

Artículo original

Revista Avances en Salud 2019; 3(2): 33-41

DOI: [10.21897/25394622.1745](https://doi.org/10.21897/25394622.1745)

ISSN-e 2619-4945

Accesibilidad a servicios preventivos en salud de jóvenes monterianos

Accessibility to preventive services in health of young monterians

Neila Berrocal Narváez¹  Mónica Hanna Lavallo²  Luz Petro Falón³ 
Maria Fernanda Martínez Padilla⁴, Luis Gabriel Montalvo López⁵

Recibido para publicación: Septiembre 21 de 2018 - Aprobado para publicación: Agosto de 2019

RESUMEN

Objetivo. Describir características geográficas, económicas y organizacionales, relacionadas con la accesibilidad, acceso efectivo a servicios de salud preventiva, en una muestra de jóvenes de 10 a 19 años escolarizados del municipio de Montería. **Materiales y métodos.** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, muestra de instituciones educativas de secundaria en áreas urbanas y rurales, muestreo no probabilístico de 1994 estudiantes quienes se les aplicó encuesta estructurada en cuatro condiciones de accesibilidad fundamentales: i) Geográfica, ii) Económica, iii) Administrativa y iv) De Acceso efectivo a servicios de salud. La información se procesó usando el software SPSS 23. **Resultados.** De 1994 jóvenes 45,3% son hombres y 54,7% mujeres, la edad más frecuente fue 15 años. 54,7% residentes en zonas urbanas, 55% viven cerca de un centro de atención en salud. Más del 50% requieren ir acompañados a las consultas y solo 50% asiste ocasionalmente a los servicios de salud. **Conclusiones.** Existe escasa información del funcionamiento del sistema de salud, convirtiéndose en una barrera para inducir al uso de los servicios y acceder a los programas de promoción y prevención. El nivel económico de las familias es bajo siendo el costo del transporte un valor significativo al asistir a las consultas.

Palabras clave: accesibilidad a los servicios de salud, salud preventiva.

ABSTRACT

Objective. To Describe the geographic, economic, cultural and organizational characteristics related to accessibility and the effective access to preventive health services in 10-19 year-old school population in the city of Montería. **Materials and methods.** Descriptive, quantitative, cross-sectional study. A sample of secondary, urban and rural educational schools was taken. 1.993 students were selected as a non-probabilistic sample to be applied a structured survey within five fundamental accessibility conditions: i) Geographic, ii) Economic, iii) Administrative and iv) Effective access to health services. The information was consolidated and processed using the SPSS 22 software and presented in tables and graphs. **Results.** From 1993 young people 45.3% are men and 54.7% women, the average age was 15 years. 54.7% live in urban areas, 55% live near a health care center. More than 50% need to be accompanied to medical appointments and only 50% occasionally attend health services when they get sick, traditional medicine is not very requested. **Conclusions.** The main conclusion indicates that, among young people, little information about the functioning of the health care system was detected, which it is a barrier to make people use of services and access to promotion and prevention programs. The economic level of families is low, becoming transportation cost to medical consultations in a key factor to avoid it.

Keywords: Health Services Accessibility, Preventive Health Services.

Citación (Vancouver)

Berrocal Narvaez N, Hanna Lavallo M, Petro Falon L, et al. Accesibilidad a servicios preventivos en salud de jóvenes monterianos. Rev Avances en Salud; 2019. (3)2:33-41. DOI: [10.21897/25394622.1745](https://doi.org/10.21897/25394622.1745)

© 2019. Universidad de Córdoba. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution License, que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente se acreditan.

¹ M.Sc. en Salud Pública. Docente Universidad de Córdoba, Colombia.

² M.Sc. en Administración. Docente Universidad de Córdoba, Colombia.

³ M.Sc. en epidemiología. Docente Universidad de Córdoba, Colombia. Correspondencia: lnpetro@correo.unicordoba.edu.co

^{4,5} Coautor. Administrador en Salud. Universidad de Córdoba

INTRODUCCIÓN

La garantía de brindar y recibir salud por parte de los Estados implica el aseguramiento y la prestación efectiva de los servicios donde el acceso y las condiciones en que ésta se da son fundamentales (1, 2). Según el Instituto de Medicina de los Estados (IOM), “existen tres elementos principales para instituciones prestadoras de servicios de salud, son acceso, calidad y costos, definiendo el acceso en salud como el grado donde individuos y grupos de individuos tienen la capacidad de obtener cuidados que requieren por servicios de atención médica” (3).

De esta forma, resulta relevante definir “acceso” relacionado a los servicios de salud y enmarcado en los tres elementos anterior expuestos. La definición etimológica de la palabra “acceso”, es comprendida como una forma de acercarse, alcanzar o entrar a un lugar, como el derecho u oportunidad para alcanzar, usar o visitar” (4). La Real Academia Española define acceso como la “acción de llegar o acercarse” y como la entrada al trato o comunicación con alguien” (5). En el ámbito de los servicios médicos, acceso se refiere a la acción individual de aproximarse o llegar a los servicios de salud, sin que ello necesariamente implique obtener la respuesta buscada o esperada de los prestadores de los servicios (1,6). Además, del aseguramiento el acceso depende de diversas condiciones como la geografía del área donde residen las personas, los medios de transporte, la percepción de la calidad de la atención y de las facilidades u obstáculos para acceder a los servicios (7).

Según el primer informe del observatorio de salud del Instituto Nacional de Salud (INS) “en Colombia para el año 2011 un 71% del total de la población requirió consulta médica al menos una vez al año por algún problema de salud, mientras el 6% requirió hospitalización” (8). Por otra parte la Encuesta Nacional de Calidad

de Vida (ENCV) realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en 2012 indica que el porcentaje de personas que presentaron un problema de salud que no requería hospitalización en los 30 días anteriores a la realización de la encuesta, fue de 10,3%, de estos, cerca del 77% acudieron a una institución prestadora de servicios de la salud o acudió a un médico general o especialista independiente, la mayoría de las personas que no asistieron a un centro de atención médica ni a un médico independiente utilizaron remedios caseros o se auto recetaron (64,3%), mientras que el 22% acudió a un boticario, farmacéuta, droguista, y el 11% no hizo nada ante el problema de salud, lo cual refleja la necesidad de considerar la existencia de barreras culturales al acceso y de conocimiento del sistema a la hora de llevar a cabo políticas que busquen mejorar en este aspecto” (9).

Por otra parte, uno de los determinantes que más afectan el acceso a los servicios de salud es la falta de equidad, la cual es ocasionada por factores económicos, geográficos, étnicos, culturales, sociales, laborales y de regulación (1, 2, 10, 11, 12, 13) . De esta forma, es necesario brindar y garantizar igual acceso y calidad de atención médica, tanto preventiva como curativa, a toda la población. En el encuentro regional denominado: “La toma de decisiones para la equidad en salud” realizado en ciudad de México en junio del 2015, se realizaron afirmaciones derivadas de experiencias y situaciones reales sobre equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales.

Las Contribuciones de este, se enfocaron al logro de sistemas de salud más equitativos y eficientes donde se confirmó la necesidad de integrar sus componentes. Trataron temas para mencionar como los países de América Latina con sistemas públicos de salud financiados por impuestos, además se trató el caso especial de Cuba y del único país de la región con un nivel de carga tributaria similar a países desarrollados: Brasil (14).

En Colombia en el marco de la resolución 0412 de 2000 del Ministerio de Salud y Protección Social (15), los jóvenes de 10 a 19 años, tienen a su disposición sistemas de información y red de servicios que les permite acceder al programa de detección temprana de algunas enfermedades sin costo alguno. A raíz de lo anteriormente descrito, la presente investigación tiene por objetivo describir características geográficas, económicas y organizacionales, relacionadas con la accesibilidad, acceso efectivo a servicios de salud preventiva, en una muestra de jóvenes de 10 a 19 años escolarizados del municipio de Montería.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal con enfoque mixto, con el fin de describir las características geográficas, económicas y organizacionales, relacionadas con la accesibilidad y el acceso efectivo a servicios de salud preventiva, en una muestra de jóvenes de 10 a 19 años escolarizados del municipio de Montería. Se encuestaron 908 hombres y 1086 mujeres de 10 a 19 años escolarizados de diez instituciones educativas públicas urbanas y rurales de la ciudad de Montería en 2017. Para todos los grupos se incluyeron quienes gozaban de total juicio y condiciones psico-sensoriales para responder el cuestionario y se excluyeron quienes tenían limitaciones cognitivas y quienes voluntariamente decidan no participar por limitaciones culturales o religiosas para responder el cuestionario.

La información se recolectó en físico en cada aula de clases con acompañamiento del docente a cargo de cada grupo, en siete instituciones el coordinador de disciplina era la persona que acompañaba a grupo mientras se explicaba y aplicaba el cuestionario.

Se utilizó un cuestionario no validado estructurado por el investigador compuesto de cinco dimensiones, dimensión geográfica, dimensión

económica, dimensión organizacional y dimensión de uso efectivo de servicios de salud para evaluar con cada una de ellas los factores de accesibilidad a servicios de salud preventivos de la población estudio.

Previo a la recolección de la información se diligenció consentimiento por parte de las instituciones objetos de estudio, así como también de los participantes potenciales. Según la resolución 08430 de 1993 (16), la investigación se clasificó como un estudio sin riesgo. La información se digitó en Excel se procesó en SPSS 23 y se presentó en tablas de frecuencias evidenciando el comportamiento de las variables de interés.

RESULTADOS

Los hallazgos de cada dimensión relacionada con la accesibilidad de los jóvenes escolarizados se describen a continuación.

Dimensión socio geográfica.

Zona de residencia: de los 1994 estudiantes el 72,7% (n=1.449) estudiaban en instituciones educativas urbanas y el 27,3% (n= 544) estudiaban en instituciones educativas rurales. Edad y Sexo: 54,46% (n=1086) fueron mujeres y 45,54% hombres. 32,90% (n=656) tenían entre 10 y 13 años, 62,99% (n=1.256) el más alto porcentaje del grupo tenían 14 y 17 años, 3,66% (n=73) tenían entre 18 y 19 años, menos del 1% (n=9) no registraron la edad.

Tabla 1. Edad y sexo de jóvenes escolarizados de 10 instituciones educativas públicas de la ciudad de Montería.

Edad	Hombres		Mujeres		Total	
	N	%	N	%	N	%
10 a 13 años	284	14,24	372	18,66	656	33,90
14 a 17 años	574	28,79	682	34,20	1256	62,99
18 a 19 años	45	2,26	28	1,40	73	3,66
NR	5	0,25	4	0,20	9	0,45
TOTAL	908	45,54	1086	54,46	1994	100,00

Tiempo para llegar desde el hogar hasta la institución de salud: 47,79% (n=953) de los jóvenes encuestados tarda en llegar, desde su casa al centro de atención en salud, menos de 15 minutos, 31,29% (n=624) entre 15 y 30 minutos, 8,53% (n=170) entre media y una hora, el 9,38% (n=187) más de una hora, un 3,01% (n=60) no respondió la pregunta.

Tabla 2. Tiempo de traslado desde el hogar hasta el centro de salud de jóvenes escolarizados de 10 instituciones educativas públicas de la ciudad de Montería

Tiempo de traslado	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Menos de 15 minutos	953	47,79
15 a 30 minutos	624	31,29
Media a una hora	170	8,53
Mas de una hora	187	9,38
No responde	60	3,01
Total	1994	100,00

Tabla 3. Medio de transporte que usan los jóvenes escolarizados de 10 instituciones educativas públicas de la ciudad de Montería

Medio de transporte	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
Motocicleta	1033	47,79
Taxi	370	31,29
Bus urbano	244	8,53
Carro propio	161	
A pie	119	
Bicicleta	49	9,38
No responde	18	3,01
Total	1994	100,00

Medio de transporte: El medio de transporte usado para llegar del hogar al centro de salud más cercano es la motocicleta, 51,81% de los jóvenes (n=1033) la usan, 18,56% (n=370) usan taxi, 12,24% (n=244) bus urbano; 8,07% (n=161) carro propio, 5,97% (n=119) caminando, 2,46% (n=49) usan la bicicleta y 0,90% (18) no respondieron esta pregunta.

Dimensión económica

Aseguramiento en salud: Tener o no afiliación a uno de los regímenes de afiliación en salud determina la posibilidad de acceso a los servicios, se encontró que el 69,76% (n=1391) de los estudiantes no sabía al momento de la encuesta a cuál régimen estaban afiliados, 19,56% (n=390) pertenecían al régimen subsidiado, 9,58% (n=191) al régimen contributivo y 1,1% (n=22) al régimen especial o de excepción.

Tabla 4. Régimen de seguridad social en salud de jóvenes escolarizados de 10 instituciones educativas públicas de la ciudad de Montería.

Régimen de Seguridad social	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa
No sabe	1391	69,76
Subsidiado	390	19,56
Contributivo	191	9,58
Especial	22	1,10
Total	1994	100,00

Costo promedio de transporte: Respecto al costo promedio del servicio de transporte para llegar desde el hogar hasta el centro de salud. 73,51% gasta menos de \$5.000 incluyendo el 33,67% (n=671) que no paga transporte, 8,83 (n=176) paga menos de 2.500 pesos y 31,01% (n=618) paga entre 2.500 y 5.000 pesos.

Dimensión administrativa

Identificación de las instituciones aseguradoras y prestadoras en salud: dentro de los deberes de las aseguradoras en salud está informar a sus afiliados la red de servicios para facilitar el acceso, de esta forma se indagó si los jóvenes conocían el nombre de la institu-

ción prestadora de servicios de salud de baja complejidad o de servicios preventivos donde debían ser atendidos, el 77,81% dijo no saberlo, el 8,07% que la empresa social del estado de baja complejidad del municipio, el 7,72% confunden la empresa aseguradora con la institución prestadora, el 6,4% dijo que la institución prestadora privada, lo que indica que solo el 14,47% tiene claro cuál es la institución que debe atenderlo.

Horarios de atención: Al preguntar a los jóvenes si conocían el horario de atención de las IPS donde recibían atención el 92,53% de los jóvenes dijeron no conocer el horario de atención que les ofrece la IPS, solo un 7,42% aseguró conocerlo.

Dimensión de uso efectivo de servicios de salud

Tiempo promedio de espera para asignación de citas: Este indicador evalúa la gestión administrativa de la entidad dado que esta debe garantizar al usuario un acceso oportuno de acuerdo con sus necesidades, la pertinencia de la atención y la disponibilidad de recursos de la IPS. El 26,04% dijo haber esperado menos de 15 minutos para que le asignaran una cita, el 23,93% esperó por más de 15 minutos, el 19% más de media hora y el 31,01% no respondió esta pregunta.

Otro indicador de oportunidad es el tiempo de espera para ser atendido por el profesional de la salud cuando ya se tiene programada la cita, el 25,84% de los jóvenes esperó menos de 15 minutos, el 19,37% entre 15 minutos y media hora, el 15,5% más de media hora y el 39,29% no respondió esta pregunta. La no respuesta a esa pregunta coincide con los porcentajes de no uso de servicios de atención.

DISCUSIÓN

El análisis de los factores presentes para el acceso a servicios de salud preventivos es cuan-

titativo; dada la transversalidad del estudio, se buscó indagar sobre la presencia de factores que pueden determinar el acceso a servicios de salud preventiva y no a atenciones curativas, se evaluó la presencia de estos en unidades observadas, y se consideró como acceso el haber recibido al menos una atención sin importar si hubo continuidad en ella, pues se trató de personas presumiblemente sanas. Según los autores Aday y Andersen al realizar el análisis del acceso a servicios de salud, planteaban la relevancia de visualizarlo a partir de los individuos con una necesidad de salud que acudirían al sistema, considerando diferencias en la definición de necesidad entre los demandantes de atención y los proveedores del servicio (17).

Las variables analizadas permiten evidenciar que hombres y mujeres sin distinción de nivel socioeconómico y de afiliación en salud tienen condiciones para acceder a servicios de salud preventiva, al igual que lo encontrado en el estudio realizado por Balsa y otros (18) fomentando este tipo de estudios como herramienta de monitoreo y evaluación de políticas de salud en el contexto local, regional o nacional.

Sin embargo, preocupa la falta de información sobre el régimen de afiliación al cual pertenecen pues 69,76% (n=1391) no conocen su régimen de afiliación, contrario a lo reportado en el estudio realizado por Lucumí (19), en un estudio sobre accesibilidad a los servicios de salud en la práctica de citología reciente de cuello uterino en una zona urbana de Colombia donde solo el 0,2% de los participantes no sabían a qué régimen de salud estaban afiliados. Otro hallazgo importante es que solo el 34,70% (n=692) jóvenes dicen usar siempre los servicios de salud ya sea por estar enfermos o por prevención, mientras que el 53,46% (n=1066) dijeron usarlos algunas veces y el 11,84% (n=236) no usarlos nunca, lo cual coincide con el estudio de Diaz-Grajales (20) en un barrio de Cali Colombia donde solo una quinta parte de la población siente la necesidad, expresada y

usa servicios preventivos, mientras que análisis por edad, sexo y tipo de programas muestra frecuencias muy bajas de uso.

El bajo uso de los servicios de salud podría deberse a que existen barreras de acceso para esta población específica, estas son expresión de las dificultades que enfrenta el Estado en el cumplimiento de su obligación, el cual es garantizar el ejercicio efectivo de los derechos. Teniendo en cuenta la deficiente oferta de servicios de salud, acompañada de acciones de información, educación, comunicación y promoción no adecuadas, conlleva a que las necesidades de los adolescentes no se vean reflejadas en la demanda de servicios (21).

Aunque es clara la necesidad de fortalecer y hacer más accesible el sistema de información para facilitar el análisis de tales factores, los resultados evidencian que factores de índole administrativo son más relevantes incluso que los geográficos o económicos. Aunque no se pudo establecer si el nivel educativo es más determinante que el nivel socioeconómico o de afiliación en salud, es clara que la falta de información sobre el funcionamiento del sistema de salud y de los derechos de las personas a los servicios preventivos si determina la accesibilidad a los servicios de salud. Lo anterior, coincide con la revisión sistemática crítica realizada por Tovar-Cuevas et al (22), donde concluye que “además de los aspectos económicos, las principales barreras que enfrenta la población, son el bajo nivel educativo y la falta de información sobre aspectos relacionados con el derecho a la salud”. Aunque la población analizada no es desplazada, si carece de información suficiente que los motive a consultar salvo si está afectada su salud. Lo anterior, se sustenta además con los hallazgos de Muñoz LP et al (23), en un grupo de hipertensos estudiados en Pereira, donde el 70.5% con ingresos mensuales iguales o inferiores al mínimo, sólo el 8% accede a programas de actividad física y participan en clubes de la salud y solo ocurre en los afiliados

al régimen contributivo.

Luego de analizar la situación particular del acceso de los servicios de salud en la población de jóvenes de este estudio, se puede determinar que la accesibilidad al servicio de salud permite mejorar su calidad de vida, donde se debe tener en cuenta particularidades, las cuales exigen atender diferencias individuales que caracterizan a cada individuo con el fin de ajustar actuaciones a las necesidades y demandas específicas. Lo que coincide con lo expresado: en el artículo titulado: "Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales" (24).

CONCLUSIONES

La población total es de 1994 estudiantes, un alto número de esta población estudiaba en instituciones educativas urbanas, en menor proporción en instituciones educativas rurales. En su mayoría la población sujeto de estudio fueron de sexo femenino, el más alto porcentaje del grupo etario tenían edades de 14 y 17 años.

Se logró caracterizar la población de estudio e identificar en ellos que dadas las difíciles condiciones geográficas y económicas no son las principales barreras de acceso a los servicios de salud preventiva, sin embargo, el carecer de información precisa sobre derechos, deberes, y oferta de servicios de salud no fomenta el interés por participar de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

El gasto de bolsillo puede ser otro factor determinante, sin embargo, por el contexto donde se desarrolla el estudio las distancias son cortas y los gastos de baja estimación. De lo anterior, se concluye que las alternativas de solución para mejorar el acceso de jóvenes a servicios de salud preventiva precisan de estrategias de información educación y comunicación por parte de las empresas aseguradoras, prestadoras en

salud y de la articulación para el empoderamiento por parte del sector salud.

RECOMENDACIONES

Los autores recomiendan a los aseguradores y prestadores en salud responsables de la población de estudio, desplegar acciones extramurales que permitan la identificación y caracterización de usuarios incluido el núcleo familiar para la realización de acciones de información, educación y comunicación (IEC) que mejoren el empoderamiento de las personas hacia su salud, con prioridad en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. A las instituciones educativas apoyar acciones de gestión para lograr la articulación y apoyo de acciones de obligatorio cumplimiento por parte de aseguradores y prestadores en salud. A la universidad responsable del estudio, planificar un proyecto de extensión con acciones que permitan crear en las instituciones educativas, escenarios para prácticas formativas de Administradores en Salud como gestores del riesgo en salud desde la comunidad organizada, permitiendo con ello apoyar y articular las acciones de obligatorio cumplimiento de las aseguradoras y prestadores en salud. A la comunidad científica fomentar el desarrollo de estudios analíticos como casos y controles que permitan identificar y cuantificar nivel de riesgo de los factores que determinan el acceso a servicios de salud de grupos etarios específicos objeto de atenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflicto de interés y no haber recibido ningún tipo de patrocinio para llevar a cabo esta investigación.

REFERENCIAS

1. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez JP, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Publica Mex.* 2015;57(2):180-6.

2. Organization WH. Closing the gap : policy into practice on social determinants of health : discussion paper. In Brazil; 2011. p. 24. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44731/9789241502405_eng.pdf
3. Millman M, ed. Access to Health Care in America. Washington, DC: The National Academies Press, 1993.
4. Canadian Oxford Dictionary. Toronto: Oxford University Press; 1998.
5. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: RAE, 2001
6. Colombia. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. Primer informe Observatorio Nacional de Salud; Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011.
7. Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2009;27(2):121–30.
8. Colombia. BANCO DE LA REPUBLICA La salud en Colombia, más cobertura pero menos acceso, Ayala Jhourland., documentos de trabajo sobre economía regional, ISSN1692-3715 año 2014 pagina 4 disponible en http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf
9. Ayala García J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana; No.204 2014.
10. Restrepo-Zea JH, Casas-Bustamante LP, Espinal-Piedrahita JJ. Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Rev Salud Pública*. 2018;20(6):670–6.
11. Ramirez M, Zambrano A, Yepes FJ, Guerra J, Rivera D. Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las encuestas de calidad de vida. Editorial Universidad del Rosario; 2005.
12. Mogollón-Pérez AS, Vázquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica*. 2008;24:745–54.
13. Amador CE, Avendaño A, Caldera K. Emociones de los adolescentes internados en un centro de orientación juvenil. Córdoba--Colombia. *Rev Av en salud*. 2017;37–44.
14. Ferrelli Rita María. equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales encuentro regional “la toma de decisiones para la equidad en salud” México.[internet].2015 Jun [citado 2019;4] Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales>.
15. Colombia. Ministerio de Salud. RESOLUCION 412 DE 2000. Bogotá Min Salud. 2000.
16. Minsalud RN. 8430 DE 1993. Por la cual se Establ las normas científicas, técnicas y Adm para la Investig en salud Minist Salud Colomb. 1993;1–19.
17. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
18. Balsa A, Ferres D, Rossi M. y Triunfo P. Inequidades socioeconómicas en el uso de servicios sanitarios del adulto mayor Montevideoano. *Estudios Económicos Vol.24, núm 1. Enero-Junio del 2019 , pág.35-88.*
19. Lucumí Cuesta Diego Iván, Gómez Gutiérrez Luis Fernando. Accessibility to Healthcare Services in the Recent Cervical Cytology Performed in an Urban Area in Colombia. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2004 Jun [citado 2018 Oct 12] ; 78(3): 367-377. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300006&lng=es
20. Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Aristizábal Grisales J. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estratificados de la ciudad de Cali. RGYPS [Internet].

- 1dic.2011 [citado 12oct.2018];10(21). Available from: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/2594>
21. Comité Regional Andino para la prevención del embarazo en adolescentes. Barreras para el acceso de adolescentes y jóvenes a servicios de salud, innovar soluciones gráficas Ltda. 1ª. Edición, diciembre de 2010, ISBN.978-958-99349-7-5
 22. Tovar Cuevas LM, Arrivillaga Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000_2013: revisión sistemática crítica. Revista Gerenciav y Políticas de Salud [Internet] 2014; 13(27):12.26. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54533007001>
 23. Muñoz LP, Cerezo Correo M, González Robledo M, Paz Delgado A, Realpe Delgado C, Vélez Alvarez, C, Vélez Baena, S, Quintero Alvarez, L. ACCESIBILIDAD A ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE POBLACIÓN HIPERTENSA DE PEREIRA, COLOMBIA 2008. LA MIRADA DEL PACIENTE. Investigaciones Andina Internet. 2009;11 (18):6-21. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239016503002>
 24. Muñoz-Cantero, J.M, Losada-Puente, L. Calidad de vida en adolescentes: Evaluación de necesidades basada en factores personales. ISSN: 2386-7418, 2017, Vol. Extr. No. 11.