

RESUMEN

Salud mental

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA



Salud bucal



INFORME TÉCNICO 11
OBSERVATORIO NACIONAL DE SALUD

Salud sexual y reproductiva



Mortalidad evitable y Morbilidad



Análisis de indicadores



Análisis de política pública



Análisis económico



Síguenos y entérate de todas nuestras noticias en:



@INSColombia



Instituto Nacional de Salud de Colombia



INSColombia



INSColombia



INSaludColombia



La salud es de todos Minsalud

Instituto Nacional de Salud
Observatorio Nacional de Salud

Acceso a servicios de salud en Colombia

JUAN PABLO URIBE RESTREPO
Ministro de Salud y Protección Social

MARTHA LUCÍA OSPINA MARTÍNEZ
Directora General INS

CARLOS ANDRÉS DURÁN CAMACHO
Secretario General

OFICINA DE COMUNICACIONES INS

CARLOS ANDRÉS CASTAÑEDA-ORJUELA
Director Observatorio Nacional de Salud

2019

Carlos Andrés Castañeda-Orjuela
Director Técnico Observatorio
Nacional de Salud

Equipo de trabajo

Karol Cotes-Cantillo,
Diana Díaz Jiménez
Gina Vargas Sandoval
Liliana Hilarión-Gaitán
Salome Valencia
Pablo Chaparro-Narváez
Andrea García Salazar
Lorena Maldonado-Maldonado
Nelson Alvis-Zakzuk
Diana Carolina Giraldo-Mayorga
Kristel Hurtado
Sandra Misnaza
Elkin Vallejo Rodríguez
Adriana Pacheco-Coral
Paula Sosa-Higinio
Silvia Galvis
Rodrigo Ruiz Lurduy
Luz Angela Chocontá-Piraquive
Luz Stella Cantor
Diana Santana
Aldo Iván Parra-Sanchez
Juan Camilo Acosta

Equipo de apoyo

Alexander Mestre
José Silverio Rojas Vásquez
Karen Daniela Daza Vargas
Paola Beleño Salas
Gimena Leiton Arteaga

Claudia Clavijo Arboleda
Diagramación y Diseño

ISSN: 2346-3325

Para citar: Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud, Acceso a servicios de salud en Colombia; Resumen Décimo primer Informe Técnico (Pag.). Bogotá, D.C., 2019.

Todos los derechos reservados. El Observatorio Nacional de Salud (ONS) autoriza la reproducción y difusión del material contenido en esta publicación para fines educativos y otros fines NO comerciales, sin previa autorización escrita de los titulares del/ los titulares de los derechos de autor, especificando claramente la fuente. El Observatorio Nacional de Salud prohíbe la reproducción del material contenido en esta publicación para venta, reventa u otros fines comerciales, sin previa autorización escrita del/los titulares de los derechos de autor. Estas solicitudes deben dirigirse al Observatorio Nacional de Salud-ONS, Avenida calle 26 No.51-20, bloque B oficina 208 o al correo electrónico ons@ins.gov.co.

Todos los derechos reservados ©
Colombia, Noviembre de 2019
ONS © 2019



Resumen Ejecutivo Informe

11 Observatorio Nacional de Salud

Acceso a los servicios de Salud en Colombia

El acceso a los servicios de salud en Colombia es un aspecto fundamental en la agenda del sector salud y para la población general. En el día a día de cada ciudadano está presente el tema de su salud y su bienestar y, en particular, el acceso a los servicios de salud como una de las formas de mantener la salud o, por lo menos, de evitar la enfermedad y sus consecuencias. Sin embargo, no existe una única noción del concepto de acceso ni de cómo analizarlo o medirlo. Esto implica un gran desafío en términos de su análisis. A los esfuerzos ya existentes para comprender el estado del acceso a los servicios de salud en Colombia se sumó el Observatorio Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud en su undécimo informe técnico especial.



En el día a día de cada ciudadano está presente el tema de su salud y su bienestar y, en particular, el acceso a los servicios de salud como una de las formas de mantener la salud o, por lo menos, de evitar la enfermedad y sus consecuencias.

Con una noción de acceso basada en el uso real y efectivo de los servicios de salud, explicado por los elementos del acceso potencial en relación con el sistema de salud y las características del individuo, y con la idea de territorio como un determinante fundamental de la salud y sus desigualdades, se construyó un índice municipal de acceso a los servicios de salud en Colombia que se estudió en relación con la ocurrencia de eventos de mortalidad evitable y morbilidad asociada a los servicios de salud. Esto permitió una aproximación a un panorama general del acceso efectivo a los servicios de salud en el país y sus consecuencias en salud.

Análisis desde distintas perspectivas enfocados en los tipos de servicios de relevancia para el país se incluyeron en este informe. El acceso a los servicios de salud mental para algunos trastornos mentales y el suicidio en comunidades étnicas, la salud bucal, y la salud sexual y

reproductiva, aportan a la comprensión del panorama del acceso a servicios de salud en Colombia, no solo con la revisión de indicadores de resultado, sino con el análisis de las políticas públicas relacionadas con la intervención de dichos eventos.

Un estudio exploratorio del proceso de implementación de la Política Integral de Salud (PAIS) con énfasis en la conformación de las Redes Integrales de Prestación de los Servicios de Salud (RIPSS) y de las políticas de salud bucal, salud mental y salud sexual y reproductiva, en relación con el acceso a este tipo de servicios, también forma parte del informe. Adicionalmente se realizó un análisis de las tutelas, desde una mirada de las dimensiones de acceso contempladas en este informe, como una forma de aproximarse a los resultados de la implementación de las políticas.

ESTOS RESULTADOS PERMITEN BRINDAR ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA AVANZAR EN LA GARANTÍA DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD COMO PARTE IMPORTANTE DE LA GARANTÍA DEL DERECHO A LA SALUD. EXISTEN MÚLTIPLES RETOS TANTO ANALÍTICOS COMO EN LAS ACCIONES DE LOS ACTORES DE SALUD, PARA MEJORAR EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN CONDICIONES DE EQUIDAD EN EL PAÍS.

Modelo de acceso a los servicios de salud

El Capítulo 2 presenta en detalle el modelo comportamental de Aday y Andersen, a partir del cual se hizo la aproximación empírica al sistema de salud colombiano para la evaluación del acceso potencial y real a los servicios de salud y su correlación con resultados diferenciales en enfermedad y muerte. Este modelo concibe dos grandes dimensiones del acceso. La primera es el acceso potencial que contiene las características del sistema de salud y las características predisponentes y capacitantes de los individuos y su entorno y la necesidad, tanto subjetiva como evaluada. La segunda dimensión es la de acceso real, que incluye medidas del uso objetivo de los servicios de salud, según su tipo, propósito y lugar y la satisfacción de los usuarios.

Las sucesivas revisiones de este modelo han resultado en la incorporación de aspectos adicionales como el acceso efectivo y eficiente de los servicios referidos a la mejora del estado de salud tanto objetivo como subjetivo de los individuos, en relación con el uso de los servicios. Un énfasis en la importancia de las políticas públicas y de las condiciones del contexto para el estudio de los factores que facilitan o limitan el acceso real a los servicios de salud, también han hecho parte de estas revisiones. Estos aspectos, sumados a las discusiones relacionadas con el tema de la equidad y la necesidad de adaptaciones que dialoguen con la complejidad de la organización del sistema de salud en Colombia, y se tuvieron en cuenta en los distintos análisis de este informe.

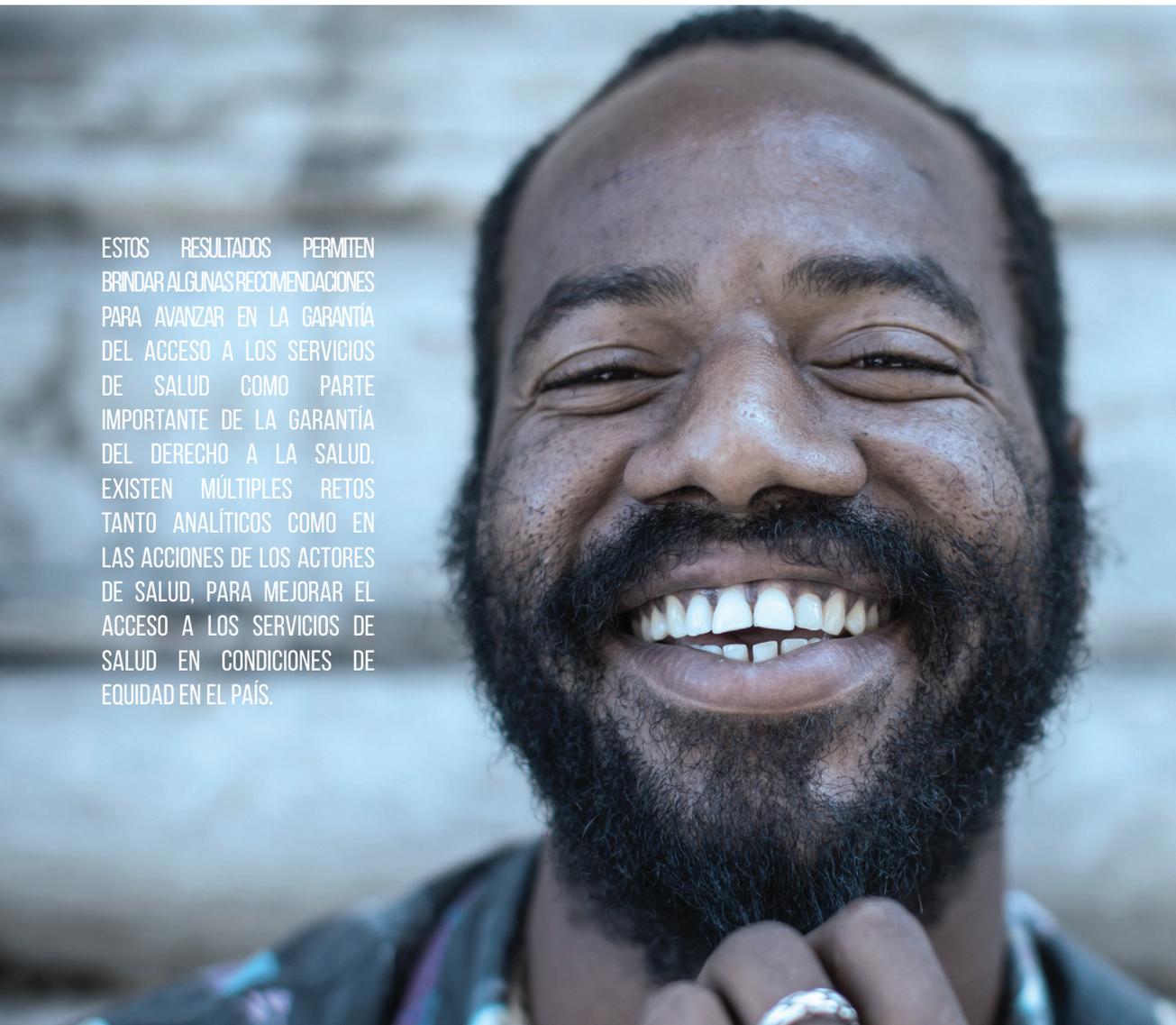
A POTENCIAL

C

E

S

O REAL



Índice de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia

A partir de información ecológica a nivel municipal, y con base en las dimensiones del modelo conceptual seleccionado, el Capítulo 3 presenta la construcción y resultados de Índice de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia, calculado por la metodología de análisis de componentes principales. A pesar de las limitaciones estadísticas se definieron dos índices, uno de acceso potencial (IAPSS) y otro real (IARSS), cada uno con tres componentes. Se identificaron y clasificaron los municipios de Colombia según estos índices, identificado un patrón centro periferia, con municipios de mejor acceso en la zona central del país. Un análisis de regresión lineal permitió estimar los coeficientes de correlación entre los componentes del IAPSS y el IARSS, evidenciando una correlación significativa entre el IARSS y los tres componentes del IAPSS, siendo el componente de oferta, que se basa en indicadores de densidad de camas, profesionales de medicina y enfermería por 10.000 habitantes y régimen de afiliación al SGSSS, el que mejor explica la variación en el índice de acceso real.



Acceso a los servicios de salud mental

El Capítulo 4 se aproxima al acceso a los servicios de salud mental. Se identificaron aquellos factores asociados con el acceso a los servicios de salud mental (SM) presentes en la formulación y complementación de las políticas públicas relacionadas con este aspecto. La revisión de literatura científica y de lineamientos normativos nacionales e internacionales permitió esta identificación, que posteriormente, desde una perspectiva crítica, se agruparon en avances y desafíos para garantizar el acceso a los servicios de SM en Colombia. Se encontró que la formulación de las políticas públicas evidencia una transformación sistemática en la atención en SM, pasando de priorizar las intervenciones individuales y hospitalarias, a un mayor interés de la SM como asunto de salud pública, desde una perspectiva de atención comunitaria, atendiendo a estrategias de prevención y promoción. Sin embargo, las políticas diseñadas bajo esta aproximación comunitaria no han podido superar barreras de orden operativo que impiden o dificultan el acceso a los servicios de SM. Estas barreras se relacionan en su mayoría con características del sistema, como la oferta de servicios y la capacidad de talento humano, pero también con factores predisponentes como el aseguramiento y el contexto cultural.

Se llevó a cabo un análisis de desigualdades en el acceso a los servicios de salud mental en población adulta y adolescente con trastornos depresivos, ansiosos y conducta suicida a partir de fuentes secundarias integrando tres bloques teóricos del modelo de Aday y Andersen (necesidades, capacidad instalada y utilización de servicios). Se evidenciaron altas brechas terapéuticas a nivel nacional y regional, así como un incremento progresivo de la frecuencia de derivación a servicios específicos de SM, conforme aumenta la categoría del IAPSS. Los adolescentes presentan mayor derivación a servicios de SM en comparación con los adultos. No se observaron diferencias por sexo, área de residencia o tipo de régimen de afiliación.

El estudio de caso sobre el suicidio en comunidades indígenas del Vaupés y el acceso a los servicios de salud mental, de tipo exploratorio e interpretativo, se realizó bajo un método cualitativo de investigación, que orientó la sistematización, análisis e interpretación de la información obtenida a partir de fuentes primarias y secundarias. Entre los principales hallazgos frente a las causas del suicidio en esta población, se encuentran factores de orden estructural, familiar-comunitario e individual, además de una importante referencia a explicaciones de orden espiritual frente al fenómeno, propias de marcos culturales de comprensión del mundo particulares. Este último elemento es fundamental como característica predisponente del acceso a los servicios de salud mental, pues la cosmovisión media tanto en el reconocimiento de un problema o trastorno mental como en la decisión de buscar la atención desde la medicina occidental. Por otra parte, se identificó que el acceso geográfico limita la disposición de la red de prestación de servicios, siendo necesario que las personas deban trasladarse

hasta la capital del departamento para acceder a la atención por psicología. En el departamento se han hecho esfuerzos por garantizar los tratamientos correspondientes en términos de asumir los costos de traslado y permanencia de los pacientes, y avanzar en la problematización de la necesidad de operativizar el enfoque diferencial étnico para garantizar la atención de la salud mental de la población indígena con pertinencia cultural.

NECESIDADES

CAPACIDAD INSTALADA

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS



Acceso a los servicios de salud bucal

El Capítulo 5 presenta un análisis descriptivo mixto sobre el acceso a servicios preventivos de Salud Bucal (SB) en Colombia, a partir del contenido de políticas públicas e indicadores de acceso obtenidos de fuentes secundarias oficiales durante el periodo 2013–2018. A nivel de política pública se constató un avance significativo en el reconocimiento de la prevención en SB como un asunto de interés para la salud pública nacional, la incorporación al plan de beneficios de un paquete amplio de servicios preventivos y la formulación de estrategias adicionales para garantizar un mayor acceso a estos servicios, esto, por el alto impacto que pueden tener en el logro de mejores resultados de SB en toda la población. Sin embargo, los cálculos de acceso real a los servicios preventivos de SB para los últimos cinco años evidenciaron que las coberturas poblacionales no superan el 20% en ninguna etapa del ciclo de vida. Si bien, las políticas nacionales no establecen un punto de referencia para valorar si la cobertura poblacional efectiva reportada de servicios preventivos de SB es óptima, tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como el Ministerio de Salud y Protección Social, han coincidido en que en Colombia hay una baja utilización de los servicios preventivos y que, a pesar del incremento en la prestación, las coberturas aún no alcanzan valores útiles para generar el impacto deseado.



Los cálculos de acceso real a los servicios preventivos de SB para los últimos cinco años evidenciaron que las coberturas poblacionales no superan el 20% en ninguna etapa del ciclo de vida



Acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva

El Capítulo 6 presenta un análisis de desigualdades por acceso de indicadores en salud sexual y reproductiva. Un estudio sobre los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo en Colombia a partir de encuestas poblacionales encontró que el acceso a estos servicios ha mostrado un incremento entre 2010-2015 y está mediado por el aseguramiento al SGSSS. Otros factores relacionados con el acceso a estos controles fueron el nivel educativo de las madres, su localización en ciudades, y que los menores tuvieran menos del año de vida.

El gasto de bolsillo (GB) es una barrera importante para el acceso a los servicios de salud, incluyendo la atención a la gestante, por tanto, es un factor relevante dentro de la investigación encaminada al mejoramiento de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la población. Se describieron los GB y costos indirectos de gestantes de cualquier edad que asistieron a su control prenatal en la consulta externa de una IPS de Cartagena, provenientes de esta ciudad y municipios circunvecinos. Los resultados de este estudio mostraron que, a pesar del aseguramiento al sistema de salud colombiano, asistir a un control prenatal puede desencadenar gastos de bolsillo a las gestantes y sus familiares de \$71.736 (intervalo de confianza - IC 95%, \$53.400-92.715).

Un estudio de caso cualitativo en mujeres migrantes irregulares en la ciudad de Cúcuta encontró que el estatus migratorio, el sexo, la discriminación y la disposición de la oferta son factores determinantes para el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y, en consecuencia, para la ocurrencia de desenlaces favorables en salud para esta población.

El gasto de bolsillo (GB) es una barrera importante para el acceso a los servicios de salud, incluyendo la atención a la gestante, por tanto, es un factor relevante dentro de la investigación encaminada al mejoramiento de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de la población.



Mortalidad evitable y morbilidad asociada a los servicios de salud

Para el análisis de la muerte evitable atribuible a los sistemas de salud y la morbilidad sujeta a la potencial intervención por los servicios de salud, se utilizó la lista de Nolte y McKee, con información de defunciones, nacidos vivos y proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística, así como la información de morbilidad del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila). Los resultados de este análisis se presentan en el Capítulo 7. Los municipios se organizaron de menor a mayor índice de acceso a los servicios de salud (IAPSS e IARSS), y se agruparon por quintiles con base en la población. Se estimaron tasas promedio de mortalidad y notificación anual, según sexo, para el periodo 2013-2017, ajustadas por edad por el método directo; porcentajes de control prenatal (CPN), partos hospitalarios y bajo peso al nacer (BPN) por quintil. Las desigualdades se valoraron con el cálculo de brechas relativas mediante la estimación de la razón entre el quintil de menor acceso en comparación con el de mayor.

En el periodo 1998-2017 del total de defunciones ocurridas en Colombia, el 18,6% fueron muertes evitables atribuibles al sistema de salud. La disminución de la tasa de mortalidad evitable por los servicios de salud, entre el inicio y fin de periodo, fue de 28,6%, al pasar de 111,8 en 1998 a 79,8 por 100.000 en 2017.

Se evidenciaron brechas en contra de municipios con menor acceso a los servicios de salud para mortalidad evitable en eventos inmunoprevenibles (enfermedad diarreica aguda, tosferina y tétanos), enfermedades cardiovasculares, epilepsia, enfermedad respiratoria crónica, diabetes mellitus, mortalidad infantil y materna. En morbilidad las brechas se presentaron para enfermedades transmitidas por vectores; y en eventos de salud sexual y reproductiva (SSR) como embarazo adolescente, morbilidad materna extrema, bajo peso al nacer y sífilis congénita y gestacional. Gradientes inversos se encontraron en mortalidad evitable para neoplasias, anomalías cardíacas congénitas y algunas enfermedades digestivas, así como en morbilidad para tuberculosis, malaria complicada, cobertura de CPN y partos hospitalarios.

EN EL PERIODO 1998-2017 DEL TOTAL DE DEFUNCIONES OCURRIDAS EN COLOMBIA, EL 18,6% FUERON MUERTES EVITABLES ATRIBUIBLES AL SISTEMA DE SALUD.



Las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud y las tutelas en la garantía del derecho a la salud

El Capítulo 8 presenta el análisis de la PAIS que tuvo como objetivo contribuir a la comprensión de los avances y dificultades en la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS). Se realizó un estudio de caso descriptivo exploratorio, de las RIPSS implementadas por las cuatro Sub-Redes en Bogotá. El estudio permitió conocer la formulación de las RIPSS desde fuentes de información documental y explorar las experiencias de los funcionarios en su operación, por medio de entrevistas semiestructuradas. Se encontró que la implementación de las RIPSS en Bogotá ha sido progresiva, irregular y poco estandarizada. Cada una de las Sub-Redes ha hecho una apropiación particular de los lineamientos según sus capacidades y recursos. La política pública se enmarca en un modelo de salud basado en la oferta y la demanda de servicios, el Sistema está dirigido hacia el tratamiento y cura de los padecimientos más que a la prevención y el cuidado de la salud, condicionando el equilibrio financiero a la atención de la enfermedad. Pese a ello, la implementación de las RIPSS en Bogotá ha mejorado el trayecto del usuario entre los diferentes componentes y niveles de atención, ha fortalecido la Atención Primaria y ha permitido la Integralidad del Portafolio de Servicios, sobre todo, en especialidades como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia. Es evidente el avance en la garantía del derecho a la salud, principalmente en términos de Accesibilidad e Integralidad.

También se analizó el comportamiento del uso de la acción de tutela para salvaguardar el acceso al derecho de la salud en Colombia en el período 2015–2018, a partir de las categorías de análisis del modelo conceptual de referencia. Se encontró que la tutela es un mecanismo jurídico eficaz para garantizar la accesibilidad al derecho fundamental a la salud. En promedio, para el periodo de análisis, el 84% de las tutelas fueron concedidas en primera instancia. Por cada tutela hay una prestación defectiva de cerca de 2000 atenciones y servicios de salud. Los ciudadanos confían cada vez más ella, en 2018 cada 2,5 minutos se interpuso una tutela por violación al derecho a la salud. Sin embargo, la tutela no es un mecanismo de fácil acceso para todos los ciudadanos. La Defensoría del Pueblo señala que los municipios con cero tutelas están ubicados en zonas dispersas en las que se carece o se desconoce el derecho a la salud y en donde existen mayores dificultades para acceder a la justicia y reclamar su derecho.

Revisión sistemática del gasto de bolsillo en Colombia

El Capítulo 9 revisó sistemáticamente la literatura científica publicada en Colombia sobre los GB en salud. Las búsquedas fueron realizadas en PubMed, Scopus y Scielo y arrojaron 44 artículos, de los cuales 17 fueron incluidos. En algunos, se observó que entre 1993-2011, el GB promedio fue del 18% del gasto total en salud y del 1,1% del Producto Interno Bruto. En otros, se evidenció que situaciones como el empleo informal, tener personas en el hogar en edades extremas o miembros en condición de discapacidad, estar ubicado en zona rural o familias donde el jefe del hogar es una mujer, una persona mayor de 60 años o de baja escolaridad, hacía que los hogares fueran más vulnerables e incurrieran en GB. En cuanto al régimen de afiliación, se apreciaron diferencias notables en acceso y uso de servicios a favor de quienes pertenecen al régimen subsidiado frente a los no asegurados, quienes presentaron la frecuencia de utilización más baja y los GB más altos en algunos estudios revisados. Los estudios que categorizaron los GB por nivel de ingresos encontraron GB proporcionalmente mayores en la población más pobre perteneciente al primer quintil de ingresos, o al estrato socioeconómico más bajo.

Las implicaciones de estos resultados

El informe también presenta una serie de discusiones sobre los principales hallazgos y las limitaciones de estos en el Capítulo 10, así como una serie de recomendaciones en basadas en los resultados en el Capítulo 11. El Capítulo 12 presenta en detalle los diseños metodológicos implementados a lo largo de las diferentes secciones del informe, que garantiza la replicabilidad de los análisis realizados.

NOTA: ESTE ES UN RESUMEN EJECUTIVO. CONSULTE MÁS DETALLES, TODAS LAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y LA DESCRIPCIÓN METODOLÓGICA EN EL INFORME COMPLETO. ENCUÉNTRELO EN WWW.INS.GOV.CO

