciones de salud, y la falta de oferta de servicios de salud articulada constituyen una de las principales barreras de acceso de la población rural.

En las Cifras del aseguramiento en salud (2020) publicadas por el ministerio de salud Colombia el número de afiliados al SGSSS se ha incrementado a lo largo de los años. De esta manera, la cobertura ha crecido donde para el año 1995 la población afiliada era 29.21% el cual corresponde a 10.947.000 afiliados sobre un total de la población de 37.490.000 incrementando hasta el 97.78% el cual corresponde a 47.389.000 afiliados sobre un total de la población de 48.258.494 registrado al cierre del 2020 es decir que este porcentaje de la población colombiana tiene acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados, lo cual esto ha reforzado la necesidad de crear políticas públicas con un enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales en salud y mejorar las experiencias de los usuarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud y estas a su vez puedan fomentar el autocuidado para promover la salud, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad.

El Equipo Colombia Plural (2016) encontraron que en el Pacífico colombiano el acceso a los servicios a la salud está plagado de trampas y barreras, cada día se convierte en una barrera extensa que dificulta la atención médica a los habitantes y con ellos experiencias no muy agradables donde se cuenta con 123 Instituciones de salud públicas de Nivel I activos, distribuidos así: Cauca (16), Chocó (5), Nariño (61) y Valle del Cauca (41), de las 123 Instituciones de salud, (3) presentan un nivel óptimo de eficiencia en el uso de sus recursos hospitalarios, (8) Instituciones de salud presentan eficiencia alta de los cuales 4 pertenecen al departamento del Valle del Cauca, 2 pertenecen al departamento de Nariño y los otros 2 al departamento del Cauca, (8) Instituciones de salud presentan eficiencia media y (104) Instituciones de salud presentan eficiencia baja sin agua potable e infraestructura no adecuada; en el ámbito regional, las 3 mejores Instituciones de salud están ubicados en el departamento de Cauca y las Instituciones de salud con menores niveles de eficiencia están localizados en los departamentos del Chocó y Nariño por la falta de implementos básicos, insumos y medicamentos para atender a comunidades que viven en zonas alejadas. En el Pacífico la muerte llega a los vivos mientras esperan atención médica.

Es por ello que Mesa (2018) menciona que las barreras en la región Pacífica se resumen en la falta de centros o puestos de salud, talento humano insuficiente, escasos recursos para el transporte de los enfermos de las zonas rurales, entre otros; día a día hace que la población de la zonas rurales de dicha región presente experiencias en la atención del servicio de salud, por todos los determinantes sociales y demás que no permite una atención segura, digna y de un acceso a los servicios de salud con la calidad de servicios en zonas dispersas del Pacífico colombiano.

De acuerdo a lo anterior es necesario preguntarse:

¿Cuáles son las experiencias en la prestación de servicios de salud, acorde a la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica, Colombia?

1.2 Justificación

La presente monografía, realizó un estudio detallado, con un enfoque de revisión de literatura que permitió recolectar datos que demostraran las experiencias en salud de la población de la Región pacifica de la zona rural, uno de los aspectos que se obtuvieron con esta monografía fueron las falencias y barreras en el acceso a la atención en salud por los cuales los usuarios no pueden acceder a dichos servicios, que impidieron el cumplimiento de la norma; mediante la búsqueda de datos de diferentes entidades, usuarios, paginas confiables, así mismo se evidencio en las Encuestas Nacionales de Calidad de Vida dando ejemplo las del año 2018 en cuanto que las entidades encargadas de implementar los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el plan obligatorio de salud no son eficientes en llegar con los servicios a toda la comunidad y no alcanzaron a cubrir de manera integral el total de la población en donde se demuestra que en la región pacifica obtuvieron los niveles más bajos de satisfacción.

Del mismo modo, la monografía se realizó, con una revisión de cada lectura encontrada y señalada en la bibliografía, de este modo describiendo factores que involucren la investigación a modo de experiencias a cada usuario de la región pacifica de la zona rural del régimen subsidiado y contributivo de Cauca, Nariño y valle del cauca, donde la información se obtiene de artículos de investigación, encuestas de usuarios reflejados en la bases de datos de los hospitales de las zonas rurales.

Así mismo, conocer las experiencias y condiciones de accesibilidad a servicios de salud que viven a diario la población rural en la región pacifica, ofrece una serie de indicadores que son necesarios para lograr el acceso en el marco contextual de las diferentes corrientes teóricas que se abordaron en este documento, y lograr exponer una serie de factores que impiden la accesibilidad

a los servicios de salud, con el fin de sensibilizar lo que se debe mejorar, y tratar exponer ideas para el cambio, aportando en al sistema de salud opiniones por las cuales se están presentando las barreras para la prestación del servicio, de igual forma aportándole a los administradores en salud, la guía y metodología para investigar afondo desde una descripción del problema a su posible solución, y evidenciando desde la visión administrativa las falencias que se puedes lograr a mejorar.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Describir las experiencias en la prestación de servicios de salud, acorde a la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica, Colombia.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Contextualizar la situación de salud en las zonas rurales de la región Pacífica, en el cual se refleje la realidad del principio de accesibilidad.
- Caracterizar los estudios empíricos realizados en las zonas rurales de la región en los cuales se evidencie comportamiento de la prestación del servicio de salud y su relación con el principio accesibilidad.
- Interpretar los resultados según la situación de salud y la caracterización de los estudios.

2. Marco Referencial

2.1 Marco Teórico

En cuanto a la salud rural autores como Sergio Gómez, Claudia Mikkelsen, Javier Espacia, Joan Noguera y el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, son algunos de los que han definido algunas aproximaciones para definir lo rural, donde encuentran que es importante mencionar que lo rural se ha debatido en la sociología anglosajona en la década de 1980 y se traspasó a varias comunidades académicas en Latinoamérica, en medio de este debate se construye la sociología de la agricultura como corriente hegemonía de la disciplina de la ruralidad, evidentemente lo rural se concibe bajo lo agrario y el beneficio obtenido por el uso de la tierra.

Gómez (2001), define la ruralidad como una relación social que tiene un componente personal, presentado en territorios con densidad relativamente baja donde se realizan actividades como la agricultura, ganadería y artesanías, esta zona permite mantener los rasgos de identidad. El autor sugiere a los políticos encargados de implementar programas de desarrollo rural, tener en cuenta que los problemas de la ruralidad no pueden ser tratados mediante procesos sectoriales y con un solo énfasis productivista, de hecho, deberían considerar la multiactividad que se desarrolla en la ruralidad y por medio de la integración de estas acciones se puede mejorar el impacto en las condiciones de vida de los habitantes rurales.

Espacia y Noguera, s.f, definen lo rural como un territorio donde se dan una serie de dinámicas y características concretas que se relacionan con la existencia de una escasa distribución de la población y se caracteriza por la utilización de los suelos para la agricultura y la ganadería.

En Colombia se ha tenido la información por medio de los procesos de censos por parte del DANE el cual caracteriza a lo rural como la disposición dispersa de viviendas y no cuenta con nomenclatura en las calles, carreteras, avenidas, y demás, tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y también definido como áreas no incluidas dentro del perímetro de la cabecera municipal. (DANE, S.F).

La primera visión, (Dakubo, 2011) relacionada a la declaración de Ottawa, donde la salud se debe tomar como una actividad preventiva más que curativa, haciendo alusión a la salud como dependiente de los medios y contextos político y/o sociales de los individuos. Siendo esta visión el camino para estructurar un modelo eficiente de salud y prevención, denominado como atención primaria en salud.

Por otra parte, en la segunda visión, Rodríguez et al., (2016) interpretan la salud como un determinante social, refiriéndose a un “problema de las instituciones del sector”. Desde este punto, las instituciones de salud no solo se encargan de proveer tratamientos para la cura de la enfermedad, sino que además proveen buena alimentación, una vivienda digna, saneamiento ambiental y agua potable, la salud entonces es un producto social, en donde interactúan diferentes actores para lograr la garantía del derecho a la salud de los ciudadanos; elementos como la etnia,

ocupación, nivel económico, y edad son determinantes para acceder al servicio de salud y causan desigualdades en el mismo sistema (Organización mundial de la salud y comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2008). Esta línea argumentativa, la salud es un problema de las instituciones del sector y es vista como el final de varias interacciones en sistemas complejos (Rodríguez y Benavides, 2016).

Enlazar la salud con el medio ambiente conllevan a la tercera visión, la cual comprende la intersectorialidad como mecanismo estratégico para el ejercicio de la formulación de políticas públicas, programas y proyectos estatales, considerando que la salud no es una responsabilidad individual sino colectiva de los diferentes niveles de organización estatal (World Health Organization, 2010).

Estas visiones permitieron “el desarrollo de múltiples herramientas para garantizar la salud como un derecho de todos los ciudadanos” (Rodríguez y Benavides, 2016)

Es importante mencionar que Colombia, ha desarrollado políticas en salud bajo los lineamientos de orden internacional; como se puede apreciar en el plan nacional de desarrollo 2002 a 2006 implementado bajo la primer candidatura de Álvaro Uribe Velez se incorporó la expresión “determinantes sociales”, reconociendo que el bienestar de la población se encuentra directamente afectada en diferentes contextos y presenta dificultades alarmantes para ser mejorado, con base a las condiciones de inequidad, pobreza, poca accesibilidad (Rodríguez y Benavides, 2016). Para el 2012 a 2018 bajo la candidatura de Juan Manuel Santos se desarrolló, bajo una mirada constructiva ya que se resalta la importancia de crear condiciones que garanticen y mejoren el bienestar integral

y la calidad de vida de la sociedad a través de políticas públicas sectoriales (Plan decenal de salud pública, 2012)

Retomando las investigaciones de los autores mencionados, se detallan problemas estructurales que hacen que el sistema no sea eficiente y así su sostenibilidad financiera. Pérez, 2013 por un lado explica que la implementación del plan obligatorio de salud (POS) donde se puede evidenciar un alcance limitado de los servicios de salud y, por otro lado, habla de la crisis financiera del sistema debido a los problemas institucionales, de regulación y el aumento de recobros del FOSYGA, con esto los principales problemas como la falta de oportunidad, atención y calidad de los servicios de salud.

Román Vega (2018), argumenta que la crisis del sistema inicio con la creación de la ley 100 de 1993, se caracteriza por la falta de sostenibilidad financiera que presentaba el sistema, las grandes barreras de acceso, atención y mala calidad en la prestación del servicio; sumado a esto, la desprotección a las zonas rurales porque no hay oferta de infraestructura, tecnología, recursos humanos, entre otros. Este autor afirma que la red pública está caducando progresivamente y la red privada va en crecimiento; incrementando la corrupción en el manejo de los recursos públicos y las prácticas monopólicas entre EPS, prestadores privados e industria farmacéutica.

Con lo mencionado anteriormente, se puede resumir en que el sistema de salud se enfocó en el aseguramiento y no en el acceso a los servicios de calidad, Ayala (2014) se basan en el estudio realizado por la encuesta nacional de calidad de vida del año 2012, en el que se registra

un aumento en la cobertura del aseguramiento entre 1997 y 2012; mientras que el acceso a los servicios de salud disminuyó para el mismo periodo; para resaltar la necesidad de que no basta con que la persona se encuentre asegurada, sino que persisten barreras que condicionan la atención médica necesaria, algunas de estas son las relacionadas con la oferta de centros de salud, mala calidad del servicio y otras relacionadas con la demanda, como la falta de recursos para llegar a los centros de salud, el pago de las citas médicas y los tiempos de desplazamiento o la necesidad de atención medica percibida por las personas. (Andersen et al., 1983). De igual manera Banguero (2004), plantea que la principal preocupación es la creación centros de salud y no el diseño de programas con un enfoque adecuado de prevención de la enfermedad en las comunidades. Planteándolo así “el modelo es ineficiente puesto que espera que las personas se enfermen para atenderlas en el servicio de salud, en lugar de llegar a la comunidad con programas preventivos”.

2.2 Antecedentes

Investigación acerca de las barreras de acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: Un estudio de caso en Colombia.

Objetivo

Analizar los factores y actores que influyen en el acceso al continuo de servicios de salud en cuatro redes de servicios de salud de Colombia y propuestas de mejora del acceso, desde la perspectiva de los actores sociales.

Durante la década de los noventa inició una reforma de su sistema de salud con el

objetivo de garantizar la cobertura de las necesidades de atención en salud de la población, con eficiencia, calidad, equidad y solidaridad. Mediante la Ley 10 de 1990 se fortaleció la descentralización política y administrativa del sistema público de salud, dándole más responsabilidad sobre la atención primaria de los centros de salud a los gobiernos municipales, y a los departamentos la responsabilidad de los hospitales de segundo y tercer nivel; y Por otro lado con la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo modelo de aseguramiento público: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)lo cual está divido por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población con sin capacidad de pago. La población que no logra ser afiliadas en ninguno de los dos regímenes se denomina “vinculada o población pobre no asegurada”, y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin.

Las funciones del sistema general de seguridad social están son ejercidas por actores independientes: las de rectoría y financiación son responsabilidad directa del Estado; la gestión del aseguramiento, es llevada a cabo por las Empresas Promotoras de Salud (EPS) para el régimen contributivo, y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS) para el régimen subsidiado hoy en día denominadas Entidades Administradores de planes de beneficios (EAPB); y la prestación de los servicios que es responsabilidad de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

En la Universidad Autónoma (Barcelona), Vargas (2009), realizo un estudio con la finalidad de analizar los factores y actores que influyen en el acceso al continuo de servicios de salud en cuatro redes de servicios de salud de Colombia de ambos regímenes de aseguramiento, en zona rural y urbana y propuestas de mejora del acceso, desde la perspectiva de los actores

sociales. Entre los resultados logro pronosticar a través del análisis que el acceso a los servicios de salud es difícil y poco adecuado, independientemente del tipo de aseguramiento. Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, aunque en la red contributiva urbana también se detectan graves problemas para acceder a la atención primaria. En ambos regímenes y áreas surgen cuatro tipos de barreras que se retroalimentan relacionadas con: las políticas de aseguramiento, dificultades en la extensión y continuidad de la afiliación, y prestaciones cubiertas, los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios que emplean las aseguradoras, las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores, y características socioeconómicas de la población que atienden. La búsqueda de la rentabilidad económica por parte de aseguradoras y proveedores emerge directamente como una barrera al acceso, que influye además en los obstáculos anteriores.

1.1.1. *Medición de la eficiencia de los hospitales públicos de nivel 1 de la Región Pacífica Colombiana en el año 2017*

Objetivo

Medir el Nivel de Eficiencia Técnica de los Hospitales Públicos de Nivel I en la Región Pacífica para el año 2017, mediante un modelo de Análisis Envolvente de Datos (DEA).

A pesar de los esfuerzos desde las administraciones territoriales (municipios y departamentos), la reforma ha sido insuficiente e ineficaz para enfrentar los grandes problemas de salud en Colombia. Esta dificultad se debe principalmente a la utilización inadecuada de los recursos hospitalarios, a la falta de una infraestructura, tecnología y herramientas de gestión necesarias para competir con el mercado de la Salud. Adicional a esto, con la reforma muchos de

los Hospitales Públicos y privados atraviesan una grave crisis financiera que pone en riesgo la sostenibilidad y la calidad en la prestación de los servicios (Cruz, 2017). Con base a esto, nace la necesidad de medir la Eficiencia de los Hospitales de Nivel 1 de la Región Pacífica con el fin de establecer o determinar los grados de ineficiencia en las instituciones hospitalarias, cabe destacar que es escasa la literatura relacionada con este tema en Colombia y especialmente en la Región, por lo tanto, es de suma importancia contar con un estudio que ayude analizar y comparar el desempeño de los Hospitales y el uso que le dan a sus recursos hospitalarios. En este sentido, el presente estudio se centrará en evaluar los Niveles de Eficiencia de los Hospitales Públicos del Nivel I en la Región Pacífica de Colombia, con el fin de generar un impacto positivo para la asignación eficiente de los recursos hospitalarios dentro y fuera de la Región, lo que a su vez produzca en la institucionalidad una alerta sobre el manejo eficiente de los recursos y una distribución equitativa de los mismo en la Región, para que la formulación de la política pueda ir de la mano con las necesidades actuales que el sector Salud demanda.

2.3 Marco Legal

Normatividad	Objetivo	Descripción
Constitución política de Colombia de 1991	Carta magna de la República de Colombia.	Artículo 49. La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado.
Ley 100 del 1993	Creación del Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI)	Se creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el cual tiene objetivo regular el servicio público esencial de salud y condiciona el acceso de toda la población al servicio en todos los Niveles de atención. Los fundamentos del servicio público son la Equidad, Obligatoriedad, Protección Integral, Libre Escogencia, Autonomía de Instituciones, Descentralización Administrativa, Participación Social, Concertación y Calidad.
Ley 1122 del 2007	Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud	Se realizaron modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) con el fin de obtener un mejoramiento en la prestación de este servicio. En esta se reformaron aspectos tales como la racionalización, la financiación, la inspección, vigilancia y control, también, se centraron en la universalización en la prestación del servicio de Salud.
Ley 1438 del 2011	Fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud	Se creó un modelo de prestación de servicio mediante la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) que busca garantizar una mayor cobertura y un servicio de mayor calidad logrando establecer una Eficiencia en la prestación del servicio de Salud por parte de las instituciones del Estado.
Ley 1751 del 2015	Garantizar el derecho fundamental a la salud,	Busca garantizar el derecho fundamental a la Salud y la regulación del mismo. Por lo tanto, esta ley se rige bajos lo

	regularlo y establecer sus mecanismos de protección	principios de universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas y protección de pueblos y comunidades palanqueras, ROM y negras, afrocolombianas y raizales.
Ley 1753 de 2015	Se expide el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 "Todos por un nuevo país"	Reducir las brechas territoriales y poblacionales existentes, para asegurar el acceso en igualdad de condiciones a servicios fundamentales como la salud, la educación y la vivienda para toda la población.
Decreto 1891 de 1994	Fomento y prevención de la enfermedad	Fomento de la salud y prevención de la enfermedad, en su art. 2. define la promoción y art. 3 la prevención de la enfermedad
Decreto 2309 del 2002	Organización del sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud	Se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud
Resolución 0429 de 2016	Adopta la política integral de atención en salud	En la cual se adopta la política integral de atención en salud
Resolución 3100 de 2019	Inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud	Se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de los servicios de salud y se adopta el Manual de Inscripción de Prestadores y Habilitación de Servicios de Salud

Fuente. Elaboración propia

3. Método

Enfoque de investigación:

La revisión de literatura es una de las partes más importantes de la génesis de una investigación porque nos permitió conocer los resultados de otros estudios similares al que estamos planteando.

Mediante la taxonomía de clasificación para revisiones bibliográficas de Cooper (1988) se ha estableció para esta revisión dos enfoques uno orientado a la revisión de resultados ya que nos ayudó a identificar información sobre un resultado determinado, justificando así la necesidad del estudio que nos proponemos.

Y el otro una orientación basada en prácticas o aplicaciones, lo cual es un factor que nos ayudó a conocer las experiencias que tiene la población rural en la región pacífica y donde se conocen las discrepancias entre lo normativo como se supone debe de ser y la práctica como es en realidad.

Tipo de estudio:

Con la presente monografía se escogió un estudio descriptivo, que consiste en describir y especificar las experiencias o características importantes de personas, grupos, o comunidades que sea sometido a análisis, con el fin de reunir la información necesaria para poder llegar al resultado de la monografía registrando las causas, características, y situación

actual. También llegar a ser un importante punto de partida para sugerir nuevos estudios, toda vez que provea información que podrá ser verificada recurriendo a otros diseños de investigación.

Diseño de la investigación:

Para el desarrollo de la monografía, el grupo se apoyó de acuerdo con la taxonomía de Cooper en el formato metodológico.

Con el fin de contextualizar la información antes propuesta y realizar el cumplimiento del enfoque, se utilizó herramientas que permitieron la recolección de la información y poder filtrar la importancia en cada tema, por ende la herramienta Rayyan permite recopilar, filtrar, incluir y excluir a criterio, facilitando una búsqueda verídica de la información al tema a definir, por ende se crea la carpeta llamada la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica, lo cual permite mediante esta carpeta examinar o evaluar el tema importante al tener en cuenta para facilitar que la herramienta Mendeley, que permita citar los investigado, utilizando instrumentos de recolección como análisis de estudio, encuestas nacionales, herramientas para la gestión y administración de la información, formatos de auditorías encontradas relacionadas con la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica y demás que permitieron alcanzar los objetivos propuestos en el presente trabajo.

Criterios de elegibilidad para la selección de los documentos académicos:

a). Características de la información: Se utilizaron fuentes primarias lo cual contienen información original no abreviada ni traducida como tesis, libros, monografías, artículos de revista, manuscritos sobre las experiencias en la prestación en salud que ha tenido la población de la zona rural de la región pacífica; Y fuentes secundarias como resúmenes, obras de referencia (diccionarios o enciclopedias).

b). Idioma: Artículos, textos y documentos escritos en los idiomas español e inglés.

c). Fecha de publicación de las fuentes de información no es mayor a 5 años, pero a su vez se tuvo en cuenta aquellos documentos que sean mayores a 5 años ya su información sigue vigente.

Estrategias de Búsqueda

La forma de buscar información se hizo a través de programas que puedo facilitar encontrar información sobre la investigación realizada de la zona rural de la región pacifica el cual nos pudo servir como guía para nuestra monografía, encontramos: artículos vigentes, libros, referencias bibliográficas, monográficas, tesis etc.

Definición de palabras claves:

Monografía: Es un documento que trata un tema en particular porque está dedicado a utilizar diversas fuentes compiladas y procesadas por uno o por varios autores. Tiene diversos puntos de vista sobre el tema a tratar, así como también puede estar influida por las raíces culturales de su autor, y suele contener imágenes con lo que alcanza una riqueza mayor. Se aconseja tomarla como una fuente de información adicional a otro tipo de bibliografía.

Rural: Medio rural o paisaje rural son conceptos que identifican al espacio geográfico calificado como rural, es decir, como opuesto a lo urbano (al pueblo por oposición a la ciudad). Es estudiado por la geografía rural. Una comunidad es rural cuando por su oferta de recursos naturales, sus habitantes logran desarrollar un sentido de pertenencia al territorio tal que se disponen a construir una sociedad sobre la base de dichos recursos.

Acceso: En informática, un acceso es el resultado positivo de una autentificación, para que el acceso dure un tiempo predeterminado, el servidor guarda en el cliente una cookie, esta permitirá que el usuario pueda entrar a su cuenta en el servidor hasta que esta caduque

a). Bases de datos (metabuscadores):

En la realización de la presente monografía se utilizaron los siguientes metabuscadores:

Pubmed: Lo cual es un motor de búsqueda de libre acceso que permite consultar principal y mayoritariamente los contenidos de la base de datos MEDLINE, aunque también una variedad de revista científicas de similar calidad pero que no son parte de MEDLINE. A través de este buscador es posible acceder a referencias bibliográficas y resúmenes de estos artículos de investigación biomédica. Ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos como parte de Entrez.

Lilacs: Se trata de una base de datos de información bibliográfica en línea para las ciencias de la salud. En general, cubre la totalidad de la literatura del área, producida por autores de América Latina y publicada en los países de la región a partir de 1982. LILACS es mantenida por el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (también conocido como BIREME), que se encuentra en São Paulo, Brasil. Al igual que en MEDLINE, que fue desarrollado por la National Library of Medicine de los EE. UU., incluye referencias

bibliográficas de documentos que han sido publicados en un conjunto de publicaciones científicas y médicas de la región, y que no están cubiertas por MEDLINE.

Scopus: Es una base de datos bibliográfica de resúmenes y citas de artículos de revistas científicas. Cubre aproximadamente 24.500 títulos de publicaciones seriadas (revistas, conferencias, series de libros de investigación) de más de 5000 editores en 140 países, incluyendo revistas revisadas por pares de las áreas de ciencias, tecnología, medicina y ciencias sociales, incluyendo artes y humanidades.[1] La plataforma tecnológica es desarrollada por Elsevier y es accesible en la Web para los subscriptores, pero el ingreso al índice y su revaluación es gestionado por un comité editorial independiente de Elsevier.

Science direct: Es un sitio web que proporciona acceso por suscripción a una gran base de datos de búsqueda científica y médica. Alberga más de 12 millones de piezas de contenido de 3500 revistas académicas y 34 000 libros electrónicos.

Metarevistas: Plataforma de descubrimiento con más de 5 millones de artículos y 2000 revistas científicas de acceso abierto en Colombia y Latino América.

Digitalia: Se dedica a la administración de contenidos, la distribución digital y a las herramientas para el desarrollo de la TI. se compone de un grupo de profesionales dinámicos y dedicados que prosiguen en su empeño de cultivar, desarrollar y suministrar toda clase de información, desde la más sencilla hasta la más compleja, y contenidos para satisfacer a una amplia gama de clientes.

Dialnet: Es un portal de difusión de la producción científica hispana cuyo funcionamiento se inició en 2001 especializado en ciencias humanas y sociales. El portal está gestionado por

la Fundación Dialnet, de la Universidad de La Rioja, una entidad sin ánimo de lucro creada en febrero de 2009 para la gestión y desarrollo de una de las mayores bases de datos de literatura científica del mundo.

Google Académico: es un buscador de Google enfocado y especializado en la búsqueda de contenido y bibliografía científico-académica. El sitio indexa editoriales, bibliotecas, repositorios, bases de datos bibliográficas, entre otros; y entre sus resultados se pueden encontrar citas, enlaces a libros, artículos de revistas científicas, comunicaciones y congresos, informes científico-técnicos, tesis, tesinas y archivos depositados en repositorios**.**

b). Identificación de descriptores: Esta herramienta se utiliza para recopilar en los estudios bibliográficos de cuantos aspectos pueden resultar relevantes como:

deCS: **descriptores en Ciencias de la Salud** - fue creado por BIREME - Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud - en 1986 para uso en la indización de artículos de revistas científicas, libros, anales de congresos, informes técnicos y otros tipos de materiales, así como para usarse en la búsqueda y recuperación de asuntos de la literatura científica en las bases de datos LILACS, MEDLINE y otras. En la BVS, Biblioteca Virtual en Salud, el DeCS es la herramienta que permite la navegación entre registros y fuentes de información a través de conceptos controlados y organizados en portugués, español, inglés y francés.

MeSH: es un vocabulario terminológico controlado para publicaciones de artículos y libros de ciencia, creado por la Biblioteca Nacional de Medicina (en inglés NLM).

El MeSH puede consultarse y descargarse gratuitamente en Internet (PubMed). La versión impresa anual se dejó de publicar en 2007. Originalmente en inglés, MeSH se tradujo a numerosos idiomas lo que permitió la recuperación de documentos en otras lenguas diferentes del inglés.

El objetivo principal de MeSH es proporcionar una terminología jerárquicamente organizada para la indexación y catalogación de información biomédica, como MEDLINE / PubMed y otras bases de datos de NLM.

c). Combinaciones de Búsqueda: se utilizan facilitadores de búsqueda A través de uso de operadores lógicos, truncadores y filtros Truncadores: () Operadores Lógicos: AND, OR.

Organización de la información:

Consolidación en gestor de referencias: La herramienta de Mendeley, la cual es un gestor de referencia, que permite consultar la información desde cualquier ordenador, administrando de manera sincrónica la información entre años, títulos, autores y demás, que permita crear, mantener, organizar y dar forma a las referencias bibliográficas de artículos de revista, libros u otros documentos.

En el trabajo de grado, se gestionó las bibliografías más relevantes que permite darle importancia al trabajo, dando a conocer desde la parte normativa que respalda el trabajo de grado, hasta los estudios referentes al tema.

Consolidación de los documentos para la revisión: La herramienta Rayyan permite recopilar, filtrar, incluir y excluir a criterio, facilitando una búsqueda verídica de la información al tema a definir, por ende, se crea la carpeta llamada la accesibilidad del SGSSS en los territorios

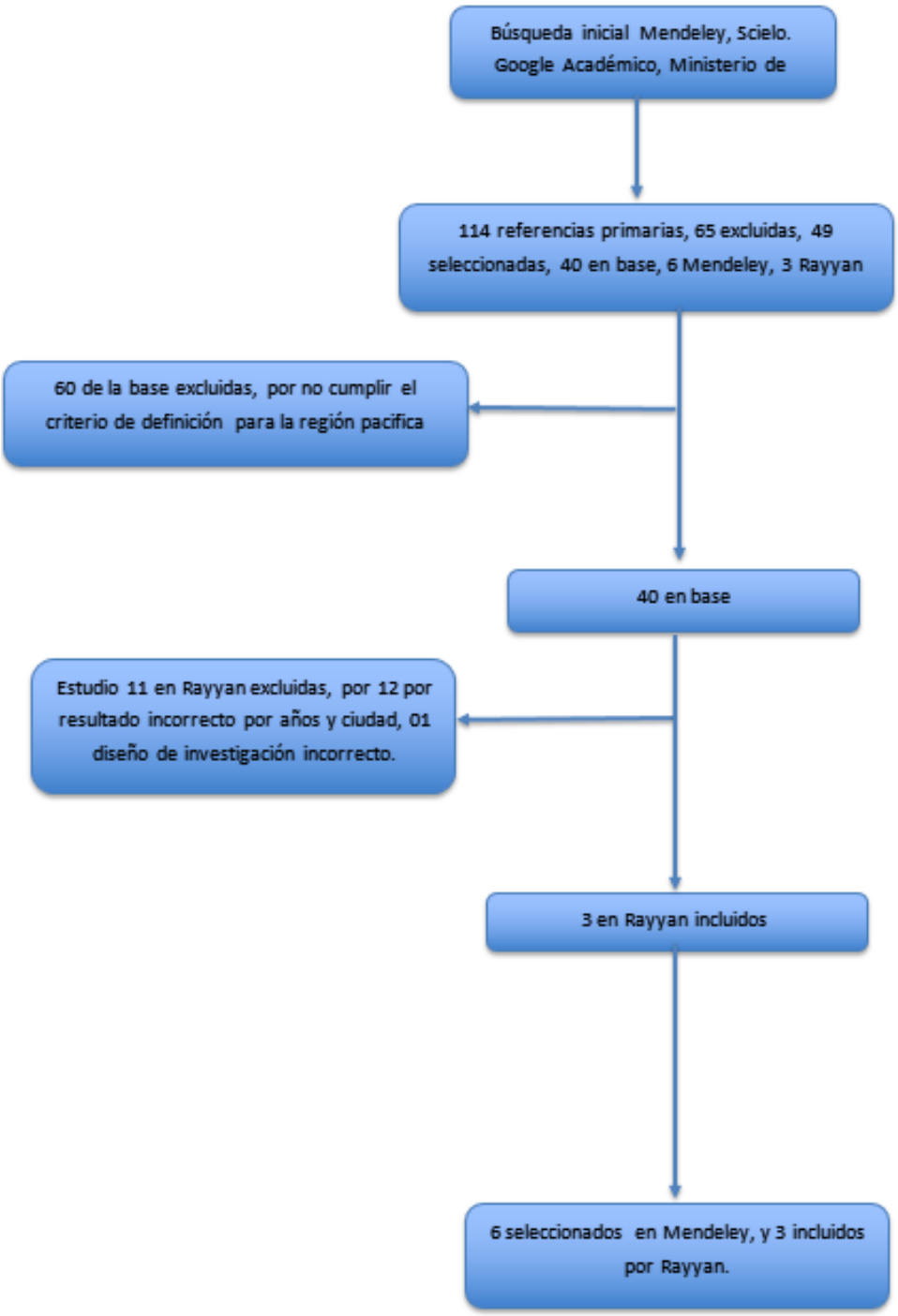
rurales de la región Pacífica 2015 -2019, lo cual permite mediante esta carpeta examinar o evaluar el tema importante al tener en cuenta para facilitar que la herramienta Mendeley, que permita citar los investigado.

Instrumentos y métodos de análisis a emplear

Instrumentos de recolección:

- Mediante análisis de estudios.
- Encuestas nacionales de calidad de vida.
- Herramientas para la gestión, administración de la información.
- Formatos de auditorías encontradas relacionadas con la accesibilidad del SGSSS en los territorios rurales de la región Pacífica.

Procesamiento y análisis de la información: Análisis cualitativo de la información encontrada., mediante conclusiones de datos no estructurados que permite hacer un proceso dinámico y creativo de forma textual o narrativas.


Búsqueda inicial Mendeley, Scielo. Google Académico, Ministerio de
114 referencias primarias, 65 excluidas, 49 seleccionadas, 40 en base, 6 Mendeley, 3 Rayyan
60 de la base excluidas, por no cumplir el criterio de definición para la región pacifica
40 en base
Estudio 11 en Rayyan excluidas, por 12 por resultado incorrecto por años y ciudad, 01 diseño de investigación incorrecto.
3 en Rayyan incluidos
6 seleccionados en Mendeley, y 3 incluidos por Rayyan.

4. Capítulos

4.1. Capítulo I

Contextualización de la Situación de Salud en las Zonas Rurales de la Región Pacífica, en el cual se refleje la realidad del principio de Accesibilidad.

Realidad del principio de accesibilidad en las zonas rurales de la región Pacífica.

El desarrollo teórico de la accesibilidad se puede determinar como un proceso de otorgar atención médica de manera oportuna y como un componentes de la atención efectiva sujeta en aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto, más allá de tener derecho a los servicios de salud es a la disponibilidad de las entidades de salud y los medios para lograr la atención segura, Así mismo, para la atención de servicios médicos se relaciona para una accesibilidad efectiva, las condiciones como la distancia, los horarios de atención, las dotaciones y cualidades individuales para demandar servicios.

La accesibilidad según Frenk es un *proceso (complejo) de búsqueda y obtención de la atención que depende de la disponibilidad (la existencia de los recursos para la salud y la capacidad de producción de servicios de salud) y la utilización de los servicios (determinada por la resistencia, es decir, los obstáculos de la accesibilidad, reflejados en costos, ubicación y tiempo en que la persona consigue la cita y es atendida).*

Según la encuesta nacional de cálida de vida del año 2012, presento la Región Pacifica un 57% de los prestadores por habitante, por ende se determinó que son unas de las regiones con mayor necesidad de los servicios médicos, con una difícil material de oferta de prestadores, para

todas las áreas, principalmente en las actividades de promoción y prevención de enfermedades, es de esta manera que uno de los obstáculos para la accesibilidad están en la demora de conseguir una cita por la falta de personal, por ende la utilización de los servicios de salud se prescribe en quebrantando al principio de accesibilidad. De acuerdo con los datos de la ENCV del año 2012, la región Pacífica fueron las que tuvieron un menor acceso relativo a los servicios de salud, mientras a otras regionales tuvieron mayor acceso.

En las zonas rurales de la Región Pacifica, su enfoque está en prestar un servicio de salud, bajo los protocolos de satisfacer la necesidad, y no todo aquellos factores que en algún momento pueden ser inhibidores para el cumplimiento de la prestación del servicio que intervienen en el proceso de atención; es de mencionar que con la Ley 100 de 1993 se introdujo un nuevo modelo de aseguramiento público: el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) lo cual está divido por dos esquemas de aseguramiento: el régimen contributivo para la población con capacidad de pago, y el régimen subsidiado para la población sin capacidad de pago, la población que no logra ser afiliada en ninguno de los dos regímenes se denomina “vinculada o población pobre no asegurada”, y su atención es provista por instituciones contratadas por el Estado con este fin, dicha población en la región pacifica en cuanto al Departamento de Cauca, Nariño y Chocó, corresponde a la población clasificada en los niveles 1 y 2 del SISBEN, las cuales no se encuentran afiliadas a los regímenes contributivo y subsidiado y que tampoco están cubiertas por los regímenes especiales y de excepción; según el reporte PPNA (Población Pobre no asegurada), para el corte año 2015 se presentó 78.999 de población no asegurada, y para el año 2019 se reportó 38.229, el cual se evidencia que se logró el aseguramiento en salud de 40.770 aproximadamente

de la población; las cifras del aseguramiento en salud del ministerio de salud corte año 2019, se alcanzó la afiliación de la población de 3.115.214 de 3.777.707de habitantes.

En las zonas rurales de la Región existe un índice alto de vinculados o población no asegurada, al tener una atención por parte de las instituciones contratadas por el Estado con este fin; el principio de accesibilidad no se cumple como está establecido por la Ley estatutaria, *Los servicios y tecnologías de salud deben ser accesibles a todos, en condiciones de igualdad, dentro del respeto a las especificidades de los diversos grupos vulnerables y al pluralismo cultural. La accesibilidad comprende la no discriminación, la accesibilidad física, la asequibilidad económica y el acceso a la información;* los servicios no permite a sus habitantes una atención integral, sin dejar a un lado los altos niveles de riesgo debido a la persistencia del conflicto armado, la variedad de grupos armados irregulares involucrados en un entorno de múltiples de violaciones a los derechos humanos e infracciones al Derecho Internacional Humanitario, según la defensoría del pueblo estudio que se desarrolló y publicado en agosto del 2016. Es de mencionar que existe un índice de población asegurada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, sin embargo, a pesar de estar afiliados esto no ha sido garantía a la hora de acceder al servicio de salud, por el contrario, las condiciones son cada vez más precarias.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en Colombia, las características de dispersión y las epidemiológicas de las comunidades exigen que el componente de atención primaria y preventiva en salud sea muy relevante con la recuperación de la tradición de los promotores de salud (enfoque familiar, comunitario y territorial), integrado en un modelo de atención en zonas rurales, por las características de dispersión y distancia, el sistema

debe buscar aproximarse activamente a las personas y comunidades, para prevenir y anticiparse a situaciones críticas de salud.

La Encuesta de Calidad de Vida del DANE ofrece información más recientes (2019) muestran que barreras como la oportunidad de la cita, la calidad del servicio, la ubicación geográfica del centro de atención y la cantidad de trámites impidieron el acceso a los servicios médicos para 1 de cada 4 personas con problemas de salud. Los Niveles de Eficiencia de los Hospitales Públicos del Nivel I en la Región Pacífica de Colombia, presenta mínimo recurso hospitalarios dentro y fuera de la Región, lo que a su vez produzca en la institucionalidad una alerta sobre el manejo los recursos y una distribución equitativa de los mismo en la Región, para que la formulación de la política pueda ir de la mano con las necesidades actuales que el sector Salud demanda.

4.2. Capitulo II

Caracterización de los Estudios Empíricos realizados en las Zonas Rurales de la Región en los cuales se evidencie comportamiento de la prestación del servicio de Salud y su relación con el principio Accesibilidad.

Aun cuando en pocas ocasiones los habitantes de la región pueden pagar los elevados costos de transporte y logran acceder a los centros de salud, la mayoría de ellos inclusive afiliados al Régimen Contributivo o Regímenes Especiales, se encuentran con centros de salud con mínimos recursos, tanto humanos, como de medios diagnósticos y terapéuticos, incluidos medicamentos (Fedesalud y Plan Programa Colombia 2005).

Específicamente, en el departamento del Chocó existe una muy reducida oferta de entidades aseguradoras en salud tanto en el régimen contributivo como en el subsidiado. Factores como la escasa actividad económica formal, el bajo índice poblacional y los altos niveles de pobreza, no hacen de la región un lugar atractivo para que lleguen masivamente las empresas promotoras de salud (EPS) y menos aún, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) (Martínez, 2005, p. 16).

El Plan Programa Colombia (2005) y Quintero et al., (2007), en su estudio de los determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano encontraron que según Fedesalud, el Litoral Pacífico es una región donde la mayoría de sus

habitantes reúne las características de una población inaccesible en términos geográficos y culturales hacia los servicios de salud y donde no existe en la práctica ninguna estrategia de atención que acerque estos servicios a los ciudadanos. Sin embargo, esta inaccesibilidad geográfica en términos reales es una inaccesibilidad económica, puesto que sus habitantes deben sufragar altas tarifas de transporte fluvial, que en algunos casos representan la mitad o un tercio de los ingresos familiares mensuales. Las bajas tasas de prestación de servicios de salud que el estudio encuentra para estos grupos poblacionales, sumadas a la reducida disponibilidad de recursos destinados a los centros de salud en la mayoría de los municipios del Chocó y las zonas rurales de Tumaco, hacen evidente un déficit de oferta y demanda de servicios.

En la Universidad Autónoma (Barcelona), Vargas (2009), realizo un estudio con la finalidad de analizar los factores y actores que influyen en el acceso a los servicios de salud en la zona rural de la región pacifica de Colombia, desde la perspectiva de los actores sociales. Entre los resultados logro pronosticar a través del análisis que el acceso a los servicios de salud es difícil y poco adecuado, independientemente del tipo de aseguramiento. Las dificultades se producen principalmente en el acceso a la atención especializada, aunque en la red contributiva urbana también se detectan graves problemas para acceder a la atención primaria. En ambos regímenes y áreas surgen cuatro tipos de barreras que se retroalimentan relacionadas con: las políticas de aseguramiento, dificultades en la extensión y continuidad de la afiliación, y prestaciones cubiertas, los instrumentos de control de la utilización y compra de servicios que emplean las aseguradoras, las deficiencias en la infraestructura y organización de la red de prestadores, y características socioeconómicas de la población que atienden. La búsqueda de la rentabilidad económica por parte

de aseguradoras y proveedores emerge directamente como una barrera al acceso, que influye además en los obstáculos anteriores.

Con lo mencionado anteriormente, se puede resumir en que el sistema de salud se enfocó en el aseguramiento y no en el acceso a los servicios de calidad, Ayala (2014) se basan en el estudio realizado por la encuesta nacional de calidad de vida del año 2012, en el que se registra un aumento en la cobertura del aseguramiento entre 1997 y 2012; mientras que el acceso a los servicios de salud disminuyó para el mismo periodo; para resaltar la necesidad de que no basta con que la persona se encuentre asegurada, sino que persisten barreras que condicionan la atención médica necesaria, algunas de estas son las relacionadas con la oferta de centros de salud, mala calidad del servicio y otras relacionadas con la demanda, como la falta de recursos para llegar a los centros de salud, el pago de las citas médicas y los tiempos de desplazamiento o la necesidad de atención medica percibida por las personas.

A pesar de los esfuerzos desde las administraciones territoriales (municipios y departamentos), la reforma ha sido insuficiente e ineficaz para enfrentar los grandes problemas de salud en Colombia. Esta dificultad se debe principalmente a la utilización inadecuada de los recursos hospitalarios, a la falta de una infraestructura, tecnología y herramientas de gestión necesarias para competir con el mercado de la Salud. Adicional a esto, con la reforma muchos de los Hospitales Públicos y privados atraviesan una grave crisis financiera que pone en riesgo la sostenibilidad y la calidad en la prestación de los servicios (Cruz, 2017).

Román Vega (2018), argumenta que la crisis del sistema inicio con la creación de la ley 100 de 1993, se caracteriza por la falta de sostenibilidad financiera que presentaba el sistema, las grandes barreras de acceso, atención y mala calidad en la prestación del servicio; sumado a esto, la desprotección a las zonas rurales porque no hay oferta de infraestructura, tecnología, recursos humanos, entre otros. Este autor afirma que la red pública está caducando progresivamente y la red privada va en crecimiento; incrementando la corrupción en el manejo de los recursos públicos y las prácticas monopólicas entre EPS, prestadores privados e industria farmacéutica.

Cotes et al., (2019), exponen la problemática del acceso a servicios de salud en Colombia en la región pacifica específicamente en la zona rural donde se basan en dos notas de prensa publicadas por El Espectador lo cual fueron: "Seis niños han muerto en Istmina, Chocó, durante 2019 por falta de acceso a la salud", que hace referencia a la denuncia de una Organización No Gubernamental (ONG), por la muerte de niños en el Chocó por enfermedades que pudieron haber tenido una detección temprana y un tratamiento para su cura pero no fue posible debido a la falta de acceso a los servicios de salud a causa de las diferentes situaciones sociales como de confinamiento y desplazamiento en medio de enfrentamientos armados. Otra nota similar "Niños indígenas en Chocó mueren por enfermedades curables" mencionaba que unos niños pertenecientes a una comunidad de wounaan, ubicada en el área rural del municipio Litoral del San Juan (Chocó), murieron por causas similares, mientras por otro lado había más niños en la misma condición de riesgo de sufrir una suerte similar por falta de acceso a los servicios de salud. A su vez también mencionan que la falta de médicos en los puestos de salud, la necesidad de desplazamiento por río y los costos asociados a estos, el cobro de servicios por falta de afiliación,

la ausencia de medicamentos, la presencia del conflicto armado y aspectos de orden cultural, son hechos que las notas resaltan y que revela distintas dimensiones del acceso a la salud y a los servicios de salud y lo que está detrás de la complejidad de su comprensión.

En el artículo publicado en el año 2018 en la página Verdad abierta que tiene como nombre "La peor cara de Chocó: 25 niños muertos por falta de acceso a servicios de salud y agua potable" muestra como de acuerdo con el informe de las organizaciones sociales chocoanas, por lo menos 15 muertes de menores de edad ocurrieron entre la última semana de agosto y la primera quincena de septiembre. El común denominador de todos los casos fue la falta de atención médica oportuna a causa del acceso a los servicios de salud.

También exponen palabras del documento entregado por el delegado para los Derechos Humanos, Alberto Brunori donde menciona que "No hay planes consistentes de promoción y prevención, y las EPS (Empresas Prestadoras de Salud) evaden sus responsabilidades. La calidad y la cantidad en la infraestructura hospitalaria siguen siendo absolutamente deficiente. Continúa una alta mortalidad de niños y niñas por enfermedades que se pueden prevenir. No se han construido sistemas de suministros de agua potable. En las últimas tres semanas han muerto aproximadamente 15 niños de diferentes comunidades por falta de atención oportuna"

Por ende en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), incluye como una de sus metas "Lograr la cobertura sanitaria universal en particular, la protección contra los riesgos

financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos" En esta Cobertura Universal en Salud (CUS) ha sido entendida como el acceso y uso oportuno de los servicios, considerando la comprensión de las funciones del sistema de salud; agentes de salud disponibles, motivados y calificados; acceso a fármacos y productos de salud esenciales; servicios integrados, de calidad, enfocados en el enfermo; promoción de la salud y control de enfermedades. De igual manera plantea que la principal preocupación es la creación centros de salud y no el diseño de programas con un enfoque adecuado de prevención de la enfermedad en las comunidades. Planteándolo así "el modelo es ineficiente puesto que espera que las personas se enfermen para atenderlas en el servicio de salud, en lugar de llegar a la comunidad con programas preventivos".

4.3. Capitulo III

Interpretación de los resultados según la situación de salud y la Caracterización de los Estudios.

Los resultados encontrados indican que dentro de las variables que explican la diferencia en el acceso a la salud se encuentran el estrato, la edad, el sexo, la etnia, el conocimiento sobre el sistema, la ubicación geográfica, la disponibilidad de recursos y la cobertura de aseguramiento. Todas las variables resultaron con el signo esperado. Se encontró además que las diferencias regionales son altas y significativas. El modelo probit estimado muestra que, manteniendo todas las demás variables en el promedio, quienes pertenecen al estrato alto tienen más de probabilidad

de recibir atención médica en caso de necesitarla que aquellos del estrato bajo y los del estrato medio más. La edad resultó ser estadísticamente significativa, pero con un efecto marginal cercano a cero. Las mujeres tienen más probabilidad de acceder a los servicios médicos diferentes a hospitalizaciones en comparación con los hombres, posiblemente por el mayor porcentaje de mujeres que consultan por prevención (71% de las mujeres contra 60% de los hombres), y que por ende tienen mayor conocimiento del funcionamiento del sistema que los hombres.

Pertenecer a un grupo étnico se traduce en menos probabilidad de tener acceso a los servicios médicos, quizás porque dichos grupos recurren más a métodos tradicionales de cuidados de salud y desconfían más de la ciencia médica. Los que consultan por prevención al médico tienen

más probabilidad que quienes no consultan por prevención, mientras los que consultan solo al odontólogo regularmente tienen más probabilidad. Las personas que habitan en área rural dispersa tienen menos probabilidad de recibir atención en caso de necesitarla que aquellos que viven en cabecera municipal o en inspecciones de policía, posiblemente por la menor cobertura del servicio que se presenta en dicha zona. La consulta por prevención es una variable correlacionada con diferentes características no observables de las personas, como el conocimiento del funcionamiento del SGSSS, que está directamente asociado a la utilización de los servicios (Pérez, 2016), y la confianza en el personal médico, pues se presume que una persona que asiste al médico por prevención está más enterada acerca de los requisitos y pasos a seguir para acceder al servicio médico en caso de presentar una enfermedad que una persona que no asista por prevención. Asimismo, es de esperarse que quienes consultan por prevención confíen más en los médicos que quienes no.

Por otro lado, existen diferencias importantes entre quienes están cubiertos por el sistema y quiénes no. Estos últimos tienen, menos probabilidad de acceder a los servicios médicos que los afiliados al régimen subsidiado, después de controlar por las demás características, y menos probabilidad de acceso que los afiliados al contributivo. Asimismo, tanto los del régimen contributivo como los del régimen especial tienen mayor probabilidad de acceso que los del régimen subsidiado en, respectivamente.

Por otro lado, la base de datos única de afiliados a nivel general, con corte diciembre de los años 2017, 2018 y 2019, se evidencio que en el año 2017 y 2018 las afiliaciones en el régimen contributivo se mantuvieron en un 22,4% y en el 2019 su cifra tuvo un incremento al 22,9%. Por otro lado, el régimen subsidiado en el año 2017 tuvo un porcentaje de 22,0 pero en el 2018 y 2019

tuvo un incremento quedando en 22,8 %. La base de datos nos indica que la afiliación para los exceptuados en el 2018 mantiene un rango 2,3% pero en los años 2018 y 2019 las afiliaciones disminuyeron quedando en un 2,2 % de millones de personas; de lo anterior se puede determinar que el aseguramiento en salud de la población es cambiante con un mínimo porcentaje indicando que por cada año trascurrido no se realizó una amplia cobertura de la población.

Las cifras de la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de la región Pacífica indican que sus habitantes cuentan con un buen nivel de cobertura para acceder a los servicios de salud, pues más del 90 % de ellos se encuentran afiliados. Cuando se realiza este análisis por municipio, los más apartados pueden bajar su porcentaje de cobertura de manera significativa; sin embargo, el hecho de estar afiliados no garantiza el acceso a servicios de salud, ya que este no es el único factor que determinaba la utilización de los servicios.

Aun cuando una persona esté asegurada por el SGSSS existen barreras que pueden evitar que se reciba atención médica en caso de necesitarlo. Estas barreras en la región Pacífica se resumen en la falta de centros o puestos de salud, talento humano insuficiente, escasos recursos para el transporte de los enfermos de las zonas rurales, entre otros.

6. Conclusiones

La presente monografía lo cual tiene un enfoque cualitativo netamente descriptivo demuestra una situación de la que se investiga mucho, pero que en el hacer no se evidencia mayor avance en el funcionamiento del sistema de salud ya que a pesar de lograr mayor aseguramiento tal cual como lo determinó la Ley 100 de 1993. El sistema de salud se establece para satisfacer una función social manifestada por necesidades y demandas de servicios de salud, generando una interrelación de recursos, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población, por lo que se puede evidenciar poco acceso a los servicios de salud en la región pacifica Colombiana, afectando de una forma directa la salud de las personas que residen más aun en las zonas rurales; en este territorio continúa siendo una de las regiones, con mayor riesgo de afectación; uno de los objetivos de un Sistema de salud, es mejorar las condiciones de su población, bajo el concepto de seguridad social lo cual están justificado en la provisión de los servicios de salud, donde la accesibilidad a los servicios de salud se convierte en un indicador importante para evaluar la efectividad de un sistema de salud implementado, donde se presentan barreras principalmente demográficas y económicas, afectando en especial a las personas más vulnerables, tal situación requieren un cambio inmediato dado que por la condiciones, estilos de vida y características poblacionales se ve reflejada la necesidad de intervenir y generar dentro de las entidades administradores de planes de beneficios (EAPB) diferentes alternativas para poder disminuir estos impactos negativos que se ven directamente afectada la población, y así garantizar un ciclo del servicio que genere satisfacción general.

Sin embargo, con la creación de la Política de Atención Integral en Salud en el año 2016 lo cual tiene como objetivo principal orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia 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, para así garantizar el derecho a la salud, de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015. Y aun así se encontró que las intervenciones en estas zonas son de poco impacto donde se muestran las diferentes situaciones de accesibilidad a los servicios de salud en poblaciones rurales en otros contextos relacionadas con las características socio - demográficas diferentes, con culturas y sistemas de salud particulares. En la búsqueda de las diferentes investigaciones realizadas fue importante encontrar conceptos de la ruralidad contextualizadas que permitió comprobar el olvido histórico al que han sido sometidas las poblaciones que comúnmente se han considerado como minorías.

Dicha Política de Atención Integral en Salud recoge los diferentes determinantes sociales adoptados por el Plan Decenal de Salud Publica 2012- 2021 donde lo que se busca es la reducción de la inequidad en salud, planteando la forma de avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente, mantener cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable. Siendo uno de los mayores desafíos afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida, lo que implica la salud

como derecho, recreación, vivienda, trabajo digno, alimentación sana, condiciones de vida adecuadas para vivir bien.

Bajo ese contexto, el Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Es por esto que las intervenciones que se pueden lograr deben considerar los determinantes, bajo las estrategias centrales de la Política de Atención Integral en Salud como la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo en salud y el enfoque diferencial de territorios y poblaciones por medio de las líneas de aseguramiento, salud pública, prestación de servicios, talento humano, financiamiento, enfoque diferencial, articulación intersectorial y gobernanza implantadas en el Modelo de Atención Integral Territorial, lo cual deben adaptarse a las condiciones de los servicios, a las características de la demanda, la capacidad en recursos humanos y tecnológicos en cada territorio, y se pueda justificar la implantación de modelos de atención y la prestación de servicios diferenciados según el tipo de territorio, tanto desde las autoridades sanitarias que tienen a su cargo la salud pública, como desde las aseguradoras y las redes integrales de prestadores de servicios de salud, que no sólo midan sino que también intervengan y fortalezcan las políticas públicas dirigidas a las poblaciones rurales, esto a su vez también es importante lo plateado en el Plan de intervenciones colectivas 2015 para promover la salud, la calidad de vida, la prevención de la enfermedad y el control de riesgos de la zona rural en la población pacifica Colombiana que buscan impactar positivamente los determinantes sociales de la salud y alcanzar los resultados definidos teniendo en cuenta las barreras económicas que, aunque existen normas en donde la población del

régimen subsidiado está excepta de realizar aportes, pagar cuotas moderadoras o copago, sin embargo, presentan dificultades para acceder a los centros de salud ya que no pueden asumir costos de desplazamiento, lo que confirma que es importante potencializar nuevos modelos de atención en salud.

7. Anexos

a. Matriz revisión bibliográfica

No.	TITULO	AUTOR (ES)	TIPO DE TEXTO	UBICACIÓN	PROBLEMA DE INVESTIGACION	CONCLUSIONES Y/O APORTES
1	Morir por estar vivo, el derecho a la salud en el Pacífico	Redes de comunicación popular Guakuko, La Zotea, Palafitos y la Voz de mi Tierra.	Articulo Digital	https://colombiaplural.com/morir-estar-vivo-derecho-la-salud-pacifico-colombiano/	El Pacifico colombiano en su acceso a la salud	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 está condicionada a la situación económica del usuario
2	Salud efectiva para pueblos dispersos	Martínez, Parra, Hernández y Escandón	Capitulo de libro	https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=744-modelos-de-atencion&Itemid=688.	Ausencia de oportunidades para la atención en salud y la baja calidad de los servicios en la Costa Pacifica	Barreras de acceso a los servicios de salud dado por la forma de ocupación del territorio, estado de vías terciarias, dificultades y alteración del orden público y las inadecuadas condiciones de uso de los servicios de salud y con precarias condiciones de infraestructura física y tecnológica para el transporte y prestación de la atención en salud que determinan menor efectividad del modelo integrado de salud, con diversidad en etnias y ecosistemas, costumbres y creencias que exigen la concertación y planeación para el establecimiento de un modelo de atención en salud que garantice tanto la calidad como el respeto y reconocimiento de su diversidad.
3	El Pacífico con oportunidades para mejorar en salud	María Lucía Mesa	Articulo Digital	https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/el-pacifico-con-oportunidades-para-mejorar-en-salud	Rezago en salud de una zona paradójicamente pobre como lo es el Cordón Pacífico colombiano	Por su dispersión poblacional, el tamaño de su población, las dificiles condiciones de transporte y los costos de prestación y administración del aseguramiento, no se logra garantizar la demanda de operación mínima requerida
4	Problemática humanitaria en la región pacífica colombiana	Cajiao, Vargas, Calero, Redondo, Estrada, González, Olaya, Pinzón, Zúñiga, Martínez	Capitulo de libro	https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2017/11053.pdf	Poblacion de la Region Pacifica a pesar de estar afiliados esto no ha sido garantía a la hora de acceder a los servicio de salud	Barreras en la región pacífica se resumen la falta de centros de atención, mala calidad del servicio y escasos recursos para el transporte de los enfermos de las zonas rurales a los centros médicos y las posibilidades de acceso y la oferta de servicios de salud se han reducido para los habitantes de la Costa Pacifica en Colombia donde en ocasiones el transporte hasta el sitio de salud más cercano es más costoso que la consulta misma o los medicamentos.
5	Propuesta para intervenir el problema de salud pública de mortalidad en niños menores de cinco años en el Departamento del Chocó.	Morales Marín, Sandra Patricia Casilmas Polo, Verónica Giraldo Guevara, Yeison Andrés	Articulo Digital	https://repository.unad.edu.co/handle/10596/34615	minimizar la mortalidad en el grupo materno infantil	Demos resaltar que el choco tiene muchos inconvenientes en el área de salud, es por eso que identificamos que la población más afectada es la prioritaria, la cual requieren citas médicas con urgencias y es donde el departamento no hace la manera de prestarle el correcto servicio, esas personas prioritarias son los bebes recién nacidos, los niños, las mujeres en estado de embarazo y los adultos mayores
6	Una mirada de la salud desde la participación social en población dispersa del Pacífico Colombiano	Ivanoba Pardo Herrera Janeth Cecilia Gil Bellazmin Arenas Quintana	Articulo Digital	http://scielo.dd.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000300006	Describir el concepto de salud desde la percepción de la comunidad.	La existencia de la participación social comunitaria para el logro alcanzado revela el potencial de los interesados de participar activamente de la conceptualización de la salud y adquirir su auto responsabilidad al cuidado desde los determinantes sociales.
7	Educación para la salud: una experiencia con población indígena del departamento de chocó	Mantilla Uribe, Blanca Patricia; Oviedo Cáceres, María del Pilar; Hernández Quirama, Andrea; Flórez García, Nieves Zoraida	Articulo Digital	https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131077008	Desarrollar acciones de base comunitaria con la población indígena del departamento de Chocó, entre el periodo comprendido entre diciembre de 2010 y abril de 2013	Realizar procesos de investigación-acción en comunidades indígenas del departamento de Chocó, permitió poner en evidencia sus realidades, percepciones y necesidades frente a su situación de salud y nutrición
8	Centro de salud en arquitectura adaptable para la población del medio y bajo Atrato - Chocó	Benavides Salas, Alejandro Gamboa Cortés, Luis Humberto Guevara Castro, Lendy Valeria Pérez Alvarado, Jhoana Lizeth	Articulo Digital	http://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/2367	Diseñar un equipamiento de salud fluvial mediante arquitectura adaptable, que responda a características de flexibilidad, transformabilidad, modularidad y capacidad de reacción; con la intención de que se adecuen las áreas necesarias para la prestación de servicios a la población del medio y bajo Atrato.	El diseño de un centro de salud fluvial que se desarrolla a través de arquitectura adaptable, logra de una manera efectiva y cómoda para la población recibir servicios de salud de una calidad muy superior a la ya existente en estos municipios, se deduce que la manera más efectiva para la atención de salud de la población
9	Determinar estrategias de gestión de la calidad en instituciones prestadoras de servicios de salud de baja complejidad de zonas rurales dispersas del departamento del Chocó con predominio de población indígena y afrodescendiente	Bravo Chamorro, Alina	Articulo Digital	https://repository.urosario.edu.co/handle/10336/19104	determina cuales factores afectan a la calidad de los mismos, los servicios se ven afectados por grandes factores	Gestionar calidad para los prestadores de servicios de salud en zonas rurales será una verdadera necesidad para el Departamento del Choco y para Colombia, lo que requiere de una estrategia o metodología que facilite la implementación, evaluación y desarrollo de un sistema de garantía y calidad en salud
10	Propuesta de intervención sobre el problema de salud pública de la enfermedad diarreica aguda en el municipio de Istmina-Departamento del Chocó	Martínez León,Claudia Milena Ortiz Ramírez, Erika Judith Oyuela Arroyo, María Angela Calderón, Omar Gómez Hernández, Agustina del Carmen	Articulo Digital	https://repository.unad.edu.co/handle/10596/34905	Intervenir para disminuir las cifras de morbilidad y mortalidad que se da por causa de la enfermedad diarreica aguda principalmente en menores de cinco años, los cuales son los más afectados en el departamento del Chocó, fundamentalmente en el municipio de Istmina; al cual pertenecen las tres comunidades indígenas (san Cristóbal, unión Choco y Puerto Olave).	Intervenir en la problemática de la Enfermedad Diarreica Aguda que afecta a esta población; contextualizando esto con el análisis de situación de salud pública (ASIS) generando una postura crítica y de solución en contextos reales

Fuente. Elaboración propia

b. Presupuesto

1. Presupuesto global de la propuesta por fuentes de financiación			
Rubros	Fuentes		Total
	Solicitado a la Convocatoria	Contrapartida	
Personal	$ 24.580.510		$ 24.580.510
Salidas de campo	$ -		$ -
Viajes	$ -		$ -
Servicios técnicos	$ 2.580.000		$ 2.580.000
Mantenimiento			$ -
Materiales	0		$ -
Equipos	$ 7.050.000		$ 7.050.000
Software	$ 1.039.899		$ 1.039.899
Material bibliográfico	0		$ -
Publicaciones y patentes			$ -
Construcciones			$ -
Total			**$ 35.250.409**

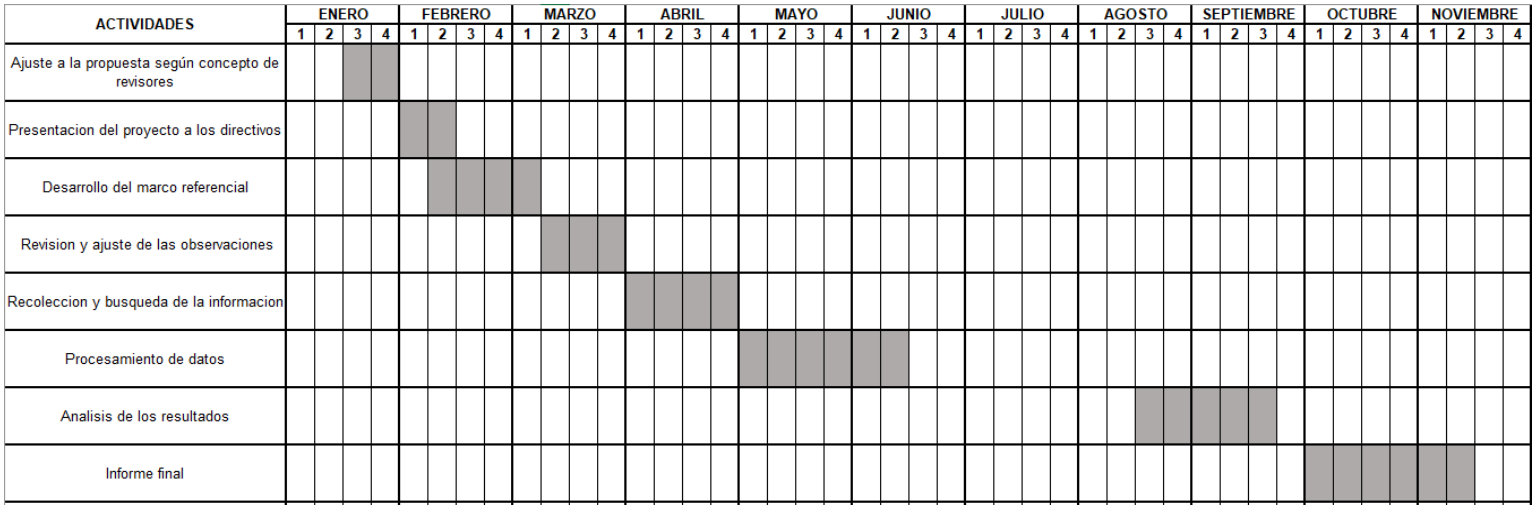
2. Descripción de los gastos de personal							
Nombre del Investigador / Experto/ Auxiliar	Formación Académica	Función dentro en el proyecto	Dedicación horas/semana	Recursos			Total
				Recursos de la Convocatoria	Contrapartida		
					Entidad	Otras fuentes*	
Ingrid Candelo	Estudiante de administracion en salud 8vo semestre	Investigador principal	5	$ 8.193.503			$ 8.193.503
Jennifer Balanta	Estudiante de administracion en salud 8vo semestre	Investigador principal	5	$ 8.193.503			$ 8.193.503
Paola Orobio	Estudiante de administracion en salud 8vo semestre	Investigador principal	5	$ 8.193.503			$ 8.193.503
			Total				$ 24.580.510

6. Servicios Técnicos		
Tipo de Servicio	Justificacion	Valor
Mantenimiento de los computadores (3)	Se necesita hacer revision para tener un buen funcionamiento	$ 1.800.000
Mantenimiento de los celulares (3)	Se necesita hacer revision para tener un buen funcionamiento	$ 450.000
Internet banda ancha 84 MEGAS	Se requiere este servicio para la bsuqueda de la informacion	$ 330.000
	Total	$ 2.580.000

8. Descripción y cuantificación de los equipos de uso propio		
Equipo	**Valor contrapartida**	**Total**
3 Portatiles	$ 1.800.000	$ 5.400.000
3 Celulares corporativos	$ 550.000	$ 1.650.000
	Total	$ 7.050.000

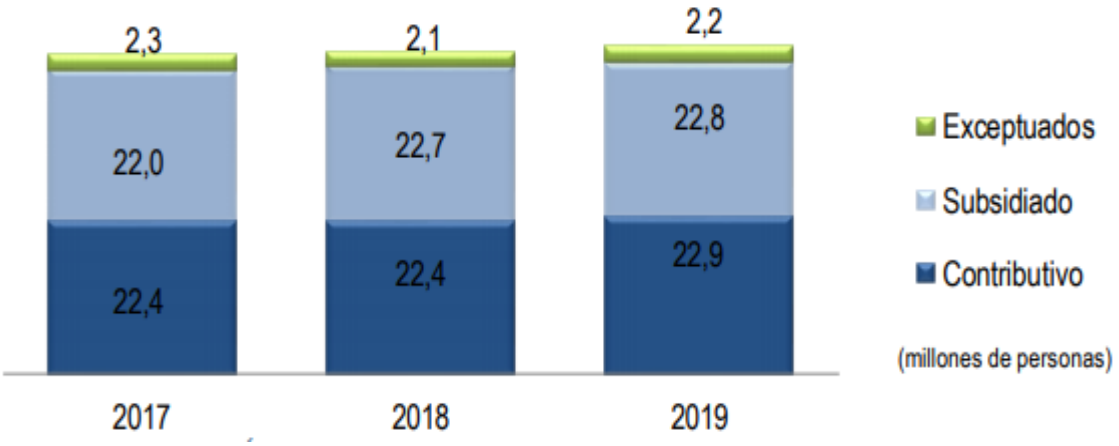
9. Descripción del software que se planea adquirir				
Softweare	**Justificación**	**Recursos**		**Total**
		Recursos de la Convocatoria	**Contrapartida**	
Software de sistema	Porque son elementos que permiten el mantenimiento del sistema en global: sistemas operativos, controladores de dispositivos, servidores, utilidades, herramientas de diagnóstico, de corrección y optimización.	$ 369.900		$ 369.900
Software de programación	Porque se necesita para para desarrollar programas de informática: editores de texto, compiladores, intérpretes, enlazadores, depuradores, entornos de desarrollo integrados	$ 249.999		$ 249.999
Software de aplicación	Porque se necesitan las aplicaciones ofimáticas, para control de sistemas y automatización industrial, software educativo, software empresarial, bases de datos, telecomunicaciones (Internet), software médico, software de diseño asistido (CAD), software de control numérico (CAM)	$ 420.000		$ 420.000
	Total			$ 1.039.899

c). Cronograma de actividades



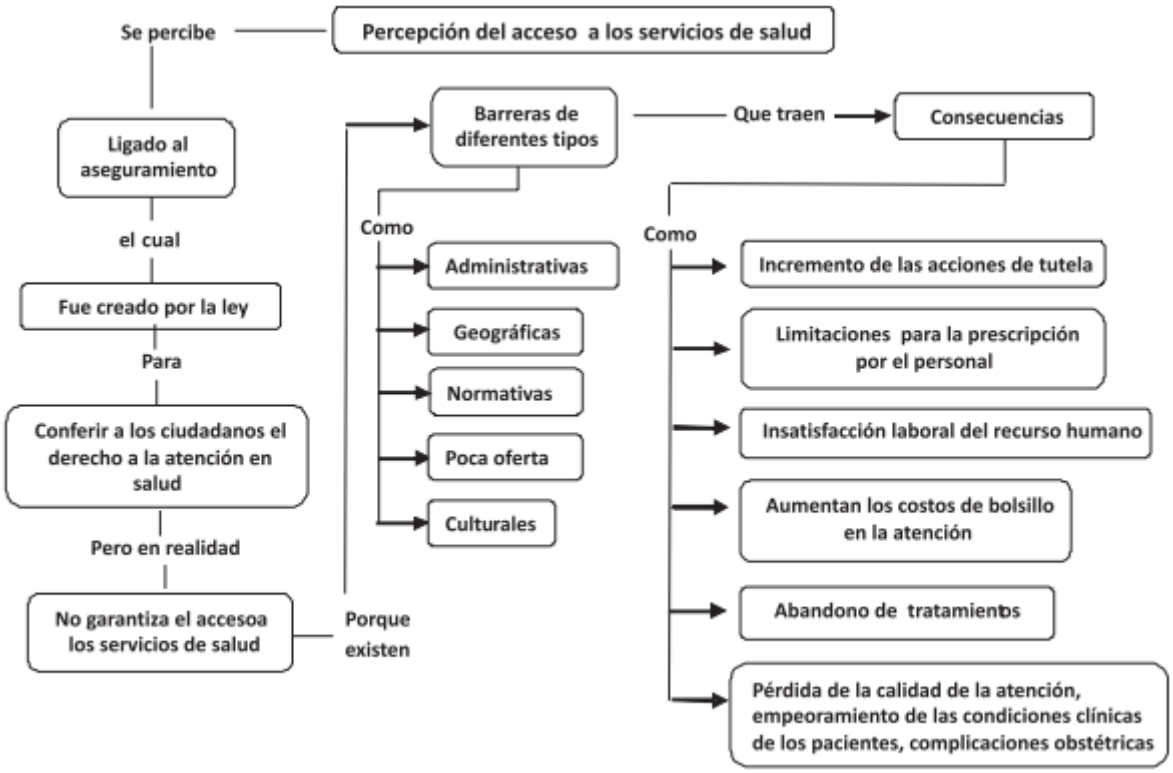
Fuente. Elaboración propia

d). Afiliados al sistema general de seguridad social en salud- Colombia



Fuente. Base de datos única de afiliados (BDUA) y cálculos propios Minsalud a Dic de cada año.

e). Aspectos relevantes en la percepción del acceso a los servicios de salud



Fuente. Vargas J, Molina G. (2009) Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Rev Fac Nac Salud Pública.

8. Referencias Bibliográficas

.*who.int*. (2017). Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/.

minsalud.gov.co. (s.f.). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

paho.org/. (s.f.). Obtenido de https://www.paho.org: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/print-version-spanish.pdf

uniandes.edu.co. (s.f.). Obtenido de https://uniandes.edu.co: https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/el-pacifico-con-oportunidades-para-mejorar-en-salud

Zapata, S. R. (2012). *minsalud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf

http://scielo.org. (s.f.). Obtenido de scielo.: http://scielo.org.pe/pdf/rmh/v20n3/v20n3e1.pdf

http://viva.org.co/. (s.f.). Obtenido de http://viva.org.co/cajavirtual/svc0582/articulo04a.html

http://www.banrep.gov.co/. (s.f.). Obtenido de banrep.gov.co/: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_ /pdf/dtser_204.pdf

http://www.ceppia.com.co/Documentos-tematicos/POLITCAS-PUBLICAS/Politicas-Publicas-Colombia.pdf. (s.f.). Obtenido de ceppia.com.co: http://www.ceppia.com.co

http://www.who.int/. (s.f.). Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/spanish_adelaide_statement_for_web.pdf

https://colombiaplural.com. (s.f.). Obtenido de colombiaplural.c: https://colombiaplural.com/morir-estar-vivo-derecho-la-salud-pacifico-colombiano/

https://dialnet.unirioja.es. (s.f.). Obtenido de dialnet.u: https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=75316

https://uniandes.edu.co/. (s.f.). Obtenido de uniandes.edu.co: https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/el-pacifico-con-oportunidades-para-mejorar-en-salud

https://www.cepal.org. (s.f.). Obtenido de cepal: https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/bienes_y_servicios_publcios_sociales_en_las_zonas_rurales.pdf

https://www.dane.gov.co. (s.f.). Obtenido de dane.gov.co: https://www.dane.gov.co/files/censos/libroCenso2005nacional.pdf

https://www.minsalud.gov.co. (s.f.). Obtenido de minsalud.: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/msps-plan-nacional-salud-rural-2018.pdf

https://www.minsalud.gov.co. (s.f.). Obtenido de minsalud.: https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx

https://www.minsalud.gov.co. (s.f.). Obtenido de minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/informe-congreso-minsalud-20018-2019.pdf

https://www.paho.org. (s.f.). Obtenido de paho.org: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

https://www.repository.fedesarrollo.org. (s.f.). Obtenido de .repository.: https://www.repository.fedesarrollo.org.co/bitstream/handle/11445/2167/Co_Eco_Septiembre_1997_Fainboim_Olivera_y_Alonso.pdf?sequence=2&isAllowed=y

https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf. (s.f.). Obtenido de https://www.tdx.cat/: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf

www.scielo.org.co. (s.f.). Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/cesd/v7n2/v7n2a09.pdf https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/colombia

Cera, martinez, clavijo (2018) el impacto de la implementación de la ley 1751 de 2015 en la accesibilidad actual a los servicios de salud en colombia.

Garcia, A. (2014). La salud en colombia : mas cobertura pero menos acceso.

Sanchez-torres. (2015). *redalyc.org*. Obtenido de https://www.redalyc.org/journal/4577/457749297021/html/

Tovar-Cuevas, Luis Miguel; Arrivillaga-Quintero, Marcela (2000-2013) Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia.

Aguado Quintero, Luis Fernando; Girón Cruz, Luis Eduardo; Osorio Mejía, Ana Maria; Tovar Cuevas, Luis Miguel; Ahumada Castro, Jaime Rodrigo Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano Revista Latinoamericana de

Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, vol. 5, núm. 1, enero-junio, 2007 https://www.redalyc.org/pdf/773/77350108.pdf

Javier Ricardo Bohó(2020) rquez G. – Contratista, Oficina Asesora de Planeación y Estudios Sectoriales (OAPES) https://www.minsalud.gov.co/RID/informe-gestion2019-marzo30-2020-t.pdf

http://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia2.pUse the "Insert Citation" button to add citations to this document.

df

https://consultorsalud.com/adios-mias-bienvenido-maite/. (s.f.). Obtenido de consultorsalud.com: https://consultorsalud.com

https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx. (s.f.). Obtenido de www.minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co

https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/Paginas/plan-de-intervenciones-colectivas.aspx. (s.f.). Obtenido de minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf. (s.f.). Obtenido de minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx. (s.f.). Obtenido de minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co

https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/poblacion-pobre-no-asegurada.aspx. (s.f.). Obtenido de minsalud.gov.co: https://www.minsalud.gov.co/

https://verdadabierta.com/la-peor-cara-de-choco-25-ninos-muertos-por-falta-de-acceso-a-servicios-de- salud-y-agua-potable/

(https://compite.com.co/blog_cpc/algunos-desafios-del-sistema-de-salud-en-colombia/, 2021)

(https://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_204.pdf, s.f.)