

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



Nota: Documento sujeto a ajustes editoriales

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 Rodríguez
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; 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

TABLA DE CONTENIDO

01 Introducción

02 Elementos conceptuales para el análisis del acceso a servicios de salud en Colombia Andersen

- 2.1. Recuadro descriptivo del modelo de salud
- 2.2. Recuadro Revisión sistemática acceso

03 Índice de Acceso a los Servicios de Salud

- 3.1. Resultados de Índice de Acceso a los Servicios de Salud (IASS) en Colombia
- 3.2. Acceso real a los servicios de salud en función del acceso potencial

04 Acceso a los servicios de salud mental en la población colombiana

- 4.1. El panorama de la salud mental en las políticas públicas en Colombia
- 4.2. Análisis de indicadores de salud mental y acceso a los servicios de salud mental en Colombia
- 4.3. Estudio de caso: suicidio en comunidades indígenas de Vaupés, una aproximación desde el acceso a los servicios de salud mental

05 Avances y retos en el acceso a servicios preventivos de salud bucal en Colombia

06 Salud sexual y reproductiva y acceso a los servicios de salud

- 6.1. Relación entre acceso a servicios de salud y Salud Sexual y Reproductiva
- 6.2. Aproximación al análisis del acceso a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo en Colombia
- 6.3. Aquellos gastos que no tiene en cuenta el sistema: gastos de bolsillo asociado a controles prenatales en Cartagena
- 6.4. Acceso a métodos anticonceptivos: un reto para las mujeres migrantes desde Venezuela en Cúcuta

07 Mortalidad evitable y morbilidad asociada al acceso a los servicios de salud

- 7.1. Mortalidad evitable
 - 7.1.1. La mortalidad evitable por los servicios de salud en Colombia y su relación con el índice de acceso a servicios de salud

- 7.1.2. Mortalidad evitable debida a enfermedades cardiovasculares
- 7.1.3. Cáncer y su relación con acceso a los servicios de salud
- 7.1.4. Diabetes mellitus, un desafío para el acceso a servicios de salud
- 7.1.5. Mortalidad evitable debida a enfermedad respiratoria crónica
- 7.1.6. Enfermedad renal crónica, una enemiga silenciosa
- 7.1.7. Mortalidad evitable por enfermedades digestivas y acceso potencial a los servicios de salud
- 7.1.8. Enfermedades inmunoprevenibles y la relación con el índice de acceso a los servicios de salud
- 7.1.9. Desigualdades de la mortalidad por tuberculosis y su relación con el acceso a los servicios de salud
- 7.1.10. Mortalidad neonatal e infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud
- 7.1.11. Mortalidad evitable debida a efectos adversos del tratamiento médico
- 7.1.12. Mortalidad evitable debida a epilepsia
- 7.2. Morbilidad asociada a los servicios de salud
 - 7.2.1. Las brechas en el acceso a servicios de salud de las enfermedades transmitidas por vectores
 - 7.2.2. Tuberculosis, un problema de salud pública del que aún queda mucho por resolver
 - 7.2.3. Letalidad por cáncer infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud

08 Acceso y garantía de los servicios de salud en la política pública

- 8.1. Anotaciones del Acceso a la Salud desde las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud
- 8.2. Las tutelas: ¿puerta de entrada al acceso real de los servicios de salud?

09 Gasto de bolsillo en Colombia: una revisión de la literatura

10 Discusión

11 Recomendaciones

12 Metodología

12.1. Metodología Introducción

12.2. Metodología Modelo Conceptual de Acceso a los servicios de salud

12.3. Metodología Índice de Acceso a los servicios de salud

12.3.1. Metodología para la construcción de un índice de acceso a servicios de salud a nivel municipal

12.3.2. Métodos del análisis de acceso real a los servicios de salud en función del acceso potencial

12.4. Metodología acceso Salud Mental

12.4.1. Metodología para el panorama de la salud mental en las políticas públicas de Colombia

12.4.2. Metodología del análisis de indicadores en salud mental y acceso a los servicios de salud mental en Colombia

12.4.3. Estudio de caso: suicidio en comunidades indígenas de Vaupés, una aproximación desde el acceso a los servicios de salud mental

12.5. Metodología del análisis de acceso a servicios preventivos de salud bucal en Colombia

12.6. Metodología acceso Salud Sexual y Reproductiva

12.6.1. Metodología desigualdades en acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva

12.6.2. El estudio multimétodo para medir el acceso a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo

12.6.3. Cómo medir económicamente los gastos asociados a los controles prenatales en Cartagena de Indias, Colombia, 2018

12.6.4. Análisis de los componentes de la oferta en métodos anticonceptivos para las mujeres migrantes irregulares en la ciudad de Cúcuta

12.7. Estimación de indicadores de salud y su relación con el índice de acceso

12.8. Metodología acceso y garantía de los servicios de salud en la política pública

12.8.1. Parámetros Metodológicos Para el Análisis del Acceso a la Salud desde las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud

12.8.2. Metodología de Las tutelas: ¿puerta de entrada al acceso real de los servicios de salud?

12.9. Métodos: revisión sistemática de la literatura de los estudios de gastos de bolsillo en salud en Colombia

CAPÍTULO 1 Introducción

“Seis niños han muerto en Istmina, Chocó, durante 2019 por falta de acceso a la salud”, fue una reciente nota de prensa (24 de octubre de 2019, El Espectador), que hace referencia a la denuncia de una Organización No Gubernamental (ONG), por la muerte de niños en el Chocó por enfermedades “curables” debidas a la falta de acceso a los servicios de salud asociada a situaciones de confinamiento y desplazamiento en medio de enfrentamientos armados. Otra nota similar *“Niños indígenas en Chocó mueren por enfermedades curables”* (12 de septiembre de 2018, El Espectador) señalaba que cuatro niños pertenecientes a una comunidad del pueblo wounaan, ubicada en el área rural del municipio Litoral del San Juan (Chocó), murieron en el mes de agosto de 2018 por causas similares, mientras otros tantos se encontraban en riesgo de sufrir la misma suerte por falta de acceso a los servicios de salud. 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 lo que está detrás de la complejidad de su comprensión.



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

Es precisamente en este contexto y son aspectos como los mencionados, los que están relacionados con el acceso a los servicios de salud y a los que a este informe pretendió aproximarse. El tema del acceso a los servicios de salud es de vital importancia para el bienestar de la población y la disminución de las inequidades sociales. En el contexto global, la apuesta por *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”* que es el objetivo 3 de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), incluye como una de sus metas *“Lograr la cobertura sanitaria universal,*

*Karol Cotes-Cantillo, Carlos
Castañeda-Orjuela*

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” (1), que es la esencia para alcanzar el objetivo en su totalidad, así como las metas relacionadas con la salud de los demás ODS.

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; sistema de información preciso para la toma de decisiones; y financiamiento con protección contra los riesgos financieros (2). El más reciente informe de seguimiento sobre la CUS, realizado por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, advierte que al menos la mitad de la población del planeta sigue careciendo de acceso a los servicios de salud esenciales. Además, unos 800 millones de personas gastan en atención sanitaria más del 10% de su presupuesto familiar, y casi 100 millones se ven sumidas, cada año, en condiciones de extrema pobreza por causa de desembolsos sanitarios directos (3).

Este mismo informe señala que en la actualidad se requiere un decidido compromiso con la salud, entendida como un derecho humano del que todos deben disfrutar, antes que como el privilegio de un “puñado de ricos”, situación que los autores califican como “inaceptable” (3). El sistemático aumento de las desigualdades en algunos países, la creciente concentración de la riqueza, además de una idea de desarrollo que impacta el medio ambiente y la salud pública hace cada vez más necesaria la búsqueda del acceso y la CUS (4).

En Colombia, no obstante, los debates y reflexiones legítimas y necesarias que persisten sobre el modelo de salud, se ha avanzado en la formulación e implementación de directrices de política pública de distintos órdenes que se orientan a garantizar el derecho, ahora fundamental, a la salud, donde el acceso a servicios de salud es una dimensión central. La Ley 1751 de 2015, conocida como Ley Estatutaria del Derecho a la Salud, que consagra el derecho a la salud como un derecho fundamental, garantiza su prestación, lo regula y establece sus mecanismos de protección y brinda mayor claridad sobre las características del acceso a los servicios, señalando que deben ser integrales, iguales para todos y sin barreras administrativas. El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la reciente Política de Atención Integral en Salud (PAIS), que se operacionaliza a través del Modelo Integral de Atención Territorial (MAITE), el cual recoge e incorpora los desarrollados del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), elabora varias Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) y se fundamenta en la Atención Primaria en Salud (APS), así como otras políticas del sector, se orientan en avanzar en la garantía de este derecho, donde el acceso a los servicios de salud es un aspecto fundamental.

ESTE MISMO INFORME SEÑALA QUE EN LA ACTUALIDAD SE REQUIERE UN DECIDIDO COMPROMISO CON LA SALUD, ENTENDIDA COMO UN DERECHO HUMANO DEL QUE TODOS DEBEN DISFRUTAR, ANTES QUE COMO EL PRIVILEGIO DE UN “PUÑADO DE RICOS”, SITUACIÓN QUE LOS AUTORES CALIFICAN COMO “INACEPTABLE” (3)





Indicadores de acceso y calidad de los servicios como la mortalidad infantil y la mortalidad materna han mostrado mejorías en los niveles nacionales promedio. No obstante, estos avances, noticias como las presentadas al inicio de esta sección, revelan diversas problemáticas del sector salud y evidencian las profundas inequidades en salud

Adicional a esto, la cobertura del aseguramiento en el país alcanza en la actualidad un 95,23% (5) que incluye un único plan de beneficios que comprende un gran espectro de tecnologías y un sistema de financiación complementario para aquellas no gestionadas a través de este mecanismo (6). Indicadores de acceso y calidad de los servicios como la mortalidad infantil y la mortalidad materna han mostrado mejorías en los niveles nacionales promedio. No obstante, estos avances, noticias como las presentadas al inicio de esta sección, revelan diversas problemáticas del sector salud y evidencian las profundas inequidades en salud. Muchas de estas problemáticas, que están relacionadas directamente con el acceso a los servicios de salud, son desde hace algunos años, casi cotidianas. La liquidación de Empresas Promotoras de los Servicios (EPS), las denuncias de robo de los recursos del sector, las millonarias deudas de las EPS a sus proveedores, la crisis financiera de los hospitales públicos, el gran número de tutelas que reclamen la garantía del derecho fundamental a la salud, las quejas constantes de los usuarios por los engorrosos trámites administrativos, la negación de servicios, dejan la sensación de un oscuro panorama de los servicios de salud, a pesar de los esfuerzos, no solo desde el nivel nacional, sino también desde los niveles locales. Por tanto, la generación de evidencia en esta materia se constituye en un desafío necesario que permite reconocer los aciertos y dificultades de las intervenciones y dar elementos para la discusión sobre las acciones necesarias para avanzar en la garantía del acceso efectivo y equitativo a los servicios de salud en el país.

Este conjunto de preocupaciones expresa dimensiones del acceso a los servicios de salud y son de interés transcendental tanto para la ciudadanía en general, como para los hacedores y ejecutores de políticas públicas. A pesar de las contribuciones de diversos estudios sobre el acceso a los servicios de salud en Colombia, que se han constituido evidencia de relevancia sobre esta materia, son escasos los trabajos de alcance nacional que analicen la relación entre diversos factores

del contexto, las políticas, las características de los servicios de salud y los individuos, su influencia en el uso de los servicios de salud, cuando y donde se necesiten, y sus resultados. La complejidad que plantea el tema, las limitaciones en relación con la información requerida, así como la misma realidad y las expectativas ciudadanas al respecto, implican un enorme reto para el análisis del acceso a los servicios de salud en el país. Este fue el desafío que en este undécimo informe asumió el Observatorio Nacional de Salud (ONS) del Instituto Nacional de Salud.

Centrado en una mirada nacional, con el territorio como eje central, a través de la construcción de dos tipos de índices de acceso; la estimación de la mortalidad evitable por los servicios de salud, como indicador de acceso efectivo a los servicios de salud; la definición de unos temas de interés, para la realización de análisis especiales; y el análisis de la PAIS, enfocada en el proceso de implementación de las Redes Integrales de los Servicios de Salud (RIPSS), este informe brinda un panorama general sobre el estado del acceso a los servicios de salud en Colombia. Muchos temas no se abordaron por diferentes motivos, varias preguntas quedaron sin resolver y algunas otras surgieron de los análisis, pero la contribución se encuentra en sintonía con los propósitos de la agenda del sector. Este informe brinda, con el compromiso ético y la rigurosidad que caracteriza los informes del ONS, elementos para el debate democrático y aporta conocimiento para los desarrollos de política pública.

El informe está organizado de la siguiente manera: en el segundo capítulo presenta de forma detalla del modelo conceptual que orientó la realización de los análisis (modelo comportamental de Aday, Andersen y colegas), se discuten sus aportes, sus limitaciones y vacíos. En el tercer capítulo se presenta la construcción del índice de acceso a nivel municipal en sus dimensiones de acceso potencial y real. Estos índices se constituyen en un aporte novedoso para una mirada nacional territorial de acceso a los servicios de salud y sus diferenciales. Los capítulos cuarto a sexto presentan el análisis temático de acceso para los servicios de salud bucal, salud mental y salud sexual y reproductiva, a partir de los marcos normativos y el análisis de desigualdades en el acceso. El séptimo capítulo relaciona el índice de acceso con la mortalidad evitable atribuible a los servicios de salud, según la lista de Nolte y McKee, así como eventos de morbilidad, potencialmente de intervención por parte de los servicios de salud. El octavo capítulo se aproxima a la implementación de las RIPSS desde la experiencia del distrito de Bogotá y en el marco del la PAIS. También se analizó el uso de las tutelas como mecanismo de exigencia de la garantía del derecho fundamental a la salud. El noveno capítulo presenta una revisión sistemática de los análisis de gastos de bolsillo en Colombia. El décimo capítulo presenta la discusión, como un aporte adicional a la reflexión, que plantea las posibles explicaciones de los principales resultados a la luz de los elementos esbozados en el modelo conceptual y del funcionamiento del sistema de salud colombiano. Se proponen unas recomendaciones generales en concordancia con los resultados que destaca el informe en el capítulo undécimo. Finalmente, el último capítulo dispone, en detalle, los diferentes métodos implementados en el informe.

Referencias

1. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenibles [Internet]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
2. Abihiro GA, De Allegri M. Universal health coverage from multiple perspectives: A synthesis of conceptual literature and global debates. BMC Int Health Hum Rights [Internet]. 2015;15(1):1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12914-015-0056-9>
3. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017 [Internet]. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata, Informe de la Comisión de Alto Nivel. 2019. 126 p.
5. Ministerio de Salud y protección Social. Cifras de aseguramiento en salud [Internet]. 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
6. Departamento Nacional de Planeación (DNP). Presidente de la República Iván Duque Márquez Vicepresidente de la República Equipo coordinador general del Plan Nacional de Desarrollo Asesores y colaboradores de las subdirecciones generales Pacto por Colombia, pacto por la equidad. 2018.



CAPÍTULO 2

Elementos conceptuales para el análisis del acceso a servicios de salud en Colombia

Como un concepto que permanece “oscuro y nebuloso” para diversos actores del sector salud y para la población general, afirmaron, Racher y Robinson (1), en referencia al acceso a los servicios de salud. La aproximación a este concepto en el marco de la elaboración de este informe, confirma la vigencia de esta afirmación. Aunque de manera intuitiva las personas, en general, pueden dar una noción de lo que entienden por acceso a los servicios de salud o, de manera más amplia, por acceso a la salud y se encuentren en esas definiciones algunos elementos comunes, como lo señalan algunos estudios (2), lo cierto es que se trata de una noción compleja, como lo demuestran los diversos esquemas conceptuales propuestos, la falta de consenso sobre las dimensiones relacionadas con el concepto, así como con sus determinantes (3). Las transformaciones de los sistemas de salud también han generado la necesidad de añadir nuevos elementos a las conceptualizaciones, que implica a su vez como nuevos desafíos para el análisis.



Las transformaciones de los sistemas de salud también han generado la necesidad de añadir nuevos elementos a las conceptualizaciones, que implica a su vez como nuevos desafíos para el análisis.

Pero qué es lo que se entiende en general por acceso a los servicios de salud. Para muchos puede tratarse de la presencia de instituciones que presten servicios de salud cerca al lugar de residencia de las personas, o tener un seguro de salud; o que haya variedad de horarios para la atención; o que el costo de los servicios no afecte otras necesidades de las personas; que cuando se asiste a un servicio de salud los usuarios salgan satisfechos; que el tiempo de espera para una cita sea corto; qué ante cualquier necesidad de salud, las personas deseen buscar atención; qué las aseguradoras autoricen todos los procedimientos sin demoras; que el médico pueda ir al hogar cuando sea necesario; que todas las personas tengan la misma posibilidad de recibir un servicio de calidad sin importar, su edad, etnia, sexo, o condición socioeconómica, y que ninguna persona sufra de discriminación; y que el estado de salud de las personas mejore con el uso de los servicios.

*Karol Cotes-Cantillo
Elkin Vallejo
Andrea García
Carlos Castañeda-Orjuela*

**Contribuyeron en la revisión de esquemas conceptuales y discusión: Pablo Chaparro-Narvaez; Lorena Maldonado; Diana Carolina Giraldo; Juan Camilo Acosta*



El modelo comportamental de utilización de los servicios de salud como guía para el análisis (Andersen, Aday y Colegas)

El concepto de acceso puede comprender estas cuestiones y muchas otras desde distintas miradas y con distintos énfasis. En esa medida esta sección describe los elementos que integran el modelo conceptual definido para el análisis de acceso a los servicios de salud en Colombia en este informe; identifica los puntos claves que permitieron articular definiciones para orientar los distintos análisis desarrollados; señala sus principales limitaciones, así como los retos y desafíos que, derivados del proceso de elaboración de este informe, puede implicar el análisis de acceso a los servicios de salud en Colombia.

El interés por la comprensión del concepto de acceso a los servicios de salud, reside en la posibilidad de identificar los aspectos que explican y determinan el acceso de la población a estos, así como la comprensión de los patrones de utilización de los servicios y el efecto en el estado de salud de los individuos y la población que se desprenden del uso de los servicios, con el propósito de brindar herramientas que permitan mejorar los niveles de acceso y salud de la población y eliminar las inequidades en el acceso a los servicios que derivan en inequidades en resultados en salud. Como parte de la evaluación del desempeño de los servicios de salud, el acceso es una dimensión fundamental, y es en general un objetivo central de la políticas públicas del sector.

En ese sentido los servicios de salud, y como dimensión fundamental el acceso, actúan en sí mismos como determinantes de las inequidades en salud. Por un lado, los servicios de salud pueden abordar directamente las diferencias de exposición y vulnerabilidad, mejorando el acceso equitativo a la atención integral de salud, e impulsando la acción intersectorial para mejorar el estado de salud y prevenir enfermedades. Por otro lado, tiene un papel fundamental como mediador de los efectos diferenciales de la enfermedad en la vida de las personas, procurando que los problemas de salud no conduzcan a un deterioro mayor de la posición social y de facilitar la rehabilitación y reintegración social de éstas (4).



Los elementos esenciales del modelo fueron considerados pertinentes para los propósitos del análisis, no obstante las limitaciones de las que cualquier esquema conceptual no está exento.

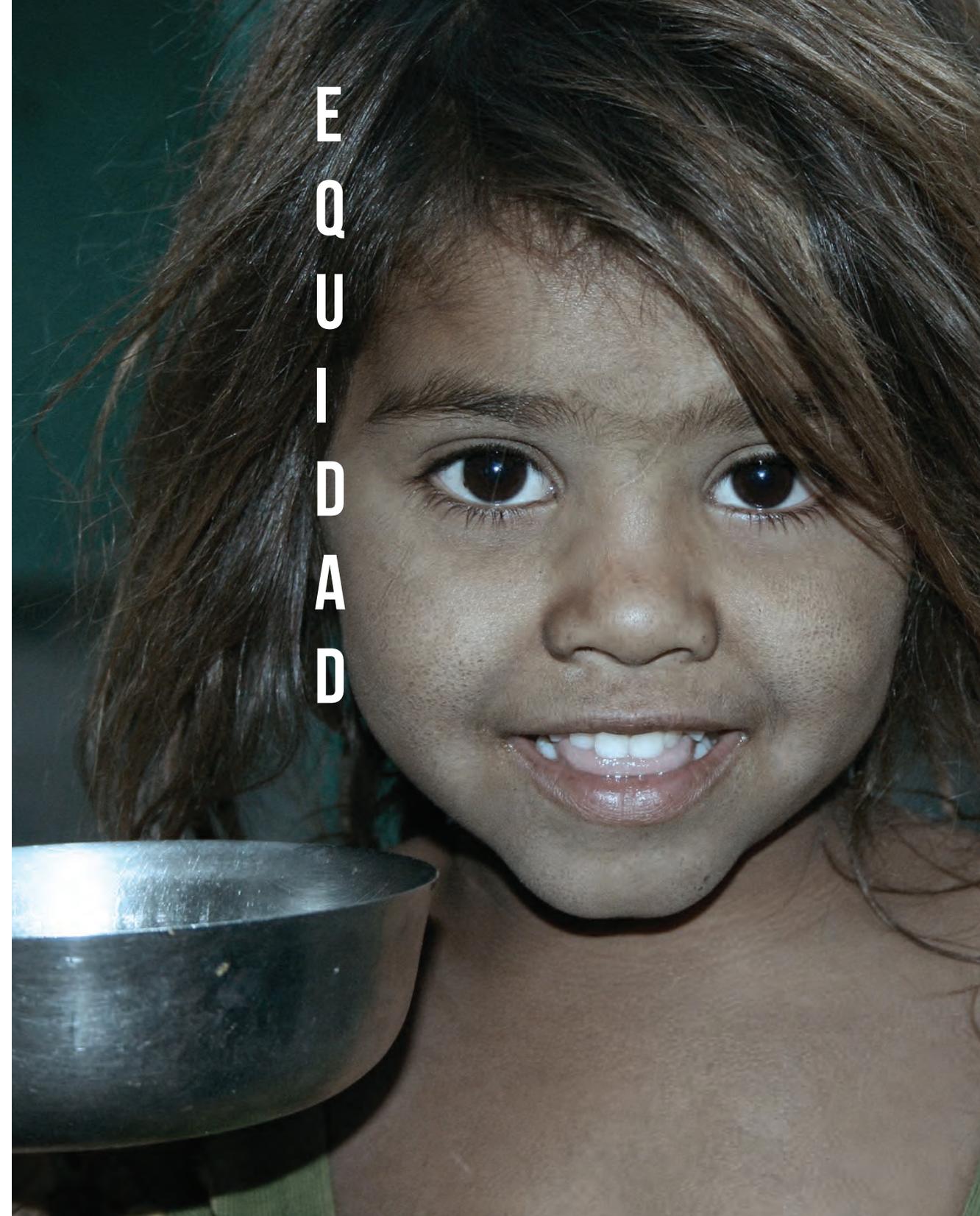
Existen distintos esquemas o modelos conceptuales de análisis para el estudio del acceso a los servicios de salud. En general se han categorizado en modelos de “ajuste entre las características de los servicios y la población” y de “uso de los servicios”. Entre los modelos de uso, el más ampliamente difundido es el elaborado por Andersen, Aday y colaboradores, que es conocido como el “modelo comportamental de uso de los servicios de salud”(5). Después de un ejercicio de estudio y discusión del equipo de trabajo, este fue el modelo seleccionado como base para el desarrollo de los análisis de este informe. Los elementos esenciales del modelo fueron considerados pertinentes para los propósitos del análisis, no obstante las limitaciones de las que cualquier esquema conceptual no está exento.

Entre los elementos que favorecieron la selección de un modelo de uso se encuentran: 1) una visión más amplia del proceso de acceso. Como se verá con más detalle en la última parte de este capítulo, los modelos de ajuste se concentran en lo que se ha denominado el dominio estrecho del acceso, “desde la búsqueda hasta el inicio de la atención” (6,7), mientras que los de uso se ubican en el dominio más amplio “desde la necesidad hasta la utilización de los servicios” (5,7-9); 2) los modelos de ajuste, evalúan el acceso desde la oferta de los servicios, y los de uso se acercan más a sus resultados, en términos del grado de utilización (7) y de la efectividad del uso en relación con la mejora en el estado de salud; 3) la incorporación de aspectos de la estructura social que proporcionan herramientas para el análisis de inequidades en el acceso; 4) la posibilidad de organizar de manera estructurada en dimensiones y subdimensiones, un conjunto de posibles indicadores para brindar un panorama municipal del acceso a los servicios de salud en Colombia; y 5) la posibilidad de ser adaptado como marco interpretativo para analizar el acceso a servicios de salud en el contexto del modelo de salud del país..

El modelo de utilización seleccionado incorpora aspectos relacionados con la estructura social, como la etnia, la condición socioeconómica, elementos del contexto del área de residencia, y la necesidad, que puedan actuar como factores que predisponen al uso. En ese sentido, el análisis de la equidad resulta más claro bajo un modelo de uso que en un modelo de ajuste. No obstante, desde perspectivas con énfasis en la comprensión de la salud como un derecho fundamental, modelos como el Andersen, Aday y colegas, resultan insuficientes en relación con la comprensión de la equidad y la salud como derecho (10).

La visión restringida de equidad, que se le atribuye al modelo, radica en el hecho de que incorpora el concepto de “mutabilidad” es decir la posibilidad de ser objeto de transformación por políticas, en donde las variables de estratificación antes mencionadas se consideran de baja probabilidad de ser modificadas, a diferencia de factores individuales como las conductas, actitudes, conocimientos y creencias. Esto implica una sobredimensión de la “mutabilidad” de los factores individuales con el riesgo de atribuir la falta de acceso a los individuos (10). Por otro lado, aspectos de la estructura social, como el género, son considerados más en el sentido biológico que como indicadores de posición social en el marco del análisis de equidad. Adicionalmente, el concepto de lo “socioeconómico” se concreta en variables como ingreso y escolaridad, sin una jerarquización conceptual que además tampoco conceptualiza los aspectos que pueden modificar la respuesta de lo socioeconómico en el uso de los servicios de salud (11).

Sin embargo, el modelo permite cierta flexibilidad en la consideración de los factores modificables y no modificables. Por ejemplo, si bien una característica como la etnia no es objeto de transformación, el enfoque de las políticas si puede considerar este aspecto en las intervenciones, como sucede con el enfoque diferencial étnico y la mirada de lo intercultural y, por lo tanto, se pueden modificar aspectos asociados a la etnia que faciliten o impidan el uso de los servicios de salud. Con respecto al concepto de equidad, los autores señalan, que el acceso equitativo e inequitativo se define según los predictores del uso que son dominantes. Los juicios de valor sobre qué componentes del modelo deberían explicar la utilización en un sistema de atención de salud equitativo son decisivos para esta comprensión. Si las variables demográficas y de necesidad explican la mayor parte de la variación en la utilización, se podría valorar el acceso como equitativo, si por el contrario, variables predisponentes asociadas a la estructura social, como etnia o las capacitantes como la educación o los ingresos, determinan quién recibe atención médica se pueden considerar como inequitativo. Señalan también que los estudios de equidad deben enmarcarse desde una perspectiva integral y sistémica (12). Pero adicionalmente, los autores enfatizan en la necesidad de mejorar del complejo papel de la aspectos como la etnia en el uso de los servicios, así como el papel o el impacto de las políticas diseñadas para abordar las desigualdades en el uso de los servicios que afectan a los grupos vulnerables (13).



Las principales características del modelo

A finales de la década de los 60 fue publicada la primera versión de este modelo como parte de la disertación de la tesis doctoral de uno de sus autores, Ronald Andersen, y que en palabras del mismo autor pretendía ayudar a comprender cómo y por qué las familias usaban los servicios de salud, definir y medir el acceso a la atención médica para ayudar en el desarrollo de políticas para promover el acceso equitativo (12). Este primer modelo señalaba que el uso que hacen las personas de los servicios de salud depende de su predisposición a usar los servicios, los factores que permiten o impiden el uso, y su necesidad de cuidado (12).

Posteriormente se publicaron sucesivas revisiones del modelo. En 1974, junto con Aday, se publicó el esquema conceptual que, en esencia, contiene los principales elementos que orientaron la elaboración de los análisis incluidos en este informe. Otras revisiones al modelo llaman la atención sobre algunos aspectos particulares, como la importancia de las políticas de salud, del contexto, de las variables relacionadas con el proveedor de servicios y de las interacciones de estas con las características de los usuarios, de las redes sociales y enfatizan en que no se trata de un modelo lineal, si no que establece circuitos de retroalimentación (12-15), pero que en esencia conservan los principios centrales de los postulados que se describen en esta sección.

Uno de los cambios con respecto a su primera versión, corresponde a que el individuo y no la familia, se determinó como la unidad de análisis, básicamente por la dificultad de obtener variables o indicadores de la familia y por la posible heterogeneidad de sus miembros (12). Otro cambio fundamental fue la integración de las características del sistema de prestación de servicios de salud. También señalaron que el uso del servicio y los resultados del proceso de uso se podían utilizarse para medir el acceso (16).

A C C E S O P O T E N C I A L

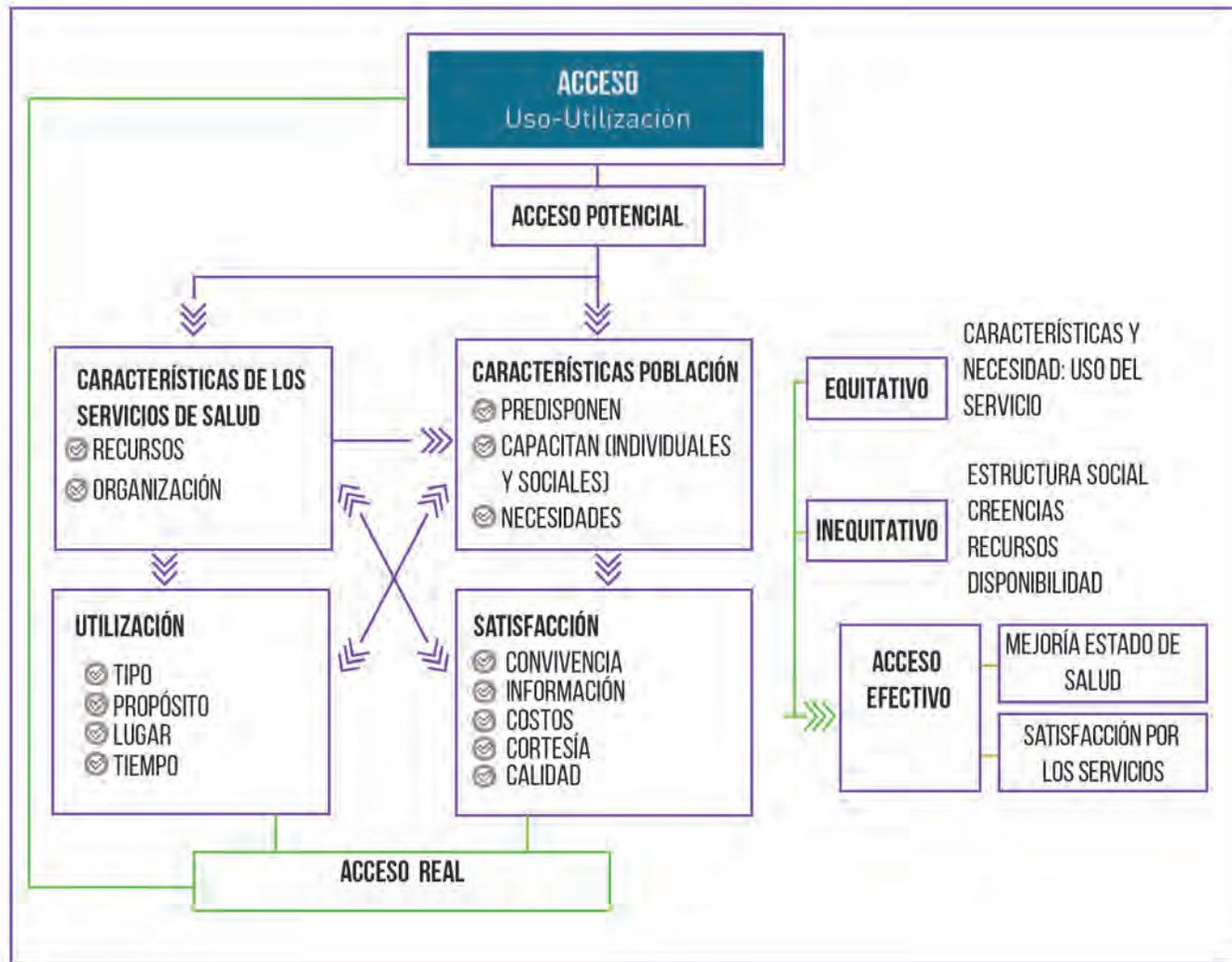
- 1) RECURSOS
- 2) ORGANIZACIÓN



EL MODELO IDENTIFICA CINCO COMPONENTE CENTRALES: 1) LA POLÍTICA DE SALUD; 2) LAS CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SALUD; 3) LAS CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN EN RIESGO; 4) LA UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y; 5) LA SATISFACCIÓN DEL CONSUMIDOR, COMO PARTE DEL ESQUEMA PARA EL ANÁLISIS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD (5) (FIGURA 1). ESTOS ELEMENTOS, HACEN PARTE DE DOS GRANDES DIMENSIONES QUE SON LA ESENCIA DEL MODELO: EL ACCESO POTENCIAL Y EL ACCESO REAL A LOS SERVICIOS DE SALUD.



Figura 1. Esquema conceptual para el análisis del acceso a los servicios de salud (Aday y Andersen)



Fuente: Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;208-20.



Dentro de las características de los servicios de salud, como parte del acceso potencial, se encuentran los 1) recursos y la 2) organización.

El acceso potencial hace referencia a 1) las características de los servicios de salud que facilitan la utilización de los servicios y 2) las características de los individuos que predisponen o capacitan para el uso de los servicios de salud, que incluye la necesidad de atención en salud de los individuos. En general, estos aspectos explican o predicen el uso. Pues pueden aumentar o disminuir la probabilidad de que el uso tenga lugar. El acceso real se refiere a la utilización de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario (5). En la Tabla 1 se presenta algunas de las variables asociadas con las dimensiones del modelo.

Dentro de las características de los servicios de salud, como parte del acceso potencial, se encuentran los 1) recursos y la 2) organización. Los recursos incluyen el volumen y la distribución de recursos sanitarios en un área. La organización describe la forma en que se usan estos recursos. Es decir, la manera en que el personal médico y las instalaciones se coordinan y controlan en el proceso de prestación de servicios de salud. Los componentes de la organización son la entrada y la estructura. La entrada se refiere al proceso de entrada a los servicios (tiempo de viaje, tiempo de espera, etc.) y la estructura, se refiere a las características del sistema que determina lo que le sucede a las personas después de ingresar a los servicios (a quien ve, cómo es tratado)(5). En revisiones del modelo aparece un llamado de atención sobre la importancia de estas características como parte del contexto. Se reconoce el entorno externo, incluidos los componentes físicos, políticos y económicos, como un insumo importante para comprender el uso de los servicios de salud (12).

La comprensión de estos aspectos es considerada limitada. En general ha sido poco explorada la influencia, de los factores de contexto (que incluyen los factores capacitantes a nivel comunitario, los factores los relacionados con el proveedor servicios, y elementos del ambiente político, económico y social) sobre el comportamiento de los individuos en relación con el

uso de los servicios (14). Se ha otorgado mayor relevancia a las variables de orden individual. En general las variables de contexto, en los análisis de determinantes del uso de los servicios, resultan poco asociadas con el uso de los servicios (7,14). Este hecho puede estar relacionado con que no se han incluido las variables necesarias, consecuencia también de las dificultades de información o metodológicas.

Para suplir esta limitación se ha recurrido a la búsqueda de distintas fuentes de información y al uso de distintas opciones metodológicas, como los modelos multinivel. Estudios cualitativos, algunos realizados en Colombia, también han intentado suplir esta limitación (7). En este informe los aspectos relacionados con el contexto, son considerados esenciales para el análisis. En ese sentido el territorio, como se detallará más adelante, concebido en sí mismo como un determinante de la salud y de las desigualdades en salud, se usó como unidad de análisis para la construcción de un índice de acceso a servicios de salud.

Como parte del contexto, se consideran las variables relacionadas con el proveedor que incluyen factores del paciente que pueden ser influenciados por los proveedores de servicios (por ejemplo, si las personas tienen una fuente regular de atención), así como características del proveedor que interactúan con las características del paciente para influir en la utilización (por ejemplo, el sexo del médico) (14). Al igual que con los factores ambientales (aspectos del ambiente político, económico y social), las variables relacionadas con el proveedor son medidas del contexto dentro del cual ocurre la utilización, aunque su influencia ha sido relativamente inexplorada, como se mencionó.

Las características de la población incluyen los aspectos que a nivel del individuo determinan la utilización de los servicios de salud. Estos comprenden los aspectos predisponentes, los “capacitantes” y la necesidad. El componente predisponente incluye aquellas variables que describen la “propensión” de los individuos a usar los servicios. Estas propiedades existen antes del inicio de los episodios de enfermedad o de identificación de la necesidad. Incluyen aspectos como edad, sexo, etnia, religión y valores relacionados con la salud y la enfermedad (5).

El componente “capacitante” o de capacidad describe los “medios” que las personas tienen disponibles para el uso de los servicios. Aquí se incluyen los recursos específicos para el individuo y su familia (ingresos, cobertura de aseguramiento) y los atributos de la comunidad en la que vive el individuo (área de residencia rural-urbano, región, etc.), que hacen parte del contexto. El componente de necesidad se refiere al nivel de enfermedad, que es la causa más inmediata del uso de los servicios de salud. La necesidad de atención puede ser la percibida por el individuo o la evaluada por los servicios de salud (5).

El acceso real se refiere al uso de los servicios de salud y a la satisfacción del usuario. Este uso puede caracterizarse en términos de su tipo, sitio, propósito e intervalo de tiempo involucrado. El tipo de utilización se refiere al tipo de servicio recibido y quién lo prestó: hospital, médico, odontólogo, farmacéutico, etc. El sitio del encuentro de atención médica se refiere al lugar donde se recibió la atención: consultorio del médico, departamento de atención ambulatoria del hospital, sala de emergencias, etc. El propósito de la utilización hace referencia a si esta fue para atención preventiva, relacionada con la enfermedad o de “custodia”, que es aquella donde no se trata la enfermedad, pero cubre las necesidades personales de los pacientes como los hogares de ancianos (5).

El intervalo de tiempo para una visita puede expresarse en términos de contacto, volumen o medidas de continuidad. El contacto se refiere a si una persona ingresó o no a los servicios de salud en un período de tiempo determinado. El volumen se refiere a la cantidad de contactos y visitas en un intervalo de tiempo determinado. Esta medida refleja quién ingresa al sistema y con qué frecuencia lo usa, es reflejo del nivel de integración del proceso de atención (5). Los diferentes tipos y propósitos del uso, implican distintos determinantes de uso y de ahí la importancia de diferenciarlos en los análisis de acceso.

La satisfacción del consumidor se refiere a las actitudes o percepciones de los servicios de salud por parte de quienes han experimentado un contacto con estos. Es diferente del componente de creencias médicas de las variables predisponentes en que mide la satisfacción de los usuarios con la cantidad o calidad de la atención realmente recibida (5).



Otras definiciones de interés

Adicional a las definiciones anteriores, que constituyen los aspectos esenciales del modelo, los autores, introdujeron los conceptos de acceso efectivo y acceso eficiente, que son de interés en el marco de los análisis realizados en este informe. El acceso efectivo es definido como la mejoría en el estado de salud o en la satisfacción relacionada con el uso de los servicios (que el uso produce). El acceso eficiente se evidencia cuando el nivel de estado de salud o satisfacción aumenta en relación con la cantidad de servicios de salud recibidos. Estos conceptos son de gran importancia en términos de políticas y responden a cuestionamientos sobre la valoración del uso en sentido normativo. Es decir, que si a mayor uso hay mejor acceso y por lo tanto siempre debería buscarse (12). Estos conceptos permiten entender que no necesariamente un mayor uso indica mejor acceso, el acceso efectivo es el resultado que se pretende con el uso.

Este informe incorpora el concepto de acceso efectivo en varios de sus capítulos. El análisis de eventos de mortalidad evitable asociada a servicios de salud según quintiles municipales de acceso potencial y real a los servicios de salud, es una de las formas en las que se realizó esta incorporación. Entender el acceso efectivo como parte del modelo conceptual enfatiza en la importancia de los servicios de salud en la disminución de las inequidades en salud y en los resultados de salud individuales y colectivos.

Otro concepto es el relacionado con la “mutabilidad”. El modelo plantea grados de mutabilidad según el tipo de variables, por ejemplo, muchas de las características predisponentes como las socio demográficas como el sexo o la edad, o de la estructura social como la etnia, la ocupación o el nivel educativo son consideradas como de baja mutabilidad, en cuanto a la posibilidad de transformaciones a corto plazo o la imposibilidad de cambiarlas, para que a su vez produzcan cambios en el comportamiento con respecto al uso derivadas de políticas o intervenciones particulares. Variables de capacidad como los beneficios de los seguros, son consideradas de mayor posibilidad de modificación y se ha demostrado que producen cambios en el uso de los servicios (12). La necesidad evaluada también puede ser objeto de modificabilidad por intervenciones, por ejemplo, los incentivos al personal médico pueden producir restricciones con efectos en la evaluación de la necesidad (12) y, por ende, en el uso de los servicios con afectaciones en el estado de salud.

Este concepto tiene una importancia en términos de los mensajes para la toma de decisiones de política pública. Este informe asume que, en general, todos los aspectos tienen posibilidad de ser objeto de transformación, o mejor, que el sistema puede transformarse para adaptarse a estos, pero se requiere una comprensión profunda de las interacciones entre los componentes del modelo de acuerdo a la especificidad del análisis y una valoración del grado de mutabilidad de los aspectos.

Consideraciones acerca de la operacionalización y adaptaciones del modelo

El modelo comportamental de Andersen, Aday y colegas, ha sido usado de manera amplia para hacer evaluaciones de acceso a los servicios de salud para distintos tipos y propósitos de servicios así como en poblaciones “vulnerables”. En los estudios empíricos se ha optado por distintas opciones metodológicas, especialmente estudios transversales, con la utilización de distintos tipos de modelos de análisis: multivariados, multinivel, modelos jerárquicos, factoriales, entre otros,(14). Los estudios cualitativos también se han usado, aunque con menor frecuencia .

Este uso amplio del modelo ha dejado diversas lecciones sobre las ventajas y posibles limitaciones de este, algunas de estas relacionadas con la forma en como se ha operacionalizado y otras con los supuestos teóricos en los que se basa. Aunque desborda el propósito de este apartado profundizar en estos aspectos, es importante señalar algunos de los principales asuntos involucrados con las posibles limitaciones del modelo y de manera general, enunciar los mecanismos usados en este informe para superar algunas de estas limitaciones o tenerlas en cuentas para la lectura y discusión de los resultados.

Con respecto a los análisis empíricos basados en el modelo, un punto central de las limitaciones es que los estudios transversales restringen la comprensión de los procesos de retroalimentación que los autores propusieron en revisiones al modelo, temas como el del tiempo y las implicaciones de la experiencia de los individuos con los servicios de salud son de gran relevancia en las decisiones de los individuos y los estudios no los contemplan de manera adecuada. En tal sentido, aspectos como las creencias, la predisposición o las expectativas con respecto a los servicios de salud, la conciencia de la necesidad, pueden variar a través de la experiencia de los individuos con los servicios.



El modelo comportamental de Andersen, Aday y colegas, ha sido usado de manera amplia para hacer evaluaciones de acceso a los servicios de salud para distintos tipos y propósitos de servicios así como en poblaciones “vulnerables”.

Esto implica que se debe prestar atención al uso de los servicios a lo largo del tiempo, lo que es una limitación de los estudios transversales, donde se usan medidas estáticas (17). Por otro lado, las medidas de satisfacción, que son una dimensión del denominado acceso real, no necesariamente indican una mayor probabilidad de uso de los servicios. La satisfacción de la persona con el cuidado que se le brinda puede ser independiente del proceso de atención y estar determinada por sus expectativas sobre las posibilidades consideradas en el momento de decidir la búsqueda de atención. Las personas pueden estar satisfechas con la atención brindada y sus resultados, pero puede ser poco probable que regresen o hayan aprendido algo sobre el funcionamiento del sistema, o por el contrario, podrían estar insatisfechos pero han aprendido cómo negociar con el sistema y es más probable que regresen y usen los servicios. Ese resultado podría ser más positivo en sus efectos finales que un informe de “satisfacción” con la atención, si el paciente puede tomar una decisión más informada (17). En el marco de un sistema de salud con un funcionamiento tan complejo como el del país, este conocimiento es importante.

La búsqueda de atención también implica una amplia gama de agentes e intermediarios, como la familia, comunidad y el propio personal de salud. Este proceso de relaciones también ha sido poco estudiado. De hecho algunos de estos pueden tener una función en el control de la utilización que en el marco de un modelo de salud como el del país, puede ocasionar que se le niegue la atención o que el paciente se sienta frustrado y abandone su búsqueda de atención (17), pero estos procesos son difíciles de analizar con las variables y métodos de análisis usados habitualmente.

Adicionalmente las variables relacionadas con los servicios de salud que propone el modelo como parte del acceso potencial, no captan la complejidad del funcionamiento y organización de un sistema de salud como el establecido en el país. Aspectos como la organización de la prestación a través de la red de prestación contratadas por los aseguradores en un territorio, no son contempladas en el modelo, así como las relaciones entre los diversos actores (aseguradores, proveedores, autoridades de salud nacional y local, etc). Otros modelos como el que propone Marsha Gold, que se han sido acogidos en investigaciones sobre acceso servicios en Colombia (7), incorporan elementos asociados con la organización y financiamiento en modelos de salud de “competencia gestionada”.

Este esquema parte de la considerar que los esquemas de análisis de acceso más usados, como el de Andersen, Aday y colegas, no captan la complejidad del sistema de atención médica y las estructuras complejas involucradas en las organizaciones de servicios de salud, en el marco de sistemas de salud como el de Estados Unidos, que combinan la prestación y el financiamiento y varían sustancialmente dentro y entre los mercados (18) Aunque el sistema de salud colombiano, no es como el de Estados Unidos, algunos de los elementos planteados por la autora pueden ser referentes para completar el esquema de análisis en relación con las políticas y la organización de los servicios de salud.

Por otro lado, se señala que, en general, los modelos de utilización parten de supuestos normativos sin mucho sustento teórico y que, por las complejidades logísticas para su operacionalización y las debilidades en la clasificación de grupos socioeconómicos, son poco útiles para medir inequidades y comprender el acceso a los servicios de salud en grupos vulnerables. En esta medida tienen una alta probabilidad de producir resultados erróneos en relación con que el uso sea proporcional a la necesidad y por tanta valorar el acceso como equitativo (19). No obstante, este informe considera que los supuestos teóricos del modelo seleccionado están soportados y hay consistencia entre sus dimensiones.

La necesidad es un aspecto central en el marco del modelo en la medida en además de ser un factor predisponente y parte del acceso potencial, es la variable de ajuste propuesta para el análisis de las inequidades en el acceso, es decir, si después de ajustar por el grado de necesidad las diferencias en la utilización según las características sociodemográficas o aspectos indicadores de la estructura social, se siguen manteniendo, se podría valorar el acceso como inequitativo. En este sentido, la noción de necesidad cobra un valor especial. Como se mencionó, en el marco del modelo la necesidad es definida como el nivel de enfermedad, es decir como un desequilibrio biológico, que puede ser percibido o evaluado.

A pesar de que los autores señalan, que la necesidad es una construcción social cuya percepción depende a su vez de las creencias, actitudes valores, conocimientos y la estructura social en relación con la salud, hay para ellos un imperativo biológico que predomina, por lo que la necesidad evaluada podría ser un mejor indicador (12). Es precisamente sobre esta aseveración que recaen algunas de las críticas, tanto en la noción como en la medición existen dificultades. Sen, menciona la noción de “objetividad posicional”, en relación con el valor tanto de la posición interna de los individuos sobre su necesidad en salud como la valoración externa. “Situarse” socialmente las estadísticas de autopercepción de la enfermedad, tomando nota de la conexión entre la autopercepción, por un lado, y niveles de educación y servicios de salud pública, por otro, adquiere una importancia fundamental. “Al analizar la equidad en la asignación de la asistencia sanitaria, sería un gran error considerar que una baja percepción de morbilidad es prueba positiva de un estado de buena salud” (20).

Esto soportado en el hecho de que la visión interna del paciente puede estar limitada por la experiencia social de la persona en cuanto a la interpretación de lo que le sucede y sus razones. Por ejemplo el hecho de considerar normal ciertas afecciones porque son de ocurrencia común en la comunidad donde habita o que la limitada oferta de servicios impliquen que consideren inevitables ciertas afecciones (20). En esa medida el análisis de equidad podría tener una interpretación incorrecta, por lo que es necesario hacer análisis más profundos que involucren los dos tipos de miradas y el contexto.

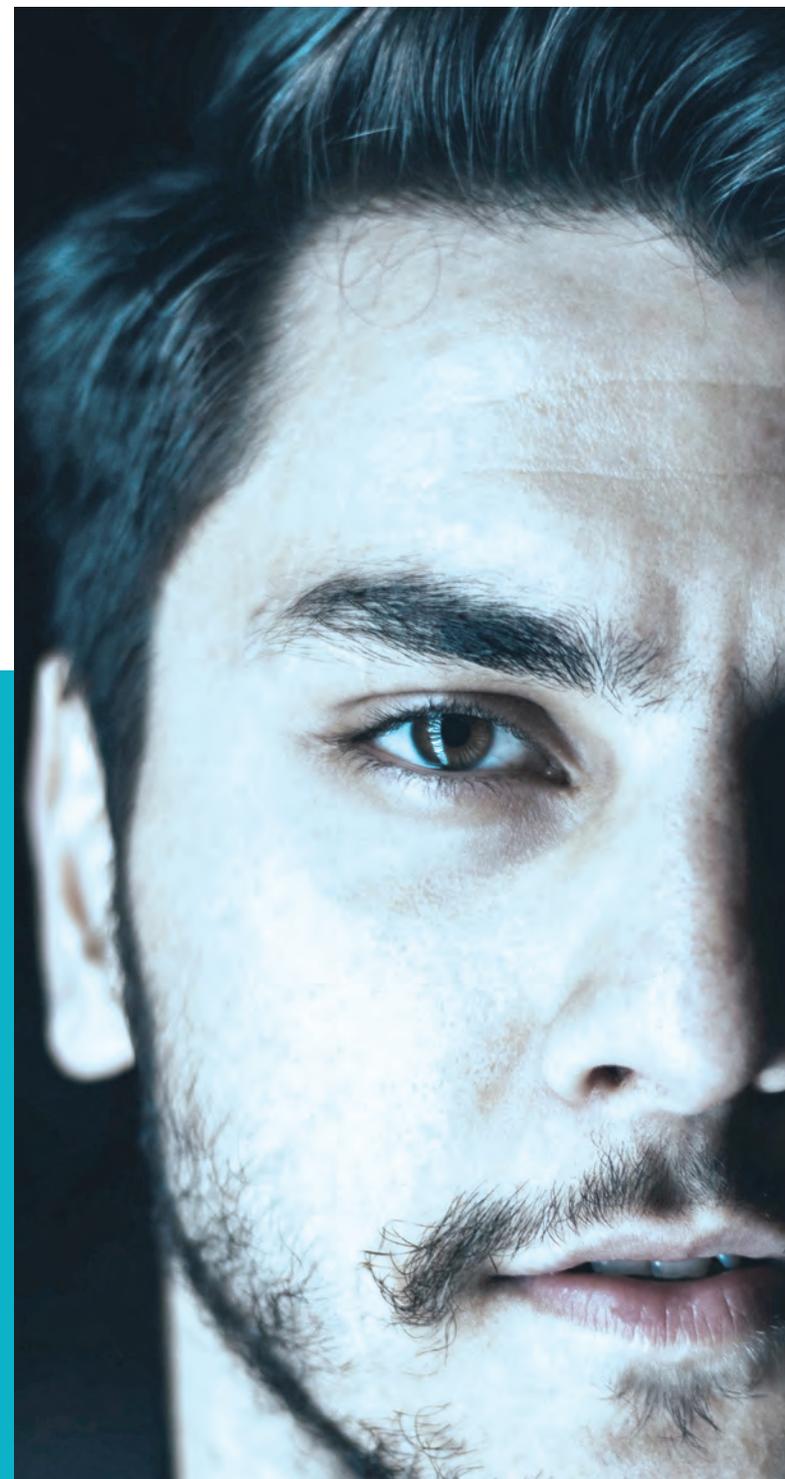
Este informe utiliza diversos métodos para aproximarse al análisis de un panorama general del acceso a los servicios de salud en Colombia. Algunas de las limitaciones expuestas se consideraron tanto en las propuestas metodológicas como en el análisis y discusión de los resultados. Teniendo en cuenta la necesidad de tener un acercamiento general al panorama del acceso a los servicios de salud en Colombia, la construcción de un índice municipal, como acercamiento al tema del territorio y del estudio de las inequidades en el acceso, resultó ser un reto importante en términos de entender una configuración territorial de niveles de acceso tanto potencial, como en real en Colombia. Pero era necesario también vincular una consideración de acceso efectivo, por lo que la mortalidad evitable asociada a los servicios de salud contrastada con los índices de acceso municipal se estableció como un aporte valioso. Dimensiones como el tiempo, la experiencia y la necesidad se exploraron en estudios de casos particulares con enfoque cualitativo.

Con respecto al análisis de aspectos propios de la organización y funcionamiento del sistema de salud colombiano, que el modelo base no contempla, pero que son esenciales para entender el acceso, el análisis de la política de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), se enfoca en el tema de las redes integrales de atención en salud, como parte importante de la dinámica del funcionamiento del sistema.

LA NECESIDAD ES UN ASPECTO CENTRAL EN EL MARCO DEL MODELO EN LA MEDIDA EN ADEMÁS DE SER UN FACTOR PREDISPONENTE Y PARTE DEL ACCESO POTENCIAL, ES LA VARIABLE DE AJUSTE PROPUESTA PARA EL ANÁLISIS DE LAS INEQUIDADES EN EL ACCESO, ES DECIR, SI DESPUÉS DE AJUSTAR POR EL GRADO DE NECESIDAD LAS DIFERENCIAS EN LA UTILIZACIÓN SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS O ASPECTOS INDICADORES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL, SE SIGUEN MANTENIENDO, SE PODRÍA VALORAR EL ACCESO COMO INEQUITATIVO.



Un panorama general sobre la diversidad de modelos de análisis



Aunque no es el propósito central de este capítulo ilustrar en detalle los diversos modelos para el análisis de acceso a los servicios de salud, es necesario mostrar un panorama general en relación con algunos de principales esquemas conceptuales identificados que han sido definidos para el análisis de acceso a los servicios de salud y que son regularmente los más referenciados en la literatura. En la Tabla 2 se presenta una síntesis de los principales esquemas de análisis de acceso a servicios de salud revisados y en la Figura 2 un esquema general de la clasificación de estos en términos del tipo de enfoque: uso o ajuste.

Tabla 1. Aspectos analizados de manera habitual por dimensión y subdimensión de acceso en el marco del modelo a Andesen, Aday y Colegas

Dimensión	Subsimensión	Aspectos analizados de manera habitual
Acceso potencial Características del sistema	Recursos Volumen y distribución	Volumen Densidad de distintos profesionales 8 (p.ej: médicos por 10000 hab) Densidad de camas hospitalarias Densidad de servicios especializados Distribución: Accesibilidad geográfica de los servicios
	Organización de los servicios Entrada y estructura	Entrada: Tiempo de viaje Tiempo de espera para una cita Horarios de atención Distancia de la residencia al lugar de atención Estructura Fuente de atención regular Tipo y especialidad del proveedor Tiempo con el médico o personal de salud
Acceso potencial Características de los individuos	Factores predisponentes	Edad Sexo Eduación Etnia Estado civil Ocupación Creencias Enfermedades previas
	Factores Capacitantes	Individuo Seguro de salud Ingresos Cercanía con servicios de salud Del contexto del área Medios de transporte área de residencia-rural-urbana Porcentaje de pobreza Nivel de violencia del área a capital social
	Necesidad: Percibida y evaluada	Percibida Nivel de salud percibida Preocupación por la salud Grado de incapacidad Evaluada
	Utilización de los servicios de acuerdo a : tipo, propósitos, lugar; intervalo de tiempo	Uso de servicios preventivos Frecuencia de la atención por medicina general Frecuencia de la atención de servicios especializados
Acceso Real	Satisfacción	Satisfacción de los individuos con distintos aspectos referidos a su última visita: Conveniencia; Tiempo de viaje ; Costo del viaje ; Hora de la cita ; Tiempo de espera tiempo de espera en el lugar de atención ;Costo de visita; costo de bolsillo; Comportamiento del proveedor; Tiempo con médico ;información proporcionada Cortesía del médico; Cortesía de la recepcionista

Fuente: Equipo ONS

Tabla 2. Síntesis de conceptos y dimensiones de los modelos de análisis de acceso a servicios de salud revisados

Autor, año	Perspectiva del modelo	Definición de acceso	Dimensiones centrales
Donabedian, 1973	Ajuste	Define la Accesibilidad como el grado de ajuste entre los recursos disponibles y la población.	<ul style="list-style-type: none"> Estructura Proceso Resultados
Tanahashi, T., 1978	Ajuste	Acceso es la cobertura efectiva, que se define como la proporción de la población que recibe atención. La cobertura expresa la relación entre el servicio y la población objetivo. Esta depende de la capacidad de un servicio de salud para interactuar con las personas que beneficia (la población objetivo).	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilidad de la cobertura Accesibilidad de la cobertura Aceptabilidad de la cobertura Contacto de la cobertura Efectividad de la cobertura
Penchansky y Thomas, JW, 1981	Ajuste	Es el grado de ajuste entre las características de la población y las de los recursos de atención en salud.	<ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad Disponibilidad Capacidad de pago Aceptabilidad Capacidad Satisfacción
Frenk, 1985	Ajuste	Acceso es distinto a Accesibilidad y Disponibilidad Accesibilidad: Se refiere al proceso de buscar y recibir atención.	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia > Poderes del usuario Dominios estrecho, intermedio y amplio Barrera ecológica Barrera económica Barreras organizativas
Shengelia y col, 2005		Probabilidad de que los individuos reciban beneficios de salud de una intervención si la necesitan. Es la fracción del beneficio de salud máximo posible que un individuo con una necesidad de atención médica puede esperar recibir del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> Cobertura efectiva para un individuo. Necesidad de cobertura efectiva agregada. Brechas de cobertura
Levesque y Col, 2013	Modelo de interface	La oportunidad para buscar y obtener atención en salud adecuada en situaciones de necesidad de atención, a la vez es el resultado de la interface entre las características de las personas (familiares, ambiente social y físico) y las características de los sistemas de salud, organizaciones y proveedores.	<p>Dimensión del Acceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> Accesibilidad Aceptabilidad Disponibilidad y Capacidad Asequibilidad Apropiación <p>Dimensión individual habilidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> De Percibir De Buscar De Alcanzar De Pagar De Adherencia
Gulliford M y col 2001	Ajuste	Es un proceso que consiste en ayudar a las personas a obtener los recursos de atención médica adecuados para preservar o mejorar su salud.	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad Aceptabilidad Asequibilidad Disponibilidad Accesibilidad física Acomodación Acceso óptimo Equidad

Fuente: Equipo ONS

Referencias

1. Racher FE, Vollman A. Exploring the Dimensions of Access to Health Services : Implications for Nursing Research and Practice. *Res Theory Nurs Pract An Int J*. 2002;16(2):2002.
2. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2014;13(27):236–59.
3. Levesque J, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care : conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health*. 2013;12(1):1.
4. Vega J, Solar O, Alec I. Introducción. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. In: ICES IC de E en S, editor. *Determinantes Sociales De La Salud En Chile: En La Perspectiva De La Equidad*. Chile; 2005. p. 9–18.
5. Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;208–20.
6. Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. *Salud Publica Mex*. 1985;438-.
7. Vargas I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada : un estudio de caso en Colombia [Internet]. *Medicina Preventiva*. 2009. Available from: <http://ddd.uab.cat/pub/tesis/2009/tdx-1227110-145542/ivl1de1.pdf>
8. Shengelia B, Tandon A, Adams OB, Murray CJL. Access, utilization, quality, and effective coverage: An integrated conceptual framework and measurement strategy. *Soc Sci Med*. 2005;61(1):97–109.
9. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* [Internet]. 2013;12(1):1. Available from: *International Journal for Equity in Health*
10. Arrivillaga M, Borrero YE. Uma análise crítica e abrangente dos modelos conceituais sobre o acesso aos serviços da saúde, 1970-2013. *Cad Saude Publica*. 2016;32(5):1–15.
11. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto Mexicano: Acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex*. 2006;48(5):418–29.
12. Anderson RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter ? *J Health Soc Behav*. 1995;36(1):1–10.
13. Bradley EH, McGraw SA, Curry L, Buckser A, King KL, Kast S V., et al. Expanding the Andersen model: The role of psychosocial factors in long-term care use. *Health Serv Res*. 2002;37(5):1221–42.
14. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Serv Res* [Internet]. 1998;33(3 Pt 1):571–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9685123><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1070277>
15. Stein JA, Andersen RM, Koegel P, Gelberg L. Predicting health services utilization among homeless adults: A prospective analysis. *J Health Care Poor Underserved*. 2000;11(2):212–30.
16. T.C. R, L.J. G. Access in health services research: The battle of the frameworks. Vol. 53, *Nursing outlook*. 2005. p. 274–80.
17. Ricketts TC, Goldsmith LJ. Access in health services research: The battle of the frameworks. *Nurs Outlook*. 2005;53(6):274–80.
18. Gold M. Beyond coverage and supply: measuring access to healthcare in today’s market. *Health Serv Res* [Internet]. 1998;33(3 Pt 2):625–52; discussion 681–4. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9685110><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1975648>
19. Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale E, Arthur A, Harvey J, et al. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *BMC Med Res Methodol*. 2006;6:1–13.
20. Sen A. Equidad en la salud: perspectivas, mensurabilidad y criterios. In: Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M, editors. *Desafíos a la falta de equidad en salud: de la ética a la acción*. Washington, D.C; 2002. p. 1–165.



Nelson J. Alvis-Zakzuk
Carlos Castañeda-Orjuela

2.1. El Sistema de Salud colombiano 1993 – 2019¹



En este tipo de modelo, muy extendido en América Latina y el Caribe (ALC) en los noventa, los grupos sociales se discriminan en dos grandes grupos: a) las personas con capacidad de pago y, b) las personas en condiciones de pobreza

Colombia en 1993, mediante la Ley 100, reformó su sistema de salud, el cual para la fecha, según Frenk y Londoño (1), era definido como un modelo de sistema de salud “segmentado”. En este tipo de modelo, muy extendido en América Latina y el Caribe (ALC) en los noventa, los grupos sociales se discriminan en dos grandes grupos: a) las personas con capacidad de pago y, b) las personas en condiciones de pobreza.

La denominación de “segmentado” de este modelo, se explica por lo integrado de las funciones esenciales del sistema de salud (modulación, financiamiento, articulación y prestación) al interior de cada uno de los subgrupos poblacionales, con lógicas propias e independientes para acceder a los servicios de salud (1,2). Así, para hogares con capacidad de pago se distinguen tres tipos de subgrupos, los cuales acceden estos servicios por vías diferentes: 1) las personas que estando vinculadas a la actividad laboral en el sector público o privado tienen derecho a la seguridad social y por lo tanto, acceden a los servicios de salud a través del

“seguro social” de inspiración Bismarkiana (3,4); 2) las personas que con capacidad de pago, acceden a los servicios de salud mediante la compra de un seguro privado de salud (medicina prepagada) inspirado en las lógicas de los mercados de seguros de salud norteamericanos; y 3) las personas que su capacidad de pago les permite comprar directamente servicios de salud en hospitales o centros de atención privados (pago directo o gasto de bolsillo). Por otro lado, para las personas en situación de pobreza, en la mayoría de los países de ALC se diseñaron Sistemas Nacionales de Salud, financiados con impuestos generales y basado en el modelo de Beveridge del Servicio Nacional de Salud Inglés (4–7). Esta descriptiva del modelo segmentado, fue común para la mayoría de los sistemas de salud de los países de ALC y se usó como argumento esencial para justificar las reformas iniciadas durante los 90s, entre ellas para Colombia.

Es importante resaltar que, para el caso colombiano, previo a la Ley 100, el principio de acceso a los servicios de salud por parte de la población pobre era la caridad o beneficencia y no el principio de ciudadanía, inspirado en el derecho a la salud. Este último, al igual que el derecho a la seguridad social, se instauraron en Colombia por primera vez, a partir de la promulgación de la Nueva Constitución Política de 1991 y ambos son elevados a la categoría de servicio público de responsabilidad del Estado (Artículos 48 y 49) (8).

A partir del nuevo mandato constitucional, el Congreso de la República, promulgó la Ley 100 de 1993 que creó el Sistema Integral de Seguridad Social, y como parte de este, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) - Libro Segundo -. Con esta reforma, se pasó de un modelo “segmentado” a uno de “pluralismo estructurado” (1,9,10) y de atención administrada con competencia regulada (11,12), el cual estableció como meta el aseguramiento universal de todos los colombianos (Figura 1).



1. El equipo del ONS extiende sus agradecimientos a los profesores Nelson R. Alvis-Guzmán (Ph.D) y Julio Orozco-Africano (MSc.) por sus aportes y validaciones a esta sección.

Figura 1. Actores del Sistema de Salud de Colombia

SECTOR	Seguridad Social Público/Privado				Sector Público	Privado
FUENTES	Contribuciones Obligatorias de los afiliados	Contribuciones patronales	Impuestos Generales Nacionales: IVA, Renta, Riqueza	Impuestos Departamentales (Rentas Cedidas): - Cervezas y Sifones - Licores - Apuestas permanentes - Loterías	Pagos Compartidos: - Copagos - Cuotas Moderadoras - Cuotas de Recuperación	Pagos de bolsillo: - Compra directa de servicios - Pago de seguros privados
FONDOS	FONDOS TERRITORIALES DE SALUD		FONDOS NACIONALES			
	FONDOS DEPARTAMENTALES FONDOS DISTRITALES FONDOS MUNICIPALES	ADRES	FAEP	FONDOS ESPECIALES DE LA SEGURIDAD SOCIAL DE RÉGIMENES EXCEPTUADOS	FONSAET	
COMPRADORES	EPS del Régimen Contributivo		EPS del Régimen Subsidiado		Entidades Administradoras de Regímenes Exceptuados	Administradoras de Planes Adicionales de Salud (PAS): - EMP - EPS con PACS - SPS
PROVEEDORES	IPS Privadas		Empresas Sociales del Estado (Prestadores Públicos) IPS Privadas		IPS Privadas	
USUARIOS	Afiliados al Régimen Contributivo (Cotizantes y sus beneficiarios) - Asalariados dependientes - Trabajadores independientes		Afiliados al Régimen Subsidiado (Todos son beneficiarios): - Población pobre en niveles SISBEN 1 y SISBEN 2		Afiliados a Regímenes Exceptuados: Policía Nacional, FFMM, Empleados de Ecopetrol, Congreso, Ferrocarriles Nacionales, Magisterio	
	Afiliados a P.A.S. Población con capacidad de pago en Estratos Sociales Altos					

ADRES: Administradora de Recursos de Salud
EMP: Empresas de Medicina Prepagada
EPS con PACS: EPS Contributivas con Planes de Atención Complementaria
SPS: Seguros Privados de Salud
FONPET: Fondo de Prestaciones Territoriales
FAEP: Fondo de Ahorros de Estabilización Petrolera (FAEP)
FONSAET: Fondo de Salvamento y Garantías para el Sector Salud

En Colombia, para 1993, frente a la gran proporción de pobres y ante la necesidad de integrar los segmentos del antiguo sistema, el SGSSS propuso lograr el aseguramiento de la población mediante dos regímenes: a) un régimen contributivo (RC) de inspiración Bismarkiana, para trabajadores o personas con capacidad de pago, las cuales se afilian a una aseguradora (Empresa Promotora de Salud –EPS-) mediante el pago de una contribución, con base en el ingreso, con lo que adquieren el derecho a recibir, para el cotizante y sus beneficiarios, un paquete básico de servicios de salud (Plan Obligatorio de Salud –POS-); y, por otro lado, b) un régimen subsidiado (RS) destinado a garantizar el acceso a los servicios de salud de la población en situación de pobreza, previamente identificada mediante un Sistema de Identificación de Beneficiarios de Subsidios (SISBEN), quienes se afiliarían a una EPS que administrara recursos del RS (14).

Para enero de 2019 habían en el régimen contributivo 46 EPS que reportaban 22.118.050 afiliados, mientras que en el subsidiado 43 EPS reportaban 22.814.565 (15). Desde la Ley 100 de 1993 hasta el año 2019 se han realizado diversas leyes que han legislado en temas de salud, pero específicamente hay cuatro que tienen que ver con la reforma del SGSSS (Tabla 1).

Tabla 1. Reformas del SGSSS

Reformas del sistema de salud colombiano	Explicación
Ley 1122 de 2007 (16)	Creación del Plan Nacional de Salud Pública
Ley 1438 de 2011 (17)	Fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud, en un modelo de servicio público en salud a través de la estrategia de atención primaria – Plan Decenal de Salud Pública.
Ley 1751 de 2015 (18)	Garantizar la salud como derecho fundamental regulando y estableciendo su protección. - Política de Atención Integral en Salud.
Ley 1753 de 2015 (19)	En el artículo 65 establece la implementación de la Política de Atención Integral en Salud, dentro del marco legal de la ley 1751 de 2015, Estatutaria en Salud y las leyes vigentes, que será de obligatorio cumplimiento para todos los integrantes del SGSSS. Y, el artículo 66 crea la “Entidad Administrativa de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud –(ADRES)

Referencias

- Londoño J-LJF. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. Inter-American Dev Bank. 1997;
- Frenk J. Dimensions of health system reform. Health Policy. enero de 1994;27(1):19-34.
- Mantz J-M. [Birth of the “Social Security” in Alsace-Lorraine]. Rev Hist Pharm (Paris). mayo de 2008;56(357):29-38.
- Sigerist HE. From Bismarck to Beveridge: developments and trends in Social Security legislation. 1943. J Public Health Policy. 1999;20(4):474-96.
- Webster C. Beveridge after 50 years. BMJ. octubre de 1992;305(6859):901-2.
- Dean M. Beveridge revisited and restructured. Lancet (London, England). noviembre de 1994;344(8932):1285.
- Beveridge W. Social insurance and allied services. 1942. Bull World Health Organ. 2000;78(6):847-55.
- Constitución Política de Colombia de 1991. 1991.
- Gutiérrez J, Restrepo R. El pluralismo estructurado de Londoño y Frenk frente a la articulación y modulación del Sistema General de Seguridad Social. Rev Soc y Econ. 2012;
- Echeverri Velasco C. Del pluralismo estructurado hacia la protección social. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2003;
- Enthoven AC. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. Elsevier Science; 2014. 175 p.
- ENTHOVEN AC. Chapter 1 - ON THE GOALS OF POLICY BT - Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance. En: Lectures in Economics: Theory, Institutions, Policy. 1988.
- Guerrero R, C M, Gallego AI, Becerril-montekio V, Ec L, Soc M, et al. Sistema de salud de Colombia. Salud Publica Mex. 2011;53(122).
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 Del 93. D Of No 41148 23 diciembre 1993. 1993;
- ADRES. Reporte Afiliados Por Entidad.
- Congreso de la República de Colombia. Ley 1122. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. 2007. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1122-de-2007.pdf>
- Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011 [Internet]. 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1438_DE_2011.pdf
- Congreso de Colombia. Ley 1751 de 2015 [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley_1751_de_2015.pdf
- El Congreso de la República de Colombia. Ley 1753 de 2015 [Internet]. 2015 [citado 20 de noviembre de 2019]. Disponible en: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normograma/Ley_1753_de_2015.pdf



*Gina Vargas-Sandoval
Juana Calero-Malo
Karol Cotes-Cantillo
Carlos Castañeda-Orjuela*

2.2. Revisión de literatura de análisis de acceso en servicios de salud en población colombiana



En este tipo de modelo, muy extendido en América Latina y el Caribe (ALC) en los noventa, los grupos sociales se discriminan en dos grandes grupos: a) las personas con capacidad de pago y, b) las personas en condiciones de pobreza

Desde el Observatorio Nacional de Salud (ONS), tradicionalmente se han descrito los estudios que en población colombiana se desarrollan, relacionados con las temáticas de cada informe. En esta oportunidad, se halló una revisión previa de acceso a los servicios de salud en población colombiana que incluyó publicaciones entre 2000 y 2013 (1). Dicha revisión encontró que 18 de 28 artículos referenciaron los modelos conceptuales sobre los cuales se basó su investigación, siendo los más frecuentemente usados los de Aday y Andersen y el de Frenk. Mientras que los restantes adoptaron variables como el uso de servicios de salud o tenencia de seguro de salud y la mayoría de las investigaciones reportaron barreras de acceso a los servicios de salud.

Se consideró necesario la actualización de la descripción de dicha literatura, con los aspectos de interés para el ONS. El objetivo de la presente revisión fue describir los estudios que analizaron la relación entre acceso y desenlaces en salud en población colombiana.

2.2.1. Metodología

Se realizó una revisión de literatura con base en el motor de búsqueda de PubMed (julio de 2019) según sintaxis de búsqueda ["Colombia"[Title/Abstract] OR "Colombia"[Mesh] OR colombians[Title/Abstract]] AND {access*[title/abstract] AND [health[title/abstract] OR services*[title/abstract]] OR "Health Services Accessibility"[MeSH Terms] OR "accessibility of health services"[Title/Abstract]}. Fueron incluidas publicaciones originales que analizaron el acceso a los servicios de salud. En adición, estudios cuantitativos, analíticos, realizados en población colombiana, publicados desde 2013 hasta la fecha de la realización de la búsqueda. Se seleccionó la revisión previamente publicada y los demás estudios que cumplieron con los criterios de selección de la presente revisión (1).

El análisis incluyó la descripción de las características generales de los estudios, entre los que se cuentan el año de publicación, fuentes, unidades de análisis, poblaciones blanco y unidades geográficas incluidas. Posteriormente, se discriminó los modelos teóricos adoptados o referidos por los autores y el enfoque del acceso a los servicios de salud. Esto es, si el acceso se consideró como una variable que determina desenlaces en salud, o como variable de desenlace según unos determinantes.

2.2.2. Resultados

La búsqueda arrojó un total de 295 artículos, 48 fueron preseleccionados (dos no capturados) y leídos en su texto completo para verificación de criterios de selección. Finalmente, 13 artículos fueron incluidos identificados en PubMed. En adición, de los 34 artículos de la revisión previa, siete fueron seleccionados. En su totalidad, este análisis incluye 20 artículos publicados entre 2000 y julio de 2019.

Características generales de los estudios

Durante el horizonte temporal en el cual se revisaron los estudios, se observó algunos periodos para los cuales fueron más frecuentes las publicaciones. Estos son entre 2007 a 2009 (2-7), 2013 a 2016 (8-17) y para el último año que se observaron publicaciones, 2018 (18-20). En cuanto a las fuentes de información, de fuente primaria se registraron once estudios (2,4,19,5,10-14,16,18) y los restantes de fuente secundaria, siendo la fuente más frecuente la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) (6-8,20), entre otras fuentes (3,4,9,15,17,21). Los estudios, en su mayoría, tomaron como unidades de análisis los individuos (2,4,18-20,5,6,8,10-12,14,15) y en menor proporción se trató de estudios ecológicos (7,9,20,21).

En su mayoría, se analizó población general (2,4,7,9,11,15,21). Las poblaciones específicas analizadas fueron, en su mayoría, mujeres en el proceso de la gestación, parto o puerperio (8,10,12,20), seguidos por menores de edad (18,19), mujeres con cáncer de mama (5,14) y desplazados (6). En cuanto a las unidades geográficas analizadas, la mayoría tuvieron una cobertura nacional (4,7-9,18,20,21), otros estudios con varias ciudades (2,3,5,11) y otros incluyeron solo un municipio (6,10,12,14,15,19). A pesar de lo anterior, Bogotá (2,3,18,20,21,4-9,11,14) y Medellín (3-5,7-9,18,20,21) son las ciudades más incluidas en los estudios.

Estudios que analizaron el acceso y su relación con desenlaces en salud

Cuatro desenlaces en salud fueron analizados según indicadores de acceso (Tabla 1). En general, todos reportan que ante menor acceso, mayor presentación de desenlaces desfavorables en salud como DNT crónica (18), caries dental (19), menor sobrevivencia al cáncer gástrico (15) y Morbilidad Materna Extrema (MME) (12). Algunos estudios reportaron gradientes de menor frecuencia de desenlaces desfavorables en tanto aumentaba los estratos de acceso. Por ejemplo, madres con acceso bajo (OR = 1,09; IC 95% 0,95-1,17) reportan aún mayor frecuencia de hijos con DNT crónica que madres con acceso medio (OR = 1,38; IC 95% 1,19-1,62) en comparación madres con acceso alto. Asimismo, personas no afiliadas al SGSSS presentaron peor sobrevivencia (HR = 2,34; IC 95% 1,81-3,03) que afiliados al régimen subsidiado (HR = 1,22; IC 95% 1,06-1,41) en comparación con afiliados al régimen contributivo (15).

Tabla 1. Estudios que analizaron el acceso y su relación con desenlaces en salud

Autor	Marco conceptual	Desenlace	Indicadores de acceso
Osorio, 2018 (18)	No explícito	Desnutrición crónica en menores de 5 años	Indicador compuesto del uso y acceso al sistema de salud de la madre que incluye número de CPN, vacunación antitetánica, parto por personal capacitado e institucionalizado, vacunación anti polio y presencia de carné de salud del menor
Martignon, 2018 (19)	No explícito	Caries dental	Piezas dentales perdidas por barreras de acceso
De Vries, 2015 (15)	No explícito	Cáncer gástrico (sobrevivencia)	Régimen de afiliación al SGSSS
González, 2014 (12)	Frenk	Morbilidad materna extrema (MME)	Retraso 1: Desconocimiento de los síntomas; subvaloración de la importancia de los síntomas; carencia o práctica cultural, suposición de no atención, experiencias negativas, dificultades económicas. Retraso 2: problemas de orden público, de transporte, ubicación de la institución, dificultades económicas. Retraso 3: Dificultades administrativas, tratamientos o conductas médicas inadecuadas, deficiencia de recursos, subvaloración de cuadros clínicos, nivel de atención adecuado, atención oportuna y calificación de la atención.

*Elementos de análisis de determinantes



Estudios que analizaron determinantes para el acceso a los servicios de salud

Múltiples desenlaces relacionados con el uso de servicios de salud fueron analizados según determinantes (Tabla 2). El factor analizado con mayor frecuencia como determinante del acceso fue la afiliación al sistema de seguridad social en salud (2,4,10,11,13,14,16); seguido por el nivel educativo (4,10,11,14) y el aseguramiento (2,7,9). Este último, con referencia a comparaciones del uso de servicios de salud previo y posterior a la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en 1993 (22)

Tabla 2. Estudios que analizaron determinantes para el acceso a los servicios de salud

Autor	Marco conceptual	Determinante	Servicio de salud
De la Torre, 2018 (20)	Andersen*	Índice de riqueza del hogar	CPN; parto por personal calificado; porcentaje de cesáreas; Control postnatal a los 2 días y 2 meses
Higuera, 2016 (16)	No explícito	Categoría de aseguramiento (cotizante vs beneficiario)	Servicios de atención odontológica
Sánchez, 2015 (14)	Categoría de aseguramiento (cotizante vs beneficiario)	Servicios de atención odontológica	Tratamiento oportuno de cáncer de mama
González, 2016 (17)	ESE; Régimen de afiliación al SGSSS y nivel educativo	Tratamiento oportuno de cáncer de mama	Uso de servicios en los últimos 12 meses problemas emocionales, nerviosos o de salud mental
Atehortúa, 2014 (13)	Problemas de oferta y demanda comportamental	Uso de servicios en los últimos 12 meses problemas emocionales, nerviosos o de salud mental	Acceso citología cervical
Corchuelo-Ojeda, 2014 (10)	Régimen de afiliación al SGSSS	Acceso citología cervical	Asistencia consulta odontológica durante el embarazo
García-Subirats, 2014 (11)	Aday y Andersen	Predisponentes: Sexo, edad nivel de estudios, conocimiento del centro de salud asignado, conocimiento del hospital asignado. Capacitantes: Ingresos familiares, seguro privado, régimen de afiliación Necesidad: Estado de salud percibido, enfermedad crónica	Uso de servicios de atención primaria, servicios especializados y servicios de urgencias
Ettenger, 2013 (8)	No explícito	Régimen de afiliación al SGSSS	Pruebas HIV en la gestación
Ruiz-Gómez, 2013 (9)	No explícito	Sistema de aseguramiento	Condición en salud, aseguramiento, uso de servicios (preventivos, curativos, especialistas, hospitalización), calidad en el servicio y gasto en salud
Rodríguez, 2008 (4)	Donabedian y Frenk	Predisponentes: sexo, edad, estado civil y años de educación. Capacitantes: Afiliación al SGSSS y NBI. Necesidades: Estado de salud percibido y ubicación geográfica	Uso de servicios preventivos, curativos y de hospitalización.
Velásquez-De Charry, 2009 (5)	Aday y Andersen	Barreras geográficas, económicas y operacionales por la organización de los servicios de salud	Régimen de aseguramiento en salud
Guarnizo, 2008 (7)	No explícito	Sistema de aseguramiento y por sexo	Necesidad sentida, consulta médica, hospitalización en el último año, afiliación a seguridad social y seguros privados
Hernández-Bello, 2008 (6)	Frenk; Aday y Andersen	Condición de desplazamiento	Régimen de aseguramiento, consulta de servicios de salud por enfermedad crónica, enfermedad en los últimos 30 días y hospitalización; percepción negativa de servicios de salud.
Ballesteros-Polo, 2007 (3)	Aday y Andersen	Condición de desplazamiento	Potencial: disponibilidad de recursos (tipo de aseguramiento y estructuras de servicios) y las características de la población (predisposición frente al sistema de servicios, tener carné de aseguramiento y morbilidad percibida). Real: Negación de la atención
Ruiz, 2007 (2)	No explícito	Régimen de afiliación	Uso de servicios médicos y gastos de bolsillos
Céspedes, 2000 (21)	No explícito	Sistema de aseguramiento	Cobertura de afiliación, uso de servicios hospitalarios en el último año, uso de servicios de salud en los últimos 30 días (Servicios ex-trahospitalarios y ambulatorios)

* Solo en análisis para Brasil, dado que no se dispone de datos para el mismo análisis en Colombia

**incluye: estado marital, Etnia, suficiencia de ingresos para el pago de necesidades básicas, sitio de atención del parto, orientación durante el embarazo en cómo cuidar los dientes, control prenatal suministro información para asistir a odontología y paridad

Esta revisión encontró algunos estudios para los que el estado de afiliación podría constituirse como una barrera de acceso a los servicios de salud; en tanto que otros, no se encontraron diferencias significativas entre los regímenes de afiliación. Para el primer caso, gestantes del régimen contributivo tuvieron una mayor frecuencia de asistencia al control odontológico en comparación con las afiliadas al régimen subsidiado (OR = 2,4; IC 1,70-3,40) (10). En el segundo caso, mujeres del régimen contributivo reportaron diferencias estadísticamente significativas entre régimen contributivo y subsidiado para el tratamiento oportuno para el cáncer de mama (OR = 2,40; IC 95% 0,63-9,05) (14).

2.2.3. Conclusiones

Esta revisión identificó los análisis realizados sobre el acceso a servicios de salud en población colombiana. Aunque las fuentes secundarias son importantes para el desarrollo de estos estudios, se han encaminado esfuerzos al desarrollo de estos con fuente primaria, tal que permita hacer mediciones con mayor validez del acceso. Lo anterior es relevante por cuanto el concepto del acceso se ha catalogado como complejo. Se resalta la disponibilidad de estudios cabeza a cabeza en contraposición a estudios ecológicos, pues los primeros permiten la valoración de asociaciones causales.

Pese a que la mayoría de los estudios no dejaron explícito el marco conceptual de referencia, los estudios que lo manifestaron, en su mayoría, adoptaron el modelo de Aday y Andersen en concordancia con las referencias previas que identifican este modelo como el de mayor adopción. Se destacan con mayor frecuencia de análisis el régimen de aseguramiento como la variable de exposición y los desenlaces maternos como resultado en salud.

Referencias

1. 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. Vol. 13, Revista Gerencia y Políticas de Salud. Pontificia Universidad Javeriana; 2014. p. 7-20.
2. Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Econ.* 2007;16:3-18.
3. Ballesteros Polo MP, Gaviria Londoño MB, Martínez Botero SE. Caracterización del acceso a los servicios de salud en población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. *Rev Fac Nac Salud Publica.* 2006;24(01).
4. Roldán Vásquez PM, Rodríguez S. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe. *Universidad del Norte;* 2008.
5. Velásquez-De Charry LC, Carrasquilla G, Roca-Garavito S. Equidad en el acceso al tratamiento para el cáncer de mama en Colombia. *Salud Pública de México.* 2009;51:s246-53.
6. Hernández Bello A, Gutiérrez Bonilla ML. Vulnerabilidad y exclusión: condiciones de vida, situación de salud y acceso a servicios de salud de la población desplazada por la violencia asentada en Bogotá - Colombia, 2005. *Rev Gerenc y Polit Saludicas Salud.* 2008;07(14):145-76.
7. Guarnizo Herrero C, Agudelo Calderon CA. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Rev Salud Pública.* 2008;10:44-57.
8. Ettenger A, Bärnighausen T, Castro A. Health insurance for the poor decreases access to HIV testing in antenatal care: evidence of an unintended effect of health insurance reform in Colombia. *Health Policy Plan.* 2014 May;29(3):352-8.
9. Gómez FR, Jaramillo TZ, Beltrán LG. Colombian health care system: Results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2013 Feb;33(2):107-15.
10. Ojeda JC, Pérez GJG. Socioeconomic determinants of dental care during pregnancy in Cali, Colombia. *Cad Saude Publica.* 2014;30(10):2209-18.
11. García-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. Determinants of the use of different healthcare levels in the General System of Social Security in Health in Colombia and the Unified Health System in Brazil. *Gac Sanit.* 2014;28(6):480-8.
12. González Ortiz LDG, Gómez Arias RD, Vélez Álvarez GA, Agudelo Londoño SM, Gómez Dávila J, Wylie J. [Characteristics of hospital care and its relationship to severe maternal morbidity in Medellín, Colombia]. *Rev Panam Salud Publica.* 2014 Jan;35(1):15-22.
13. Atehortúa S, Palacio-Mejía L. Impacto del seguro de salud subsidiado en el acceso a la citología cervical en Medellín, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2014;16(4).
14. Sánchez G, Niño CG, Estupiñán C. [Factors associated with the timely treatment of women with breast cancer supported by a non-governmental organization in Bogotá, Colombia]. *Biomedica.* 35(4):505-12.
15. de Vries E, Uribe C, Pardo C, Lemmens V, Van de Poel E, Forman D. Gastric cancer survival and affiliation to health insurance in a middle-income setting. *CANEP Cancer Epidemiol.* 2015 Feb;39(1):91-6.
16. Higuera L, Prada SI, SI P. Barrier to Access or Cost Share? Coinsurance and Dental-Care Utilization in Colombia. *Appl Health Econ Health Policy.* 2016 Oct;14(5):569-78.
17. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr Rev Colomb Psiquiatr.* 2016;45:89-95.
18. Osorio AM, Romero GA, Bonilla H, Aguado LF. Socioeconomic context of the community and chronic child malnutrition in Colombia. *Rev Saude Publica.* 2018 Jul;52:73.
19. Martignon S, Usuga-Vacca M, Cortés F, Cortes A, Gamboa LF, Jacome-Lievano S, et al. Risk factors for early childhood caries experience expressed by ICDAS criteria in Anapoima, Colombia: a cross-sectional study. *Acta Odontol Latinoam.* 2018 Jun;31(1):58-66.
20. De La Torre A, Nikoloski Z, Mossialos E, A DLT, Nikoloski Z, Mossialos E. Equity of access to maternal health interventions in Brazil and Colombia: a retrospective study. *Int J Equity Health.* 2018 Apr;17(1).
21. Juan Eduardo Cespedes, Cespedes Londoño JE, Jaramillo Pérez I, Martínez R, Olaya S. Efectos de la reforma de la seguridad social en salud en Colombia sobre la equidad en el acceso y la utilización de servicios de salud. *Rev Salud Pública.* 2000;02(02):145-64.
22. Social. CM de T y S. Ley de seguridad social: Ley 100 de 1993 (diciembre 23) por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Santafe de Bogotá: Colombia. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1995.

CAPÍTULO 3

Índice de Acceso a los Servicios de Salud (IASS)



3.1. Resultados del Índice de Acceso a los Servicios de Salud en Colombia

A partir de la metodología de análisis de componentes principales (descritos en el Capítulo 12), y acorde con el modelo conceptual de Aday y Andersen (1), se construyeron dos índices, a nivel municipal para el periodo 2016-2017: el índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS) y el índice de acceso real a los servicios de salud (IARSS). A continuación, se describen los hallazgos principales.

3.1.1 Índice de acceso potencial a los servicios de salud

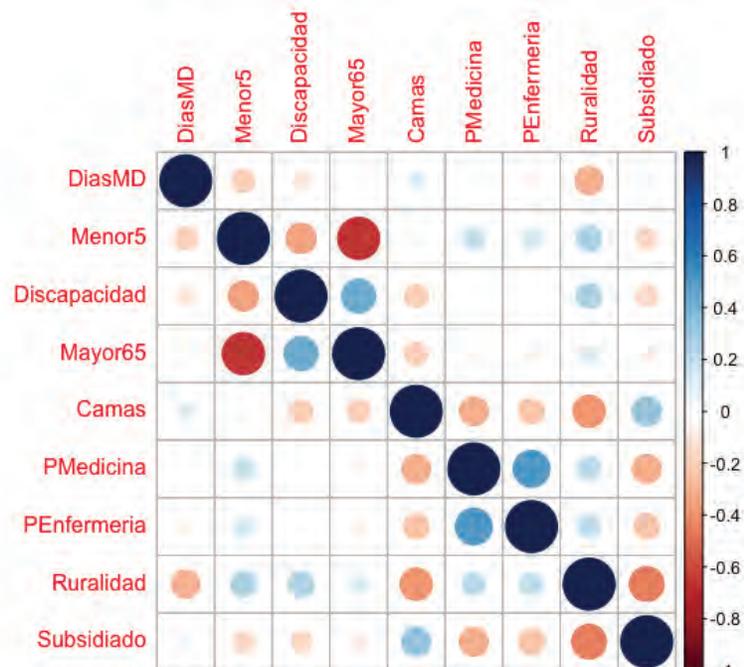


Las correlaciones más altas se encuentran entre los grupos de edad extremos (menor de 5 años y mayor de 65), y también la discapacidad

En la Figura 1 se observan las correlaciones entre las variables incluidas en el Índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS). Las correlaciones más altas se encuentran entre los grupos de edad extremos (menor de 5 años y mayor de 65), y también la discapacidad. Por otro lado, la proporción de profesionales de medicina y enfermería, la proporción de camas por habitantes y la afiliación al régimen subsidiado conforman otro grupo de variables. Finalmente, la variable días promedio para cita de medicina general solo mantiene una elevada correlación con la ruralidad.

*Salomé Valencia-Aguirre
Liliana Hilarión-Gaitán*

Figura 1 Correlación variables acceso potencial a servicios de salud



DiasMD = Oportunidad (días promedio) para citas de medicina general, Menor5 = Edad (individual) Proporción de población menor de 5 años,

Discapacidad = Prevalencia Discapacidad, Mayor65 = Edad (individual) Proporción de población mayor de 65 años, Subsidiado = Porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado, Camas = Camas por 10.000 habitantes, PMedicina = Profesionales de medicina general por 10.000 habitantes (densidad), PEnfermeria = Profesionales de enfermería por 10.000 habitantes (densidad).

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

Los resultados obtenidos en el análisis de componentes principales se resumen en la Tabla 1 donde el primer factor (características de la población) explica el 27% del total de la varianza, el segundo (oferta) el 23% y el tercero (oportunidad) el 14%. Por lo que con los tres primeros ejes se explica el 63% del total de la varianza. Adicionalmente, los valores propios de los tres primeros componentes son superiores a 1, cumpliendo el criterio de Kaiser (2) para la selección de los componentes a incluir.

Tabla 1. Resultados análisis de componentes principales del índice acceso potencial a los servicios de salud, Colombia

Componente principal	Valores propios	Porcentaje de varianza explicada	Porcentaje de varianza acumulada
Oferta (CP1)	2,4	27%	27%
Características de la población (CP2)	2,0	23%	50%
Oportunidad (CP3)	1,2	14%	63%

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

En la Tabla 2 se pueden identificar tres agrupaciones de variables, que tienen un comportamiento similar dentro de una de las tres componentes. La primera, se encuentran relacionadas con las características de la población, la segunda incluye aquellas que tienen que ver con la oferta y la tercera con la oportunidad (ruralidad y días de espera para medicina general).

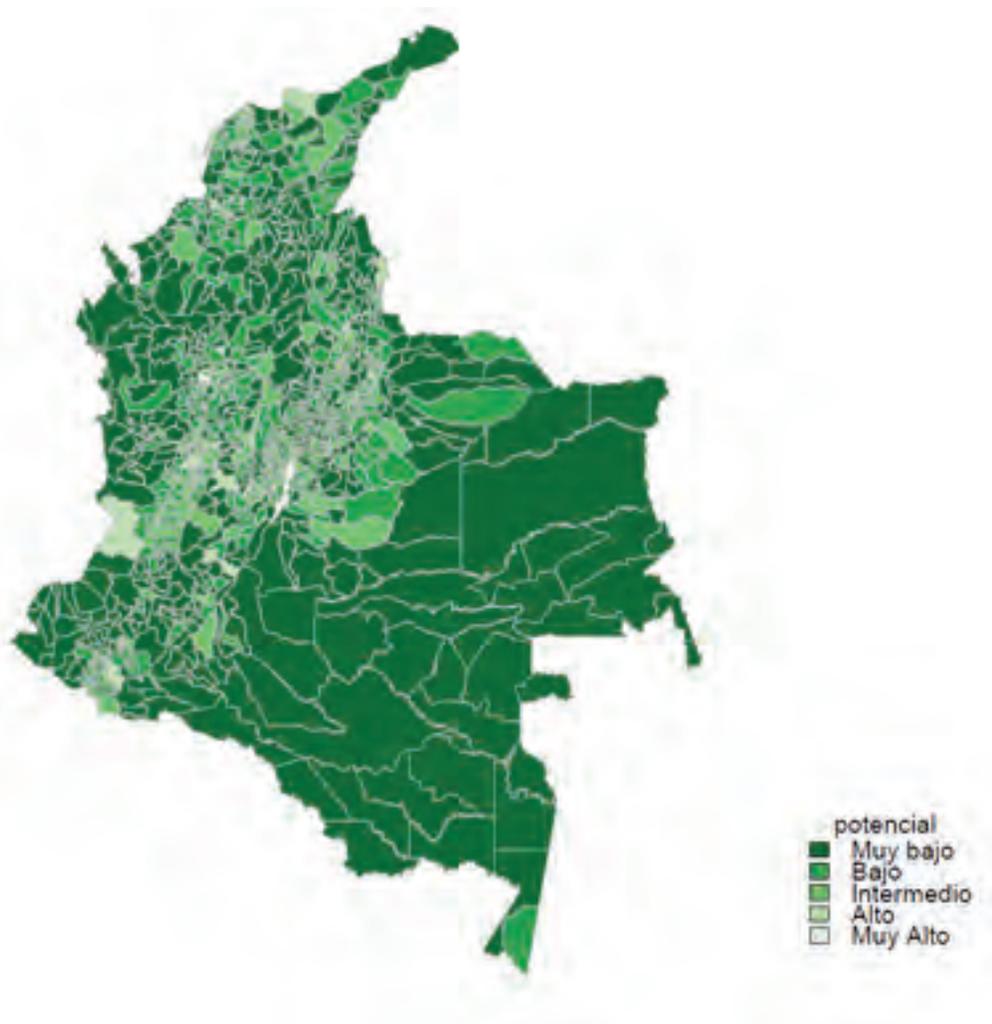
Tabla 2. Vectores propios índice acceso potencial a servicios de salud

Variable	CP1	CP2	CP3
Camas por 10.000 habitantes (3)	0,53		
Profesionales de medicina general por 10.000 habitantes (4)	0,82		
Profesionales de enfermería por 10.000 habitantes (4)	0,76		
Proporción de población afiliada al régimen Subsidiado (5)	0,55		
Proporción de población menor de 5 años (6)		0,82	
Prevalencia Discapacidad		0,68	
Proporción de población mayor de 65 años (6)		0,88	
Oportunidad (días promedio) para citas de medicina general (7)			0,74
Proporción de población en áreas rurales (6)			0,75

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

En cuanto a la distribución espacial del nivel de acceso a nivel municipal ajustado por población (Figura 2), los municipios en verde más oscuro representan los niveles más bajos de acceso. Se evidencia que aquellos de un nivel más alto se agrupan en la región central del país. Además, aproximadamente el 80% de los municipios de Colombia presentan un nivel Muy bajo (51,9%) y bajo (31,4%) de acceso potencial. Los dos municipios con un nivel muy alto de acceso potencial fueron Bogotá y Medellín.

Figura 2. Distribución geográfica de los niveles de acceso potencial a los servicios de salud, Colombia 2017-2018



Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

En cuanto a la proporción de municipios con bajo acceso potencial a los servicios de salud (Tabla3) según el departamento, se encuentran: Guainía (100%), Guaviare (100%), Vaupés (100%) y Vichada (100%), Amazonas (90,9%), Chocó (90%), Arauca (85,7%), Caquetá (87,5%) y Cauca (83%).

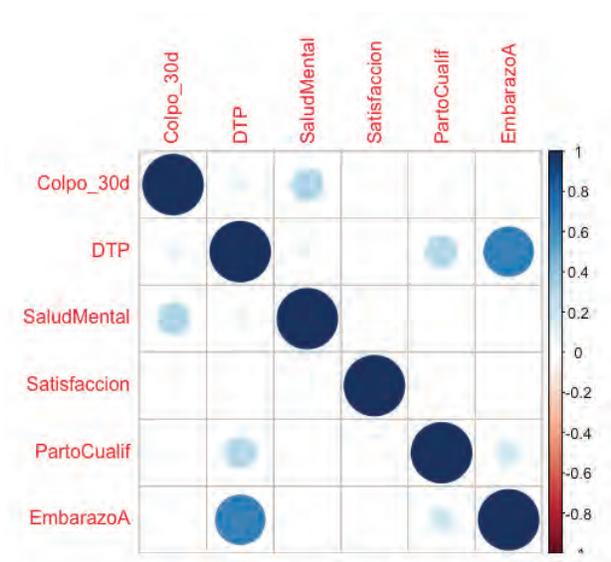


Tabla 3. Distribución de municipios de acuerdo con el nivel de acceso potencial a servicios de salud por departamento

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy Alto		Total Municipios
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Amazonas	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0	11
Antioquia	65	52,0	43	34,4	14	11,2	2	1,6	1	1	125
Arauca	6	85,7	1	14,3	0	0,0	0	0,0	0	0	7
Atlántico	1	4,3	6	26,1	14	60,9	2	8,7	0	0	23
Bogotá D.C.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100	1
Bolívar	31	67,4	11	23,9	3	6,5	1	2,2	0	0	46
Boyacá	43	35,0	54	43,9	25	20,3	1	0,8	0	0	123
Caldas	7	25,9	13	48,1	6	22,2	1	3,7	0	0	27
Caquetá	14	87,5	1	6,3	1	6,3	0	0,0	0	0	16
Casanare	12	63,2	6	31,6	1	5,3	0	0,0	0	0	19
Cauca	35	83,3	6	14,3	1	2,4	0	0,0	0	0	42
Cesar	14	56,0	9	36,0	2	8,0	0	0,0	0	0	25
Chocó	27	90,0	2	6,7	1	3,3	0	0,0	0	0	30
Córdoba	18	60,0	11	36,7	1	3,3	0	0,0	0	0	30
Cundinamarca	47	40,5	39	33,6	27	23,3	3	2,6	0	0	116
Guainía	9	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	9
Guaviare	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	4
Huila	28	75,7	6	16,2	2	5,4	1	2,7	0	0	37
La Guajira	11	73,3	4	26,7	0	0,0	0	0,0	0	0	15
Magdalena	22	73,3	5	16,7	2	6,7	1	3,3	0	0	30
Meta	20	69,0	6	20,7	3	10,3	0	0,0	0	0	29
Nariño	31	48,4	28	43,8	4	6,3	1	1,6	0	0	64
Norte de Santander	28	70,0	6	15,0	5	12,5	1	2,5	0	0	40
Putumayo	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0	0	0	13
Quindío	0	0,0	7	58,3	4	33,3	1	8,3	0	0	12
Risaralda	2	14,3	4	28,6	6	42,9	2	14,3	0	0	14
San Andrés	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0	2
Santander	42	48,3	31	35,6	11	12,6	3	3,4	0	0	87
Sucre	13	50,0	10	38,5	2	7,7	1	3,8	0	0	26
Tolima	20	42,6	15	31,9	10	21,3	2	4,3	0	0	47
Valle del Cauca	3	7,1	22	52,4	15	35,7	2	4,8	0	0	42
Vaupés	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	6
Vichada	4	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0	4

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

Figura 3 Correlación variables acceso potencial a servicios de salud



Colpo_30d = Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia, SaludMental = Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental (ONSM), Satisfaccion = Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo, PartoCualif = Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado.

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

En cuanto a los resultados del análisis de componentes principales (Tabla 4) la primera componente (acceso efectivo primario) explica el 29% de la varianza observada en los datos, la segunda (acceso efectivo especializado) el 22% y la tercera (satisfacción) el 16%.

Con lo que las tres primeras componentes explican el 67%. Donde los valores propios de las tres primeras componentes son mayores a 1.

Tabla 4 Resultados análisis de componentes principales acceso real a servicios de salud, Colombia

Componente principal	Autovalores	Porcentaje de varianza explicada	Porcentaje de varianza acumulada
Acceso efectivo primario (CP1)	1,7	29%	19%
Acceso efectivo especializado (CP2)	1,3	22%	51%
Satisfacción (CP3)	1,0	16%	67%

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

En cuanto a las agrupaciones de variables por cada componente (Tabla 5); la primera corresponde a variables relacionadas con el acceso efectivo primario (vacunación, nacimientos atendidos por personal cualificado y embarazo adolescente). Por otro lado, la segunda componente agrupa servicios especializados (colposcopia y salud mental). Por último, la tercera componente indica el grado de satisfacción con los servicios.

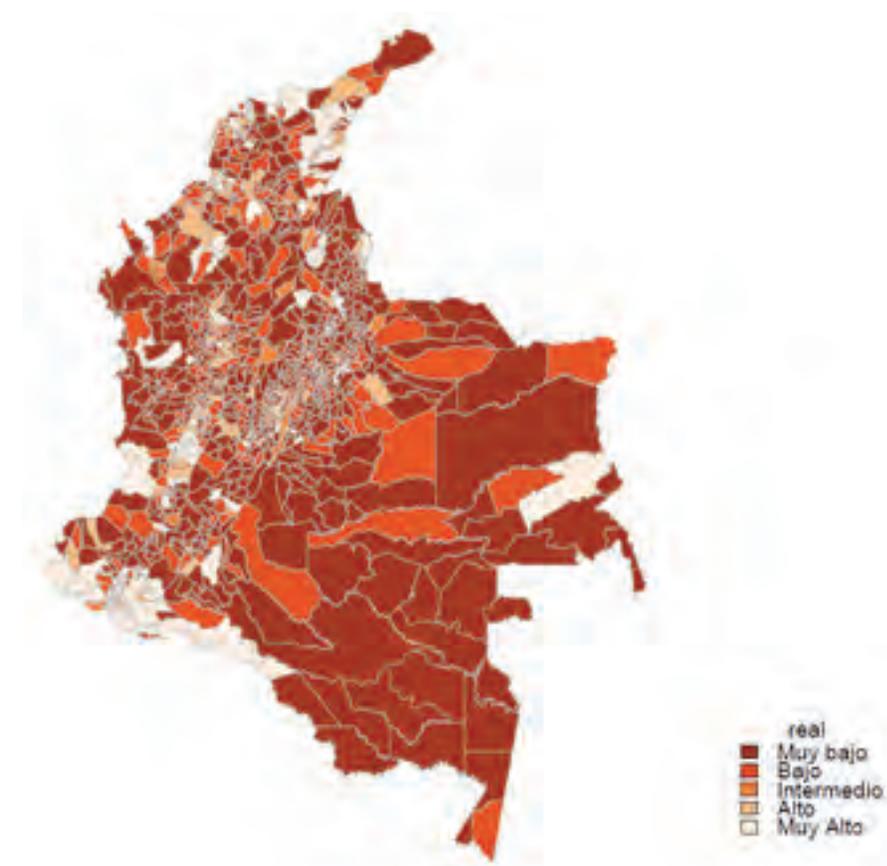
Tabla 5. Vectores propios índice acceso real a servicios de salud

Variable	CP1	CP2	CP3
Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado [8]	0,65		
Proporción de embarazos adolescentes	0,82		
Coberturas de vacunación (DTP en menores de 1 año) [9]	0,80		
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia. [7]		0,80	
Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental (ONSM) [10]		0,80	
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo [7]			0,90

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

Al observar la distribución espacial de los niveles de acceso ponderados por población (Figura 4), la mayoría de los municipios se encuentran en un nivel muy bajo (59,6%) y bajo (18,8%) de acceso real (Tabla 7). Aunque si se compara con los niveles de acceso potencial, hay un mayor número de municipios con mejor acceso real (11% muy alto). También se observan clusters de alto nivel de acceso en Nariño y Córdoba.

Figura 4 Distribución geográfica de los niveles de acceso real a los servicios de salud, Colombia 2017-2018



Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

Para el caso del acceso real los departamentos (Tabla 6) con una elevada proporción de municipios con un nivel bajo de acceso real se encuentran: Amazonas (90,9%), Meta, Chocó y San Andrés.

Tabla 6 Distribución de municipios de acuerdo con el nivel de acceso potencial a servicios de salud por departamento

	Muy bajo		Bajo		Intermedio		Alto		Muy Alto		Total Municipios
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%	
AMAZONAS	10	90,9	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	11
ANTIOQUIA	77	61,6	34	27,2	5	4,0	5	4,0	4	3,2	125
ARAUCA	5	71,4	2	28,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7
ATLÁNTICO	2	8,7	3	13,0	0	0,0	6	26,1	12	52,2	23
BOGOTÁ D.C.	0	0,0	0	0,0	1	100	0	0,0	0	0,0	1
BOLÍVAR	24	52,2	13	28,3	3	6,5	4	8,7	2	4,3	46
BOYACÁ	88	71,5	23	18,7	3	2,4	5	4,1	4	3,3	123
CALDAS	19	70,4	5	18,5	1	3,7	2	7,4	0	0,0	27
CAQUETÁ	13	81,3	2	12,5	0	0,0	0	0,0	1	6,3	16
CASANARE	13	68,4	5	26,3	0	0,0	1	5,3	0	0,0	19
CAUCA	30	71,4	9	21,4	1	2,4	0	0,0	2	4,8	42
CESAR	5	20,0	6	24,0	2	8,0	3	12,0	9	36,0	25
CHOCÓ	26	86,7	3	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	30
CORDOBA	13	43,3	8	26,7	2	6,7	4	13,3	3	10,0	30
CUNDINAMARCA	71	61,2	21	18,1	8	6,9	11	9,5	5	4,3	116
GUAINÍA	7	77,8	1	11,1	0	0,0	0	0,0	1	11,1	9
GUAVIARE	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4
HUILA	25	67,6	8	21,6	1	2,7	2	5,4	1	2,7	37
LA GUAJIRA	7	46,7	3	20,0	0	0,0	3	20,0	2	13,3	15
MAGDALENA	20	66,7	4	13,3	1	3,3	1	3,3	4	13,3	30
META	26	89,7	3	10,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	29
NARIÑO	10	15,6	10	15,6	1	1,6	6	9,4	37	57,8	64
NORTE DE SANTANDER	33	82,5	1	2,5	0	0,0	2	5,0	4	10,0	40
PUTUMAYO	1	7,7	2	15,4	0	0,0	1	7,7	9	69,2	13
QUINDÍO	6	50,0	5	41,7	1	8,3	0	0,0	0	0,0	12
RISARALDA	4	28,6	7	50,0	0	0,0	3	21,4	0	0,0	14
SAN ANDRÉS	2	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2
SANTANDER	71	81,6	4	4,6	2	2,3	5	5,7	5	5,7	87
SUCRE	5	19,2	7	26,9	3	11,5	4	15,4	7	26,9	26
TOLIMA	34	72,3	9	19,1	0	0,0	3	6,4	1	2,1	47
VALLE DEL CAUCA	10	23,8	10	23,8	2	4,8	7	16,7	13	31,0	42
VAUPES	6	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6
VICHADA	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4

Tabla 7. Distribución de municipios de acuerdo con el nivel de acceso a servicios de salud

	Potencial		Real	
	N	%	N	%
Muy bajo	582	51,9	669	59,6
Bajo	352	31,4	211	18,8
Intermedio	161	14,3	37	3,3
Alto	25	2,2	78	7,0
Muy alto	2	0,2	127	11,3

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS

Las medidas que se estimaron resultan del ejercicio de operacionalizar la configuración del acceso potencial y real a través de una serie de indicadores a nivel municipal. También exploró la agregación de estos indicadores en subdimensiones, lo cual permite determinar en que dimensión de acceso hay mas fortalezas o debilidades, de acuerdo con el municipio. Al observar los patrones territoriales en la distribución municipal, según el nivel de acceso, se evidencia una disponibilidad de servicios de salud, acotada para un amplio número de municipios.

Existen otras investigaciones que han explorado otros abordajes para medir el desempeño de una región según el grado de acceso a los servicios de salud. Uno de estos ejemplos es el Índice de acceso y calidad a los servicios elaborado por el grupo del GBD (11), con base en la prevalencia de 32 causas de muerte prevenible, para el cual Colombia ocupa el lugar 81 del escalafón de 195 países. A pesar de que Colombia ha mejorado en este escalafón que se ha estimado desde 1990, lo mayores progresos fueron en el periodo inicial. También es interesante resaltar que los mayores progresos se han hecho en materia de enfermedades inmunoprevenibles como la DTP, incluido en el presente estudio. Por otro lado, el índice de así vamos en salud a nivel departamental de Colombia (12), hace un ejercicio periódico, con los siguientes ejes: desempeño institucional, percepciones y opiniones de los usuarios, financiamiento, rendición de cuentas y participación y gobernanza. En este índice se también identificó bajo acceso en departamentos como Vaupés, Vichada y Guainía.

Dentro de las limitaciones de este análisis, se encuentran la disponibilidad de datos de calidad a nivel municipal, la dificultad para determinar barreras de acceso a nivel geográfico, el modelo no aborda el problema de las preferencias de uso, además de la existencia de otros factores poblacionales y de contexto que no se incluyeron y pueden ser factores explicativos del acceso.



A modo de conclusión estos indicadores permiten evaluar el acceso a los servicios de salud de los municipios de Colombia por determinadas dimensiones. Pero, es necesario continuar profundizando en la construcción de medidas mas precisas o complementarias que permitan comprender y dar respuesta a las necesidades de mejora de las políticas en salud que aumenten el acceso a la salud.

Referencias

1. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974;9(3):208–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>5Cn<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
2. Kaiser HF. The Application of Electronic Computers to Factor Analysis. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 1960 Apr 1;20(1):141–51. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316446002000116>
3. MINSALUD. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
4. Bodega de datos de SISPRO (SGD). MINSALUD.
5. Base de Datos Única de Afiliados BDUA del Sistema General de Seguridad Social en Salud BDUA-SGSSS [Internet]. [cited 2019 Sep 15]. Available from: <https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDUA>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de población.
7. MINSAL. Observatorio de Calidad en Salud [Internet]. [cited 2019 Sep 18]. Available from: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas vitales nacimientos y defunciones [Internet]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
9. MINSAL. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones(PAI).aspx)
10. MINSAL. Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM) [Internet]. [cited 2019 Sep 10]. Available from: <http://onsaludmental.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
11. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231–66.
12. Royo M, Rivillas JC, López DM, Santos AC, Mendoza C. ÍNDICE DEPARTAMENTAL EN SALUD InDes 2019. 2019.



Luz Angela Chocontá-Piraquive

3.2. Acceso real a los servicios de salud en función del acceso potencial

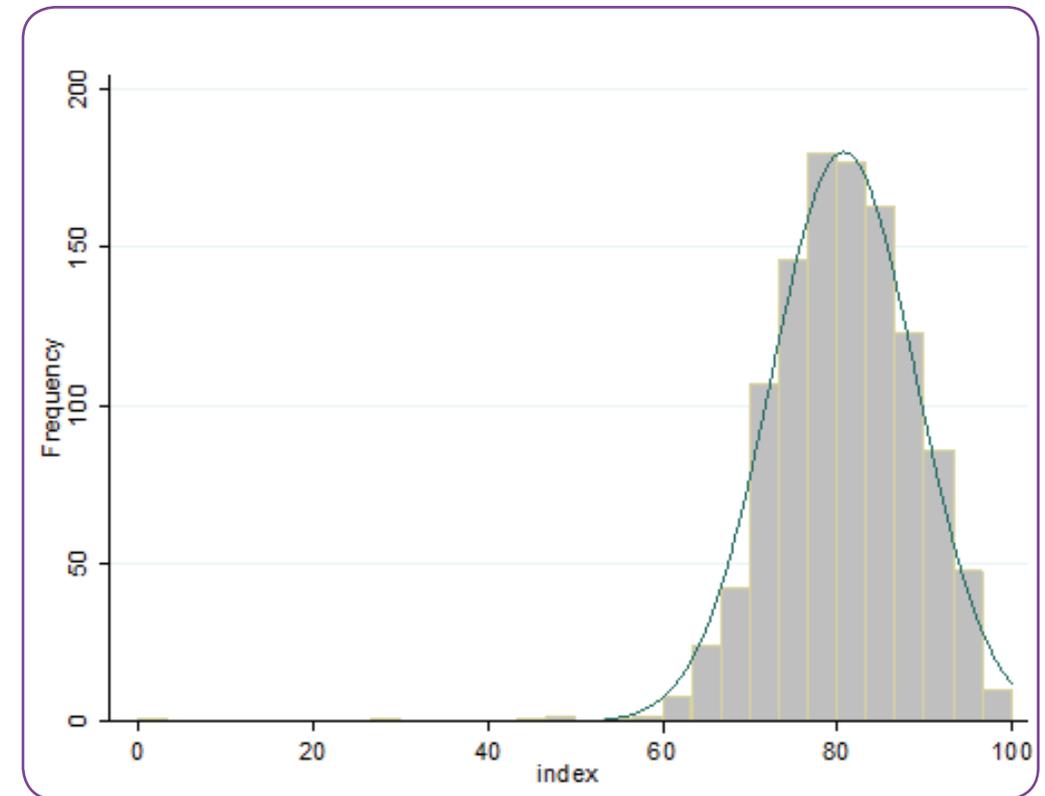


Dado que se considera que el acceso real debe relacionarse con el acceso potencial, se realizó un análisis de regresión lineal con el objeto de predecir el comportamiento del índice de acceso a servicios real en relación con las dimensiones del índice de acceso potencial.

Con el fin de medir el grado de acceso a los servicios de salud en Colombia se desarrollaron dos índices a partir de indicadores que pretendían representar diferentes dimensiones del acceso tanto potencial como real. Dado que se considera que el acceso real debe relacionarse con el acceso potencial, se realizó un análisis de regresión lineal con el objeto de predecir el comportamiento del índice de acceso a servicios real en relación con las dimensiones del índice de acceso potencial.

Se observa que el índice de acceso real tiene una distribución aproximadamente normal (Figura 1). Los valores del índice real se encuentran hacia la derecha del rango, la mayoría de los municipios tienen un índice de acceso entre 60 y 100, siendo cero un puntaje malo y 100 el mejor puntaje posible en la clasificación de municipios colombianos. El índice de acceso potencial (Figura 2) tiene también una distribución aparentemente normal y central en el rango de valores.

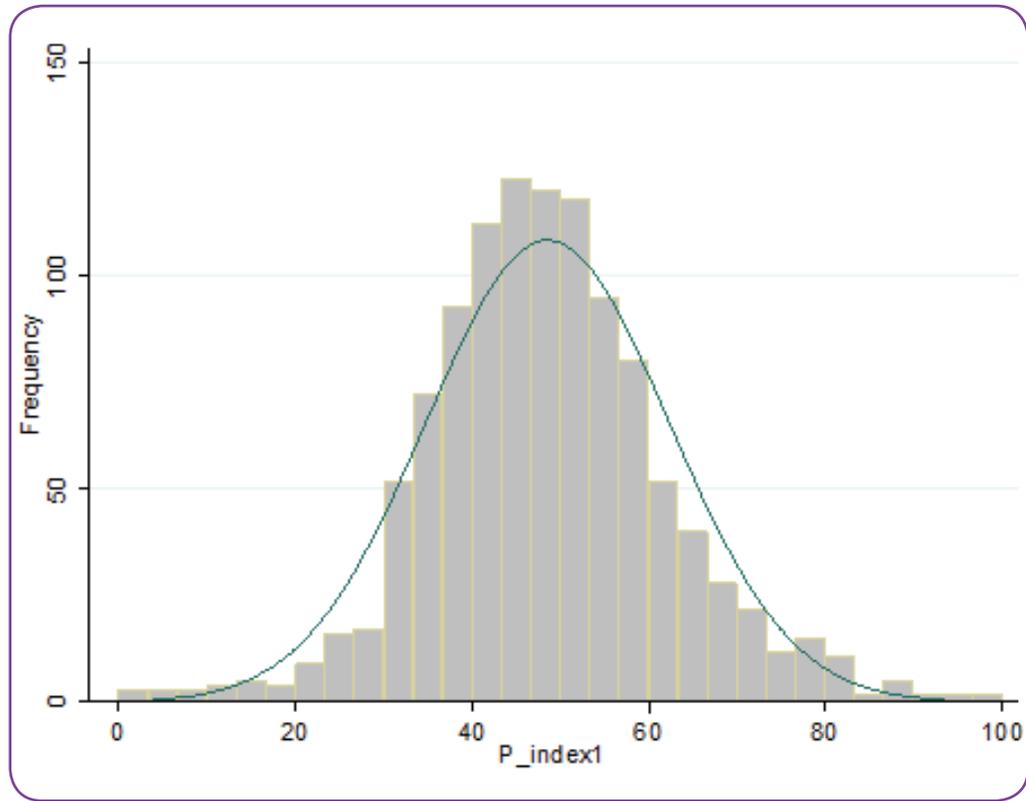
Figura 1. Histograma de frecuencias del índice real



Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.



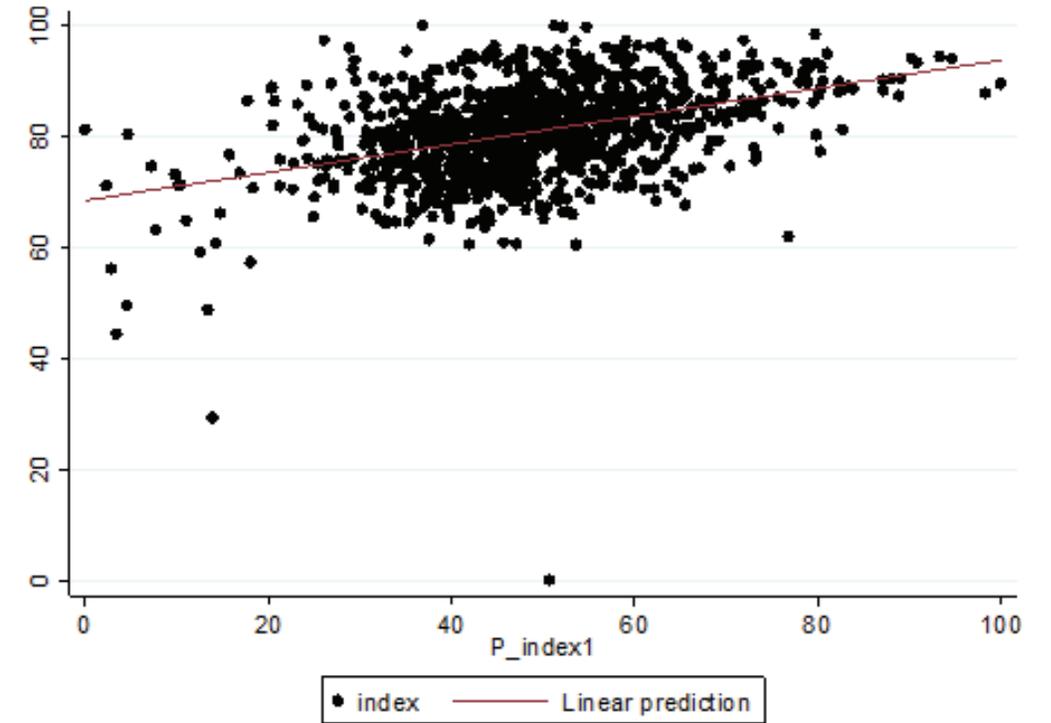
Figura 2. Histograma de frecuencias del índice potencial



Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.

En el análisis de regresión lineal simple se encontró una correlación estadísticamente significativa entre el índice de acceso real y el índice de acceso potencial ($p < 0,000$) con un R^2 de 0,1765. El índice real aumentó 0,2526 por cada unidad de aumento del índice potencial (figura 3).

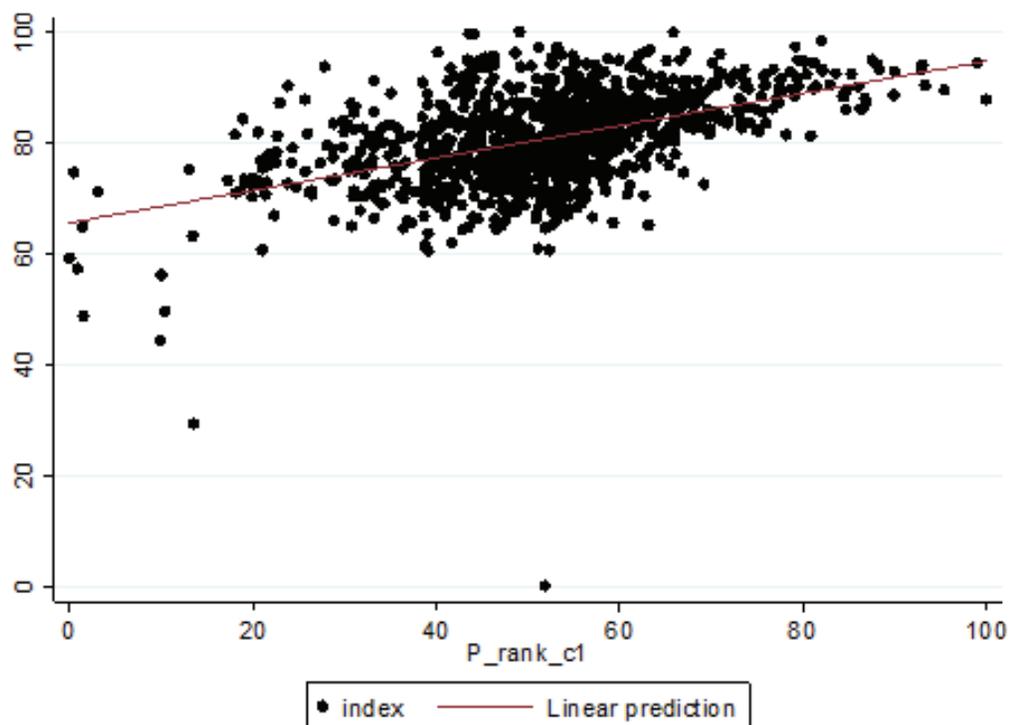
Figura 3. Gráfico de dispersión y línea de regresión estimada, índice de acceso real en función del índice de acceso potencial



Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.

En el análisis para cada uno de los componentes de acceso potencial se encontró una regresión significativa con los tres componentes, pero sólo 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, presenta un valor de R2 mayor al estimado para el índice total (R2 de 0,2347); es decir, que este componente del acceso potencial es el que mejor explica la variación en el índice de acceso real. El acceso real aumentó 0,2918 por cada unidad de aumento del componente de oferta (Figura 4). Aunque los otros dos componentes, composición de la población y oportunidad, presentaron ecuaciones de regresión significativas su poder explicativo fue bajo (R2 < 0,01) (Figuras 5 y 6).

Figura 4. Gráfico de dispersión y línea de regresión, índice de acceso real en función del componente (1) de oferta del índice de acceso potencial.



Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.

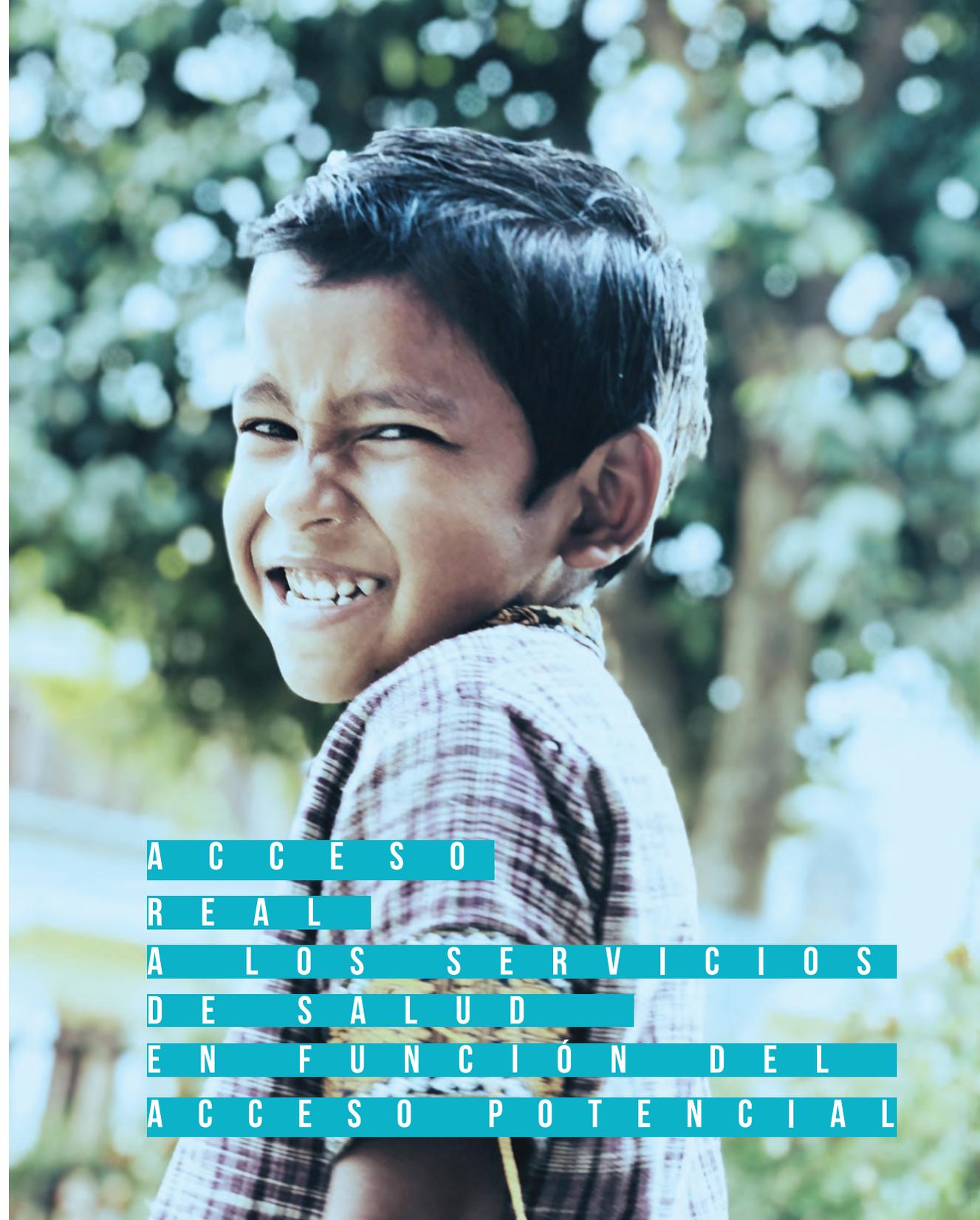
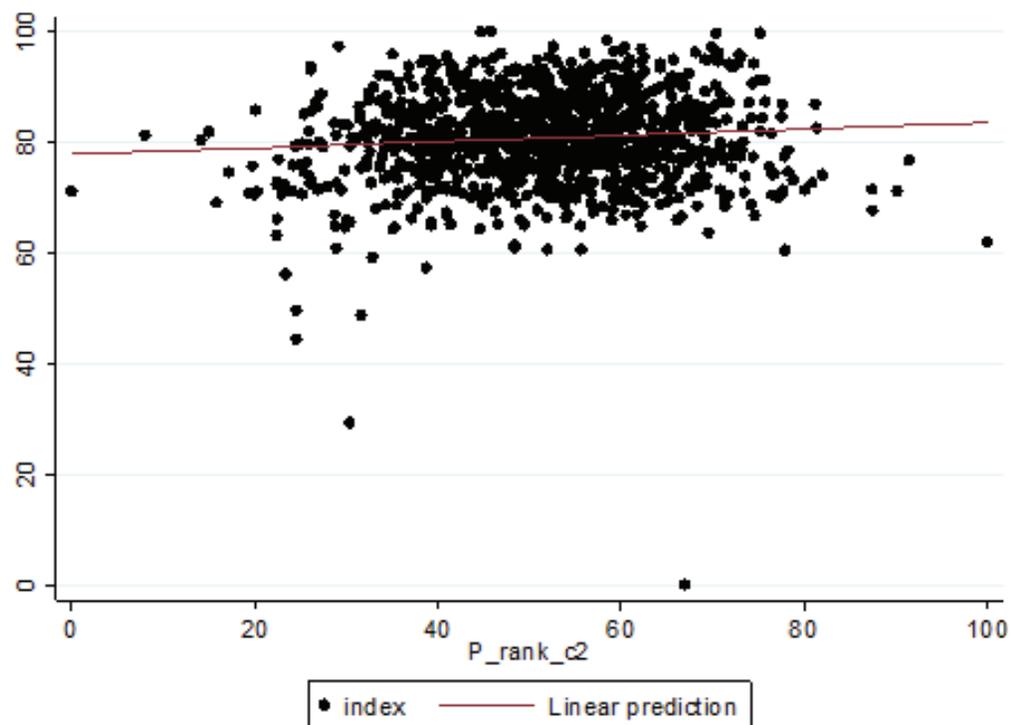
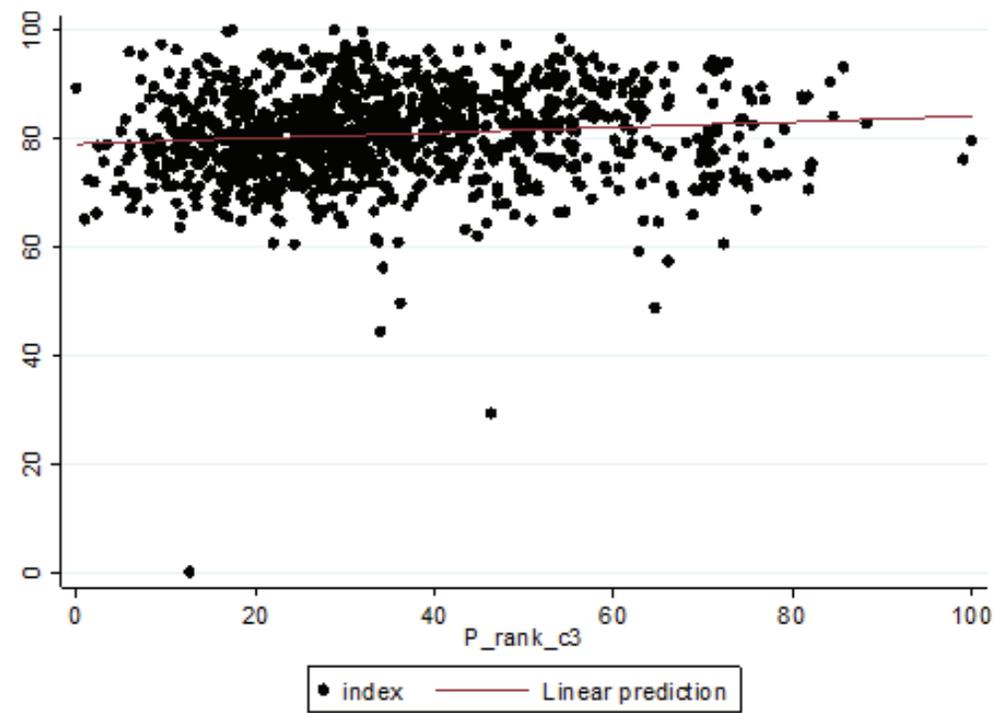


Figura 5. Gráfico de dispersión y línea de regresión, índice real en función del componente de composición de la población (2) del índice de acceso potencial.



Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.

Figura 6. Gráfico de dispersión y línea de regresión, índice real en función del componente de oportunidad (3) del índice de acceso potencial.



Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.



Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal multivariada para predecir el índice real en función de los tres componentes del índice de acceso potencial. La ecuación de regresión fue significativa ($p < 0,0000$) con un R^2 de 0,2525. Los tres componentes fueron predictores del índice real y, aunque combinados presentan un poder explicativo mayor del índice real, sus coeficientes son bajos comparados con el componente de oferta (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados del modelo de regresión lineal multivariada del índice de acceso real en función de los componentes del índice de acceso potencial.

Componentes	Coefficiente	Error estándar	t	P>t	Intervalos de confianza al 95%	
Oferta	0,2918586	0,0155552	18,76	0,000	0,2613379	0,3223793
Composición de la población	0,056883	0,0167338	3,40	0,001	0,0240499	0,0897162
Oportunidad	0,0507701	0,0119468	4,25	0,000	0,0273294	0,0742108
Constante	60,9042	1,268943	48,00	0,000	58,41443	63,39398

Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.

También se realizó un análisis de regresión lineal del índice de acceso real para cada una de las variables que componen el índice de acceso potencial. Para las variables de camas, médicos y enfermeras por 10.000 habitantes, oportunidad de citas de medicina general, prevalencia de discapacidad y población del régimen subsidiado, que tenían una distribución sesgada fue necesario hacer una transformación logarítmica para el análisis de regresión. En la Figura 7 se presentan los gráficos de dispersión para cada indicador y la línea de regresión predicha.

La ecuación de regresión fue significativa y positiva para las variables de población de régimen subsidiado y días para citas de medicina general, es decir que el índice de acceso real aumenta cuando aumentan estas variables. La relación fue negativa para las variables de población menor de 5 años, población rural y prevalencia de discapacidad, es decir que el índice de acceso disminuye cuando aumentan estas variables.

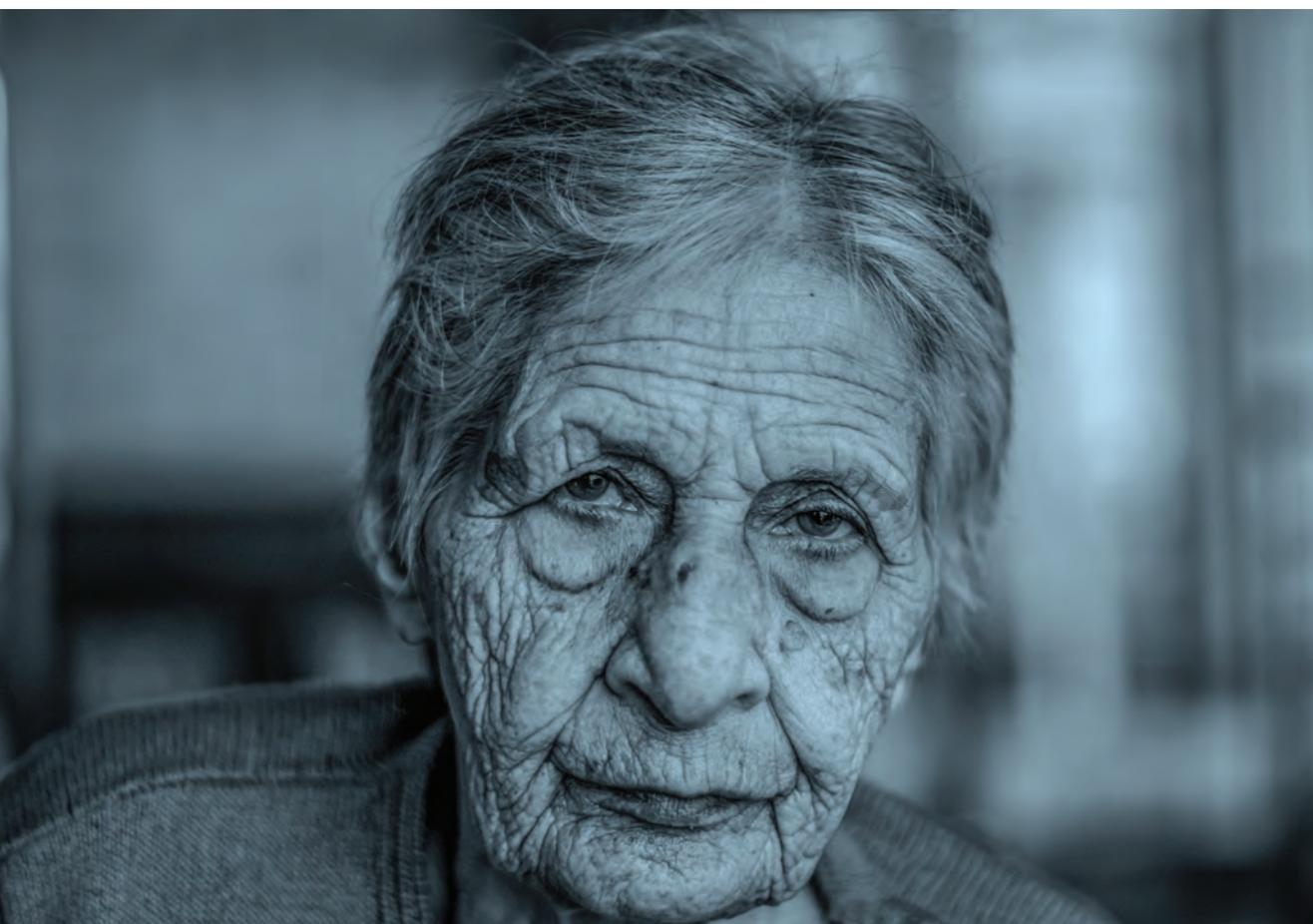
Los resultados del análisis multivariado se muestran en la Tabla 2. Se observa que las variables de población rural, población afiliada al régimen subsidiado y población menor de 5 años siguen siendo significativas, pero las variables discapacidad y oportunidad de citas médicas pierden significancia. El análisis por indicadores muestra que la dificultad de evaluar el acceso usando los indicadores de manera individual, si así se hiciera la ruralidad de los municipios sería la principal variable explicativa del acceso real, dejando de lado otros factores importantes.



Tabla 2. Resultados del modelo de regresión lineal multivariada del índice de acceso real en función de los indicadores del índice de acceso potencial.

Acceso real	Coefficiente	Error estándar	t	P>t	Intervalos de confianza al 95%	
Camas	-.5045977	.31355	-1.61	0.108	-1,120,174	.1109781
Médicos	.6039053	.3392785	1.78	0.076	-.0621818	1,269,992
Oportunidad	.1815578	.163446	1.11	0.267	-.1393269	.5024425
Reg. subsidiado	227,554	.2637466	8.63	0.000	1,757,741	279,334
Enfermeras	.2394094	.3233305	0.74	0.459	-.3953679	.8741867
Discapacidad	-105,529	.5956799	-1.77	0.077	-2,224,757	.1141759
Ruralidad	-.0706824	.0127297	-5.55	0.000	-.0956739	-.0456909
Pob < 5	-9,447,687	1,958,681	-4.82	0.000	-1,329,306	-5,602,314
Pob > 65	-2,192,583	1,449,737	-1.51	0.131	-5,038,772	653,607
Constante	7,640,839	4,329,674	17.65	0.000	6,790,817	849,086

Fuente: elaboración equipo de trabajo ONS



Los anteriores resultados evidencian que el componente de oferta (densidad de camas, médicos y enfermeras y aseguramiento al régimen subsidiado) es el que mejor explica la variación del acceso real a los servicios de salud entre municipios de Colombia, si bien solo explica el 30%. Esto podría ser ocasionado por la inclusión en el índice real de indicadores como la proporción de mujeres con citología anormal en las que se realizó la colposcopia antes de 30 días o el porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado, que son variables altamente relacionadas con la disponibilidad de infraestructura sanitaria.

Los indicadores de composición de la población fueron poco relevantes para explicar la variación en el acceso real, esto podría relacionarse con que los indicadores de acceso real están enfocados en poblaciones específicas como mujeres en edad fértil y menores de cinco años. También es posible que exista subregistro importante en indicadores como la proporción de personas atendidas al menos una vez en servicios de salud mental.

El componente de oportunidad medido con indicadores de días promedio para citas de medicina general o proporción de población rural, tampoco explica una proporción importante de la variación en el acceso real. Es posible que estos indicadores no se relacionen con los indicadores de acceso real como, por ejemplo, las coberturas de vacunación en las cuales se hace búsqueda activa de los niños en zonas alejadas por lo que las coberturas pueden ser altas aún en zonas rurales, es posible que si se analizara la oportunidad de la vacunación los resultados fueran diferentes.

Otro de los indicadores de acceso real que podría no tener relación con los indicadores de acceso potencial es el de la proporción de usuarios que recomendarían su IPS a un amigo, particularmente dado que es poco probable que la persona tenga la libertad de elegir su IPS especialmente en municipios pequeños o alejados donde puede haber una sola IPS.

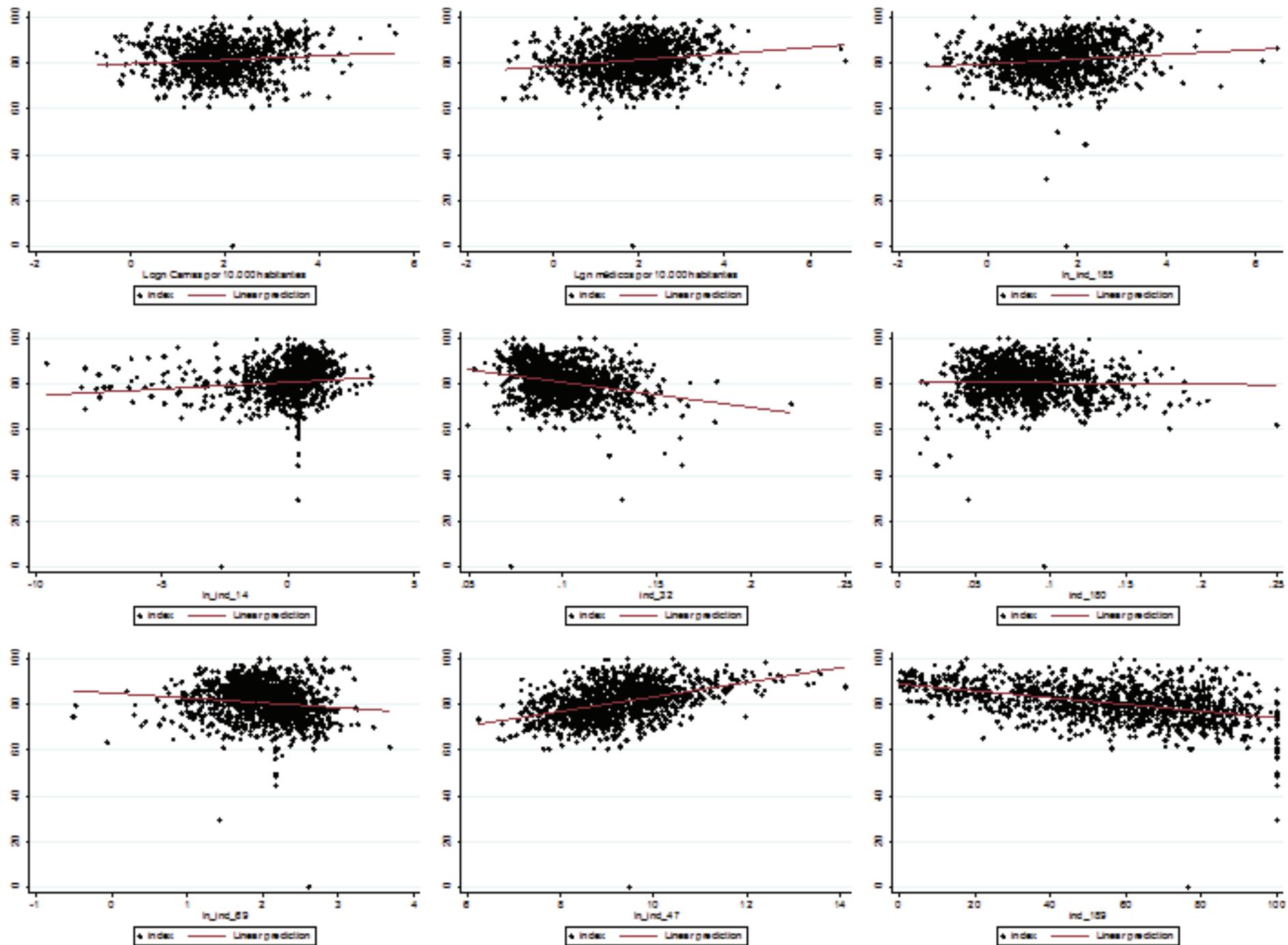


Figura 7. De izquierda a derecha, de arriba abajo, índice de acceso real en función de: camas, médicos y enfermeras por 10.000 habitantes, días promedio hasta cita de medicina general, población < 5 años, población > 65 años, prevalencia de discapacidad, población régimen subsidiado, población rural.

Fuente: Estimaciones grupo de análisis del ONS.

Referencias

1. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974;9(3):208-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/>5Cn<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
2. Kaiser HF. The Application of Electronic Computers to Factor Analysis. *Educ Psychol Meas* [Internet]. 1960 Apr 1;20(1):141-51. Available from: <https://doi.org/10.1177/001316446002000116>
3. MINSALUD. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS [Internet]. [cited 2019 Sep 30]. Available from: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
4. Bodega de datos de SISPRO (SGD). MINSALUD.
5. Base de Datos Única de Afiliados BDU A del Sistema General de Seguridad Social en Salud BDU A-SGSSS [Internet]. [cited 2019 Sep 15]. Available from: <https://www.adres.gov.co/BDUA/Consulta-Afiliados-BDU A>
6. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de población.
7. MINSAL. Observatorio de Calidad en Salud [Internet]. [cited 2019 Sep 18]. Available from: <http://calidadensalud.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
8. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. Estadísticas vitales nacimientos y defunciones [Internet]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/nacimientos-y-defunciones>
9. MINSAL. Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) [Internet]. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodelInmunizaciones(PAI).aspx)
10. MINSAL. Observatorio Nacional de Salud Mental (ONSM) [Internet]. [cited 2019 Sep 10]. Available from: <http://onsaludmental.minsalud.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>
11. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231-66.
12. Royo M, Rivillas JC, López DM, Santos AC, Mendoza C. ÍNDICE DEPARTAMENTAL EN SALUD InDes 2019. 2019.

CAPÍTULO 4

Acceso a los servicios de salud mental en la población colombiana

La Salud Mental (SM) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un “estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y le aporta a su comunidad” (1). Los servicios en SM son comprendidos como aquellos recursos en los cuales se realizan las intervenciones de atención integral a la población con necesidades en SM (2). De manera tal que el acceso se entiende como esa posibilidad que tiene la población de usar aquellos recursos que pueden mejorar sus capacidades y favorecer su modo de vida.

Analizar la dinámica del acceso a los servicios de SM en la población colombiana implica identificar y comprender las diferentes interacciones que surgen entre las personas y el sistema de salud, que pueden ser positivas (interacciones que facilitan el acceso), o negativas (que dificultan el acceso). El presente capítulo pretende identificar desde tres diferentes metodologías, la manera en la que estas interacciones se muestran y se agrupan bajo la propuesta del modelo de acceso a los servicios de salud de Aday y Andersen (3).

La primera sección identifica los avances y desafíos en la formulación e implementación de las políticas públicas para el acceso a los servicios de SM, a partir de una revisión documental de carácter crítico y normativo; la sección dos muestra un análisis de desigualdades en el acceso a los servicios de SM en población adulta y adolescente con algún problema de SM, abordando los factores de necesidades, capacidad instalada y utilización de servicios del modelo y la tercera sección presenta un análisis del acceso a servicios de salud mental para población indígena, a través de un estudio de caso de tipo exploratorio-interpretativo, bajo un método cualitativo de investigación (4).



LO QUE SE OBSERVA ES QUE, AUNQUE EXISTEN LINEAMIENTOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SM EN COLOMBIA (5–8), ESTA OFERTA ENFRENTA GRANDES RETOS EN TÉRMINOS DE CAPACIDAD INSTALADA PARA GARANTIZAR LA EQUIDAD Y COBERTURA. ESTO, SUMADO A QUE FACTORES PREDISPONENTES Y CAPACITANTES GENERAN BRECHAS DE DESIGUALDAD RELACIONADOS CON SM QUE EL SISTEMA DE SALUD ACENTÚA Y DESATIENDE. COMO EJEMPLO, EL ESTUDIO DE CASO EN VAUPÉS, REFLEJA QUE LAS DESIGUALDADES SON MÁS VISIBLES EN TERRITORIOS CON ALTO GRADO DE DISPERSIÓN GEOGRÁFICA Y PARTICULARIDADES CULTURALES, QUE EXIGEN FORMAS DE ABORDAJE DIFERENCIALES, Y QUE EN LA PRÁCTICA ES LIMITADA Y DISTANTE DE LAS NECESIDADES REALES DE LA POBLACIÓN.



Referencias

1. OPS. 66.a Sesión comité regional de la OMS para las américas. Washington, D.C; 2014.
2. WHO. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2003.
3. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1-10.
4. Bonilla-Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en Ciencias Sociales. Grupo Edit. Bogotá; 2005.
5. Ministro Salud Y Protección Social. Ley 1122 de 2007. 2007.
6. Mora Valero DL. Revisión de orden político y jurídico con respecto de la salud mental de Colombia. 2013.
7. Ministerio de Salud y Protección social. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá; 2007.
8. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud. Documento propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014 [Internet]. 2014. Available from: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2014/07/Documento-propuesta-Politica-Nacional-de-Salud-Mental-Colombia-2014.pdf>



Silvia Camila Galvis R.

4.1. El panorama de la salud mental en las políticas públicas en Colombia



Debido a su relación con resultados en diversas dimensiones del desarrollo individual y social que acentúan las condiciones de pobreza, los trastornos mentales se han considerado un problema de salud pública.

Para el año 2001 se hace más visible el término salud mental (SM), bajo el marco de La Asamblea General de las Naciones Unidas, la cual tuvo por motivo celebrar 10 años de la aprobación de los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención en SM. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó su “Informe sobre salud en el mundo 2001”, en el cual se dejan claros los lineamientos obligatorios para brindar SM a la población mundial pues la carga por enfermedades mentales fue considerada un problema de salud pública. Bajo ese panorama, el informe de la OMS, manifestó: 1) la importancia de enfrentar el estigma por motivo de enfermedad mental; 2) velar por los derechos y la inclusión a la comunidad de las personas afectadas por motivo de trastorno mental; y 3) mejorar los servicios de atención en SM y tratamiento de las enfermedades (1).

Debido a su relación con resultados en diversas dimensiones del desarrollo individual y social que acentúan las condiciones de pobreza, los trastornos mentales se han considerado un problema de salud pública. Situación que ha llevado a algunos países a generar esfuerzos para la puesta en marcha de una

política pública en SM y que según la OMS debe ser obligatoria especialmente en países de ingresos bajos, ya que en estos países se ha reconocido una brecha de hasta 90% entre el porcentaje de personas con algún tipo de padecimiento mental y el porcentaje de estas personas que reciben tratamiento (2).

En 2009 se dispusieron nuevos lineamientos internacionales que exigieron contemplar la SM como un asunto prioritario dentro de las políticas nacionales de todo país. Además, se dispuso que las políticas deben contemplar acciones para garantizar el acceso universal a la SM, proteger los derechos de las personas con trastorno mental (TM), alianzas intersectoriales y comunitarias de prevención y promoción, fortalecer el recurso humano, contemplar el enfoque cultural, de género y diferencial en la atención, y mejorar la vigilancia y producción de información sobre SM (3).

En contraste, el análisis sobre SM en América Latina en 2011 estimó que a distribución de los recursos para la atención daba prioridad a la a la hospitalización y en menor medida hacia la prevención, además que el número de profesionales especializados en SM no era suficiente para la atención adecuada, y que, pese a los lineamientos, pocos países latinoamericanos contaban con una política en SM implementada o al menos formulada (3).

Estos indicadores fueron considerados como barreras a superar para la correcta promoción de la salud mental y llevaron a establecer nuevos lineamientos. Fue entonces cuando se estableció, el Plan de acción integral sobre SM 2013-2020, con cuatro metas importantes para la cobertura sanitaria universal, con énfasis en la prevención: 1. Liderazgo y gobernanza; 2. Prestar servicios integrales de SM con base en la comunidad, y fortalecimiento del recurso humano; 3. Aplicación de estrategias de promoción y prevención para prevenir los trastornos mentales y reducir la estigmatización; y 4. Fortalecer los sistemas de información, evaluación y vigilancia (4).

Estudios posteriores a los lineamientos, indicaron un aumento en el número de países de América con diseño de políticas públicas en SM, sin embargo, persistieron los hallazgos sobre distribución desigual de los recursos, el insuficiente número de profesionales y una escasa integración de lo comunitario en las estrategias de las políticas, aspectos previamente identificados en el estudio del 2011 (5,6).

La presente sección busca analizar avances y desafíos en los planteamientos de la política pública de SM en Colombia e identificar, a la luz de los lineamientos internacionales y nacionales, las necesidades o barreras que persisten para garantizar el acceso a la atención en SM. Se entiende el acceso como aquellas estrategias integrales realizadas dentro y fuera de los consultorios u hospitales. Este balance exploratorio se realizó a partir de una revisión de literatura que incluyó documentos

científicos con énfasis crítico-social, lineamientos y normatividad, a partir de 1991, fecha en la que se expide a nivel internacional los principios de la protección de los enfermos mentales y en Colombia se redacta a Nueva Constitución Política, antecedentes que marcaron un cambio en la atención a la SM (7).

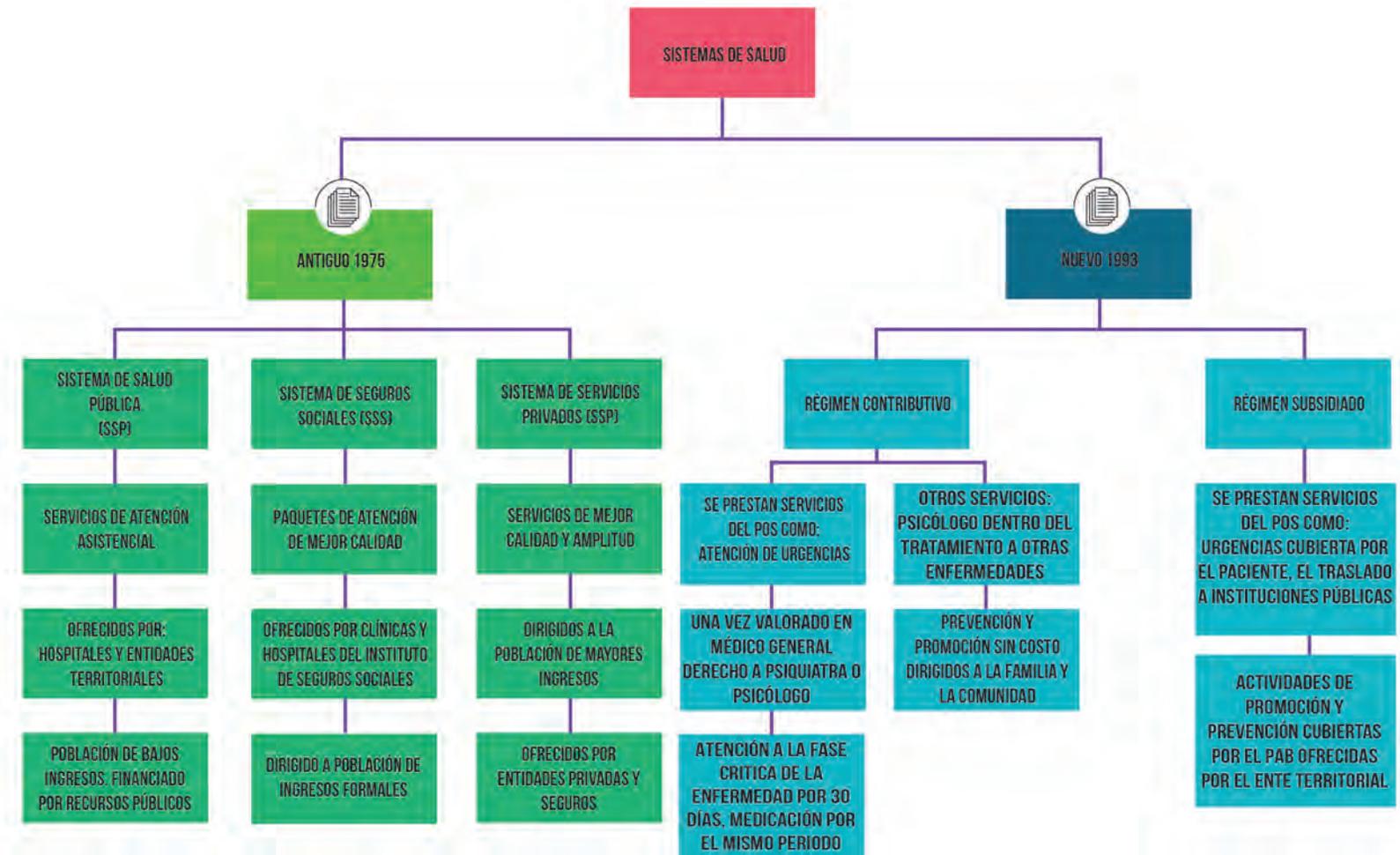
Implicaciones de la Ley 100 para la atención de la Salud Mental en el Sistema de Salud Colombia

Junto con la carta para la reforma en el tratamiento de los enfermos mentales de 1991 (8,9), en Colombia surgía una nueva Constitución Política, bajo la cual la salud es vista como un servicio público cuya atención debe ser garantizada por el Estado para todos los ciudadanos. Esto fue un antecedente para que posteriormente entrara en vigencia ley 100 de 1993, que pretendía marcar un cambio en el tratamiento y prestación del servicio de Salud, su principal objetivo era lograr la cobertura universal, pero también la integración de la comunidad en la atención integral de la salud (10).

Antes de la Ley 100, el cuidado y atención de la enfermedad mental se encontraban a cargo de las instituciones psiquiátricas públicas del Instituto de Seguro Social (ISS) o seguros privados. Una atención segregada que iba de la mano con el poder adquisitivo de cada persona y que no abordaba estrategias de inclusión social. Esta situación no atendía a los principios de universalidad y equidad y limitaba la atención en SM a las acciones asistenciales, lo que generaba un mayor costo (11). En ese contexto el nuevo sistema de salud propuso brindar una atención con equidad a través del Plan de Atención Básica con un énfasis de atención en SM hacia lo preventivo y lo comunitario (11).

No obstante este avance, la atención individual psicoterapéutica se restringió tanto en el Plan obligatorio de salud (POS) como en el plan de atención básica (PAB) (12). En el POS se limitó al cubrimiento de la enfermedad en su fase crítica, y en el PAB la atención estaba orientada hacia la prevención y promoción en distintos escenarios comunitarios, pero el contexto grupal y familiar del individuo con algún trastorno mental se desatendió (13). Esto, en general, dificulta el acceso a los servicios de SM y la integralidad de las acciones individuales y colectivas para la población con trastorno mental (Figura 1) (14,15)

Figura 1. Transformación del Sistema General de Salud en atención en Salud Mental, con la Ley 100 de 1993



Fuente: Elaboración equipo ONS

El abordaje psicosocial para una política de La Salud Mental

Posterior a la reforma en el sistema de salud, se realizó el estudio de caracterización en SM de 1997, el cual indicó que el 13,6% de los encuestados reconocía síntomas de algún problema mental (16). Aunque el énfasis del estudio fue de carácter epidemiológico, se hizo un análisis de las características sociodemográficas por enfermedad (17), estimando prevalencias de enfermedad mental, especialmente en territorios con problemas de orden social.

Hasta el momento, la atención en salud con programas destinados a la atención de problemas generados por factores psicosociales no eran relevantes (18); sin embargo, los niveles de victimización propiciados por circunstancias estructurales como el conflicto armado de los 90, llevaron a considerar la importancia de fortalecer la atención en SM integral, especialmente de aquellas poblaciones con mayor riesgo de sufrir cualquier tipo de violencia (19).

La Resolución 2358 de 1998, por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental (PNSM), intentó responder a estas circunstancias (20), estableciendo acciones dirigidas hacia la prevención de la violencia, la promoción de la convivencia, la inclusión de programas para el desarrollo psicosocial y comunitario, así como, el mejoramiento del acceso y la cobertura de los servicios SM, ampliando el personal de las urgencias psiquiátricas y la consulta externa (7,16,21).

La formulación de la PNSM 1998 fue un avance en la transformación del concepto y abordaje psicosocial de la SM para comprender su complejidad (22); sin embargo, su implementación se vio permeada por el cambio de Gobierno de 1998 y la falta de preparación para la atención psicosocial de las entidades encargadas que exigía mayores esfuerzos de inversión (23). Como reflejo de esa desatención, para inicios del nuevo milenio, ya se evidenciaba una crisis en la atención integral de la SM, que se evidenció en numerosas tutelas que exigían acceso oportuno a la atención psicoterapéutica y la entrega de medicamentos (7,15).

Sin poder implementarse la política, la inversión de recursos seguía destinándose en mayor medida a la hospitalización, mientras la atención integral dirigida hacia lo comunitario con enfoque psicosocial no era tan evidente, haciendo que los usuarios se enfrentaran a diversas barreras de acceso (18). Según el Estudio Nacional de SM 2003 (ENSM), el 40% de las personas reconocieron tener síntomas o diagnóstico de trastorno mental, y de ellos entre el 85,0 y 94,7% reconocieron no tener acceso a ningún tipo de servicio en SM. Además, entre mayor fuera la necesidad o gravedad del trastorno las personas enfrentaban mayores barreras de acceso a los servicios (24). Se identificaron barreras como pertenecer al régimen subsidiado, la falta de recursos



económicos para acceder a servicios no cubiertos por el POS, atención especializada inoportuna, y la falta de reconocimiento de la necesidad de atención en SM (24,25).

Al igual que el estudio de 1997, el ENSM 2003 se preocupó más por aspectos epidemiológicos de la enfermedad (17) y no indagó sobre el acceso a estrategias integrales, comunitarias o de la atención desde un enfoque psicosocial. No obstante, si logró identificar poblaciones que debían ser de especial interés para la atención en SM, como niños, niñas, adolescentes y mujeres, particularmente aquellas víctimas de algún tipo de violencia, y los hombres mayores de 18 años, especialmente en fenómenos como el suicidio y el consumo de sustancias psicoactivas (26).

Orientaciones para la prevención de los trastornos mentales y promoción de la Salud Mental

Posterior a los resultados del ENSM 2003, Colombia empieza a incluir la SM como prioridad en la agenda pública. Un primer acercamiento a esta relación entre SM y salud pública se materializó con la expedición de la circular externa 0018 de 2004, bajo la cual se asigna la implementación de Políticas de SM y la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, como una acción prioritaria y de obligatorio cumplimiento en los PAB de los diferentes territorios (27).

Esta decisión se tomó en parte por los resultados del ENSM, pero también atendiendo a las recomendaciones hechas por la OMS (2004) donde se concluye que los trastornos mentales (TM) y el consumo de sustancias son un asunto de salud pública, por su alto costo y su relación con la pobreza en poblaciones diferenciales (2).

Con la implementación del PAB, la Atención Primaria en Salud (APS) se esperaba dar cumplimiento a las metas en SM a través de la atención integral, dando prioridad a las acciones de promoción y prevención en los entornos comunitarios. Sin embargo, persistían barreras de acceso a los servicios previamente identificadas como demoras en las autorizaciones para la atención especializada, negación en la entrega de medicamentos, excesivos trámites administrativos y una desatención a la atención psicosocial, familiar y comunitaria, lo que incrementó las desigualdades que se pretendían superar con la medida (7).

El principal obstáculo para la implementación de los PAB fue el trabajo intersectorial que implicaba llevar a cabo las acciones de promoción y prevención, el cual se vio limitado por prácticas usuales de las EPS para controlar gastos y que afectaron en general todo el sistema de salud, pero que en SM marcaron necesidades que afectaron la atención en diferentes modalidades (25).



Mejorar la prestación en los servicios de salud fue el objetivo de la ley 1122 de 2007, ley que además afianzó la importancia de la salud mental en la salud pública, pues se entiende esta última como una forma de garantizar de manera integrada la salud a la población desde lo individual y colectivo (28)

Mejorar la prestación en los servicios de salud fue el objetivo de la ley 1122 de 2007, ley que además afianzó la importancia de la salud mental en la salud pública, pues se entiende esta última como una forma de garantizar de manera integrada la salud a la población desde lo individual y colectivo (28). Bajo esta marco se decretó el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) 2007-2010, que en materia de salud mental debía incluir acciones de promoción de SM, tratamiento de los trastornos, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio (27).

El PNSP propuso subsanar necesidades que desde la OMS han sido reconocidas como barreras para el acceso a una SM comunitaria (2) como la discriminación o estigma hacia las personas con trastornos y problemas mentales, la falta de preparación del talento humano para la atención psicosocial, la falta de un diagnóstico oportuno, y las fallas en la cobertura y fortalecimiento institucional. Para enfrentar estas necesidades el PNSP formuló cinco ejes centrales que se presentan en la Tabla 1 (29).

Con la formulación del PNSP, se lograron dos avances importantes en la comprensión de la SM: 1) la comprensión de la SM más allá de la ausencia de enfermedad, como una dimensión psicosocial con énfasis de atención en los territorios afectados por la violencia, el desplazamiento forzado y los grupos étnicos minoritarios, (23); y 2) la asignación explícita de las responsabilidades de diferentes actores del sector público y privado para la atención adecuada e integral en SM (Tabla 1) (29). Pese a estos avances, las barreras de acceso a los servicios persistieron, en especial barreras de acceso por ubicación geográfica o tipo de afiliación al SGSSS, siendo más crítico para el régimen subsidiado (7,30).

Con la Ley 1438 de 2011 que reformó el SGSSS y se actualizó el plan de beneficios, que para el caso de SM consistió en incluir el proceso de participación social en

el marco de atención primaria en salud (APS), que garantizara acciones de promoción y prevención como ejercicio de una salud pública integral (31–33). Estas acciones de SM hicieron parte del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, posterior al PNSP, y por medio del cual se adoptó con firmeza el modelo de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para luchar contra las desigualdades sociales (34).

Las metas del PDSP 2012-2021 en SM se enfocaron en implementar acciones comunitarias que permitieran la inclusión y participación social en todos los niveles de atención, afianzar vínculos y alianzas interinstitucionales e intersectoriales, vigilar los diferentes tipos de violencia y capacitar el talento humano para la atención de las poblaciones más vulnerables. Para ello, se establecen los ejes de Promoción de la salud mental y convivencia y el de Prevención de los riesgos (35,36) (Tabla 1).

En 2015, y con un abordaje de DSS establecido en el PDSP, se realizó la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) que desarrolló como uno de sus objetivos brindar información sobre el acceso a los servicios en SM de la población colombiana mayor de 7 años (37). En la Encuesta se identificaron barreras de acceso como una inoportuna y mala calidad de la atención con especialista, retrasos en la hospitalización, la entrega de medicamentos y la persistencia del estigma como barrera para acceder a los servicios (33,37). El abordaje psicosocial del análisis también permitió identificar las violencias como una de las principales fuentes sociales involucradas en el malestar o bienestar emocional, con resultados diferenciales según etnia, edad y género (23,38).

La reformulación de la Política Nacional de Salud Mental

En 2013 se expide la Ley 1616 por medio de la cual se establecen los lineamientos para la reformulación y ejecución de la PNSM de 1998 (39). El reajuste se denominó Política Nacional de salud Mental 2014 (PNSM) que tuvo como antecedentes de formulación las metas en SM propuestas en la ley 1438 de 2011 y en el PDSP 2012-2021 (38). En esta nueva propuesta se hizo explícito un concepto positivo de SM, con un enfoque de derechos y un mayor énfasis en la participación comunitaria, intra e intersectorial, guardando estrecha relación con el PDSP bajo el cual se sustenta (23).

Las acciones establecidas en los ejes de acción de la PNSM 2014, irían dirigidas a garantizar un mejor acceso a los servicios especialmente de niños, niñas y adolescentes, identificados como las principales víctimas de los diferentes tipos de violencia a través de: la inclusión social, la eliminación del estigma de la enfermedad, diferentes modalidades de atención, capacitación del talento humano, y la participación en la vigilancia en la atención en SM (Tabla1) (38).

Un año después de la reformulación de la política se publicaron los resultados de la ENSM 2015 que se mencionaron anteriormente, situación que exigió un nuevo reajuste conforme al diagnóstico de necesidades con un enfoque psicosocial, esta nueva formulación inició en 2016, pero no fue sino hasta dos años después que se formularon los nuevos y actuales lineamientos (23).

Esta última reforma, denominada Política Nacional de Salud Mental 2018 tomó como antecedentes los resultados y recomendaciones de la ENSM 2015, pero también análisis internacionales sobre la situación en SM de la OMS. De allí que su objetivo priorice aspectos que se encuentran en la agenda pública internacional como reducir las tasas de suicidio, el consumo de sustancias y la epilepsia (40). Estos últimos asuntos han sido señalados por la OPS como asuntos prioritarios en salud pública por su alto costo y representatividad en la carga mundial de enfermedad y muerte prematura (41–43).

En aspectos relacionados con el acceso a los servicios de SM, la política mantiene lo dispuesto en el ajuste del 2014 sobre la inclusión social y la eliminación del estigma, ampliar las redes familiares, sociales y comunitarias para la rehabilitación y prevenir los trastornos mentales a partir de la ampliación del talento humano, para lo cual dispone las líneas de acción presentadas en la Tabla 1 (40).

En contraste, se evidencian diferencias en las prioridades de atención, pues esta última política establecida se muestra más preocupada por la atención y reducción de los riesgos de enfermedad, más que por la promoción de la SM (44). Esto posiblemente se relaciona con lo que mencionan algunos autores sobre una estructura del sistema centrado en lo económico, que se enfoca más en la enfermedad, para invertir y cobrar en tecnología de alto costo, más que en intervenciones cotidianas y económicas (45). Otro cambio que se resalta en la PNSM 2018 es que no se le asigna la misma importancia a los efectos de los DSS sobre los resultados en SM, como sí estaba explícito en los lineamientos previos, tampoco se asignan en el texto responsabilidades claras y concretas a los actores del sistema encargados de brindar el acceso y la atención integral (30).

Para resumir, hasta este punto se puede notar que se perciben barreras persistentes para el acceso a los servicios de SM, pese a las modificaciones que se le ha venido haciendo a la normatividad. Algunas de esas barreras detectadas se relacionan principalmente con las características del sistema, tales como la formación en talento humano, oferta de diferentes modalidades de atención y dificultades administrativas para los usuarios; y algunos factores capacitantes socio-culturales como el estigma y la discriminación de y hacia las personas con algún tipo de problema de SM (45).

Tabla 1. Transformación de las políticas y lineamientos en salud mental desde 2007-2018

Categoría	Plan Nacional de salud pública 2007-2010 ^[24]	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 ^[25]	Política Nacional de Salud Mental 2014	Política Nacional Salud Mental 2018
Problema que le da origen	Alta prevalencias de trastornos mentales y consumo de sustancias psicoactivas	Evidencia en las desigualdades e inequidades en salud, especialmente en el acceso y cobertura en los servicios	Preocupación por los rezagos del conflicto armado en la SM y diferentes modalidades de violencia con baja cobertura de atención	Resultados en temas de SM de la ENSM 2015, que indican síntomas relacionados con problemas mentales en todas las poblaciones del ciclo vital
Objetivo general	Reducir el consumo de sustancias psicoactivas en 100% de las entidades territoriales	Reducir factores de riesgos y el mejoramiento de la capacidad de respuesta institucional y comunitaria	Garantizar la atención integral e integrada a los servicios de SM, mediante la promoción y prevención	Promover SM integral y rehabilitación para reducir el riesgo de problemas mentales, el suicidio, las violencias y epilepsia
Concepto de Salud mental	No contiene	Entendida como el resultado en el bienestar, desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos, posterior a las acciones transectoriales dirigidas a tal fin	Estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción... que permite a los individuos y colectivos desarrollar sus recursos emocionales y Cognitivos y mentales para transitar por situaciones cotidianas para contribuir a la comunidad	No contiene definición de SM Enfatiza el significado de problema mental, como malestar y dificultades de interacción que se generan por la vivencia de eventos estresantes y que no son tan graves como los trastornos mentales. Trastorno mental: Definidos como síndrome de alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, emocional y conductual que refleja una disfunción
Enfoques	<ul style="list-style-type: none"> • Poblacional • De determinantes • Gestión social del riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> • De derechos • Diferencial • Ciclo de vida • De género 	<ul style="list-style-type: none"> • De derecho • Poblacional • Ciclo de vida • Psicosocial • De género 	<ul style="list-style-type: none"> • De derechos • De curso de vida • Género • Diferencial • Psicosocial
Principios	<ul style="list-style-type: none"> • Universalidad • Equidad • Calidad • Participación social • Intersectorialidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Equidad • Democracia • Desarrollo humano 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación • Equidad • Universalidad • Corresponsabilidad • Intersectorialidad • Accesibilidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Interculturalidad • Participación social • Evidencia científica
Población objetivo	Personas en situación de desplazamiento forzoso y grupos étnicos minoritarios	Población víctima del conflicto armado con énfasis en mujeres	Toda la población colombiana, priorizando a los niños, niñas, y adolescentes	Todas las personas, familias, comunidades y Colectivos
Marco normativo Nacional e internacional	Ley 100 de 1990 Ley 100/1993 Ley 1122/2007	- Ley 1122/2007 - Ley 1438/2011 - Determinantes sociales de la salud de la OMS [2009]	- Constitución Nacional - Ley general de seguridad social en salud - Ley 1616/2013	- Ley de epilepsia (Ley 1414 de 2010) - Ley sobre salud mental (Ley 1616 de 2013)
Financiación y recursos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fondo general de la Nación. 2. FOSYGA 3. Sistema general de participaciones SGP 4. Recursos de la entidad territorial 5. Recursos destinados a la prestación de servicios de la unidad de pago UPC. 6. Recursos de los fondos de riesgos. 7. Colciencias 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recursos del presupuesto de la nación 1.1 Recurso del IVA de la cerveza y juegos de azar 2. Recursos provenientes del sistema general de participaciones 3. FOSYGA 4. Recursos del esfuerzo propio territorial. 5. Recursos de las cajas de compensación familiar. 6. Otros recursos: SOAT, ARL 	No especifica	No especifica
Estilo administrativo	Modelo Jerárquico Top-down.	Modelo participativo bottom-up	Modelo participativo bottom-up	Modelo Jerárquico top-down
Acciones obligatorias dirigidas a:	<ol style="list-style-type: none"> 1. La promoción de la salud y calidad de vida 2. La prevención de los riesgos 3. Recuperación de los daños en la salud 4. La vigilancia en salud 5. La gestión integral para el desarrollo operativo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La Promoción de la SM y convivencia 2. La prevención de los riesgos 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la SM 2. Prevención de los problemas y trastornos mentales 3. Atención integral y APS 4. Información y Vigilancia 5. Respuesta social 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoción de la convivencia y la SM 2. Prevención de los problemas y trastornos mentales, suicidio y epilepsia 3. Atención Integral. (Tratamiento integral) 4. Monitoreo, evaluación y seguimiento 5. Articulación y coordinación sectorial e intersectorial

Como avances en la formulación de las políticas en SM se resaltan:

1. Se identifica el contexto social propio del país para la comprensión de los resultados en salud y la enfermedad mental. Esto obliga a un abordaje psicosocial y diferencial para la atención de grupos poblacionales vulnerables que permite ofrecer atención integral con mejores estrategias de atención particulares para cada territorio (17).
2. Se entiende la SM como un concepto positivo de desarrollo del potencial humano, de las capacidades y la transformación de las condiciones en contexto (23). Esto implica estrategias de inclusión social en los diferentes contextos de la vida cotidiana que garanticen a las personas la superación de las condiciones incapacitantes y el mantenimiento de su calidad de vida (46). Pese a que el último lineamiento hace más énfasis en lo preventivo de la enfermedad, este mantiene los principios de atención comunitaria y desarrollo planteados por los planes de salud pública.
3. Se incluye la atención integral a través de las líneas de promoción y prevención, que plantea la importancia del trabajo comunitario y el fortalecimiento de redes, lo que amplía la cobertura del SGSSS a la mayor cantidad de población posible, brindando mayor oportunidad de acceso.

Como desafíos para la implementación se identifican:

1. Se debe fortalecer la articulación interinstitucional e intersectorial. Esto implica ser muy claros en las acciones y funciones de los diferentes actores involucrados y su vigilancia para mejorar el acceso a los servicios de SM (47).
2. Hay que superar el estigma, que juega un rol importante en la implementación de estrategias de inclusión social, que deben provenir desde diferentes contextos de la vida de la persona como lo educativo, laboral, familiar y comunitario (48).
3. Es necesario formar más talento humano con capacidades idóneas para la atención. Esto es un desafío para la atención integral, pues se requiere competencias desde un enfoque psicosocial y con un rol más activo en el proceso de la salud más allá de lo asistencial, lo que implica un cambio en la manera de percibir la atención (22,49).
4. Promover en los usuarios y entes territoriales la visión de la atención en SM como parte de la vida para un mejor bienestar y desarrollo humano, y reducir la visión de salud mental como ausencia de enfermedad. (49,50).
5. Animar la participación ciudadana como ente de formulación y control, que vele por los derechos al acceso a los servicios de SM y el tratamiento de los problemas mentales y que a su vez puedan ser parte de la toma de decisiones basadas en necesidades reales de los usuarios (48,51).

Recomendaciones

1. Estrategias de promoción:

El MSPS en coordinación con los entes territoriales divulguen acciones de comunicación y atención comunitarias extramurales adaptables a cada contexto que permitan la eliminación del estigma, la discriminación y vinculación de las personas con problemas de SM a todas las esferas de la vida cotidiana.

Mantener una definición positiva de SM más allá de la ausencia de enfermedad.

Las entidades territoriales están en la obligación de adaptar y ajustar los criterios de lineamientos para fortalecer la APS y la atención integral en diferentes modalidades con la suficiente autonomía que le permita aplicar el enfoque diferencial.

2. Estrategias de prevención:

El MSPS debe aclarar y evidenciar la responsabilidad, alcance y acciones concretas de los diferentes actores involucrados en la atención de la SM, en los planes de acción que se consideren como respuestas a las necesidades en SM.

Los diferentes actores institucionales y sectoriales señalados por el MSPS como actores responsables de la atención de SM, deben fortalecer los lazos familiares y comunitarios que permitan a las personas reducir los riesgos asociados a la enfermedad mental en las diferentes esferas de su vida.

3. Atención Integral:

Los diferentes servicios de atención integral y mecanismos de acción a los que tienen derecho las personas deben ser divulgados y de libre conocimiento, la secretarías de salud y las EPS de cada territorio responsables de la oferta de los servicios deben garantizar este canal de información.

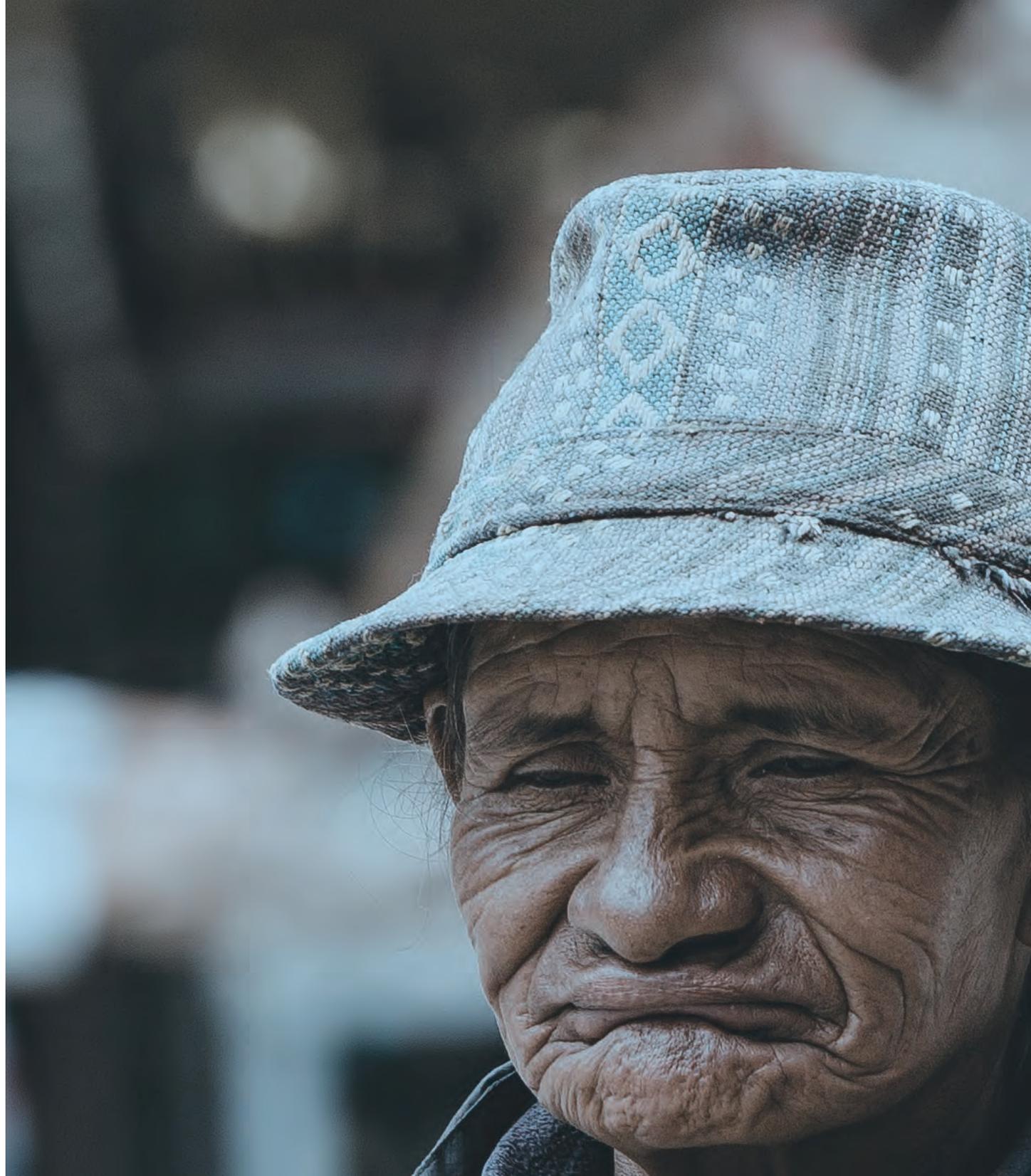
Fortalecer el talento humano para la atención en SM con contenidos obligatorios para la atención psicosocial en territorios, contenidos que deben ser concertados desde las entidades territoriales, los gremios profesionales y las universidades, que atiendan a las necesidades de los contextos y poblaciones (52).

Ampliar la cobertura a los servicios de SM de carácter terapéutico individual y familiar según un adecuado diagnóstico y acorde a las necesidades diferenciales que determinen su frecuencia uso garantizando el acceso en cualquier etapa del problema mental.

Garantizar estándares óptimos de capacidad del talento humano para cubrir de manera proporcional a la población asegurada, a partir del seguimiento de profesionales graduados y en ejercicio.

4. Monitoreo y evaluación:

Las entidades promotoras de salud, deben fortalecer y divulgar los mecanismos de participación social que permitan la vigilancia en la prestación y acceso a los servicios. El Observatorio Nacional de Salud Mental como encargado de la vigilancia y gestión de conocimiento en SM, debe considerar crear estrategias de recolección de información desde diferentes contextos (laboral, comunitario, educativo) que funcionen como fuentes de información primaria, para el monitoreo y toma de decisiones en los territorios [53,54].



Referencias

- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001 salud mental. nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Invertir en salud mental [Internet]. Ginebra; 2004. Available from: http://www.who.int/mental_health
- World Health Organization. Atlas Mental Health 2011 [Internet]. 2011. Available from: <http://www.who.int/about/licensing/copyrig>
- Organización Mundial de la Salud. Plan sobre salud mental 2013-2020. OMS [Internet]. 2013; Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=DE87E506265927818547817333063487?sequence=1
- Organización panamericana de la salud. ATLAS REGIONAL DE SALUD MENTAL DE LAS AMÉRICAS. 2015.
- World Health Organization. Atlas Mental Health 2017. 2017.
- Ardón-Centeno N, Cubillos-Novella A. La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana. 1960-2012. Rev Gerenc y Polit Salud. 2012;11(23):12-38.
- Organización panamericana de la salud. Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención Psiquiátrica en América Latina. Venezuela; 1990.
- World Health Organization. Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Resolución 46/119 1991. 1991;15(1).
- Ministerio de la protección social. Ley 100 de1993 [Internet]. Creación del sistema de seguridad social Integral República de Colombia; 1993. Available from: https://docs.supersalud.gov.co/PortalWeb/Juridica/Leyes/L0100_93.pdf
- Rodríguez M. Oportunidades para la salud mental dentro del sistema general de seguridad social en salud. Rev Colomb Psiquiatr. 2003;XXXII(1):21-9.
- Ministerio de la protección social. Manual de Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud [Internet]. Resolución Numero 5261 de 1994 Colombia; 1994 p. 1-138. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_5261_DE_1994.pdf
- Morales L. Los pacientes Psiquiátricos en la Ley 100 de 1993 (Sistema general de seguridad social en salud). Rev Colomb Psiquiatr. 2003;XXXII(1).
- Tobón Marulanda FÁ, Londoño Arroyave CD. Understanding science in the service and care of mental health and disorders. Cienc e Saude Coletiva. 2019;24(1):275-84.
- Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. Ces Med [Internet]. 2018;32(2):129-40. Available from: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/medicina/article/view/4513>
- República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución N° 2358 DE 1998, Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. República Colomb D Of [Internet]. 1998;43338(43):61. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_2358_DE_1998.pdf
- Urrego-Mendoza Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. Rev Colomb Psiquiatr. 2007;núm. 2(0034-7450):307-19.
- Posada JA, Borda YE, Oviedo DC, Oviedo EE. Utilidad De Un Nuevo Instrumento Para la Evaluación De la Calidad De La Atención En Salud Mental. Rev Colomb Psiquiatr. 1997;XXVI(3).
- Observatorio Nacional de Salud. Consecuencias del conflicto armado en la salud en Colombia. Informe Técnico 9. 2017.
- Villa P. LA SALUD MENTAL EN COLOMBIA Y LA LEY 100 DE 1993: OPORTUNIDADES Y AMENAZAS. Rev Colomb Psiquiatr. 2003;XXXII(0034-7450):6-12.
- Mora Valero DL. Revisión de orden político y jurídico con respecto de la salud mental de Colombia [Internet]. 2013. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/11392/>
- Arango-Dávila CA, Fernández JCR, Moreno M. Analysis of Aspects Related to Mental Illness in Colombia and Training in Psychiatry. Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 2008;37(4):538-63. Available from: <http://redalyc.org/articulo.oa?id=80637406>
- Parales-Quenza C, Urrego-Mendoza Z, Herazo-Acevedo E. La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. Rev Gerenc y Polit Salud. 2018;17(34).
- Ministerio de la Protección Social y Fundación FES-Social. Estudio Nacional de Salud Mental. [Internet]. Bogotá; 2003. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Documentos_y_Publicaciones/ESTUDIO_NACIONAL_DE_SALUD_MENTAL_EN_COLOMBIA.pdf
- Henao S, Restrepo V, Alzate A, González C. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. Fac Nac Salud Pública. 2010;27(3).
- Palacio CA. Mental health situation in Colombia. Int J Psychol Res. 2018;11(2):6-7.
- Ministerio de la Protección Social. Lineamientos Para La Formulación Y Ejecución De Los Planes Estratégicos Y Operativos Del Pab 2004 - 2007 [Internet]. Febrero 18, Circular externa 0018 Colombia; 2004 p. 7. Available from: http://www.orasconhu.org/documentos/Anexo_14t1_COL_M&E_2009.pdf
- Ministro Salud Y Protección Social. Ley 1122 de 2007. 2007.
- Ministerio de la Protección Social. Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Decreto número 3039 de 2007 Colombia; 2007.
- Rojas-Bernal LÁ, Castaño-Pérez GA, Restrepo-Bernal DP. Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. Ces Med. 2018;32(2):129-40.
- El congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. La Reforma Del Sistema General De Seguridad Social En Salud Colombia; 2011 p. 5-6.
- Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud aproximación a un análisis [Internet]. Medellín; 2008. 102 p. Available from: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas_publicas_en_salud_aproximacion_a_un_analisis.pdf
- González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Landaeta APV. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2016;45(S 1):89-95.
- Instituto Nacional de Salud et al. Desigualdad social en Salud en Colombia [Internet]. 2015. p. 9. Available from: <http://simposiovirolologia.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/Policy Brief/Desigualdades Sociales en Salud en Colombia.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social MSPS. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012-2021. Decreto 4107 de 2011 Colombia; 2013 p. 14-202.
- Organización panamericana de la salud. Estrategia y plan de acción sobre la salud mental. 49° Consejo deirectivo. Washington, D.C; 2009.
- Ministerio de salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015. Tomo I. Bogotá; 2016. 1-350 p.
- Parales-Quenza C, Herazo-Acevedo E, González DF. Documento propuesta de Ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014. Bogotá; 2014.
- Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. Ley de salud mental y otras disposiciones Colombia; 2013.
- Ministerio de Salud y protección social. Resolución 4886 de 2018 [Internet]. Política Nacional de Salud Mental, Resolución 4886 de 2018 Colombia; 2018. Available from: <http://www.conf-basaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/PDF.pdf>
- Organización panamericana de la Salud, Liga contra la epilepsia. El abordaje de la epilepsia desde el sector de salud Pública. Washington, D.C; 2018.
- Megiddo I, Colson A, Chisholm D, Dua T, Nandi A, Laxminarayan R. Health and economic benefits of public financing of epilepsy treatment in India: An agent-based simulation model. Epilepsia. 2016;57(3):464-74.
- UNODC. Informe Mundial Sobre las Drogas 2018. Resumen, conclusiones y consecuencias en materia de políticas. UNODC research. 2018.
- Domínguez CM, Ramírez SV, Arrivillaga M. Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. MedUNAB. 2018;20(3):296-309.
- Hernández Holguín DM, Sanmartín Rueda CF. La paradoja de la salud mental en Colombia: entre los derechos humanos, la primacía de lo administrativo y el estigma. Gerenc y Políticas Salud. 2018;17(35).
- Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. Cienc e Saude Coletiva. 2016;21(8):2607-18.
- Martínez R, Helena L, Promoción ADE, En YP, Mental S, Experiencia UNA, et al. Y Prevención En Salud Mental : 2003; 48. Novoa-Gómez MM. De la salud mental y la salud pública. 2012;11(23):5-9.
- Tobón FM. La salud mental : una visión acerca de su atención integral Mental health : an approach. Rev Fac Nac Salud Pública. 2005;23:1-12.
- Barrero Plazas ÁM. Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. Poiésis. 2016;(31):72.
- Caldas Almeida JM. Logros y obstáculos en el Desarrollo de políticas y servicios de Salud Mental en los Países de América Latina y el Caribe, después de la declaración de Carácas. In: La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas. OPS. Washington, D.C; 2007.
- Henao H, Restrepo R, Alzate R, Andrés F, González P, Carlos M. Percepción sobre el acceso a los servicios de salud mental que tienen los residentes de tres municipios de Antioquia, 2004-2006. Fac Nac Salud Pública. 2010;27(3).
- Organización Mundial de la Salud. La Atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en e mundo. 2008.
- Vargas J, Molina G. Acceso a los servicios de salud en 6 ciudades de colombia: limitaciones y consecuencias. Fac Nac Salud Pública. 2009;27(2).



Kristel J. Hurtado

4.2. Análisis de indicadores de salud mental y acceso a los servicios de salud mental en Colombia

Una aproximación al acceso a los servicios de salud de la población con trastornos depresivos, ansiosos y conducta suicida



Se estima que cerca de 450 mil millones de personas en el mundo han padecido algún tipo de trastorno mental en toda su vida, 322.000 millones de personas han cursado con algún evento depresivo (1) y cerca de 800 mil personas se suicidan anualmente (2).

En las últimas décadas la salud mental (SM) se ha establecido como un eje imperativo de investigación y acción a nivel mundial debido a que los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades y el 22% de la carga de enfermedad en las Américas. Se estima que cerca de 450 mil millones de personas en el mundo han padecido algún tipo de trastorno mental en toda su vida, 322.000 millones de personas han cursado con algún evento depresivo (1) y cerca de 800 mil personas se suicidan anualmente (2).

El grupo poblacional con mayor afectación por trastornos mentales y neurológicos corresponde a los adultos jóvenes en edad productiva. Para el 2020, se estima que el 15% de la carga de enfermedad en el mundo estará asociada a los trastornos mentales y la depresión ocupará el segundo lugar entre las 10 primeras causas (3).

En la región de las Américas la carga asociada a los trastornos mentales, neurológicos específicos y los debidos al consumo de sustancias y el suicidio aportan la tercera parte del total de los años perdidos por discapacidad - APD y una quinta parte del total de los años de vida ajustados por discapacidad - AVAD (4). La primera causa de discapacidad corresponde a los trastornos depresivos con el 3,4% de los AVAD y 7,8% de los APD, seguido de los trastornos de ansiedad con 2,1% de los AVAD y 4,9% de los APD y la autoagresión y los trastornos por dolor con 1,6% de los AVAD y 4,7% de los APD (4). Según el estudio de carga de la enfermedad en Colombia, el 20% de las causas ubicadas en el listado de las primeras 20 causas de AVAD correspondieron a patologías mentales que son poco tratadas en los servicios de salud mental (5), debido a que sólo entre el 6,3 y el 14,5% de la población con algún trastorno mental accede a los servicios para tratar su patología (6).

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 en Colombia, actualizó la información concerniente con la prevalencia de trastornos y permitió comprender el estado de salud mental, los problemas en salud mental y la accesibilidad de la población adulta los servicios de salud mental (7). La ENSM 2015 estima que la prevalencia para cualquier trastorno mental en la vida en adolescentes y adultos es de 7,2 y 8,8%, respectivamente, y una prevalencia en los últimos 12 meses de 4,4 y 3,8%, respectivamente.

Aún cuando en la población adulta el conjunto de trastornos afectivos son los que presentan la mayor prevalencia, la depresión mayor aporta la prevalencia más alta. En adolescentes los trastornos de ansiedad ocuparon el primer lugar siendo la fobia social el trastorno de mayor prevalencia (Tabla 1). Estos eventos y el aumento en la tendencia de la conducta suicida, a expensas de los casos mortales, a partir del 2014 (8), el aumento en la notificación de casos de intento suicida desde el 2016 y la estimación de prevalencias en los estadios previos a la mortalidad (ideación, planeación e intento suicida), denotan la importancia de priorizar y desarrollar estrategias sostenidas para mitigar la conducta suicida y abordar la salud mental de forma oportuna e integral (Tabla 1), lo cual incluye el acceso equitativo y de calidad a servicios de salud mental.

Tabla 1. Prevalencias de principales trastornos mentales en adultos y adolescentes en Colombia, ENSM 2015.

Trastorno Mental	Adultos (IC: 95%)	Adolescentes (IC:95%)
Cualquier trastorno mental	Vida: 8,8 % [7,9 – 8,9] 12 meses: 3,8 % [3,3 – 4,0]	Vida: 7,2 % [6,5 – 9,1] 12 meses: 4,4 % [3,9 – 5,9]
Trastorno de mayor prevalencia grupal	Cualquier trastorno afectivo Vida: 6,4 % 12 meses: 2,3 %	Cualquier trastorno de ansiedad Vida: 5,0 % [4,4 – 6,5] 12 meses: 3,4 % [2,8 – 4,5]
Trastorno de mayor prevalencia individual	Depresión mayor Vida: 4,1 % [3,9 – 4,6] 12 meses: 1,5 % [1,4 – 1,9]	Fobia Social Vida: 4,8 % 12 meses: 3,4 %
Ideación suicida	6,6 % [6,1 – 7,0]	4,9 % [3,9 – 6,0]
Planeación suicida	2,4 % [2,1 – 2,6]	1,3 % [0,8 – 1,8]
Intento suicida	2,6 % [2,3 – 2,9]	1,9 % [1,1 – 2,4]
Planeación suicida entre quienes han ideado el suicidio	35,9 % [32,2 – 39,2]	26,6 % [16,9 – 35,3]
Intento suicida entre quienes han planeado el suicidio	39,2 % [36,6 – 43,8]	37,6 % [25,2 – 45,2]

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de datos de la ENSM 2015 (cálculos propios) [7]
IC: Intervalo de Confianza 95%

Con base en lo anterior, el objetivo de esta sección fue realizar un análisis del acceso a los servicios de salud mental en población adulta y adolescente a nivel nacional y regional usando información procedente de la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM 2015, el Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud – REPS y el Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS. El análisis incorpora elementos de acceso potencial y acceso real del modelo de Aday y Andersen (9) con el fin de identificar desigualdades en los resultados en salud y la capacidad instalada del sistema para dar respuesta a través de los servicios de salud.

El análisis se desarrolló por bloques teóricos, el primer bloque da alcance a las necesidades en salud mental evidenciadas a partir de la ENSM 2015. Se estimaron prevalencias nacionales y regionales para a) cualquier trastorno mental, b) cualquier

trastorno de ansiedad, c) prevalencia de depresión mayor y d) prevalencias derivadas de la conducta suicida (ideación, planeación, intento), desagregado según factor predisponente (sexo, condición de pobreza y área de residencia). El según bloque corresponde a un análisis del acceso potencial desde el sistema de salud empleando variables asociadas con la disponibilidad y organización de los recursos y como estas están alineados con el modelo de marco piramidal para la combinación óptima de servicios de salud mental propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Finalmente, el tercer bloque da alcance al acceso real objetivo de los servicios empleando variables de utilización de los servicios de salud globales y servicios específicos de salud mental en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) habilitadas en el país.

4.2.1. Acceso potencial a servicios de salud mental por regiones de la ENSM

En el modelo de acceso de Aday y Andersen los factores demográficos y la cuantificación de la necesidad en salud, entendida como la prevalencia de los eventos en salud de interés, son elementos explicativos de la utilización de los servicios de salud (10). En los eventos analizados se observó mayor necesidad de canalización y atención en los servicios de salud mental por parte de las mujeres y población en condición de pobreza y residente de áreas rurales tanto en adultos como adolescentes (exceptuando conducta suicida en adolescentes con mayor prevalencia en área urbana), principalmente en las regiones Pacífica, Oriental y Bogotá (Tablas 2 y 3) con prevalencias más bajas en la Región Atlántica. No obstante, el análisis de disparidad regional indica poca desigualdad en la distribución de los trastornos entre las regiones con índices de dispersión inferiores a 20% (Tabla 4).

LA PREVALENCIA DE CUALQUIER TRASTORNO PARA TODA LA VIDA PRESENTÓ LA MAYOR DESIGUALDAD INTERREGIONAL. LAS REGIONES CENTRAL, ORIENTE, PACÍFICO Y BOGOTÁ PRESENTARON 4,6 CASOS ADICIONALES RESPECTO A LA REGIÓN ATLÁNTICA CON UNA DIFERENCIA PORCENTUAL PARA ADULTOS DEL 2,7% Y ADOLESCENTES DEL 2,6% (ADULTOS: ÍNDICE PEARCY-KEPPEL PONDERADO – IDK P DE 4,6 Y VARIANZA ENTRE GRUPOS - VEG DE 7,3 / ADOLESCENTES: IDK P DE 4,7 Y VEG DE 6,8).

Indicador	Región	Total	Hombres	Mujeres	Pobreza	No Pobreza	Urbano	Rural
Cualquier trastorno mental Vida	Nación	8,8	7,9	9,7	8,8	9,0	9,7	5,7
	Central	9,0	7,7	10,3	9,1	8,9	9,7	6,7
	Atlántico	4,2	4,0	4,3	2,6	6,3	4,7	2,6
	Bogotá	12,5	11,9	13,0	26,2	16,9	12,3	15,4
	Oriental	8,4	8,1	8,8	10,8	8,0	9,5	6,0
	Pacífica	10,6	8,6	12,6	13,1	6,1	12,6	6,0
Cualquier Trastorno Mental 12 meses	Nación	3,8	3,1	4,6	4,2	4,0	4,2	2,5
	Central	3,5	2,4	4,6	5,4	3,3	3,9	2,1
	Atlántico	2,1	1,7	2,6	1,6	3,4	2,3	1,6
	Bogotá	4,7	4,2	5,2	15,2	8,7	4,8	4,1
	Oriental	3,8	3,6	3,9	3,2	3,9	4,2	2,9
	Pacífica	5,4	3,9	6,9	5,3	2,8	6,4	3,2
Trastorno Depresivo Mayor 12 meses	Nación	1,5	0,9	2,2	2,2	1,3	1,7	1,0
	Central	1,4	0,5	2,3	2,4	1,3	1,6	0,8
	Atlántico	0,6	0,2	1,1	0,5	1,3	0,6	0,9
	Bogotá	1,8	1,7	1,9	14,5	1,8	1,7	3,4
	Oriental	1,6	0,8	2,4	1,3	1,1	1,9	0,9
	Pacífica	2,3	1,3	3,3	2,6	0,4	3,0	0,8
Cualquier Trastorno Ansiedad 12 Meses	Nación	2,0	1,5	2,4	2,4	2,1	2,1	1,5
	Central	2,3	1,7	2,8	3,7	2,1	2,6	1,2
	Atlántico	1,1	1,0	1,1	1,2	1,4	1,3	0,5
	Bogotá	2,2	1,6	2,7	5,5	4,5	2,3	0,0
	Oriental	1,7	1,5	2,0	2,1	1,7	1,4	2,5
	Pacífica	2,7	1,9	3,5	2,4	2,0	3,2	1,7
Ideación Suicida	Nación	6,6	5,5	7,6	6,8	6,3	7,0	5,0
	Central	6,7	5,5	7,8	7,1	6,5	7,0	5,4
	Atlántico	3,8	3,5	4,2	3,1	4,9	4,5	1,9
	Bogotá	10,3	9,8	10,8	28,2	11,3	9,8	21,6
	Oriental	6,3	4,4	8,1	6,7	5,2	6,8	5,0
	Pacífica	6,2	5,1	7,3	7,3	2,4	6,6	5,2
Planeación Suicida	Nación	2,4	2,0	2,7	2,1	2,1	2,4	2,2
	Central	2,1	1,7	2,5	3,3	1,9	2,0	2,3
	Atlántico	1,1	0,9	1,2	1,3	1,4	1,1	0,8
	Bogotá	4,5	4,1	4,9	6,7	3,9	4,1	12,8
	Oriental	2,2	2,1	2,3	1,6	2,3	2,3	1,9
	Pacífica	2,3	1,5	3,1	1,5	0,7	2,4	2,1
Intento Suicida	Nación	2,6	1,9	3,3	2,7	2,5	2,6	2,4
	Central	2,6	1,8	3,2	3,5	2,4	2,8	1,7
	Atlántico	1,6	1,5	1,7	0,7	2,4	1,9	0,7
	Bogotá	4,6	3,1	6,0	15,3	4,8	4,2	12,8
	Oriental	2,0	1,4	2,6	3,0	2,0	1,7	2,8
	Pacífica	2,4	1,7	3,1	1,9	1,2	2,3	2,7

Tabla 2. Prevalencia de trastornos mentales y conducta suicida por regiones y subpoblaciones específicas en adultos – ENSM 2015



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de datos de la ENSM 2015 (cálculos propios) [7]

Nota: Los valores con letra de color rojo corresponden a las prevalencias más altas entre las regiones. Los valores resaltados con color amarillo corresponden a las prevalencias de mayor valor al interior de la categoría o factor predisponente evaluado. Las prevalencias desagregadas por factor predisponente son de tipo exploratorio, aunque estas se presentan deben ser tomadas con cautela y evaluar la pertinencia de uso debido a que presentan altos coeficientes de variación.

Indicador Prevalencia x 100 habitantes	Región	Total	Hombres	Mujeres	Pobreza	No Pobreza	Urbano	Rural
Cualquier Trastorno Mental Vida	Nación	7,2	4,6	9,7	6,2	7,5	8,0	5,0
	Central	8,6	5,3	11,7	7,7	8,9	9,6	6,0
	Atlántico	2,5	3,1	1,8	0,6	3,6	3,1	0,6
	Bogotá	8,5	4,7	12,0	4,9	8,9	8,4	13,6
	Oriental	8,9	5,5	12,4	11,9	8,3	8,6	9,7
	Pacífica	8,5	4,6	12,4	11,2	7,6	11,5	3,0
Cualquier Trastorno Mental 12 meses	Nación	4,4	2,4	6,3	5,1	4,2	4,8	3,2
	Central	5,6	2,8	8,3	7,7	4,9	6,3	3,7
	Atlántico	1,0	1,2	0,9	0,6	1,3	1,2	0,6
	Bogotá	4,5	1,8	6,9	0,0	5,1	4,5	2,4
	Oriental	5,2	3,5	6,9	7,4	4,7	4,9	5,8
	Pacífica	6,3	2,8	9,7	10,9	4,7	8,5	2,3
Trastorno Depresivo Mayor 12 meses	Nación	0,8	0,2	1,4	0,9	0,8	0,9	0,6
	Central	0,8	0,0	1,5	0,0	1,0	1,1	0,0
	Atlántico	0,4	0,4	0,3	0,6	0,2	0,5	0,0
	Bogotá	0,6	0,8	0,5	0,0	0,7	0,6	0,0
	Oriental	1,3	0,0	2,6	1,9	1,2	1,0	1,9
	Pacífica	1,0	0,2	1,8	2,1	0,6	1,3	0,4
Cualquier Trastorno Ansiedad 12 Meses	Nación	3,4	1,9	5,0	4,7	3,1	3,8	2,4
	Central	4,3	2,5	6,0	7,2	3,3	4,7	3,2
	Atlántico	0,7	0,7	0,6	0,0	1,1	0,7	0,6
	Bogotá	3,7	0,7	6,5	0,0	4,2	3,7	2,4
	Oriental	4,5	3,5	5,4	7,4	3,8	4,7	3,9
	Pacífica	4,7	1,7	7,6	10,2	2,7	6,3	1,6
Ideación Suicida	Nación	4,9	4,2	5,7	5,6	4,7	5,5	3,3
	Central	6,3	6,4	6,3	8,1	5,8	7,7	2,8
	Atlántico	3,9	4,4	3,5	4,8	3,4	4,3	3,0
	Bogotá	4,1	3,3	4,9	3,3	4,2	4,1	0,0
	Oriental	4,5	2,6	6,4	5,3	4,3	5,0	3,5
	Pacífica	5,7	3,7	7,7	4,9	6,0	6,7	3,9
Planeación Suicida	Nación	1,3	0,7	1,9	1,5	1,3	1,7	0,1
	Central	2,5	2,3	2,7	4,8	1,8	3,5	0,0
	Atlántico	0,4	0,0	0,9	0,1	0,6	0,5	0,2
	Bogotá	0,9	0,0	1,8	0,0	1,0	0,9	0,0
	Oriental	1,4	0,6	2,1	1,8	1,3	1,8	0,4
	Pacífica	1,2	0,2	2,2	0,3	1,5	1,8	0,0
Intento Suicida	Nación	1,9	1,5	2,2	2,3	1,7	2,0	1,5
	Central	3,6	3,3	3,9	5,7	2,9	4,0	2,6
	Atlántico	0,3	0,0	0,5	0,0	0,4	0,4	0,0
	Bogotá	0,6	0,8	0,5	0,0	0,7	0,7	0,0
	Oriental	2,0	0,9	3,1	0,2	2,4	2,9	0,0
	Pacífica	2,5	2,6	2,3	4,9	1,6	1,9	3,5

Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales y conducta suicida por regiones y subpoblaciones específicas en adolescentes – ENSM 2015



Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de datos de la ENSM 2015 (cálculos propios) (7)

Nota: Los valores con letra de color rojo corresponden a las prevalencias más altas entre las regiones. Los valores resaltados con color amarillo corresponden a las prevalencias de mayor valor al interior de la categoría o factor predisponente evaluado. Las prevalencias desagregadas por factor predisponente son de tipo exploratorio, aunque estas se presentan deben ser tomadas con cautela y evaluar la pertinencia de uso debido a que presentan altos coeficientes de variación.

Tabla 3. Prevalencia de trastornos mentales y conducta suicida por regiones y subpoblaciones específicas en adolescentes – ENSM 2015

Grupo	Índice de dispersión	Cual_ TtnoV	Cual_ Ttno12	Depr Ma12	Cual_ Ansi12	IdeaS	PlanS	IntenS
Adultos	Índice de Pearcy-Kep-pel ponderado	4,6	1,7	0,9	2,3	2,8	1,3	1,0
	Desviación logarítmica media	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
	Varianza entre grupos	7,3	1,2	0,3	1,4	4,0	1,1	1,0
Adolescentes	Índice de Pearcy-Kep-pel ponderado	4,7	3,4	0,4	2,8	1,0	0,9	1,6
	Desviación logarítmica media	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,2	0,4
	Varianza entre grupos	6,8	3,8	0,1	2,5	0,9	0,6	1,6

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de datos de la ENSM 2015

Nota: Eventos trazadores en salud mental priorizados ENSM. Cual_TtnoV (Cualquier trastorno mental en la vida), Cual_Ttno12 (Cualquier trastorno mental en los últimos 12 meses), DeprMa12 (Depresión mayor en los últimos 12 meses), Cual_Ansi12 (Cualquier trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses), IdeaS (Ideación suicida), PlanS (Planeación suicida), IntenS (Intento Suicida).

Complementario al análisis por regiones de la ENSM, se integró índice de acceso a los servicios de salud (IAPSS) de municipios agrupados por quintiles calculado en el Capítulo 3 como estratificador para los bloques teóricos de características del sistema y utilización de los servicios de salud mental. En las regiones se observa una distribución homogénea de los municipios según categoría de acceso potencial, pues cerca del 80% de los municipios en cada región se encuentra entre las categorías de acceso potencial bajo y muy bajo, exceptuando a la región de Bogotá la cual esta integrada por una única unidad geográfica (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución porcentual de municipios por región de la ENSM 2015, según categoría dada por el índice de acceso potencial a los servicios de salud

Región	Acceso Muy Bajo	Acceso Bajo	Acceso Intermedio	Acceso Alto	Acceso Muy Alto
Atlántica	55,8%	28,9%	12,7%	2,5%	0,0%
Bogotá	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Central	48,9%	32,0%	15,5%	3,2%	0,4%
Oriental	51,3%	31,6%	15,4%	1,7%	0,0%
Pacífica	53,9%	32,6%	11,8%	1,7%	0,0%
Nacional	51,9%	31,4%	14,3%	2,2%	0,2%

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de los resultados del índice de acceso potencial

Posterior al análisis de necesidades en salud mental de la población, se analizó la capacidad actual del Sistema de Salud para realizar intervenciones a través de los servicios de salud mental, puesto que la organización y distribución de la oferta de estos se constituyen como aspectos centrales que influyen directamente en la operatividad de la respuesta, condicionando la efectividad e impacto de las políticas y programas en salud mental (11). Si bien, la OMS ha establecido un modelo de organización óptima de los servicios de salud mental fundamentada en atención primaria en salud (APS) e integración de redes complementarias de atención comunitaria e institucional (hospitales generales y hospitales especializados en atención psiquiátrica) (12), y en Colombia la política nacional de salud mental se alinea en su conjunto con este modelo (13), el presente análisis se delimita a la organización de los servicios a nivel institucional y la distribución de los recursos físicos (camas en salud mental) y del talento humano (fuerza laboral interdisciplinaria en salud mental), con el fin de identificar desigualdades que generen barreras en el acceso a la atención de trastornos mentales por la actual organización del sistema.

Para ello se calculó la densidad o razón de cada recurso por cada 100.000 habitantes (Tabla 6), a partir de los cuales se estimó el índice de disimilitudes de Hoover por región y agrupación por categoría de acceso potencial (Tabla 7), con el propósito de identificar desigualdades sanitarias vinculadas a la distribución. El índice de Hoover permite estimar el porcentaje del recurso que se requiere distribuir para eliminar la inequidad entre unidades comparadas, sin embargo, no considera si, de forma global, el recurso es suficiente. Por lo que la redistribución puede eliminar la inequidad pero no garantizar la cobertura necesaria.

Tabla 6. Razón de unidades, camas y talento humano en Salud Mental x 100.000 habitantes en Colombia - 2019

Tipo	Indicador	Atlántica	Bogotá	Central	Oriental	Pacífica	Nación
Unidades de Salud Mental	Unidades de psiquiatría	5,0	5,5	4,0	3,4	3,0	4,2
	Unidades de neurología	3,0	3,0	2,0	2,1	1,7	2,3
	Unidades de neuropediatria	2,3	0,9	0,7	0,7	0,7	1,1
	Unidades de psicología	19,6	17,4	20,2	17,2	19,2	18,8
	Unidades de farmacodependencia	3,7	0,7	0,9	1,2	1,1	1,6
	Total unidades de salud mental	33,5	27,6	27,8	24,6	25,6	28,0
Camas de Salud Mental	Camas básicas de salud mental	7,7	5,0	2,5	4,1	4,2	5,1
	Camas de psiquiatría	17,0	9,7	10,7	6,5	7,5	11,2
	Camas cuidado agudo en salud mental	1,9	0,5	0,6	2,5	1,5	1,5
	Camas cuidado intermedio en salud mental	0,4	0,6	0,5	0,6	0,0	0,4
	Camas fármacodependencia	21,0	1,5	4,9	6,0	2,1	7,7
	Total camas de salud mental	48,0	17,2	19,1	19,7	15,3	25,9
Talento Humano en Salud Mental	Profesionales en Medicina	202,8	536,9	255,8	185,3	246,0	274,2
	Especialistas en Psiquiatría	0,7	4,0	1,8	0,75	1,0	1,6
	Profesionales en Enfermería	116,6	320,6	134,1	129,5	144,5	161,6
	Profesionales en Psicología	69,0	250,2	133,6	92,2	95,6	123,7
	Profesionales en Terapia Ocupacional	1,1	24,6	9,0	8,7	8,8	9,8
	Profesionales en Trabajo Social	82,2	134,2	67,5	76,2	69,7	83,8
	Fuerza Laboral activa en salud mental	267,7	873,3	359,6	258,9	326,9	609,0
	Fuerza Laboral potencial en salud mental	444,3	1.279,3	592,5	454,3	568,5	1.065,8
	Fuerza laboral potencial Total	526,8	1.396,2	658,5	546,7	638,2	1.166,0

Fuente: Elaboración equipo ONS a partir de datos REPS, ReTHUS y Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS) (14)

Colombia tiene una razón nacional de 28,0 unidades de salud mental habilitadas para la atención en salud mental por 100.000, observándose una distribución equitativa de unidades de salud mental cuando se comparan las regiones (índice de Hoover cercano a: 0,042); no obstante, se observa un gradiente de desigualdad al interior de estas, debido a que entre el 29 y el 39% de unidades de salud mental por región se requerirían redistribuir entre los departamentos para lograr la equidad (índice de Hoover entre 0,289 y 0,388). Hay una concentración del 40% de las unidades en salud mental en Bogotá y los departamentos de Antioquia y Valle del Cauca. Los departamentos con mayor número de unidades con relación al número de habitantes se ubican en las regiones Atlántica y Central, en contraste con los departamentos del corredor amazónico que cuenta con la menor infraestructura y disponibilidad de servicios en salud mental con excepción del departamento del Amazonas (Figura 2).

El análisis de agrupación de municipios según categoría de acceso potencial, evidencia disminución progresiva del índice de Hoover conforme el IAPSS es mayor. Los servicios de salud mental habilitados en los municipios categorizados como de muy bajo acceso tienen mayor desigualdad en la distribución de sus unidades en comparación con los de mayor acceso potencial, requiriendo distribuir el 44,8% para lograr la equidad (Índice de Hoover: 0,448) (Tabla 7). Por tipo de servicio, las unidades de psicología aportan la mayor cantidad de unidades a nivel nacional y regional con una razón de 18,8 por 100.000 habitantes frente a las 4,2 unidades de salud mental de atención psiquiátrica (Tabla 6).

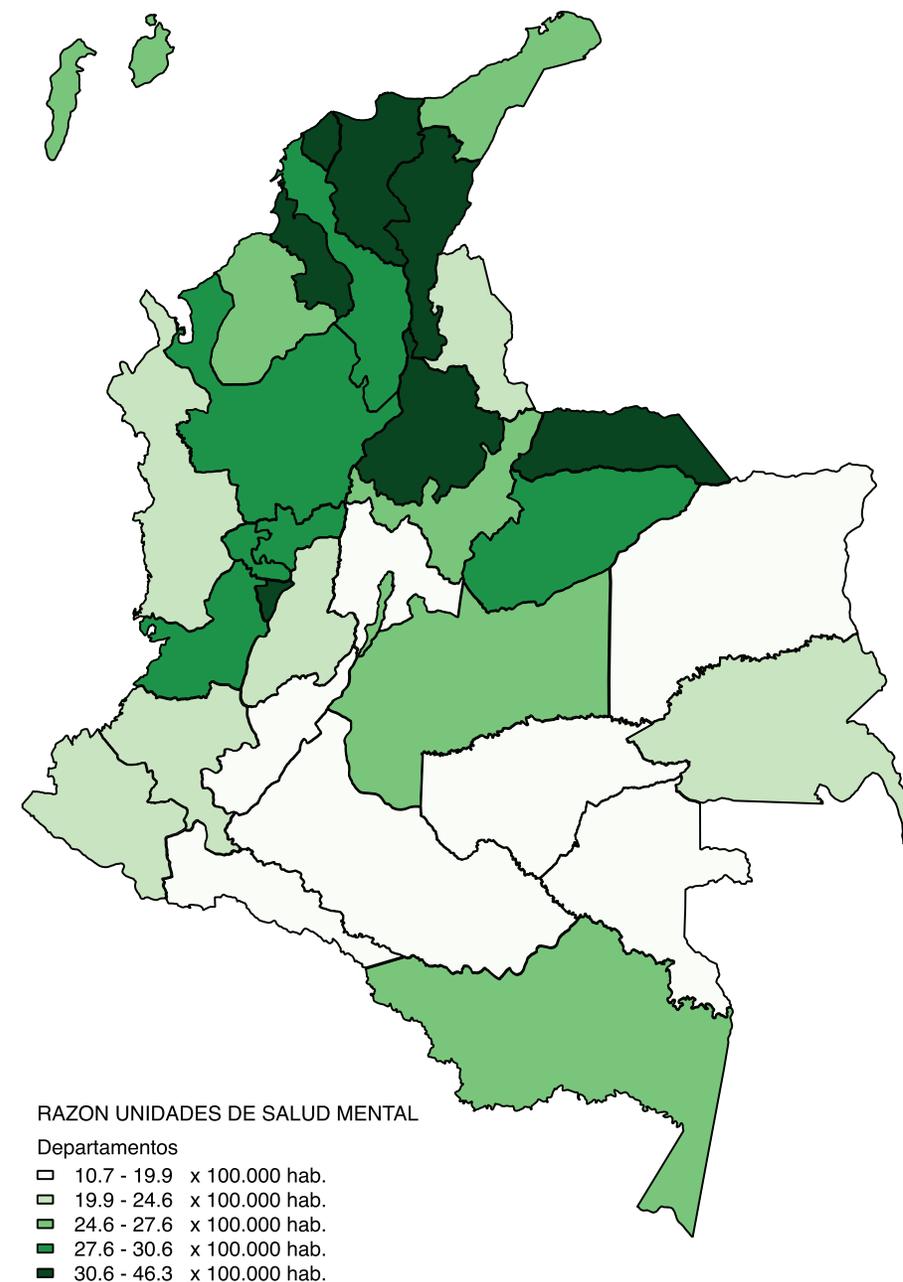
Tabla 7. Índice de comparación de la distribución de la oferta del sistema en salud mental según región y municipios según categoría de acceso potencial (capacidad instalada) en Colombia, 2019

Medida	Unidad geográfica	Unidades de salud mental	Camas en salud mental	Talento humano en salud mental Fuerza potencial	Talento humano en salud mental Fuerza activa
Índice de Hoover (o de disimilitudes)	Interregional	0,042	0,206	0,197	0,153
	Atlántica	0,310	0,484	0,484	0,599
	Bogotá	N/A	N/A	N/A	N/A
	Central	0,388	0,596	0,569	0,576
	Oriental	0,374	0,737	0,632	0,633
	Pacífico	0,289	0,577	0,865	0,870
	Categoría de Acceso Potencial	Unidades de salud mental	Camas en salud mental	Talento humano en salud mental Fuerza potencial	Talento humano en salud mental Fuerza activa
	Nacional	0,293	0,541	0,575	0,588
	Acceso Muy Bajo	0,448	0,967	0,588	0,587
	Acceso Bajo	0,377	0,772	0,573	0,566
	Acceso Intermedio	0,240	0,560	0,626	0,633
	Acceso Alto	0,166	0,403	0,608	0,627
Acceso Muy Alto	0,152	0,077	0,011	0,006	

Fuente: Elaboración equipo ONS

Respecto a la disponibilidad de camas para realizar atención integral en salud mental, Colombia tiene una razón total de 26,8 camas por cada 100.000 habitantes y una razón de camas básicas de salud mental de 5,1 (Tabla 7); este valor se asemeja al promedio de camas básicas en países de bajos y medianos ingresos en las Américas, los cuales son menores a 5, mientras que en países de ingresos altos tienen razones mayores a 50 (15). Del total de camas, el 66,1% se concentra en instituciones prestadoras de servicios de salud privadas. Los departamentos del Atlántico y Meta (región Oriental) cuentan con la mayor disponibilidad de camas (razón de más de 70 camas x 100.000 hab.) en contraste con los departamentos de Huila, Chocó y corredor amazónico (Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada) con una disponibilidad inferior a 2,5 camas por 100.000.

Figura 2. Razón departamental de unidades de Salud Mental en Colombia por 100.000 habitantes, 2019.



Fuente: REPS

La distribución de camas en salud mental es el recurso con mayor inequidad en el territorio con una relación inversa entre el índice de Hoover y la categoría del IAPSS. De este modo los municipios clasificados como de muy bajo acceso tienen mayor concentración de camas en un número reducido de municipios, ante lo cual necesitarían realizar una redistribución del 96,7% de las camas en este quintil (índice de Hoover: 0,967) en comparación con los municipios de muy alto acceso que sólo requerirían redistribuir el 7,7% (índice de Hoover: 0,077) (Tabla 10).

En lo que respecta a la disponibilidad específica de camas psiquiátricas, aunque no existe un valor estándar para los países, el Treatment Advocacy Center de los Estados Unidos, una ONG especializada en salud mental, ha recomendado un rango de 40 - 60 camas por cada 100.000 habitantes para dar suficiencia en el tratamiento a la población con trastornos severos en salud mental (16). La razón nacional dista del valor recomendado (11,2 por cada 100.000 hab.) y es inferior al promedio de camas de los países adscritos a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de 68 camas por cada 100.000.

El talento humano en salud mental es el eje dinamizador de los servicios y recursos dispuestos para la atención en salud mental. El cálculo de la fuerza laboral disponible integró el conjunto de profesiones asociadas con la atención en salud mental contemplados en la política nacional (medicina, psiquiatría, enfermería, psicología, terapia psicosocial, terapia ocupacional y trabajo social) a partir del ReTHUS. La razón calculada constituye el total de profesionales registrados. Los resultados obtenidos son una aproximación de la distribución de la fuerza laboral potencial (número total de profesionales egresados) y la fuerza laboral activa (número total de profesionales egresados, en ejercicio de su profesión y cotizantes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS).

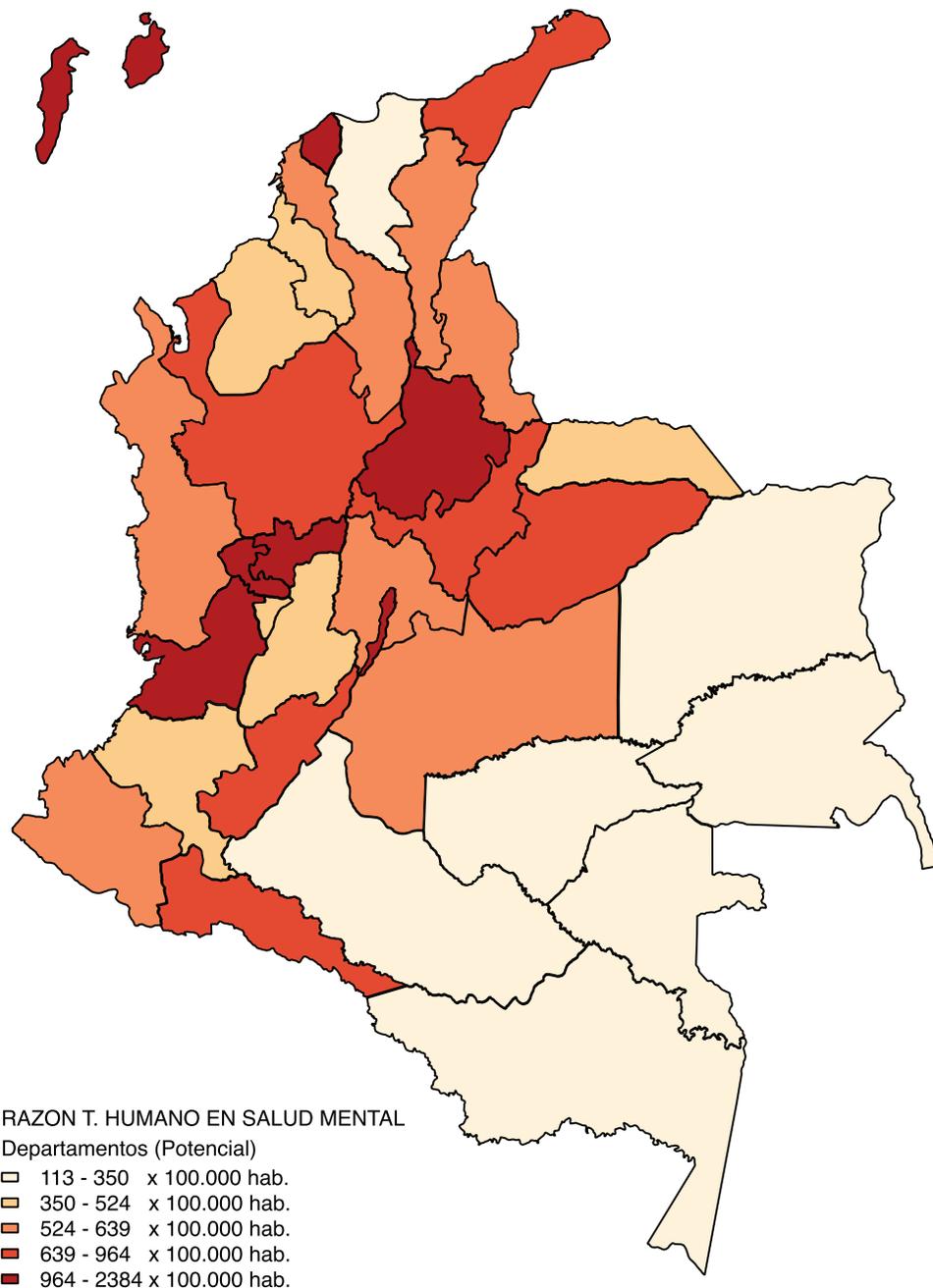
En Colombia la fuerza laboral activa de talento humano en salud mental es de 1.066 por 100.000 hab. ascendiendo a 1.166 cuando se incluyen los profesionales disponibles en trabajo social (Tabla 8). Por tipo de perfil, el personal con mayor densidad son los médicos generales con una razón de 192,8 x 100.000 hab., seguido del personal de enfermería y psicología con 118,2 y 93,8 por 100.000 hab., respectivamente (Figura 2). Esta distribución contrasta con la distribución a nivel mundial, donde el personal de enfermería aporta la mayor proporción de profesionales en los servicios de salud mental seguido por los psiquiatras con baja proporción de psicólogos y trabajadores sociales y muy baja participación de terapeutas ocupacionales (17).

La región con el mayor número de profesionales, superando el valor nacional, corresponde a Bogotá con una razón de 1396,2 por 100.000 hab. (Tabla 6), seguido de San Andrés (1971,4 x 100.000) y Risaralda (943,1 x 100.000). Los departamentos con

las razones más bajas corresponden a Quindío y Vaupés (< 100 x 100.000 habitantes). Comparando con el valor nacional, la distribución de la fuerza laboral activa entre regiones tiende a la equidad, dado a que sólo requeriría realizarse la redistribución del 4,2% del personal (índice de Hoover: 0,042) (Tabla 10). Respecto a la fuerza laboral potencial se haría necesario realizar una redistribución del 20,6% (índice de Hoover: 0,206) para lograr la máxima equidad interregional, lo cual implicaría la movilización de 2.530 profesionales activos y 12.410 profesionales potenciales pertenecientes a las diferentes disciplinas, que estarían concentrados en los municipios categorizados con acceso potencial alto e intermedio, principalmente en capitales de departamento y distritos. La región Pacífica registra la mayor desigualdad dado a que requeriría una redistribución del 86% del talento humano potencial y activo para suplir las necesidades de talento humano equitativamente principalmente en los municipios de Nariño (98% de sus municipios tienen razones iguales a 0,0 x 100.000 habitantes) y Chocó (44% de los municipios con razones entre 0,0 - 1 x 100.000 habitantes) (Figura 3).



Figura 3. Razón departamental de Talento Humano en Salud Mental en Colombia x 100.000 habitantes, 2019.



Fuente: ReTHUS

Por último, la razón nacional de psiquiatras es de 1,6 x 100.000 habitantes, valor que se asemeja a la mediana de los países de medianos y altos ingresos de la región de las Américas (18), superando en 0,6 la razón global de 1,0 psiquiatra por cada 100.000 habitantes (19). Los departamentos con mayor insuficiencia de profesionales en psiquiatría con razones iguales a 0,0 son Chocó, San Andrés, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés y Vichada.

4.2.2. Acceso real a los servicios de salud mental: Utilización

La utilización de los servicios es una medida directa del acceso real por parte de la población a los servicios ofertados por el sistema de salud. En Colombia, para salud mental, el registro de información disponible da alcance únicamente a las acciones curativas que incluyen el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales.

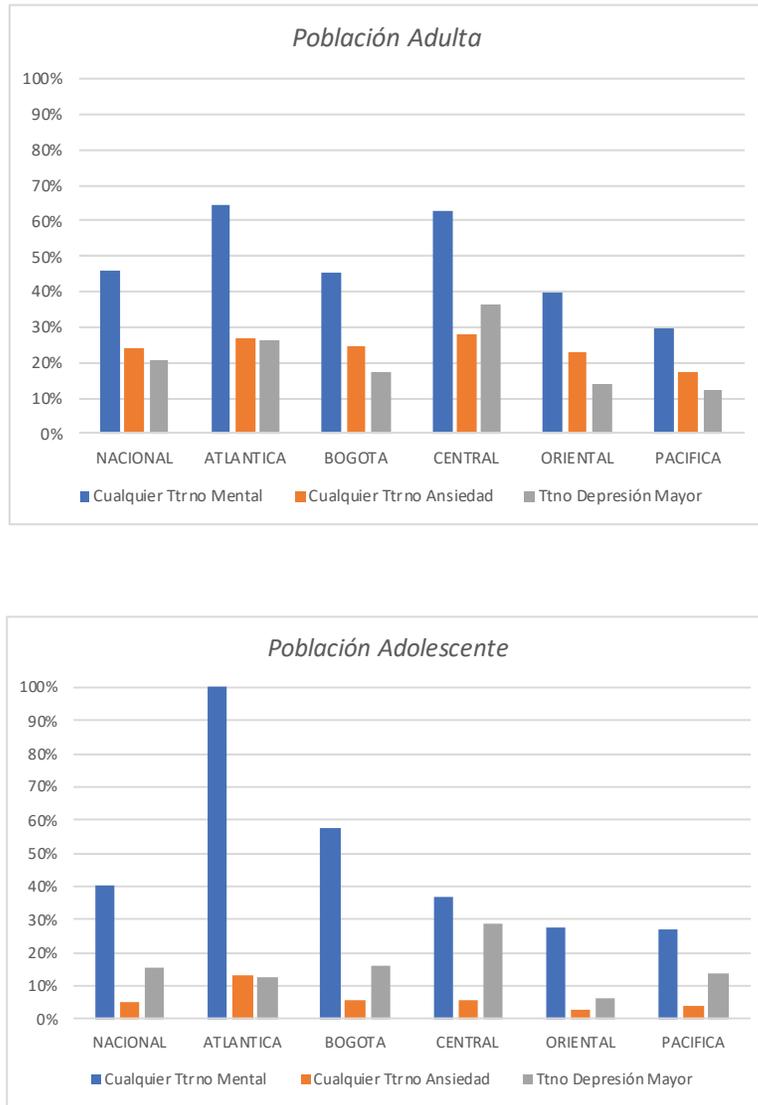
Considerando que en varios países de las Américas el tiempo de demora entre el reconocimiento de un trastorno mental y la búsqueda de atención o tratamiento varía entre 2 a 14 años. En Colombia sólo el 2,9% de las personas con problemas ansiosos y el 18,7% de las personas con trastornos afectivos buscan atención en los servicios de salud en el primer año (20). El análisis de utilización de servicios en adultos y adolescentes con cualquier trastorno mental, cualquier trastorno de ansiedad y trastorno depresivo mayor, se realizó calculando la frecuencia de uso de servicios de salud y servicios específicos de salud mental para el promedio de años 2015 - 2017, con el objeto de reducir la subestimación de la frecuencia de uso generada por la demora en la búsqueda de tratamiento en personas con trastornos de ansiedad y trastornos afectivos en el primer año.

El análisis integró dos elementos: a) población estimada con enfermedad mental en los últimos 12 meses (ENSM 2015) que fue atendida o canalizada por cualquier servicio de salud a nivel regional y b) población atendida con enfermedad mental derivada a servicios de SM en las IPS a nivel regional, departamental y municipal.

Del total de la población con algún trastorno mental, hubo una demanda de servicios en salud en las IPS del 40,3% en adolescentes y 46,1% en adultos (Figura 4). Las regiones con mayor canalización de población adulta fueron la Atlántica y Central (62 - 64%). En adolescentes correspondieron a las regiones Atlántica y Bogotá. La región con menor canalización tanto en adultos como en adolescente correspondió a la Pacífica (29,5% en adultos y 27,1 % en adolescentes).

A nivel nacional se observó que sólo el 10,1% de los adultos y el 16,0% de adolescentes con algún trastorno mental recibieron atención específica en los servicios de SM, generando una brecha terapéutica del 90,9% en adultos y 84,0% en adolescentes. En adultos los valores de la brecha terapéutica son homogéneos entre regiones, oscilando entre el 87,6% y el 91,0%. Caso contrario sucede en adolescentes, cuyos valores oscilan entre 60,2% en la región Atlántica y 88,5% en la región Central.

Figura 4. Proporción de población con patología mental canalizada en IPS por región y grupo poblacional, Colombia.

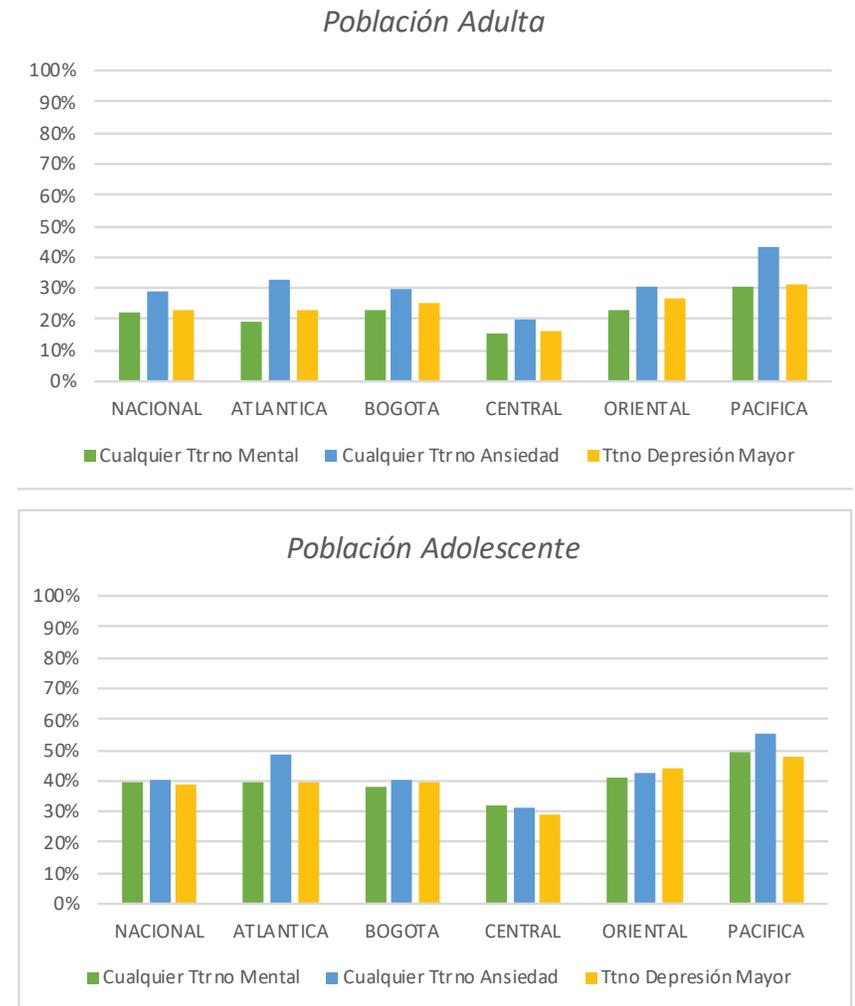


Fuente: Elaborado por Equipo ONS

Nota: En la región atlántica el número de adolescentes canalizados por cualquier trastorno mental en las IPS fue superior en un 40% al número esperado tomando como referencia la prevalencia para la región (ENSM 2015).

No se observaron diferencias en la derivación a servicios de SM por sexo, área de residencia o tipo de régimen de afiliación. Se observó diferencia por grupos de edad, aunque la población adolescente acude en menor proporción a los servicios de salud, estos tienen un porcentaje de derivación mayor a los servicios de SM en comparación con los adultos (adultos 22% - adolescentes 40%). La región con mayor frecuencia de derivación a servicios de SM en los eventos analizados fue la Pacífica, seguido de la Oriental y la Atlántica (Figura 5).

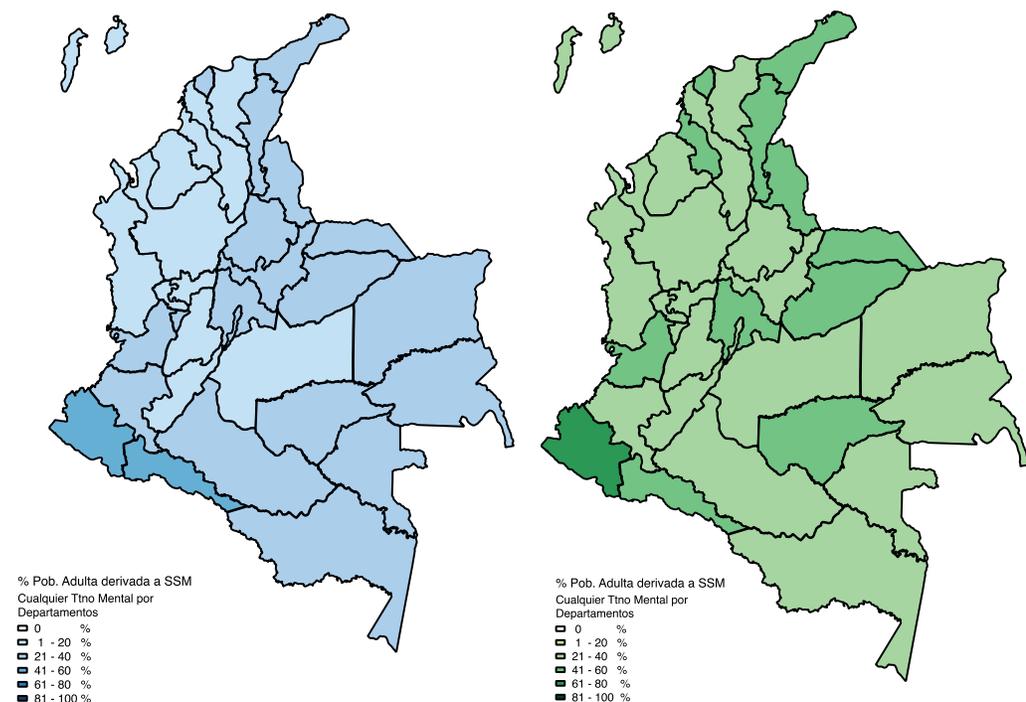
Figura 5. Proporción de población con trastornos mentales canalizada y derivada a Servicios de Salud mental en IPS por región, Colombia.



Fuente: Elaboración propia Equipo ONS

Por departamento, Nariño y Putumayo realizaron el mayor porcentaje de derivación a servicios de SM en la población adolescente y adulta canalizada (40 a 65%); los departamentos de San Andrés, Chocó, Bolívar y Antioquia presentaron las menores frecuencias de derivación, con cifras inferiores al 20% (Figura 6).

Figura 6. Porcentaje de población adulta y adolescente derivada a servicios de salud mental por departamento, Colombia.



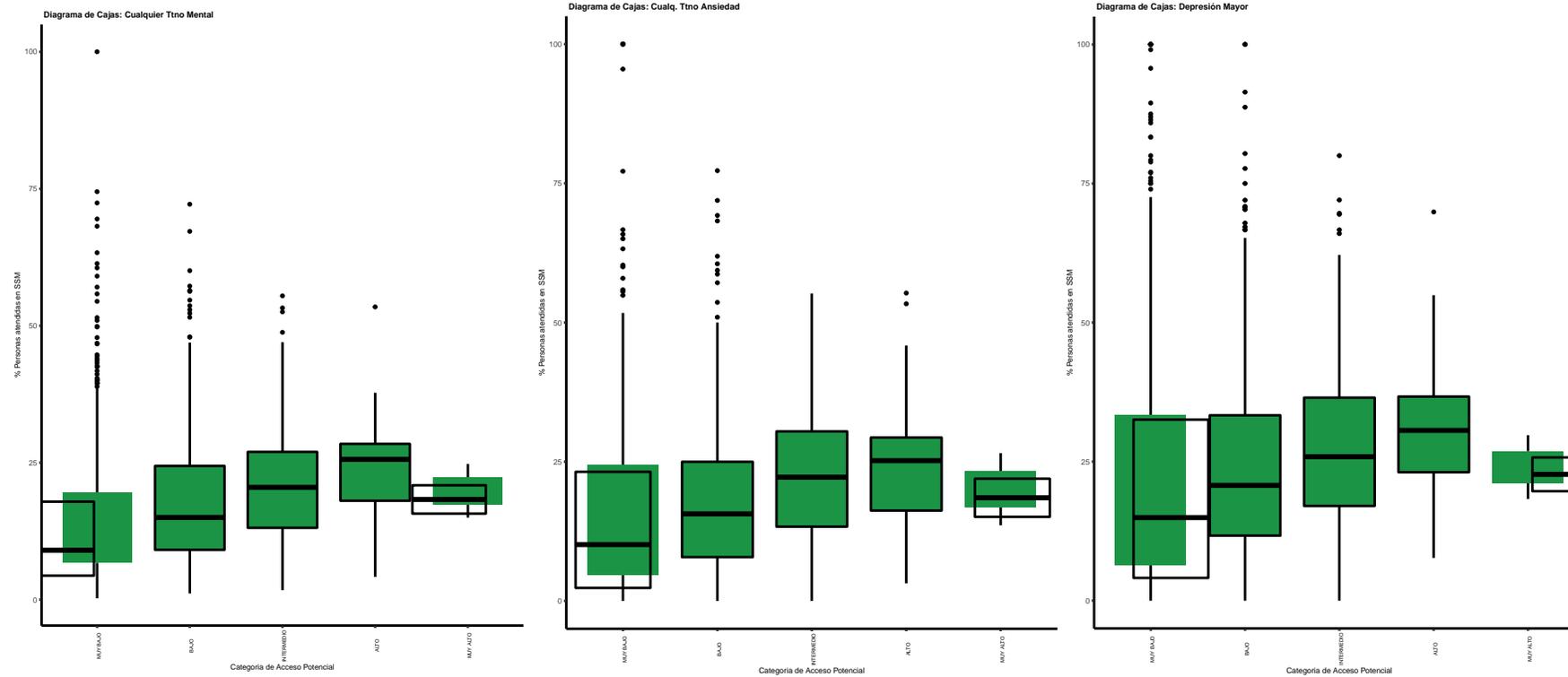
Fuente: Elaboración propia Equipo ONS

El trastorno depresivo mayor generó el mayor porcentaje de derivación a servicios de SM, cerca del 60% de los departamentos realizan derivación del 25 al 50% de la población canalizada en las IPS.

La distribución del porcentaje de población derivada a servicios de SM según categoría resultante del IAPSS evidencia un aumento en la frecuencia de derivación conforme aumenta la categoría de acceso en los cuatro primeros quintiles. La fluctuación en el quintil de mayor acceso potencial (muy alto), sugiere poca demanda a los servicios en salud general y específica en salud mental por parte de la población con trastornos mentales en las dos ciudades capitales que conforman el quintil al ser comparada con los municipios con acceso potencial alto e intermedio (Figura 7).



Figura 7. Porcentaje de derivación específica a servicios de salud mental en población con trastornos mentales en Colombia por categoría de acceso potencial.

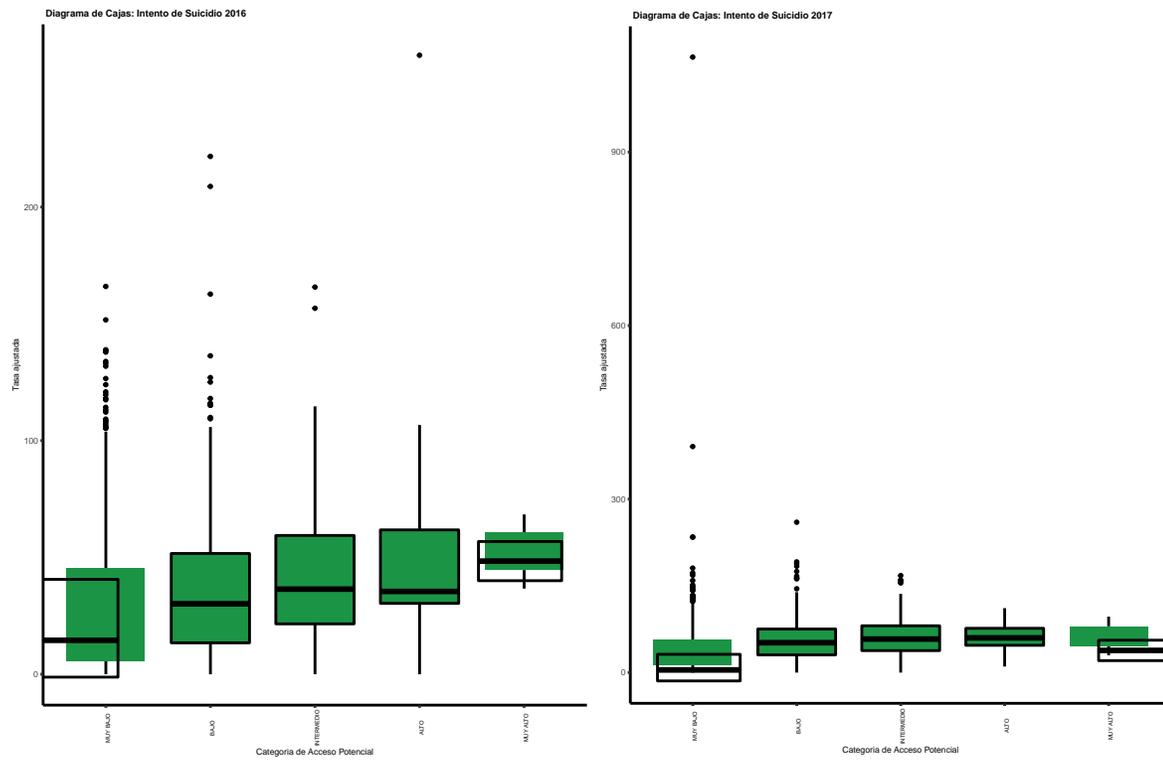


Fuente: Elaboración propia Equipo ONS

En intento suicida, para los años 2016 y 2017, se observó un aumento leve y progresivo entre la tasa ajustada por intento de suicidio municipal y la categoría de acceso potencial. Esto se debe en primera instancia por la estabilización en la vigilancia del evento en las IPS, lo cual generó mayor reconocimiento y captura de los casos a nivel nacional.

La región central presentó las tasas por intento suicida más altas al ser comparada con las demás regiones para los años 2016 y 2017, cifras concordantes con lo observado en el análisis de necesidades a nivel regional, donde la región central presentó las mayores prevalencias en los tres estadios suicidas en población adolescente. A su vez, Bogotá se ubicó en la segunda posición, siendo igualmente concordante con la mayor prevalencia en los tres estadios de la conducta suicida en población adulta.

Figura 8. Porcentaje de derivación específica a servicios de salud mental en población con trastornos mentales en Colombia por región.



Fuente: Elaboración propia Equipo ONS

Considerando que las prevalencias de los tres estadios de la conducta suicida abordados en la ENSM fueron mayores en población en condición de pobreza, se realizó análisis de la relación entre las tasas departamentales ajustadas por intento suicida y la tasa de mortalidad por suicidio y la condición de pobreza de la población dada por el índice de Necesidades Básicas Insatisfechas – NBI para los mismos años. El índice y curva de concentración con jerarquización social por NBI indica poca desigualdad con distribución equitativa de la mortalidad por suicidio en la escala social entre los departamentos para ambos años (Índice de concentración tasa de mortalidad año 2016: 0,009 – año 2017: 0,026). Sin embargo, en conducta suicida se observó un acumulo leve de casos en los departamentos con población con mayores NBI, con índices de concentración con valores negativos cercanos a cero (Tabla 11 y Figura 9).

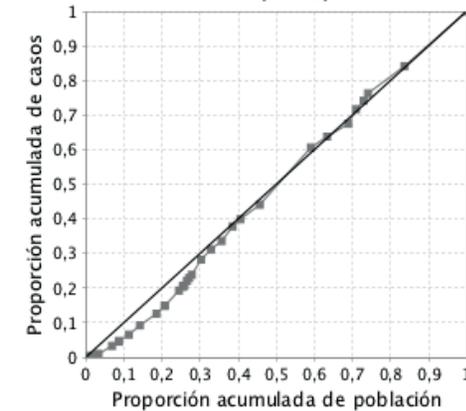
Tabla 11. Índices de dispersión de trastornos mentales en población adolescente

Variable Desenlace	Año 2016	Año 2017
Tasa de Mortalidad por Suicidio (lista 667)	Gini: 0,160 Concentración: 0,009	Gini: 0,141 Concentración: 0,026
Tasa de Incidencia de Intento de Suicidio	Gini: 0,179 Concentración: -0,017	Gini: 0,194 Concentración: -0,014

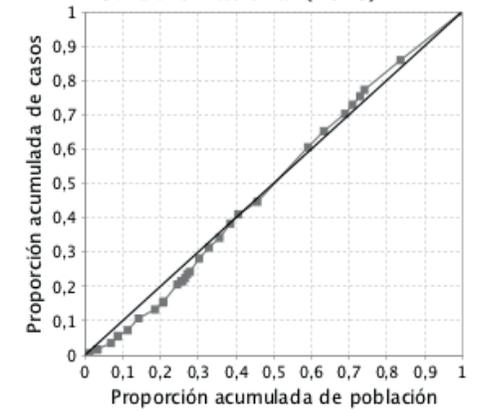
Fuente: Elaboración propia Equipo ONS

Figura 9. Curva e índice de concentración en intento y mortalidad por suicidio en población general. Colombia, 2016 - 2017.

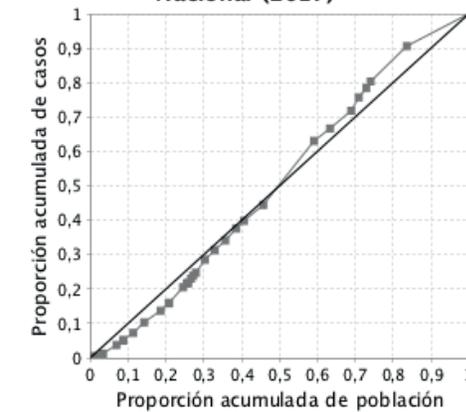
Curva de concentración: Intento Suicida Nacional (2016)



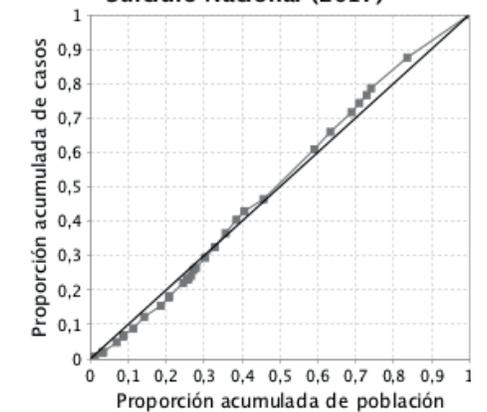
Curva de concentración: Mortalidad por Suicidio Nacional (2016)



Curva de concentración: Intento Suicida Nacional (2017)



Curva de concentración: Mortalidad por Suicidio Nacional (2017)



Fuente: Elaboración propia Equipo ONS

4.2.3. Aspectos centrales para mejorar el acceso a los servicios de salud mental en Colombia

Aunque la necesidad en atención en salud mental en Colombia es diferencial entre regiones, se observan brechas en el acceso real a los servicios de salud mental entre los departamentos y municipios que los componen. Brechas que están influenciadas tanto por factores predisponentes y capacitantes de los individuos, como por la distribución de los recursos del sistema, representando un reto para los programas de salud mental en los territorios.

Las altas brechas terapéuticas observadas en el país y las regiones, evidencia la limitada capacidad de respuesta de los servicios de SM centrados en intervenciones curativas, individualizadas e institucionales. El enfoque curativo hace que las intervenciones sean más costosas y poco eficientes a nivel poblacional ya que los servicios están especializados en la atención de trastornos y patologías de alta severidad pero de baja frecuencia, aumentando el remanente de población con patología leve, no tratada o sin diagnóstico que no es canalizada, ni accede a los servicios de salud (12).

Las diferencias observadas en la utilización de servicios de salud por parte de la población adulta y adolescente con trastornos mentales puede ser explicada por múltiples factores (21), entre los más representativos están el reconocimiento y aceptación del padecimiento mental, la gravedad percibida por el individuo, la necesidad de tratar el padecimiento y el juicio clínico e idoneidad del tratamiento por parte del personal tratante en los servicios de salud.

La correspondencia observada entre los municipios con baja categoría de acceso potencial y baja frecuencia de derivación a servicios específicos de salud mental en población con trastornos mentales canalizada en IPS, pone de manifiesto la necesidad de desarrollar estrategias que permitan superar las barreras en el acceso y mejorar tanto el diagnóstico como el tratamiento de las patologías mentales bajo un modelo de atención integral en salud basado en APS que aumente la cobertura y efectividad de los servicios de SM (20,22).

Aunque el volumen total de profesionales relacionados con la atención en SM en el país es alto (exceptuando psiquiatría), se desconoce la proporción de profesionales en ejercicio y que están especializados. En disciplinas como medicina, enfermería y psicología se evidencia distribución inequitativa y alta concentración de talento humano en los municipios capitales de departamento y municipios circunvecinos principalmente en las regiones Atlántica, Central y Bogotá. Esto tendría implicaciones en la conformación equitativa de equipos de atención integral en salud mental y el consecuente desarrollo de servicios de atención en salud mental con base comunitaria, principalmente en los

departamentos del corredor amazónico y el pacífico (el 9,0% de los municipios en el país cuentan con menos de 10 profesionales en salud mental para cubrir las necesidades del municipio).

Llama la atención el hecho que la región Pacífica cuenta con la menor razón de talento humano potencial en SM y la menor frecuencia de búsqueda de atención en población con trastornos mentales, sin embargo, tiene los porcentajes más altos de derivación a servicios específicos de SM en adolescentes y adultos en los tres eventos analizados. A su vez, los departamentos de mayor ruralidad y de difícil acceso geográfico poseen los porcentajes de derivación más altas en comparación con las capitales de departamento en las regiones más urbanizadas. Esto podría explicarse por mayor disponibilidad del talento humano en SM para realizar atenciones específicas debido a la baja utilización de los servicios por parte de la población que logra acceder a los servicios y talento humano con mayor nivel de formación en intervenciones en SM.

Conviene resaltar que aun cuando la población adolescente consulta en menor frecuencia a los servicios de salud, en comparación con la población adulta, hay mayor derivación a los servicios de SM una vez se ha logrado su canalización, esto permite evidenciar mayor sensibilidad por parte del talento humano y los servicios a las necesidades en salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

4.2.4. Retos

- Mejorar el acceso a los servicios de salud mental requiere mejorar la calidad de la atención de la población, conforme a la patología específica.

- El desarrollo de la Política de Atención Integral en Salud y el Modelos de Atención Integral Territorial son la plataforma requerida para operar el modelo de atención

4.2.5. Limitaciones

- La unidad de desagregación geográfica establecida en la ENSM 2015 es muy amplia e integra un gran número de departamentos muy diversos. Esto impidió identificar diferencias en la distribución de los eventos analizados a niveles inferiores tales como el departamental o municipal y la consecuente estimación de porcentajes de canalización global en los servicios de salud y de atención específica en SM con base en la población objeto.

- Existe un porcentaje considerable de valores perdidos en las variables área de residencia de la población atendida en los servicios de salud en RIPS y municipio de ubicación laboral del talento humano en salud en ReTHUS – PILA, reduciendo el poder de estimación de los indicadores relacionados que usan estas variables.

- Las estimaciones de población adulta y adolescente con diagnóstico de cualquier trastorno, mental, cualquier trastorno de ansiedad, trastorno de depresión mayor y conducta suicida son derivadas de casos configurados por un cuestionario estructurado (ENSM 2015), sin confirmación clínica.

- Los cálculos de frecuencia de uso de servicios globales de salud y frecuencia de derivación a servicios específicos de SM no dan cuenta de la pertinencia e idoneidad del tratamiento recibido por la población con trastornos mentales, esto requeriría realizar estudios complementarios para establecer la calidad de atención en SM y adherencia a las Guías de Práctica Clínica para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con servicios habilitados de salud mental.

4.2.6. Recomendaciones

- Aunque a nivel nacional existe alta cobertura y disponibilidad de servicios hospitalarios en salud mental, la existencia de desigualdades sanitarias entre las regiones y al interior de las estas, hace necesario reestructurar la organización de los servicios, fomentando el desarrollo e integración de servicios informales de salud mental y autocuidado, así como de servicios de atención formal a nivel comunitario integrados a la red hospitalaria bajo un modelo de atención en salud mental basado en APS y a partir de esta realizar la distribución efectiva de los recursos físicos y talento humano en salud mental en los territorios (11).

- Lograr la integralidad y calidad en la atención de los servicios de salud mental en el país necesita continuar con el fortalecimiento de las competencias en salud mental del talento humano en formación en las instituciones educativas y de educación complementaria en personal egresado en ejercicio de su profesión. Dichas competencias habrían de abordar el fomento de la salud mental, la detección y atención básica de trastornos mentales como la derivación de casos complejos a servicios especializados y la generación de redes colaborativas entre los especialistas y los equipos de atención básica en salud mental (23).

- Debido a la multiplicidad de disciplinas relacionadas con la atención en salud mental y el desconocimiento del número de profesionales con competencias certificadas en salud mental que actualmente ejercen su profesión a nivel asistencial, se hace necesario incorporar un mecanismo en el ReTHUS a través del cual se caracterice y clasifique al talento humano en salud mental según tipo y nivel de atención (asistencial intramural, asistencial extramural, administrativo).

- El Ministerio de Salud y Protección Social a través del Observatorio Nacional de Salud

Mental deben generar mecanismos efectivos de monitoreo y supervisión de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental por parte de los diferentes actores adscritos a las redes integrales de servicios de salud mental en aras de dar cumplimiento a lo exigido en la Política Nacional de Salud Mental y las metas e indicadores establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental y el Plan Decenal de Salud Pública.

- Se hace necesario desarrollar un plan operativo de APS mental enmarcado en la PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), a través del cual se puedan desplegar actividades sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud mental, prevención de los problemas y trastorno en salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad e inclusión social.



Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. 2017. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud mental, Prevención del suicidio suicidio, un imperativo global. Organización Mundial de la Salud. 2014.
3. World Health Organization. Mental health: a call for action by world health ministers. Geneva: World Health Organization, 2001. Who.Int. 2001.
4. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. 2018. 1–50 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
5. Ayala-García J. La salud en Colombia : más cobertura pero menos acceso. In: La salud en Colombia : una perspectiva regional Capítulo 8 La salud en Colombia : más cobertura pero menos acceso Pág:249-279. 2017.
6. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental 2003 [Internet]. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. 2005. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Informe final ENSM 2003.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Informe%20final%20ENSM%2003.pdf)
7. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. 2015. 1–242 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
8. Instituto Nacional de Salud; Observatorio Nacional de Salud. El suicidio en Colombia. Del descenso permanente al aumento preocupante desde 2014. 2019.
9. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;
10. Ballesteros M. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios [Internet]. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales U, editor. Buenos Aires - Argentina; 2014. 103 p. Available from: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/iig-uba/20151022054933/dji41.pdf>
11. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of services for Mental Health. Ment Heal Policy Serv Guid Packag. 2003;
12. WHO. Organization of Services for Mental Health. Mental Health Policy and Service Guidance Package. 2003.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018, Política Nacional de Salud Mental [Internet]. Bogotá; 2018. p. 29. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución No. 4886 de 2018.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%20n%20No.%204886%20de%202018.pdf)
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud [Internet]. Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria. 2019 [cited 2016 Dec 4]. Available from: <https://prestadores.minsalud.gov.co/habilitacion/>
15. Organización Mundial de la Salud. Atlas de Salud Mental 2014. J Chem Inf Model. 2013;
16. Treatment Advocacy Center. Psychiatric Bed Supply Need Per Capita [Internet]. 2016. p. 3–5. Available from: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.201400570>
17. World Health Organization. Mental Health Atlas 2011. World Heal Organ. 2011;
18. Organización Panamericana de la Salud. Atlas de salud mental de las Américas 2017 [Internet]. Washington, D.C.; 2018. Available from: www.paho.org
19. World Health Organization. Mental Health Atlas 2017 [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>
20. Kohn R. La brecha de tratamiento en la Región de las Américas [Internet]. 2014. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=23177&lang=es
21. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en costa rica. Rev Salud Publica. 2009;
22. Rodríguez J. Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe : la evolución hacia un modelo comunitario. Rev Psiquiatr del Uruguay. 2011;
23. World Health Organization. Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human resources and training in mental health. Ment Heal Policy Serv Guid Packag [Internet]. 2005;1–123. Available from: http://www.who.int/mental_health/policy/services/11_human_resource_training_WEB_07.pdf



*Paula Andrea Sosa Higinio
Luz Stella Cantor Poveda
Karol Patricia Cotes Cantillo*

4.3. Estudio de caso: suicidio en comunidades indígenas de Vaupés, una aproximación desde el acceso a los servicios de salud mental

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año se suicidan más de 800.000 personas en el mundo. Es tal el incremento en el número de intentos de suicidio y suicidios consumados, que este fenómeno se ha convertido una prioridad en salud pública. En Colombia, desde el 2016, el intento de suicidio es un evento de notificación obligatoria al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), no obstante, entidades como el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses dispone de datos básicos de suicidios a partir de 1999 (1) y el el Departamento Administrativo Nacional de Estadística dispone de datos sobre mortalidad por todas las causas desde 1979.

La tasa nacional de suicidio ha venido presentando un aumento progresivo, pasando de 4,5 por cada 100.000 habitantes en 2009 a 5,93 en el 2018 (2). Entre los departamentos con tasas más altas se encuentra el Vaupés con una tasa de 15,41 por 100.000, y frente a los intentos de suicidio, en este departamento para el 2016 se reportó una tasa del 70,3 y para el 2017 se incrementó a 128,1 siendo la tasa para el país de 52,5 casos por cada 100.000 habitantes. Diversos estudios señalan

una gran diferencia entre las altas tasas de suicidios en población indígena, 500 por 100.000, y la población no indígena 4.4 por 100.000 (3). Distintas autoridades y miembros de organizaciones han llamado la atención sobre la posibilidad de un importante subregistro, tanto de intentos como de suicidios consumados, atribuido a la dispersión de la población, elementos culturales y algunos aspectos propios del funcionamiento de los servicios de salud.

Ante este panorama el fenómeno del suicidio en general y en particular en comunidades indígenas, es un tema de relevancia en la agenda pública. El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha avanzado en el desarrollo de políticas públicas tendientes a garantizar el derecho a la salud mental para la población colombiana, y ha realizado diversas acciones con el fin de analizar la conducta suicida en el país y generar propuestas de intervención (4). Si bien estos avances normativos en el país comenzaron a generarse en el año 1998, como se detalló en el primer apartado de este capítulo, es en la primera década del siglo XXI donde se observa un mayor desarrollo del tema de la salud mental y su relación con el suicidio dentro de pueblos indígenas. Tanto la normatividad como la producción académica en relación con esta materia han tenido un desarrollo importante en los últimos años. Las investigaciones han consistido principalmente en revisiones sistemáticas de la literatura y algunos estudios empíricos sobre las causas de la conducta suicida (3,4, 5) .

En este contexto se han llevado a cabo ejercicios de construcción colectiva con la participación miembros de la academia, del sector salud y representantes de comunidades indígenas, que permitieron establecer los lineamientos del Plan Nacional para la Prevención y Atención de la Conducta Suicida 2018-2021. Dentro del plan las poblaciones étnicas indígenas son consideradas como un grupo vulnerable respecto a la conducta suicida, lo cual sin duda está en concordancia con lo reportado en diversos estudios a nivel nacional e internacional, pues se ha demostrado que estas poblaciones pueden tener, incluso, una tasa de suicidio hasta 40 veces más alta que la población general (3).

Sumándose a estos esfuerzos, este apartado se aproxima, a través de un estudio de caso cualitativo, al análisis de elementos contextuales, comunitarios e individuales que constituyen un conjunto de interrelaciones que, como parte del acceso potencial, influyen en el acceso real de las poblaciones indígenas a los servicios de salud mental para prevención y atención de la conducta suicida. Esto requirió abordar algunos elementos asociados a las causas de la conducta suicida en esta población. Funcionarios del sector salud, algunos miembros de la comunidad y de ONG, así como funcionarios de otros sectores gubernamentales, compartieron sus conocimientos y experiencias, que se utilizaron como la principal fuente de información en este análisis.



La tasa nacional de suicidio ha venido presentando un aumento progresivo, pasando de 4,5 por cada 100.000 habitantes en 2009 a 5,93 en el 2018 (2).

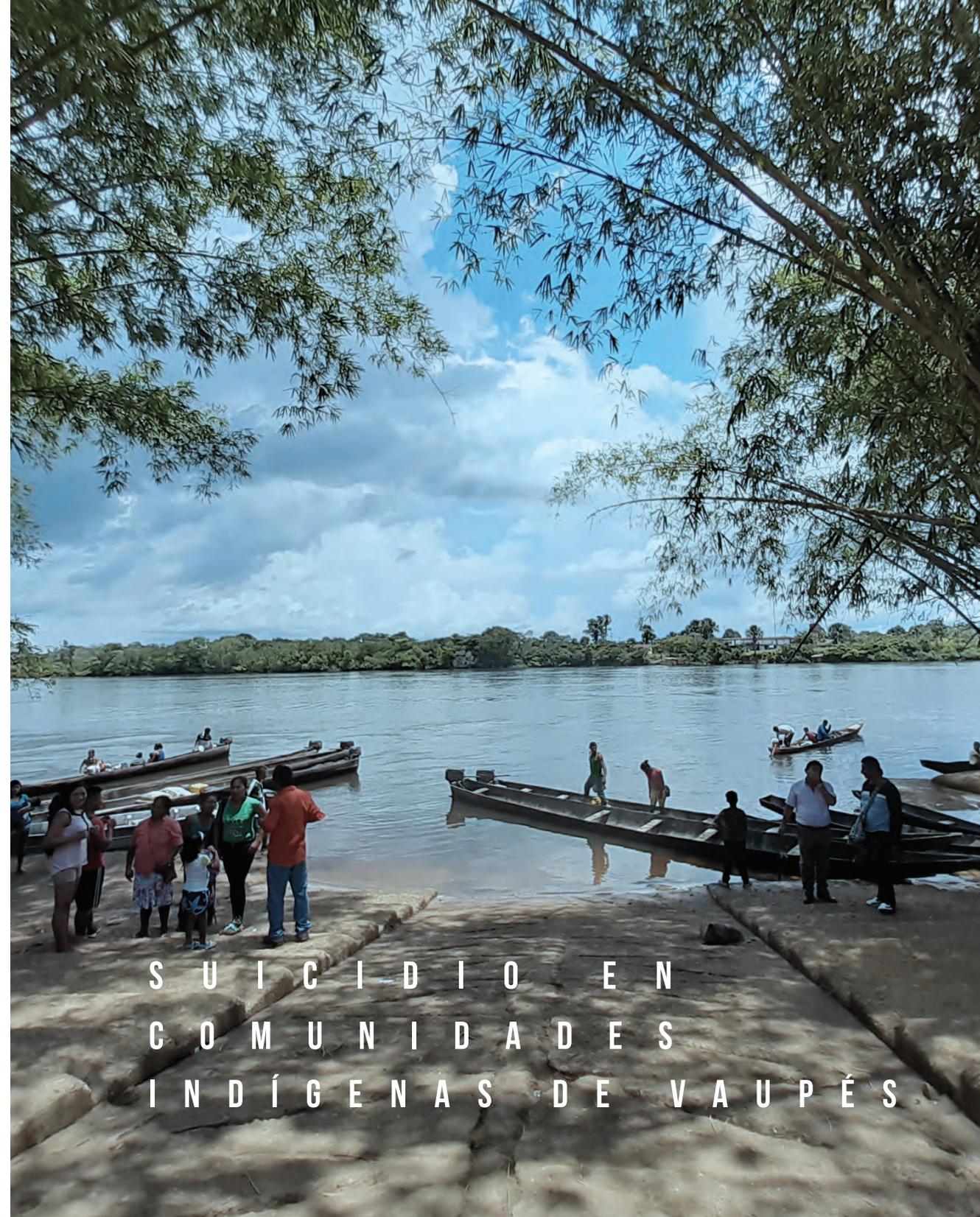
4.3.1. Elementos de contexto para la comprensión del fenómeno del suicidio

Los elementos del contexto del territorio, como sus condiciones geográficas, socioeconómicas, culturales, políticas, que incluyen la historia del sometimiento violento y exclusión, son fundamentales para la comprensión de los aspectos relacionados con la conducta suicida y de las distintas dimensiones del acceso a la salud. El departamento del Vaupés está dividido en tres municipios: Mitú, Carurú y Taraira, y tres corregimientos departamentales: Pacoa, Papunaua y Yavaraté. Para el año 2018, la población total del departamento se estimó en 44.928 habitantes, con una densidad poblacional de 0,7 por km², evidenciando un alto grado de dispersión (6). La red fluvial es la principal vía de acceso al interior del Vaupés, además, existen dentro del departamento varias pistas aéreas que se convierten en la única posibilidad de acceso a determinadas zonas, cuyos altos costos son una limitante de accesibilidad geográfica.

El 99% del territorio es rural, y según las proyecciones del DANE, el 60,9% de la población reside en esta área, mientras que el 39,1% reside en las cabeceras municipales. Se estima que el 66,6% de la población es indígena, perteneciente a 27 pueblos distribuidos por todo el departamento (7). Su principal actividad económica consiste en la caza, la pesca y los cultivos de pancoger, característicos de una economía de subsistencia. La población indígena está organizada en tres grandes resguardos y 18 zonales constituidas como entidades públicas de carácter especial a través de Asociaciones de Autoridades Tradicionales Indígenas (AATIS) reconocidas por el Ministerio del Interior (7), lo que les permite recibir recursos de transferencias para el fomento de proyectos de salud, educación y vivienda en sus comunidades, entre otras acciones.

La historia de esta población está marcada por el despojo, la exclusión y la violencia. Desde la época de la Conquista, la población nativa del departamento ha sido objeto de relaciones de dominación asimétricas en su contra. A partir del siglo XVII se dio la llegada de tropas portuguesas a la región, con la participación de la orden religiosa de los jesuitas, quienes fundaron las primeras misiones en el territorio amazónico, apoyando la esclavización de la población indígena. Como esta, diversas misiones se asentaron en el territorio en diferentes momentos, jesuitas, carmelitas y franciscanos, y a finales del siglo XIX y principios del XX, se dio la explotación del caucho, sometiendo a los indígenas y esclavos traídos de África a tratos inhumanos y masacres (8). En el año de 1949, se creó la Prefectura Apostólica de Mitú, la cual a partir de ese momento se encargó de continuar con las actividades misionales, incluida la constitución de los internados como medio para catequizar paulatinamente a la población indígena (9).

A partir de los años ochenta comenzó en la región el cultivo y procesamiento ilegal de la coca con fines de narcotráfico, generando la llegada de nuevos colonos desde el interior del país. En esta misma década se hace notable la presencia de grupos armados al



S U I C I D I O E N
C O M U N I D A D E S
I N D Í G E N A S D E V A U P É S

margen de la ley, presentándose hostigamientos por parte de la guerrilla por el control de los cultivos ilícitos y del territorio (8). En la actualidad, la población del departamento ve en el escenario del posconflicto una oportunidad de mejora en las condiciones de vida, dejando atrás el miedo, la desesperanza y la zozobra permanente que embargaba a las comunidades durante los años de guerra (7).

4.3.2. El complejo entramado de las causas del suicidio en la comunidad indígena del Vaupés

“El suicidio por ejemplo [...] eso no es de nosotros [...] eso lo trajeron los otros”

Sobre el significado de salud-enfermedad

El concepto de salud-enfermedad para los pueblos indígenas, también se constituye en un elemento de interés en la comprensión de un fenómeno como el del suicidio. Desde la antropología médica y desde disciplinas del área de la salud y otras ciencias sociales, se toma como punto de partida la traducción cultural de este concepto para la caracterización de sistemas médicos tradicionales (10), además de proponer respuestas en salud desde una perspectiva intercultural.

Para la región de la Amazonía en particular, se han logrado identificar elementos que implican un relacionamiento complejo entre la salud individual, familiar, comunitaria y territorial, pero además entre el mundo espiritual y el mundo físico (10). De acuerdo con lo referido por actores entrevistados, podría decirse que la salud para los pueblos indígenas del Vaupés está relacionada con el bienestar y la enfermedad con el malestar, “maleficio” o “mal impuesto”, es decir, la imposición de una condición de salud negativa desde el mundo espiritual, que hace parte de su sistema de creencias, y que produce una desarmonía. Desde esta perspectiva, la enfermedad mental y fenómenos como el suicidio, se explican como consecuencia de la ruptura con las normas culturales, la desobediencia a la ley de origen, por ende, el castigo de entidades espirituales determinado por la transgresión de la norma (6).

La violencia, el desarraigo y la pérdida de la identidad

Además de los aspectos relacionados con los males impuestos, la conducta suicida en comunidades indígenas tiene sus raíces en el sometimiento histórico a diferentes tipos de violencia: directa, estructural y cultural, que están vinculadas a estructuras colonialistas y racistas (11), como se señaló en los aspectos del contexto. A esto se suma la violencia ejercida por colonos y grupos armados en un escenario de conflicto armado como el vivido en Colombia.

En efecto, una de las explicaciones más recurrentes por parte de los actores entrevistados frente a la conducta suicida de la población indígena en el departamento del Vaupés, está asociada al desarraigo como producto de las dinámicas económicas, sociales y culturales que se dieron en el territorio en el marco de su configuración histórica. Esto responde al exterminio al que fueron sometidos desde la Conquista y las posteriores bonanzas -especialmente la del caucho-, la condena de sus cosmogonías y cosmovisiones por parte de las diferentes misiones que se instalaron en el territorio, el auge de la economía ilegal de la coca y sus nefastas consecuencias como el abandono de los cultivos de pancoger, entre otros factores, que han contribuido a afianzar dentro del territorio fenómenos como la discriminación y exclusión hacia la población indígena.

El fenómeno del desarraigo es profundizado por el papel de las instituciones estatales y el enfoque de sus acciones. Los jóvenes indígenas desde temprana edad son enviados a los internados para recibir la educación pública garantizada por el Estado, en zonas con dificultades de acceso geográfico, en donde pasan la mayor parte del año escolar. Visitan a sus familias únicamente en la época de vacaciones, si los costos del desplazamiento lo permiten. La Secretaría de Educación Departamental del Vaupés, refiere la existencia de 16 instituciones educativas, cinco de ellas ubicadas en las zonas urbanas de Mitú, Carurú y Taraira, y en las zonas rurales del departamento se maneja la modalidad de internados:

“ [...] nosotros decimos el internado es un mal necesario, porque si bien es cierto que nos garantiza el acceso y la permanencia del estudiante, también, está desarraigando, le está generando una serie de situaciones de no poder estar cerca de su familia, a pesar de eso, los jóvenes se están viniendo para acá para Mitú, y detrás de ellos se viene la familia que para acompañarlo y todo esto, el hecho de llegar aquí a Mitú, estando en sus comunidades, que son comunidades sanas, les genera otra serie de situaciones acá, la situación aquí en Mitú no es fácil, aquí ya hay grandes problemas de pandillas, de violaciones, de consumo de sustancias psicoactivas, de embriagarse, en fin, situaciones que están alterando los comportamientos de todos ellos, igualmente, la situación también se presenta en ellos como un desequilibrio porque cuando ellos llegan acá, aquí las exigencias son mayores que estando en una comunidad...” (Funcionario Secretaría de Educación Departamental del Vaupés)

En este contexto, las contradicciones identitarias que viven cotidianamente estos jóvenes, también se asocian al suicidio. Fue recurrente la mención al hecho de no poder comprarse un par de tenis, por ejemplo, lo cual podría estar expresando un choque entre unas necesidades impuestas por el contexto y la posibilidad real de satisfacer dichas “necesidades”, que en el marco de su cultura carecen de sentido:



LA MAYORÍA DE LOS CASOS REFERENCIADOS ALREDEDOR DE LA CONDUCTA SUICIDA MENCIONAN QUE SE PRESENTARON POSTERIOR A UN CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL, QUE PARECIERA SER EL DETONANTE DE TALES SITUACIONES:

LO QUE SÍ IDENTIFICAMOS ES QUE TODOS ESTOS CASOS DE INTENTOS Y DE SUICIDIOS CONSUMADOS BAJO EFECTOS DEL ALCOHOL, SE PUEDE DECIR QUE UN 90% ESTÁ MEDIADO POR EL CONSUMO DE ALCOHOL [...]. (INTEGRANTE ONG).

““”

Los jóvenes se sienten entre dos mundos, aquel de sus padres, de sus ancestros, y el de la sociedad occidental, que impone modelos a seguir y genera expectativas inalcanzables en la mayoría de los casos, por ejemplo, cuando terminan el bachillerato y por falta de recursos económicos no pueden acceder a la educación superior y deben regresar a sus comunidades con la carga de sus frustraciones y la desesperanza. Esto lo corroboran otros análisis que expresan los dilemas a los cuales se enfrentan los jóvenes indígenas, quienes a través de escenarios como las instituciones educativas, se integran cada vez más con la población mestiza y se generan ambivalencias entre lo que se espera de ellos en la sociedad occidental en contraste con lo que tradicionalmente esperan sus comunidades, facilitando el fomento de hábitos como el consumo de sustancias psicoactivas (11).

La mayoría de los casos referenciados alrededor de la conducta suicida mencionan que se presentaron posterior a un consumo excesivo de alcohol, que pareciera ser el detonante de tales situaciones: “lo que sí identificamos es que todos estos casos de intentos y de suicidios consumados bajo efectos del alcohol, se puede decir que un 90% está mediado por el consumo de alcohol [...]”. (Integrante ONG).

Los conflictos familiares y con la comunidad, y las formas tradicionales de protección

A las causas expuestas anteriormente, se suman los conflictos de pareja, el desamor, conflictos con otros miembros de la familia y/o de la comunidad, y ausencia de mecanismos para afrontar los problemas. En general, parecen ser raros los casos asociados con un trastorno mental de base, aunque es un aspecto que requiere de estudios particulares: “generalmente cuando llegan los intentos de suicidio [...] uno encuentra como desencadenantes es que problemas en la relación de pareja, problemas de violencia intrafamiliar, muchas veces encuentra que estaban tomando y pues en medio de su embriaguez llegan a estos puntos..., entonces siempre son muy raros los casos [...] relacionados con] un posible trastorno psicológico de trasfondo...” (Funcionaria E.S.E Hospital San Antonio de Mitú)

Es importante mencionar que aún cuando se han venido perdiendo tradiciones, creencias y prácticas culturales en estos pueblos indígenas, se pueden identificar comunidades más aisladas donde perviven prácticas ancestrales de protección de la vida, por ejemplo los rezos que se deben realizar a las mujeres embarazadas y los alimentos que consumen para que los niños nazcan bien y estén protegidos durante toda su vida, aquellos que se hacen como forma de protección antes de festividades para que no se presenten problemas, otros relacionados con el cuidado del territorio:

“ [...] nosotros le hacemos todo un tratamiento a los alimentos, a la leche materna, en nuestra tradición, estamos hablando de 50 años atrás, no había hospitales, era un

secreto el parto, las mujeres no podían parir en casa, tenían que hacerlo afuera, en el monte, pero ¿qué hacía el médico tradicional?, le hacía toda la protección, a la mujer que va a parir y al niño que a va nacer, entonces el niño nacía protegido...”(Integrante organización indígena)

Sin embargo, uno de los factores más trascendentales ante el debilitamiento cultural es la pérdida de los payés o médicos tradicionales dentro de las culturas amazónicas, pues afecta de manera contundente la permanencia de las prácticas de protección en las comunidades:

“ [...] si hay pérdida de payés, si hay pérdida de medicina tradicional, si hay pérdida de rituales, hay pérdida de la sanación de las épocas, todo eso finalmente hace que haya un tema de ruptura tradicional [...] Entonces ahí hay una cosa clave y es que, además de compartir, como ellos ya sabían cuáles eran las épocas, del año en que hacían las curaciones, antes de la fiesta lo que hacía el médico tradicional [...] es que curaban los pensamientos de las personas [...] y ya cuando llegaban a las fiestas pues tomaban mucho, pero esos pensamientos se alejaban.” (Integrante ONG)

4.3.3. La salud mental y el acceso a los servicios en el Vaupés

De acuerdo con el modelo de comportamental de utilización de los servicios de salud de Andersen y Aday (12), dos grandes categorías permiten acercarse al análisis del acceso a los servicios: el acceso potencial y el acceso real; estas categorías han sido abordadas en el apartado referente al marco conceptual del presente informe.

En este análisis se identificaron distintos aspectos del acceso potencial que ejercen influencia sobre las posibilidades de acceso real a los servicios de salud mental para la prevención atención del suicidio en esta población. El desarrollo de las políticas públicas en el departamento, como parte de la gobernanza en salud, y en especial las relacionadas con la salud mental; el funcionamiento del sistema de salud, que incluye la disponibilidad de los servicios, en términos de red de prestación y las complejidades de su funcionamiento en zonas rurales dispersas; las relaciones problemáticas entre el asegurador y el prestador así como las características del talento humano para el abordaje de la perspectiva intercultural. Estos aspectos se interrelacionan con características individuales y del contexto comunitario como la cultura, las condiciones socioeconómicas; la desconfianza ante las instituciones producto de la discriminación histórica de la población indígena, y aspectos como los altos costos del transporte para la atención en salud, que influyen de manera determinante en el acceso potencial a los servicios.

En cuanto al acceso real de la población indígena a los servicios de salud mental, se presenta la ruta de acceso a la atención en los casos identificados como intento de suicidio, las dificultades en la notificación y el seguimiento de estos, y aquellos aspectos que limitan la adherencia al tratamiento indicado desde el servicio de psicología. La Figura 1 recoge los elementos identificados frente a las categorías enunciadas.

4.3.3.1. Acceso potencial de la población indígena a los servicios de salud mental Características del servicio

- Gobernanza en salud

Una de las experiencias de APS que se implementaron en el país durante los años 60 y 70 se desarrolló en el departamento del Vaupés, y fue apoyada financieramente por el convenio Colombo-Holandés, y posteriormente, aún con las limitaciones de la Ley 100 de 1993, fue la base para la creación de un modelo de salud específico para el territorio, el cual operó desde 1984 hasta al año 2006. Este modelo estaba enmarcado en el etnodesarrollo y la autodeterminación de los pueblos, y adoptó como metodología de trabajo la Investigación-Acción-Participativa (IAP) (13). Estos avances fueron la base para la perspectiva intercultural que es posible evidenciar, con diferentes grados, en las políticas, planes, programas y proyectos en salud del departamento.

Ahora bien, en términos de acceso potencial a los servicios de salud mental para la población indígena del Vaupés y su relación con la gobernanza en salud, se puede mencionar que recientemente la Secretaría de Salud Departamental del Vaupés lideró la formulación de la “Política pública en salud mental con enfoque diferencial e intercultural para Vaupés” (13) y ha venido desarrollando acciones en salud mental con los pueblos indígenas del departamento atendiendo a las orientaciones técnicas del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) para el trabajo de promoción de la salud mental y prevención del consumo de sustancias psicoactivas, con pueblos indígenas desde un enfoque intercultural. Una de estas acciones es la implementación de la estrategia de zonas de escucha, la cual no tiene enfoque diferencial pero lo han adaptado según las orientaciones técnicas mencionadas.

Según lo referido por funcionarios de la Secretaría de Salud Departamental del Vaupés, la política de salud mental del departamento fue construida con la participación de diferentes sectores, incluidas organizaciones indígenas del Vaupés, y se fundamenta en los desarrollos que se han dado en el territorio respecto a la operativización del enfoque diferencial étnico y un abordaje de interculturalidad en salud, reconociendo la importancia de la medicina tradicional de los pueblos indígenas y sus agentes, su concepto del proceso salud-enfermedad, las etnopatologías o síndromes de filiación cultural, entre otros componentes de todo un sistema local/comunitario/tradicional de salud.

A su vez, la política departamental posiciona dos líneas d que se complementan y correlacionan entre sí. La primera es la de promoción de la salud mental y la convivencia social, compuesta por dos objetivos, el primero orientado a la implementación de las orientaciones técnicas del MSPS, y el segundo enfocado en garantizar estrategias que permitan el desarrollo de habilidades comunicacionales de las familias para el fomento de entornos de protección y prevención del abuso de sustancias psicoactivas y otras conductas que comprometan la salud de los adolescentes, respetando la cosmovisión y cosmogonía de los pueblos indígenas (13).

La segunda línea de política está relacionada con la prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia, en la cual se destacan dos objetivos que están relacionados con el aumento del acceso de la población a servicios de atención en salud mental, y con la mejora de la capacidad resolutive del talento humano de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) – Empresa Social del Estado (ESE) del departamento de Vaupés, a través de la adaptación de las Rutas integrales de atención en salud (RIAS). Esto en el marco de los principios orientadores con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena en el departamento de Vaupés (13).

Su apuesta está basada en la experiencia de trabajo que han desarrollado desde hace décadas con comunidades indígenas, que ha acercado a las instituciones del sector salud al reconocimiento de las particularidades culturales de esta población que se requieren para que la acciones en salud mental se planteen y desarrollen, desde una perspectiva intercultural, en el marco de la implementación del enfoque diferencial étnico. Si bien en la actualidad se están ejecutando acciones colectivas en salud mental con este enfoque, la política plantea el reto de continuar, fortalecer y ampliar este tipo de acciones, desde la atención familiar y comunitaria, en articulación y complementariedad con la atención individual con pertinencia cultural.

Adicionalmente, en el marco de la política se plantea la conformación de un Consejo Departamental de Salud Mental como instancia de concertación, decisión y seguimiento, entre los diversos actores con responsabilidades respecto al tema, que favorezca la articulación y la ejecución de acciones integrales e intersectoriales, pues las dificultades en cuanto a la articulación de los actores frente a la problemática fue un hallazgo recurrente dentro de los testimonios de las personas entrevistadas.

- Elementos característicos del funcionamiento del sistema de salud en el departamento De acuerdo con el último concepto del MSPS frente a la red de prestación de servicios en el Vaupés (14), el departamento solo cuenta con una IPS pública , la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital San Antonio de Mitú de mediana complejidad; existen cuatro



Centros de Salud de baja complejidad ubicados en la zona de Acaricuara del municipio de Mitú, en el municipio de Carurú, en el municipio de Taraira y en el corregimiento de Yavaraté, cuentan con servicios de medicina general, odontología, enfermería, y actividades de promoción y prevención. A su vez, cuenta con 15 puestos de salud o puntos de atención distribuidos en las diferentes zonas, los cuales tienen servicios de atención por auxiliares de enfermería permanente y medicina general, odontología y enfermería de forma periódica; y 55 promotores de salud (indígenas) ubicados también en las diferentes zonas quienes hacen parte de lo que denominan Unidades Básicas de Promoción (UBP).

Por otra parte, se conformaron nueve grupos extramurales compuestos por médico, odontólogo, enfermero, motorista, para cubrir las 15 zonas en las que dividen el departamento con el fin de garantizar una cobertura amplia, mejorar el acceso a los servicios y complementar entre los diferentes niveles de complejidad, estos grupos suelen permanecer en las zonas alrededor de cuatro meses. Los servicios que hacen parte de niveles de mayor complejidad se contratan con redes de prestación de servicios de Bogotá y Villavicencio (14).

La ESE Hospital San Antonio es la única entidad de referencia y contrarreferencia de pacientes para primer nivel de atención y algunas actividades de segundo nivel como ginecología permanente, y otras especialidades como pediatría, psiquiatría, que no son permanentes. Algunas de las acciones que se realizan para el restablecimiento de la salud en el hospital, están articuladas a médicos tradicionales o payés. Dentro de la inducción al talento humano que ingresa al hospital se les indica la necesidad de documentarse frente al territorio y la población que lo habita. Es de resaltar que desde hace tres años según lo referencian varios de los actores entrevistados, se habilitó el servicio de psicología que ha facilitado el acceso de los habitantes a la atención demandada en salud mental desde una perspectiva clínica.

Dentro del modelo operativo de prestación de servicios de salud del departamento, en el marco de la cultura institucional de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), se hace alusión al principio de “concertación previa”, el cual se debe garantizar a la población indígena para la ejecución de las acciones de los componentes primarios del modelo (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública, saneamiento ambiental, control de enfermedades transmitidas por vectores, atención a la enfermedad, recuperación y rehabilitación. Como parte de las estrategias metodológicas para la implementación del modelo, se destaca la IAP para el desarrollo de protocolos de salud interculturales y sistemas de vigilancia comunitaria.

No obstante, la distribución de la red de prestación de servicios de salud en el departamento, las dificultades de acceso geográfico continúan siendo determinantes para acceder a los servicios de salud. Como se mencionaba antes, a propósito de los elementos de contexto, las vías de comunicación predominantes son la fluvial y la aérea (Tabla 1), lo cual implica altos costos y demoras en traslados, específicamente hablando de urgencias en salud.

Tabla 1. Tiempo de traslado, tipo de transporte y distancia en kilómetros departamento del Vaupés por municipio, 2017

Municipios	Tiempo de llegada desde el municipio más alejado a la ciudad de Mitú, en minutos	Distancia en kilómetros desde el municipio más alejado a la ciudad de Mitú	Tipo de transporte desde el municipio más alejado a la ciudad de Mitú
Municipio de Carurú	60	121	Avión de carga, Avión monomotor
	2160		Deslizadora liviana y en invierno, motor 50 HP
Municipio de Taraira	65	210	Avión de carga, Avión monomotor
Corregimiento de Papunahua	30	93	Avión monomotor
Corregimiento de Pacoa	55	175	Avión monomotor
Corregimiento de Yavarate	40	118	Avión monomotor
	2880		Deslizadora liviana y en invierno, motor 50 HP

Con el fin de cubrir los costos de la atención en salud en zonas donde se presenta dispersión geográfica en el país, el MSPS reconoce un valor adicional a la UPC (Unidad de Pago por Capitación), el cual, de acuerdo con la Resolución 5858 de 2018 (16), para el año 2019 se fijó en 10% en relación con los afiliados al régimen contributivo y 11,47% para el régimen subsidiado. Igualmente, a las EPSI (Entidades Promotoras de Salud Indígenas) se les reconoce además, un incremento del 4,81% por concepto de la UPC diferencial indígena. La sumatoria de estos valores corresponde a lo que se ha denominado Unidad de Pago por Capitación Diferencial Indígena por Dispersión Geográfica (UPCDI), que, para 2018, suma un total de \$919.850,40 pesos (16).

Pese a los valores adicionales reconocidos por el MSPS para estas zonas y estas poblaciones, los montos no parecen ser suficientes, según testimonios recogidos por parte de representantes de las EPS del departamento, se asegura lo siguiente:

“ [...] el Ministerio nos reconoce a nosotros como EPS indígena con una UPC diferencial,

la cual es netamente para el traslado, pero como le digo es para urgencias, no para consulta externa [...] nos reconocen ese 11%, significa que yo recibo 100 mil pesos más, no es más lo que me da el gobierno. Pero por ejemplo se me presenta un caso en Taraira, que es solamente por vuelo y vale 2.700.000, entonces cómo hago para garantizarle controles mensuales a estas personas, o no simplemente Taraira, por ejemplo, un Tiquié, un Villa Fátima, un Yapú, que está en 780 y 980 mil pesos el vuelo, porque también solamente se accede por vía aérea...” (Funcionario EPS).

Este relato deja entrever las complejidades del sistema de salud y sus implicaciones con respecto al acceso a los servicios de salud en zonas con alta dispersión geográfica y los costos del desplazamiento y las formas de gestión y contratación de los servicios por parte de las EPS. Para el caso específico de la atención en salud mental, en los casos de intento de suicidio, por ejemplo, una estrategia que se ha implementado para garantizar la adherencia a los tratamientos es la asignación de citas de atención por psicología con una frecuencia semanal, especialmente para aquellos que llegan de las zonas más alejadas del departamento, aunque se siguen presentando situaciones que dificultan el acceso y que responden a las lógicas de las EPS dentro del sistema:

“Esa es una problemática que tenemos porque las EPS se mueven es a través de la remisión, no hay todavía como ese compromiso de que yo tengo este paciente con un control y yo tengo que enviarle a él para que lo trasladen, eso también es una causa de no adherencia al tratamiento, el paciente viene inicialmente con la remisión, le garantizan el traslado, pero eso básicamente es para los pacientes de Nueva EPS, lo que es río y carretera. Nueva EPS tiene un proveedor, que mueve la gente por río por carretera, pero Mallamás no. Mallamás dice venga y yo le repongo su gasolina, pero hay gente que no tiene combustible para trasladarse.” (Funcionario ESE)

Ahora bien, además de la frecuencia de asignación de citas por psicología para estos casos, también se les garantiza alojamiento en un albergue para evitar que se desplacen a su territorio y abandonen el respectivo tratamiento. Si bien, los albergues facilitan la permanencia en el casco urbano para la atención en salud, muchos de los indígenas muestran inconformidad con este servicio, especialmente por la alimentación, pues esta se les ofrece de acuerdo con la dieta ordenada por el hospital, por ende, distante de sus costumbres alimenticias como el uso de la sal y el ají, y el consumo de verduras. Otro elemento que dificulta la permanencia de esta población en los albergues, especialmente de las mujeres, son las necesidades a las que se enfrentan los familiares que se quedan en las comunidades, los demás hijos, los abuelos, las personas que de una u otra forma están al cuidado del paciente:

“Ya un paciente que venga por ejemplo digamos Camutí, una comunidad, y que uno le asigne cita, hay veces cuando ellos vienen así por urgencias a ellos se les asigna

albergue y desde acá uno les asigna las de esta semana, hay veces que ellos se aburren, me quiero ir [...] viene el sentimiento y se van [...] pues uno ve aquí en ellos es pues la parte de la alimentación, entonces pues su farriña, todo lo que ellos comen por allá y pues aquí [...] uno dice ¿por qué está aburrido?, ‘-no, la comida-’ ¿está comiendo mal, qué está comiendo? ‘-no, arroz, carne, lentejas-’ cosas así [...] como segundo es que en la comunidad quedó que la esposa, los hijos [...] entonces siempre están como esos factores ahí para poder que ellos no terminen todo el proceso y que se aburren” (Funcionaria ESE).

Este tipo de barreras que generan choques culturales se presentan con mayor intensidad cuando, de acuerdo con la patología identificada, se hacen remisiones a psiquiatría que deben ser atendidas en hospitales de ciudades como Villavicencio o Bogotá, lo cual implica un mayor tiempo de desplazamiento y ausencia de la familia y comunidad, y sobretodo, enfrentar situaciones de discriminación y vulnerabilidad ante un contexto desconocido:

“Y es complicado allá afuera remitir a un indígena, porque al menos acá ya se entienden, allá afuera, sin abrigo, sin nada, se le cuartejan todos los labios [...] Pues uno trata de que se vayan, acá nosotros con unas donaciones, pues uno trata como de organizarlos, porque a veces sin zapatos, sin nada y van para Bogotá, y ese frío tan horrible, y uno los organiza [...] Ahora, no es como acá, acá nosotros dejamos, entran, salen, dejamos el acompañante ahí todo el tiempo, allá las visitas son más estrictas, acá no porque nosotros comprendemos [...] Además, el contexto de un especialista de fuera para con población indígena, habrá algunos que tengan la sensibilidad, o que den con un especialista que no saben cómo son ellos y si los ve mal vestidos, o que huele a feo...” (Funcionaria ESE)

Otra de las dificultades referidas relacionada con el funcionamiento del sistema versus las dinámicas del contexto, se enmarca en la relación entre el asegurador y el prestador, y se traduce en problemas financieros para el prestador, por la incapacidad de cumplir con las exigencias para la facturación oportuna de las actividades y tramitar el pago, poniendo en riesgo la atención en salud de la población:

“Eso es una pelea, [...] la EPS tienen como el poder de decisión y son muy autoritaristas, lo que pasa es que en la zona rural, para nosotros poder sustentar la UPC, parte de varias cosas, de los RIPS, que son los registros individuales de prestación de servicios, de la 4505, ellos deciden que sea el tiempo que sea oportuno dentro del mes que es, y que sea con calidad y la frecuencia, entonces nosotros mandamos una comisión que dura hasta 4 meses en zona rural, cuándo me va a llegar esa información a mi, ellos se pegan de que la información no le llega a tiempo porque el médico está en zona rural trabajando, nosotros llegamos hasta facturar, es imposible tener un facturador allá,

una central allá, una central acá, es imposible. Entonces ellos como el nivel central del Ministerio los mide así, ellos también nos miden a nosotros así. Siempre nos están glosando” (Funcionario ESE)

En cuanto al talento humano que atiende a la población para el restablecimiento de la salud mental, se observa que es insuficiente, dada la cantidad de población que es remitida o está buscando el servicio. En el hospital, por ejemplo, solamente hay una psicóloga clínica para atender todos los pacientes y que debe tener disponibilidad si se presentan casos de urgencias en cualquier momento. Por otra parte, en aras de buscar una mejor atención y evitar las dificultades de las remisiones a otras ciudades, a través de la Nueva EPS se está prestando la atención por psiquiatría cada dos meses, pero también, la Secretaría de Salud del Departamento en convenio con el hospital, está llevando un psiquiatra a través de las brigadas móviles, en zonas priorizadas, sin embargo se refiere que este tipo de acciones, si bien responden a necesidades identificadas y a la búsqueda de dar respuestas pertinentes al contexto, son económicamente insostenibles en el tiempo:

“Nosotros en zona rural el psiquiatra es yendo a zonas que se priorizaron como Acaricuara y otras dos más, eso es muy, muy esporádico, porque el sistema de salud está como para atención primaria en salud, sería como muy ilógico tener especialistas en zona rural, es muy costoso. Eso es como un plan piloto que se hizo [...] pero realmente eso revienta el sistema de salud, eso es insostenible...” (Funcionario ESE)

Con respecto a las competencias y habilidades para el trabajo intercultural del talento humano se señala que, a pesar de que los currículos de las universidades carecen de este tipo de formación, esta se va adquiriendo al desarrollar experiencias profesionales en contextos como el departamento del Vaupés, pero además, hay que tener una sensibilidad particular y disposición para el acercamiento y la comprensión de otro tipo de sociedades y culturas. Es decir, no basta con estar en contextos como este para que la experiencia del trabajo con otras culturas se desarrolle, pues aún se generan prejuicios, discriminación y maltrato hacia la población indígena, sino que es necesaria una apertura a otras formas de pensar, actuar, sentir el mundo, que permitan construir relaciones basadas en el respeto y el diálogo horizontal.

De hecho, en el marco de las intervenciones en salud mental, tanto individuales como colectivas en el departamento, se entiende que estos elementos son fundamentales para la atención, con pertinencia cultural y, por ende, para fomentar la adherencia a tratamientos y/o la participación y construcción conjunta de la salud mental en ejercicios colectivos que se llevan a cabo en las comunidades. A propósito de lo anterior, todo el trabajo intercultural en salud que se ha desarrollado en el Vaupés desde hace décadas es lo que hoy permite que se generen esas reflexiones desde los mismos actores que



hacen parte de la institucionalidad en salud, reconociendo los frutos de las acciones en este sentido se vienen desarrollando, y los retos que aún persisten en ese camino.

Características de la población

Del total de la población del departamento, con corte a septiembre de 2019, 31.519 personas están afiliadas a la seguridad social en salud, esto es aproximadamente el 70% de la población, distribuida así: en el régimen subsidiado se encuentran 26.594 personas, en el contributivo 3.806 y en el régimen de excepción 1.119. Las EPS que se encuentran en el departamento son la Nueva EPS con población afiliada en los dos regímenes, 19.686 en el régimen subsidiado y 2.171 en el contributivo, y opera en todo el departamento; Mallamas, EPS Indígena que opera solamente en Mitú y mediante el régimen subsidiado con 6.836 afiliados; y Medimás, tiene afiliada a población de Mitú, básicamente del régimen contributivo con 1.486 afiliados (17)

Como se enunció frente a los elementos relacionados con la caracterización del contexto del departamento del Vaupés, la mayoría de la población es indígena y conforma 27 pueblos distintos. Esto implica que la relación que establecen con la institucionalidad en salud esté permeada por sistemas propios de creencias y valores que configuran sus particularidades culturales. En este sentido, la decisión de buscar atención en el servicio de salud occidental estaría mediada por diferentes consideraciones.

En primer lugar, ante la existencia y reconocimiento de un malestar en la persona, inicialmente se busca al sabedor tradicional que pueda tratar la desarmonía que se está presentando y se siguen sus recomendaciones y tratamientos. Esto puede variar si en las comunidades no se cuenta con sabedores o si la población de una determinada zona ha estado más relacionada con la atención de la medicina occidental en los centros de salud. A pesar de ello, la identificación de problemáticas relacionadas con la salud mental es aún más compleja, y en los pueblos indígenas, de acuerdo con su cosmovisión, está integrada a la dimensión física, por ende, la atención por el servicio de psicología no tiene cabida dentro de sus marcos culturales de comprensión del mundo y del proceso salud-enfermedad, por lo tanto, es complejo identificar la necesidad sentida de la población para buscar atención por el servicio de psicología.

Otra barrera de tipo cultural que se suma a lo anterior es la lengua, pues generalmente la atención en los servicios de salud no cuenta con traductores, y menos para la cantidad de pueblos indígenas con lenguas diferentes que se encuentran en el departamento; no obstante, se han dado pasos importantes frente a esto con el fin avanzar en la garantía de la atención con perspectiva intercultural, como se verá más adelante al respecto del uso de los servicios.

Una segunda consideración importante frente al acceso a servicios de salud mental por parte de la población indígena tiene como referente los antecedentes históricos de explotación, discriminación y exclusión a los cuales ha estado sometida, generando una reconfiguración de la identidad, que conlleva implicaciones como el rechazo a la institucionalidad. Dicho rechazo generado por la desconfianza sobre la cual se ha construido históricamente la relación con la sociedad occidental, no permite que la población indígena, especialmente de las zonas más distantes del departamento, considere que una determinada afección o problema de salud vaya a ser resuelto a través de los servicios.

La dispersión geográfica es un tercer aspecto clave pues, como se ha señalado, implica grandes distancias y altos costos de transporte, especialmente fluvial y aéreo para las comunidades de municipios y corregimientos diferentes a Mitú, e incluso la población que vive en las comunidades a las que se accede por la única carretera del departamento, debe pagar cerca de \$15.000 pesos por trayecto de transporte a la cabecera municipal. Entonces, por un lado, difícilmente la población en general y más aún la indígena identifica una necesidad de atención en salud mental, y por el otro, cuando se identifica o se direcciona a buscar el acceso a la atención por psicología, la barrera económica impide el acceso, pues esta atención solo se presta en Mitú.

4.3.3.2. Acceso real de la población indígena a los servicios de salud mental

Cuando se presenta un caso de intento de suicidio, la persona es trasladada a urgencias donde el médico realiza una valoración física para la posterior canalización a psicología. De acuerdo con los relatos de los actores entrevistados, en el marco de la atención por psicología, se intenta abordar tanto al paciente como a la familia, lo cual se considera básico para conocer y corroborar la situación y los posibles antecedentes. Si el caso identificado ocurrió semanas o meses atrás, lo cual sucede con frecuencia cuando por alguna razón se accede a las comunidades más alejadas y se logra identificar el evento y realizar la notificación, se canalizan a medicina general para que el médico les dé la orden y puedan autorizar la atención psicológica con apoyo de personal del hospital. Las dificultades en la notificación de los casos de suicidio e intento de suicidio, permiten estimar que el subregistro que se presenta es alto, por ende, la información real alrededor del fenómeno del suicidio en el departamento es limitada.

Ante la problemática de la salud mental en los pueblos indígenas, en el marco de la intersectorialidad, una de las acciones que se ha implementado desde el sector educación, es la presencia de psicorientadoras en los colegios, quienes si bien no pueden hacer intervención ante los casos de intento de suicidio identificados, si apoyan la canalización a los servicios de salud y logran han logrado establecer puentes entre las instituciones:

“Afortunadamente aquí las psicorientadoras, todas son psicólogas. La que les ha ofrecido a ellos asistencia técnica es la Secretaría de Salud Departamental y con el hospital nosotros nos articulamos en rutas, hicimos una reunión, nos articulamos con activar las rutas, como se presentaban los casos, los números de teléfono a quien llamar. Más que todo yo soy la que tiene la interacción con ellas, cuando están los casos, porque yo me encargo de ubicarle la citas, de activar la remisión, yo también aquí soy la encargada de activar las rutas internas hacia las otras instituciones, en los casos de violencia sexual, violencia intrafamiliar, y pues cuando se presentan estos casos, pues yo notifico a quien corresponda, y ellas son muy proactivas. Hay tres que son móviles, por ejemplo, ellas van a la zona de Tiquiú, están en el internado, hacen su trabajo, todo el proceso.” (Funcionaria ESE)

Si bien los mismos obstáculos de acceso geográfico, comunicación, escasez de talento humano, entre otros, limitan la posibilidad de hacer un seguimiento juicioso de todos los casos de intento de suicidio, tanto a nivel departamental como municipal, desde las Secretarías de Salud se observa el interés y la ejecución de acciones tendientes a garantizar el seguimiento de acuerdo con las competencias definidas para cada uno de los actores que conforman el sistema de salud.

Es de anotar que, una de las problemáticas identificadas frente al tratamiento indicado en el marco de la atención psicológica de la población indígena que ha tenido intentos de suicidio es la adherencia, pues de acuerdo con testimonios recogidos, factores de orden sociocultural como los mencionados frente a la complejidad de un entendimiento intercultural en un escenario de terapia psicológica, la permanencia en un albergue que parece no ajustarse a sus costumbres y las implicaciones que tiene el alejarse de su familia y comunidad, la movilidad de la población -especialmente de las zonas rurales- que dificulta encontrar al paciente para hacer el respectivo seguimiento, s inciden la continuidad y finalización de los tratamientos.

Además de la atención psicológica que se ofrece en el Hospital San Antonio de Mitú, son varias las acciones que se adelantan tanto a nivel departamental como municipal en términos de promoción y prevención de la salud mental, las cuales buscan llegar a toda la población y tienen en cuenta las particularidades culturales de los pueblos indígenas, fruto de la experiencia de trabajo dentro del contexto territorial. Ejemplo de ello es la implementación de acciones del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como conformación de equipos móviles que incluyen psicólogo y médico tradicional, apertura de la Unidad de Servicios Amigables que cuenta con la atención que puede prestar el payé contratado para el hospital, jornadas masivas en el municipio de Mitú para prevención de la conducta suicida, del consumo de sustancias psicoactivas del tabaco, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, la campaña “Mi vida vale la pena” en el municipio de Taraira, jornadas de protección y prevención desde la medicina

tradicional, la implementación de Zonas de Escucha en las comunidades de Taraira, entre otras, que se vienen realizando en los últimos años.

4.3.4. A modo de conclusión

Entre las causas asociadas al fenómeno del suicidio dentro del Vaupés, se encuentran algunas relacionadas con dinámicas estructurales propias del contexto histórico, social y económico, las cuales han generado pérdida de la identidad cultural y reconfiguración de la misma, y pérdida de prácticas protectoras desde lo propio; discriminación, estigmatización y exclusión de la población indígena; debilitamiento de la economía de subsistencia; en el escenario comunitario se observa la ruptura de normas culturales y por ende la generación de desarmonías a nivel colectivo y del territorio, la pérdida de médicos tradicionales, el debilitamiento de la autoridad local, los conflictos entre los mismos comuneros; a nivel familiar e individual los conflictos de pareja, el debilitamiento del vínculo familiar, el desamor, son algunas de las causas subyacentes de la conducta suicida según lo enunciado por diversos actores del territorio.

Es importante destacar aquí la vulnerabilidad de los jóvenes indígenas ante estas transformaciones y sus consecuencias, pues la población entre los 15 a los 19 años son quienes mas están en riesgo de presentar conducta suicida. En el caso de esta población en particular como ya se analizó, el mayor grado de interacción con la cultura occidental al que están expuestos en el espacio educativo, por ejemplo, genera contradicciones entre su rol como miembros de un pueblo indígena particular (con todo el acervo cultural de sus costumbres y tradiciones) y las expectativas que de los jóvenes se tienen en la cultura occidental. Las dificultades que se presentan para el acceso de esta población a los servicios de salud mental son evidentes y se constituyen por varios aspectos que integran las dimensiones de acceso potencial y acceso real. Por un lado, el acceso potencial a la atención en salud mental está determinado por las dificultades de acceso geográfico que complejizan una mejor disposición de la red de prestación de servicios de salud, por el alto costo que ello implica. Se desprenden entonces una serie de consecuencias como la insuficiencia del talento humano -pues la consulta por psicología solo se presta en el casco urbano de Mitú-, el subregistro en la notificación de los casos y por ende, remisiones tardías a consulta en los casos de intento de suicidio, así como silencio epidemiológico, y obstáculos frente a la adherencia al tratamiento y seguimiento de los casos.

Asimismo, las diferencias poblacionales y territoriales influyen en el acceso potencial a los servicios de salud mental. La diversidad cultural del departamento, es determinante respecto a la decisión de buscar atención, pues el reconocimiento de una problemática o enfermedad en salud mental no tiene cabida dentro de los marcos culturales de explicación y comprensión del mundo, dentro de los cuales la salud y la enfermedad

se presentan en términos de bienestar y malestar, armonías y desarmonías entre el mundo físico y el mundo espiritual en lo individual, familiar, comunitario y territorial. No obstante, a raíz de la relevancia del suicidio en estas comunidades, se ha dado un mayor acercamiento a la comprensión de situaciones que lo desencadenan desde el punto de vista de la medicina occidental y las formas de tratar la conducta suicida.

Reconocer las implicaciones de la relación entre la forma de entender y actuar en el mundo, propia de una cultura particular, y el acceso real a los servicios de salud mental, se convierte en un desafío enorme como país, pues la respuesta ante esta problemática requiere de la operativización del enfoque diferencial desde lo étnico y lo intercultural, esto es, acciones concretas que requieren necesariamente de transformaciones en el sistema de salud. Algunas ONG y otras instituciones en el departamento están implementando proyectos en salud comunitaria, a través de otro tipo de metodologías como la IAP, buscando establecer relaciones de confianza con las comunidades, para lograr reflexionar colectivamente sobre temas como el suicidio, y movilizar acciones institucionales y comunitarias con pertinencia cultural, pero en un acompañamiento permanente a estas. Este tipo de apuestas se están gestando en la construcción del Sistema de Salud Propio e Intercultural (SISPI), donde el fortalecimiento de la medicina tradicional y el establecimiento de una relación horizontal con la medicina occidental es un componente fundamental del cuidado de la salud tanto física como mental.

Referencias

1. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forensis. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2015. Violencia autoinfligida, desde un enfoque forense. Bogotá; 2016.
2. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forensis. Forensis 2018 Datos Para La Vida. Bogotá; 2018.
3. Urrego-Mendoza ZC, Bastidas-Jacanamijoy MA, Coral-Palchucán GA, Bastidas-Jacanamijoy LO. Narrativas sobre la conducta suicida en pueblos indígenas colombianos, 1993-2013. Rev Fac Nac Salud Pública. 2017;35(3):400-9.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena. Bogotá; 2016.
5. Ministerio de Salud y Protección Social, Organización Panamericana de la Salud C "Casa A. Revisión bibliográfica sobre prevención y atención integral a la conducta suicida en población indígena colombiana. Bogotá; 2012.
6. Martínez Silva PA, Dallos Arenales MI, Prada AM, Rodríguez Van der Hammen MC, Mendoza Galvis N. An Explanatory Model of Suicidal Behaviour in Indigenous Peoples of the Department of Vaupés, Colombia. Rev Colomb Psiquiatr. 2018;(September).
7. Gobernación del Vaupés. Plan de Desarrollo Departamental 2016-2019, Vaupés un compromiso de todos. Vaupés; 2016.
8. Salazar CA, Gutiérrez F FM. Vaupés. Entre la colonización y las fronteras. Instituto Amazónico de Investigaciones Científicas, SINCHI. Mitú; 2006.
9. Jimeno M. Unificación Nacional y Educación en Territorios Nacionales, el Caso de Vaupés [Internet]. Vol. XXII, Revista Colombiana de Antropología. 1979. p. 59-84. Available from: <http://biblioteca.icanh.gov.co/DOCS/MARC/texto/REV-0915-V22a05.pdf>
10. Úsuga CRC. Sistemas médicos tradicionales en la Amazonia nororiental: Salud y saberes alternativos. Iatreia. 2011;24(1):5-15.
11. Ramírez M. OS, Puerto L. JS, Rojas V. MR, Villamizar G. JC, Vargas E. LA, Urrego M. ZC. El suicidio de indígenas desde la determinación social en salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2018;36(1):55-65.
12. A A, R. A. A Framework for the Study of Access to Medical Care. . Health S. 1974.
13. Secretaría de Salud Departamental del Vaupés. POLÍTICA PÚBLICA EN SALUD MENTAL CON ENFOQUE DIFERENCIAL E INTERCULTURAL PARA VAUPÉS " Poëbâ Ne Memequinó Majenê Jari Ne Daino , Maje Dapinore Capûqûino Ne Dapini Daino ." Vaupés, Colombia; 2018.
14. Social D de P de S y AP-M de S y P. Concepto técnico red de prestación de servicios de salud - Departamento del Vaupés. Bogotá; 2013.
15. Secretaría de Salud Departamental del Vaupés. Análisis de Situación de Salud - 2018 Departamento de Vaupés. Mitú; 2018.
16. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución

número 5858 del 26 de diciembre de 2018. 2018;24. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_5858_de_2018.pdf

17. BDUVA - SISPRO. Población del departamento del Vaupés afiliada al SGSSS.



*Lorena Maldonado Maldonado
Sandra Misnaza Castrillón*

CAPÍTULO 5

Avances y retos en el acceso a servicios preventivos de salud bucal en Colombia

5.1. Mejor prevenir que curar: La importancia de los servicios preventivos

Los servicios de salud preventivos, son intervenciones costo-efectivas que, en el marco de una estrategia amplia de atención primaria, tienen un impacto significativo en la reducción de la carga de enfermedad a nivel poblacional y en el logro de mejores resultados en salud. Garantizar un acceso universal y efectivo a estos servicios, resulta esencial para avanzar en la garantía del derecho fundamental a la salud y la equidad sanitaria (1).

Actualmente, prevenir o intervenir oportuna y eficientemente las principales afecciones bucales, es un asunto prioritario para la salud pública mundial, debido a que son patologías altamente prevalentes que representan un importante peso en la carga de enfermedad global con altos costos para los sistemas de salud y para las familias. Se estima que las pérdidas económicas por afecciones bucales son equiparables a las pérdidas que producen algunas de las 10 causas de muerte más frecuentes en el mundo, como la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas (2,3). Adicionalmente, el hecho de que las afecciones bucales estén estrechamente relacionadas con condiciones sistémicas graves como bacteriemias, algunas enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, respiratorias, diabetes, hipertensión, osteoporosis, complicaciones en el embarazo y aumento de la morbilidad infantil (4-6), ha revitalizado la discusión sobre la importancia de visibilizar más la salud bucal (SB) en las agendas políticas, para alcanzar mejores resultados en salud general.



Prevenir las afecciones bucales es un asunto prioritario para la salud pública mundial

En Colombia, las patologías bucales se han reportado como las de mayor prevalencia en el grupo de las enfermedades no transmisibles (ENT) (7), están dentro de las primeras 10 causas de consulta externa, hacen parte de las cinco principales causas de años de vida saludable perdidos por discapacidad en población general (8,9) y constituyen uno de los gastos de bolsillo en salud más altos para los hogares (10). Ante esta problemática, se incorporan al plan de beneficios una serie de servicios preventivos de SB, como una de las principales estrategias de política pública, para disminuir la carga de enfermedad bucal del país y evitar oportunamente la aparición y progresión de las principales afecciones bucales.

Dada la importancia de las estrategias preventivas para mejorar la SB del país, el objetivo general de este capítulo fue describir y analizar el nivel de acceso a los servicios preventivos de SB incorporados en el plan de beneficios a la luz de las directrices de política pública que lo soportan.

5.2. El acceso a servicios preventivos de salud bucal como un asunto de política pública

A partir de la implementación del actual sistema de salud con la Ley 100 de 1993 (11), la forma en que el Estado colombiano ha dado respuesta a las necesidades en SB de la población, ha sido principalmente, incorporando servicios tanto curativos como preventivos al plan de beneficios que debe garantizarse a las personas afiliadas al sistema. Aunque, inicialmente se dio una orientación asistencial y rehabilitadora a la atención sanitaria en SB, la alta prevalencia de afecciones bucales, particularmente de patologías prevenibles como la caries, la enfermedad periodontal y la pérdida dental evitable, evidenciadas en los estudios nacionales de salud bucal, sumado al llamado de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a retomar la Atención Primaria en Salud (APS) como la principal estrategia para organizar los sistemas de salud (12), posicionaron la atención preventiva como una de las principales apuestas en política pública para reducir la carga de enfermedad que representan las afecciones bucales y mejorar la SB del país.

Los servicios preventivos de SB, están incorporados en el plan de beneficios, desde que inició la operación del actual sistema de salud en 1994, sin embargo, sólo hasta el año 2000, con la resolución 412 (13), se establece su obligatorio cumplimiento y se adopta la norma técnica de atención preventiva en SB. En esta norma, se definen la educación en higiene oral, el control y remoción de placa bacteriana, la aplicación de flúor y sellantes, y el detartraje supragingival (retiro de cálculos), como las actividades preventivas que deben ser garantizadas secuencial y sistemáticamente a la población afiliada, de forma totalmente gratuita e incentivando su uso mediante estrategias como

la demanda inducida. En adelante, todas las políticas públicas que abordan la SB, priorizan estas acciones preventivas como la principal estrategia para obtener mejores resultados en SB y, en consecuencia, insisten en la importancia de garantizar acceso oportuno y efectivo a los servicios preventivos a toda la población.

Entre 2006 y 2010, la SB fue más visible en la agenda política sanitaria. En este periodo, se formularon el Plan Nacional de Salud Bucal (PNSB) (14) y el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP 2007-2010) (15), y en ambos, es explícito el propósito de mejorar la SB de la población, dando relevancia a las estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control y manejo del riesgo. En los lineamientos específicos, el PNSB establece que deben generarse modelos de prestación de servicios que permitan fortalecer el acceso y la calidad, dando prioridad a la atención preventiva en todos los ciclos de vida, en todos los grupos sociales y en todos los territorios. Por su parte, el PNSP 2007-2010, define la SB como una de las 10 prioridades nacionales específicas en salud pública y los lineamientos se orientan a fortalecer la SB dentro de la estrategia de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia, difundir y vigilar el cumplimiento de la norma técnica de atención preventiva establecida en la resolución 412, y promover el acceso a los servicios odontológicos en la primera infancia desde antes del primer año de edad (15).

A partir del 2011, cuando se establece el actual Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (9), la SB no entra como un componente único en las prioridades nacionales de salud pública, sino como parte de la dimensión prioritaria “Vida saludable y condiciones no transmisibles”, bajo el argumento de que las afecciones crónicas prevalentes comparten los mismos determinantes y factores de riesgo (9). En general, el acceso integral, oportuno y de calidad a servicios sanitarios y la orientación preventiva de los mismos, en el marco de un abordaje integral de los determinantes sociales de la salud, es un lineamiento transversal en



Las políticas públicas en salud bucal han dado relevancia a las estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y control y manejo del riesgo

todo el PDSP para cumplir con los objetivos estratégicos de alcanzar mayor equidad en salud, mejorar las condiciones de vida de la población y reducir la morbimortalidad y discapacidad evitable.

Concretamente en SB, el PDSP establece incrementar la cobertura de servicios preventivos en un 20%, respecto a la prestación reportada en 2014, con el fin de aportar en el cumplimiento de las dos metas específicas de SB definidas en el mismo plan: aumentar en el 20% la población del país sin caries (con énfasis en la primera infancia, niñez y adolescencia) y aumentar en el 20% la población mayor de 18 años sin pérdida dental por enfermedad bucodental prevenible (9). Complementariamente a los lineamientos del PDSP, en 2013 se incorpora al plan de beneficios el barniz de flúor, como un mecanismo adicional más seguro para reducir el riesgo de aparición de caries en menores de 18 años (16).

A 2014, al identificar un escaso reporte de acciones preventivas en SB en los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) y ante la persistencia de altas prevalencias de caries, enfermedad periodontal y pérdida dental evitable, evidenciadas en el último estudio nacional de salud bucal (ENSAB IV) 2013-2014 (17), se crea la estrategia “Soy generación más sonriente”, como una herramienta adicional dirigida a la población menor de 18 años, con el objetivo de impulsar un mayor uso de los servicios preventivos de SB contenidos en el plan de beneficios. Esta estrategia priorizó dos servicios preventivos: la educación en cuidado de la SB y la aplicación de barniz de flúor, y estableció como principal lineamiento el trabajo articulado y colaborativo entre los diferentes actores del sistema para incentivar la demanda espontánea, la demanda inducida, la canalización a los servicios de odontología, e incluso la búsqueda activa de la población de interés (18). Tanto en el PDSP como en la estrategia “Soy generación más sonriente”, las metas para evaluar el acceso a los servicios preventivos se definieron como un aumento en el porcentaje de la prestación reportada, sin hacer referencia a las coberturas de acceso mínimo que se requieren a nivel poblacional para evaluar el impacto de los servicios preventivos en la SB del país.

En la reciente ley estatutaria 1751 de 2015, que garantiza y regula el derecho fundamental a la salud, el acceso a los servicios sanitarios es un elemento esencial en la garantía del derecho (19). En este nuevo escenario, se reivindican las intervenciones de promoción y prevención como una de las principales apuestas políticas para mejorar la salud de la población y en este sentido, se crea una ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud que incorpora los servicios preventivos de SB como parte de las intervenciones individuales de obligatorio cumplimiento a las que se debe garantizar pleno acceso (20); así mismo, se actualiza la estrategia “Soy generación más sonriente” con el propósito de apoyar la operativización de la ruta y lograr incrementar la población menor de 18 años intervenida con acciones de educación en prácticas de cuidado bucal y aplicación de barniz de flúor (18).

5.3. Nivel de acceso a servicios preventivos de salud bucal en Colombia

Desde los planteamientos de Aday y Andersen, el acceso a servicios de salud es un proceso multicausal y multidimensional complejo, en donde el uso de los servicios depende de las características de la población y de las políticas, de los recursos y de la organización de los sistemas de salud. Bajo este enfoque, en un sistema de salud exitoso, el uso de servicios sanitarios además de ser amplio, debe llevar a una mayor satisfacción de los usuarios y a mejores resultados en salud (21,22).

Para describir y analizar el acceso a servicios preventivos de SB a la luz del modelo de Aday y Andersen, se seleccionaron indicadores de acceso potencial y acceso real con base en las fuentes de información disponibles en el país, los cuales se encuentran descritos en el capítulo de metodología. En este apartado del capítulo, se inicia con una descripción de la cobertura efectiva a nivel poblacional de los servicios preventivos de SB, enseguida se abordan algunos elementos que potencializan el acceso a estos servicios y finalmente se da un contexto de la situación nacional de las principales afecciones de SB que se pueden evitar o mejorar con una cobertura poblacional efectiva y amplia de los servicios preventivos en SB.

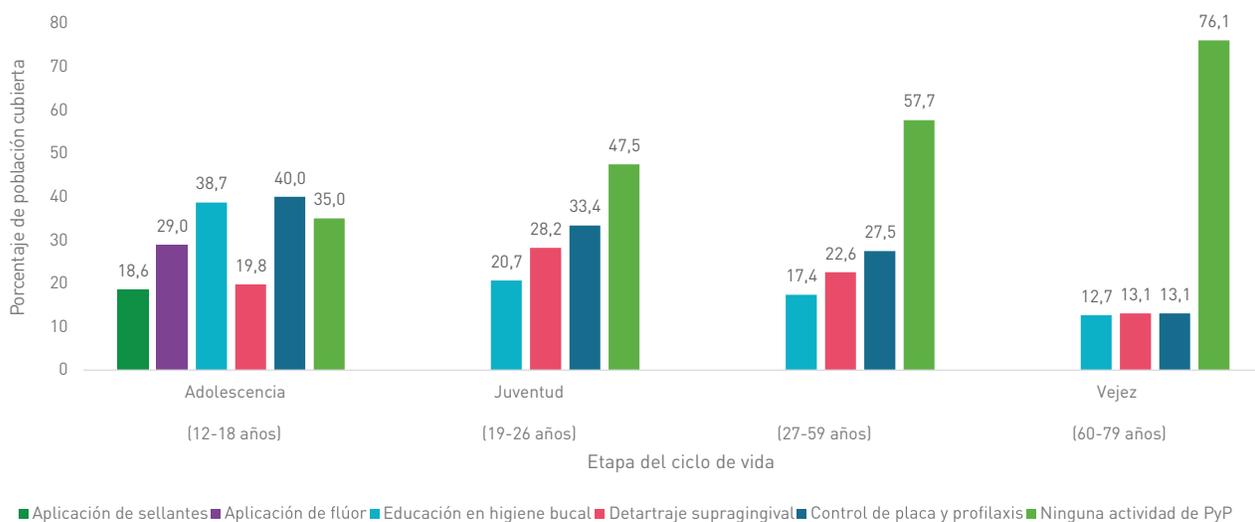


5.3.1. Uso de servicios preventivos de salud bucal

El uso de servicios es un indicador que permite tener una idea aproximada de la población que accede realmente a la atención sanitaria, en este caso, al tratarse de servicios preventivos que se orientan al 100% de la población en todas las etapas del ciclo de vida, se espera que el uso sea amplio y continuo, para que las intervenciones tengan el impacto que se desea.

Según los datos reportados en el ENSAB IV, el 54,1% de los mayores de 12 años no recibieron ningún servicio preventivo de SB en el año anterior al estudio. Quienes sí usaron estos servicios, fueron en su mayoría adolescentes (65%). El procedimiento realizado en mayor proporción en todas las etapas del ciclo de vida fue el control de placa, seguido del retiro de cálculos, en la juventud, la adultez y la vejez. El servicio preventivo que se prestó con menor frecuencia fue la educación en higiene bucal en todos los grupos mayores de 19 años, y la aplicación de sellantes, en los menores de 18 años. En ninguna etapa del ciclo de vida, un servicio preventivo se prestó a más del 40 % de la población (Figura 1).

Figura 1. Proporción de uso de servicios preventivos de SB reportados por el ENSAB IV por ciclo de vida, Colombia, 2013 – 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de los micro datos del ENSAB IV - MSPS, 2013-2014

Al igual que en el ENSAB IV, los RIPS de 2014 mostraron que, a nivel nacional, el control de placa dental fue el procedimiento que más se realizó en todas las etapas del ciclo vital, cubriendo al 11,7% del total de población en primera infancia, al 17,2% de la infancia, al 15,4% de los adolescentes, al 8,3% de la población joven, al 7,0% de los adultos y al 5,1% del total de personas en la etapa de vejez.

A partir del 2014, en la primera infancia se evidenció un aumento progresivo de la cobertura poblacional en la aplicación de barniz de flúor pasando de 0% de población cubierta en 2014 a 8,3% en 2018, así mismo, la educación en SB pasó de una cobertura de 1,3% en 2014 a 5,2% en 2018. En la infancia, la aplicación de sellantes fue el segundo servicio preventivo más reportado, pasando de una cobertura de 10,2% en 2014 a 14,4% en 2018; la aplicación de barniz de flúor y la educación en higiene oral también aumentaron en esta etapa de ciclo vital, llegando a coberturas de 6,9% y 6,3% respectivamente, en 2018. En los adolescentes, la aplicación de flúor en gel y la aplicación de sellantes, son los siguientes servicios preventivos más reportados después del control de placa, con coberturas a 2018 de 13,8% y 8,2% respectivamente.

En la población mayor de 19 años, la educación en SB ha sido el siguiente servicio preventivo más reportado después del control de placa, en 2018 esta intervención alcanzó coberturas poblacionales de 3,8% en la juventud, 3,5% en la adultez y 2,5% en la vejez.

A 2018 la cobertura total de afiliación al sistema de salud reportado por el Ministerio de Salud y Protección Social, fue del 94,7% [23], para este año el control de placa dental continuó siendo el servicio preventivo más reportado en todas las etapas de ciclo vital, alcanzando coberturas poblacionales del 14,2% en la primera infancia, del 22,9% en la infancia, 20,7% en los adolescentes, 12,4% en la población joven y del 11,5% y 8,6% en el total de la adultez y la vejez respectivamente. Mientras todos los servicios preventivos en SB tienden a mantener o aumentar la cobertura poblacional, el reporte de detartraje supragingival (retiro de cálculos) ha disminuido en todos los grupos de edad mayores de 12 años (Tabla 1).

Figura 1. Proporción de uso de servicios preventivos de SB reportados por el ENSAB IV por ciclo de vida, Colombia, 2013 – 2014

Etapa del ciclo vital	Año	Servicios preventivos de Salud Bucal					
		Detartraje supragingival	Control de placa dental	Aplicación de sellantes (foto y autocurado)	Topicación de flúor en gel	Topicación de flúor en barniz	Educación en SB (Individual y grupal)
		Cobertura poblacional efectiva (%)					
Primera infancia (0-5 años)	2014	0,3	11,7	5,7	4,4	Sin dato	1,3
	2015	0,3	11,6	5,0	4,2	0,0	1,9
	2016	0,2	11,6	4,9	3,2	2,9	3,1
	2017	0,1	11,4	5,3	3,1	5,1	3,7
	2018	0,0	14,2	6,5	3,4	8,3 ↑	5,2 ↑
Infancia (6-11 años)	2014	0,7	17,2	10,2	16,0	Sin dato	1,7
	2015	0,7	16,8	9,0	14,9	0,0	2,4
	2016	0,5	17,4	10,0	13,8	1,8	3,6
	2017	0,2	16,8	10,7	11,7	4,2	4,4
	2018	0,1	22,9	14,4	15,1	6,9 ↑	6,3 ↑
Adolescencia (12-18 años)	2014	7,0	15,4	5,4	13,6	Sin dato	1,5
	2015	7,2	14,4	4,3	12,3	0,0	1,9
	2016	5,2	14,9	5,3	11,8	1,1	2,7
	2017	2,2	14,9	5,9	10,5	2,8	3,4
	2018	1,5 ↓	20,7	8,2	13,8	4,7 ↑	4,9 ↑
Juventud (19-26 años)	2014	6,3	8,3	0,6	1,3	No aplica	1,1
	2015	6,0	7,9	0,1	1,0		1,3
	2016	3,9	8,4	0,1	1,1		2,0
	2017	1,3	9,1	0,1	1,0		2,5
	2018	0,9 ↓	12,4 ↑	0,1	1,3		3,8 ↑
Adulthood (27-59 años)	2014	5,6	7,0	0,4	0,2	No aplica	1,0
	2015	5,4	7,0	0,0	0,1		1,3
	2016	3,3	7,3	0,0	0,1		1,9
	2017	1,2	8,4	0,1	0,1		2,4
	2018	0,9 ↓	11,5 ↑	0,1	0,1		3,5 ↑
Vejez (60 años o más)	2014	3,7	5,1	0,3	0,1	No aplica	0,7
	2015	3,4	4,6	0,0	0,1		0,9
	2016	2,2	5,7	0,0	0,1		1,5
	2017	0,9	6,8	0,1	0,1		2,2
	2018	0,6 ↓	8,6 ↑	0,0	0,1		2,5 ↑

↑: Aumento progresivo de la cobertura poblacional efectiva
↓: Disminución progresiva de la cobertura poblacional efectiva

Fuente: Elaboración propia a partir de RIPS y población general DANE, 2014 - 2018

5.3.2. Elementos que condicionan el uso de los servicios preventivos de SB

De acuerdo con el marco teórico de referencia y la información disponible, los elementos condicionantes del uso de servicios preventivos que se analizaron fueron: la afiliación, los patrones de uso de los servicios y algunas características relevantes de la organización del sistema.

Los servicios preventivos de SB están incluidos en el plan de beneficios de todos los regímenes de afiliación, en esta medida, las personas aseguradas pueden acceder a estos servicios de forma gratuita como lo establece la ley. Según la información reportada en el ENSAB IV, el 93,4% de los mayores de 19 años, el 91,9% de los adolescentes y el 93,3% de los menores de cinco años, contaba con afiliación a algún régimen de salud.

Además del alto porcentaje de afiliación reportada, los patrones de comportamiento en el uso indican que, de las personas que utilizan servicios de odontología, en la primera infancia un poco más del 80% lo hace con una regularidad menor a un año y en las siguientes etapas del ciclo de vida, el porcentaje de personas que usaron los servicios con ésta regularidad disminuye. En todos los grupos de edad, la principal demanda es la atención preventiva y los servicios que se prestaron dentro de la organización del sistema de salud fueron los que se utilizaron en mayor medida (Tabla 2).

Tabla 2. Tiempo, motivo y lugar de última consulta odontológica por ciclo de vida, Colombia, 2013 - 2014

Ciclo de vida	Tiempo de última consulta odontológica (años)	Motivo de última consulta odontológica	Lugar de atención de la última consulta odontológica
		<1	Prevención
 Primera infancia (0-5 años)	80,2%	60,4%	91,3%
 Adolescencia (12-18 años)	66,4%	54,4%	80,7%
 Juventud, Adultez y Vejez (> 19 años)	55,6%	45,5%	67,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de los micro datos del ENSAB IV - MSPS, 2013-2014



Los servicios preventivos de SB están incluidos en el plan de beneficios de todos los regímenes de afiliación, y las personas aseguradas pueden acceder a estos servicios de forma gratuita como lo establece la ley.



Por otro lado, las personas que nunca han usado servicios odontológicos fueron el 40,4% de los menores de cinco años, el 6,1% de los adolescentes y el 4,2% de los mayores de 19 años. La principal razón es no haber sentido la necesidad de ir al odontólogo por parte de las personas o de su cuidador, lo anterior, en un 43,5% en la primera infancia, 43,8% en la adolescencia y 45,6% en los mayores de 19 años. En la primera infancia considerar al niño(a) muy pequeño(a) y no tener la recomendación directa del médico pediatra, son las siguientes razones por las que no se lleva a los menores al odontólogo, con 37,3% y 15,7%, respectivamente. En los mayores de 19 años, el miedo o la pena fue otra razón referida por el 12,2% de los entrevistados, y la falta de dinero por el 12,0%.

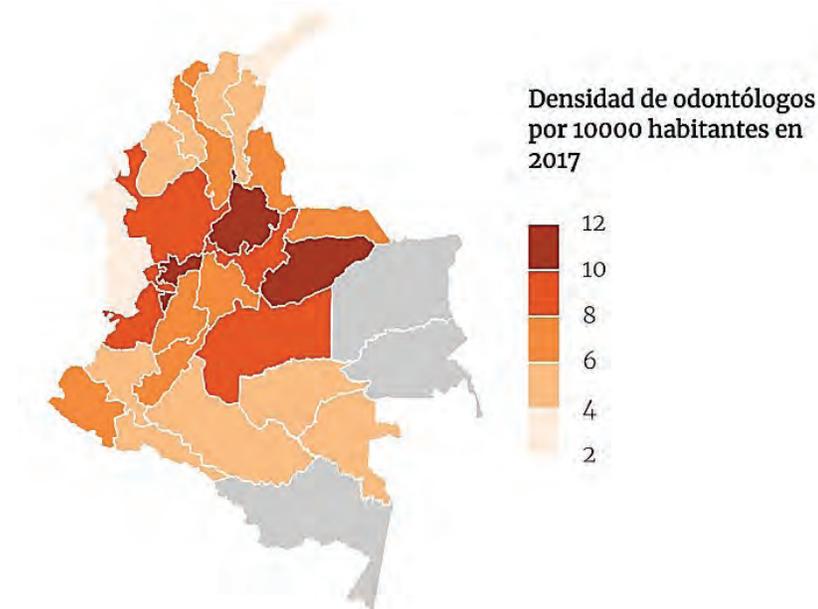
De acuerdo al modelo teórico seleccionado, dentro de las características de la organización del sistema de salud que pueden influir en el acceso a los servicios, está el recurso humano y físico disponibles(22). En Colombia, la densidad de profesionales en odontología a nivel nacional ha ido creciendo en los últimos años, pasando de 9,3 odontólogos por 10.000 habitantes en 2014 a 10,0 en 2017. Este recurso humano se ha concentrado en los departamentos del centro del país, particularmente en los departamentos con más áreas urbanas que alcanzan una densidad de hasta 22,2 odontólogos por 10.000 habitantes como es el caso de Bogotá. Por el contrario, en los departamentos de la periferia, la densidad de profesionales por habitantes fue menor a la media nacional, siendo Chocó y La Guajira los departamentos con menor densidad de odontólogos reportada con 2,8 y 3,3 respectivamente (Figura 3).

La densidad de servicios habilitados de odontología general por 10.000 habitantes a nivel nacional es de 4,1 y tiene un patrón de concentración similar a la densidad de odontólogos, en lo corrido de 2019 los departamentos y distritos con una mayor densidad de servicios habilitados de odontología general son Antioquia con 5,5 y Bogotá D.C. con 5,7 por 10.000 habitantes. Los departamentos con menos densidad de servicios habilitados son Vaupés, Guainía y Vichada con 0,9, 1,6 y 1,7 respectivamente (Figura 4).



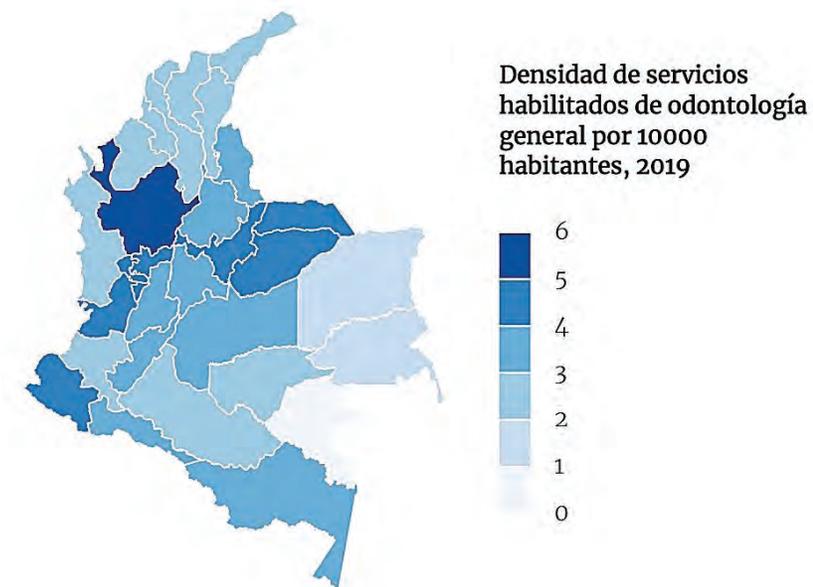
LA DENSIDAD DE SERVICIOS HABILITADOS DE ODONTOLOGÍA GENERAL

Figura 3. Densidad de odontólogos, Colombia, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos reportados en el observatorio de talento humano en salud

Figura 4. Densidad de servicios habilitados de odontología general, Colombia, 2019

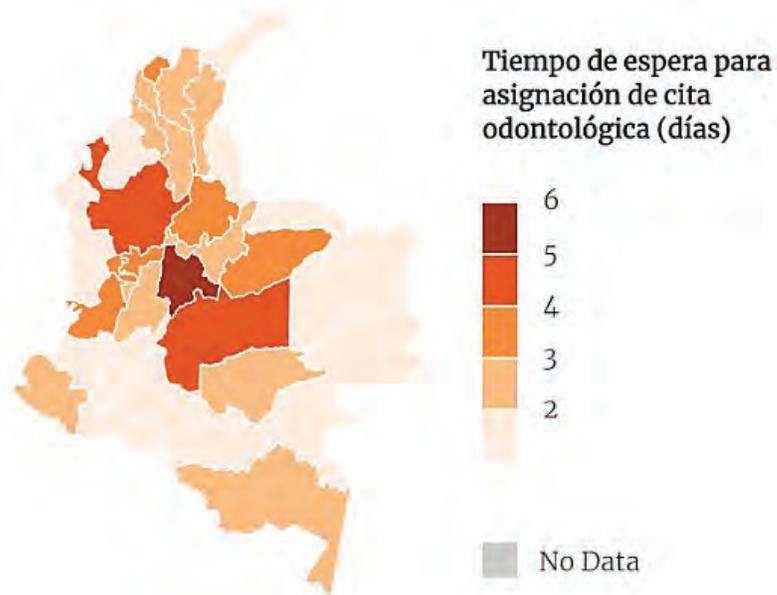


Fuente: Elaboración propia a partir del Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) 2019 y población general DANE

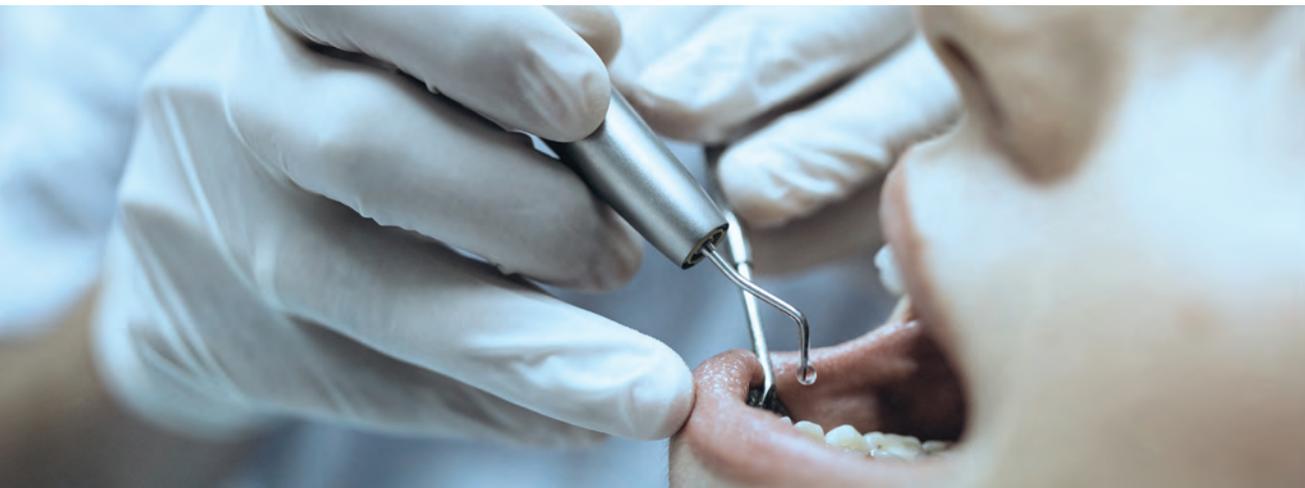
La oportunidad en la atención es otro elemento importante que condiciona el uso de los servicios odontológicos. A nivel nacional, el tiempo promedio de espera para asignación de citas de odontología general es de 4,4 días.

Los departamentos y distritos con tiempos promedio de espera más largos fueron Antioquia, Cundinamarca, Meta y Bogotá con hasta 8,5 días. Los que reportaron menores tiempos de espera fueron los departamentos periféricos del país (Figura 5).

Figura 5. Tiempo promedio de espera para asignación de citas de odontología general, Colombia, 2016 -2018



Fuente: Elaboración propia con datos reportados en el Observatorio Nacional de Calidad en Salud

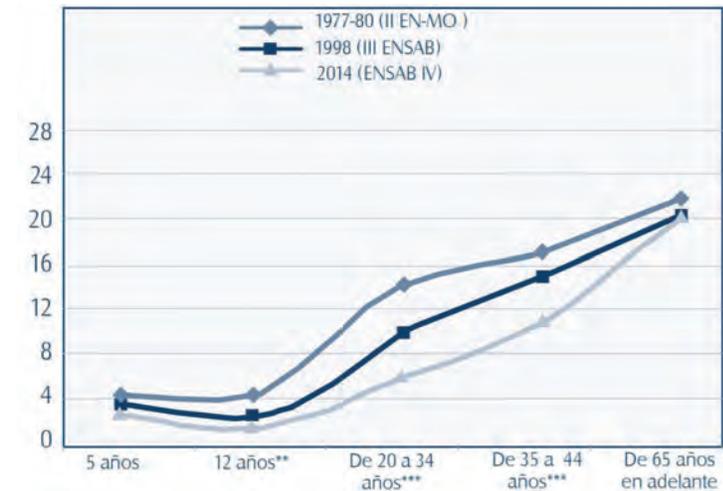


5.3.3. Prevalencia de las afecciones bucales potencialmente evitables con acceso a servicios preventivos.

Respecto a los estudios de salud bucal de 1977 y 1998, el ENSAB IV, evidenció una reducción tanto del índice COP (dientes cariados, obturados y perdidos por caries) en la población de 12 a 65 años, como del índice COP a los 12 años, que pasó de 2,3 a 1,5 (Figura 6). Sin embargo, las principales patologías bucales evitables continúan afectando a gran parte de la población colombiana en todas las etapas del ciclo de vida (24).

Los índices COP en la primera infancia y en los mayores de 65 años (edades extremas), reportados en el ENSAB IV, no tuvieron variaciones significativas respecto a los anteriores estudios y tampoco se observó un cambio en la tendencia a aumentar el índice a medida que la edad avanza (Figura 6) (24).

Figura 6. Índice COP por grupos de edad a partir de los estudios nacionales de salud bucal, Colombia, 1977 - 2014



Fuente ENSAB IV - MSPS, estimaciones UT SEI - PUJ Cendex, 2013-2014

Más de la mitad de la población en todas las edades, presentó caries activa y el 62,0% de los mayores de 18 años tenían algún grado de afección periodontal. Adicionalmente, la pérdida dental evitable se presentó desde la primera infancia y aumentó con la edad llegando a valores de aproximadamente 18 dientes perdidos en población mayor de 60 años (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de las principales afecciones bucales potencialmente evitables, Colombia, 2013 - 2014

Indicador	Dentición temporal (<5 años)	Dentición mixta (5- 12 años)	Dentición permanente (>12 años)
Prevalencia de caries	61,9%	86,2%	78,9%
Prevalencia de caries avanzada	33,8%	47,1%	55,8%
Índice COP (COP)	1,6	2,3	10,5
Índice COP a los 12 años		1,7	1,5
Índice de dientes perdidos por caries	0,07	0,1	0,03 – 17,7
Prevalencia de periodontitis leve*	-	-	7,7%
Prevalencia de periodontitis moderada*	-	-	43,5%
Prevalencia de periodontitis avanzada*	-	-	10,6%

*Cálculos hechos para mayores de 18 años

Fuente ENSAB IV - MSPS, estimaciones UT SEI - PUJ Cendex, 2013-2014

El ENSAB IV también estimó que la proporción de personas que han perdido uno o más dientes (edentulismo parcial) fue de 15,3% a los 15 años, 19,67% a los 18 años, 45,5% en personas de 20 a 34 años, 82,69 % entre los 35 y 44 años y de más del 95,0% en las personas mayores de 45 años. Por su parte, la pérdida total de dientes (edentulismo total), afectó al 5,20% de la población general y se registró desde los 35 años (24).

5.4. El reto de mejorar el acceso a los servicios preventivos de SB

El uso de los servicios preventivos de SB es esencial para la prevención y diagnóstico temprano de las principales alteraciones buco-maxilares, la detección de los factores de riesgo, y la orientación y fortalecimiento de hábitos saludables (17). Por lo tanto, es razonable esperar que todas las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida, realicen por lo menos una consulta preventiva al año (25).

En 25 años de operación del actual sistema de salud, se han logrado avances significativos en el reconocimiento de la prevención en SB como un asunto de interés para la salud pública nacional, se ha incorporado al plan de beneficios un paquete amplio de servicios preventivos y se han realizado valiosos esfuerzos a nivel de política pública, para garantizar un acceso real a las intervenciones preventivas, por el alto impacto que pueden tener en el logro de mejores resultados de SB en toda la población. Sin embargo, los avances y las orientaciones que se han dado en las políticas públicas, no se han materializado del todo en la práctica y aún existen vacíos que se deben revisar.

El primer vacío identificado en los lineamientos políticos es la ausencia de parámetros de referencia para evaluar la cobertura anual efectiva mínima requerida a nivel poblacional por cada servicio preventivo, para lograr el impacto esperado de mejorar la SB del país. Las únicas metas explícitas que existen son las del PDSP y la estrategia “Soy generación más sonriente” que consideran sólo el aumento de la prestación reportada, sin hacer referencia a la población que puede ser potencialmente atendida. Esto es particularmente llamativo, considerando que a partir del 2012 con la resolución 4505 fueron derogadas las metas de actividades de protección específica (PE) y detección temprana (DT) establecidas en la resolución 3384 de 2000, bajo la premisa de que toda la población debe recibir lo pertinente, por lo tanto las Empresas Promotoras de Salud (EPS) deben garantizar que todos sus afiliados reciban las actividades de PE y DT que les corresponden (26), lo anterior en concordancia con que en Colombia se ha alcanzado un aseguramiento en salud casi universal y que las principales políticas sanitarias han insistido en la necesidad de priorizar la prevención, estableciendo, desde el año 2000, el obligatorio cumplimiento de los servicios preventivos de SB y su demanda inducida en toda la población, principalmente en la primera infancia, la infancia y la adolescencia.

De acuerdo con los resultados del ENSAB IV, más de la mitad de la población mayor de 12 años no recibió ningún servicio preventivo en el año anterior al estudio, pese a que más del 90,0% tenía algún seguro de salud. Estos resultados contrastan con las altas prevalencias de enfermedades bucales evitables reportadas en el mismo estudio. Si bien el ENSAB IV, mostró una reducción relativa del índice COP entre los 12 y los 65 años y el cumplimiento de la meta establecida por la OMS de un índice

COP menor a 3 a los 12 años [24], también evidenció que más de la mitad de las personas en todos las etapas del ciclo vital presentó caries activa, indicando, por un lado, que no se está evitando la aparición de la enfermedad y por otro, que existen problemas en la detección y tratamiento oportuno de esta afección en sus estadios incipientes. La progresión de la caries lleva a problemáticas bucales más complejas como la pérdida dental, que se potencializa con las afecciones periodontales. En Colombia más del 60% de los mayores de 18 tienen algún grado de afectación periodontal y la pérdida dental evitable es de aproximadamente 18 dientes perdidos en población mayor de 60 años, lo inverso a la recomendación de la OMS y la Federación Dental Internacional de (FDI) de 20 dientes presentes en boca a los 65 años [1,24]. Todas estas afecciones son potencialmente evitables con un acceso oportuno y de calidad a los servicios preventivos de SB, en el marco de acciones contundentes sobre los determinantes sociales, como lo plantea tanto el PDSP (9) como la ley estatutaria en salud [19].

A partir de los resultados del ENSAB IV y de la baja cobertura poblacional de servicios preventivos evidenciada en 2014 (punto de referencia del PDSP), se han realizado esfuerzos a nivel de política pública, como la creación de la estrategia “Soy generación más sonriente”, para aumentar progresivamente la prestación de servicios preventivos de SB, sin embargo, cinco años después, a 2018, las coberturas poblacionales efectivas siguen siendo bajas. El servicio preventivo que más se reportó, cubrió a menos del 23,0% del total de la población afiliada, los servicios que son objeto de la estrategia “Soy generación más sonriente” no superaron el 10% de cobertura poblacional efectiva en los menores de 18 años y los demás servicios preventivos reportaron coberturas efectivas poblacionales inferiores al 15% en todas las etapas de ciclo de vida, siendo menores en la juventud, la adultez y la vejez. Si bien, en las políticas nacionales no se establece un punto de referencia para valorar si la cobertura poblacional efectiva reportada



Todas estas afecciones son potencialmente evitables con un acceso oportuno y de calidad a los servicios preventivos de SB



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 anual de los servicios preventivos y que a pesar del incremento en la prestación de estos servicios, las coberturas aún no alcanzan valores útiles para generar el impacto deseado (25,27,28).

El hecho de que persista un bajo uso de servicios preventivos de SB en un escenario con coberturas de aseguramiento casi universales y pese a la insistencia en los distintos lineamientos políticos de priorizar las intervenciones preventivas e incentivar su uso, indica por un lado que el aseguramiento en sí mismo, no necesariamente garantiza el acceso real a estos servicios y por otro, que existen dinámicas complejas en la organización del sistema de salud y en las características de la población que limitan el uso, la prestación y la búsqueda de los servicios preventivos de SB. Al respecto, en este estudio se identificaron algunos vacíos importantes que requieren acciones concretas para avanzar en el objetivo de ampliar el acceso real a los servicios preventivos de SB.

En la organización del sistema de salud, el primer vacío evidenciado en los lineamientos de política pública fue la ausencia de parámetros de referencia, sobre el número de odontólogos y de servicios odontológicos habilitados, que se requieren en los diversos territorios de acuerdo con la densidad poblacional. Estos parámetros son esenciales, ya que para garantizar el acceso a servicios sanitarios es importante contar con una adecuada disponibilidad, composición y calidad tanto del recurso humano como de las instalaciones sanitarias mínimas requeridas (29). En Colombia, hay aproximadamente 3,5 odontólogos por 3.500 habitantes, una densidad superior a la estimada para la región de las Américas por la OMS de 2,4 (30) y a la recomendación de la OMS de un odontólogo por 3.500 habitantes (31), este dato indica que existe disponibilidad de recurso humano e incluso una sobreoferta de profesionales en odontología, sin embargo, no es posible establecer si éste recurso humano es captado y distribuido adecuadamente en las regiones por el sistema de salud, porque no existen parámetros en los lineamientos políticos sobre el número de servicios odontológicos habilitados por densidad poblacional y el número de odontólogos por servicio. Este vacío debe ser tomado en cuenta tanto para la planificación futura del talento humano requerido (31) como para la organización adecuada de las redes integradas de prestación de servicios que ordena establecer la actual Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (32).

El segundo vacío identificado es en la oportunidad en la prestación de los servicios, actualmente el tiempo promedio de espera para la asignación de una cita de odontología general es de 4,4 días, excediendo el plazo máximo de 3,0 días hábiles establecido en el Decreto 019 de 2012 (33). De manera contradictoria, los mayores tiempos de espera



se reportan en los territorios con mayor concentración de servicios odontológicos habilitados. Este hallazgo puede indicar debilidades en la capacidad de respuesta de los prestadores o que la población de los territorios con mayor oferta de servicios, conocen que estos existen y solicitan citas odontológicas con mayor frecuencia, lo que lleva a una menor oportunidad en la citas por la sobredemanda. Por otro lado, los territorios que reportan tiempos más cortos en la asignación de citas odontológicas también se caracterizan por tener menos servicios habilitados, ser más dispersos geográficamente, tener más diversidad étnica, menos conectividad y un índice de desarrollo humano más bajo (34); en este sentido, los menores tiempos de espera reportados, podría estar dados por una menor demanda de servicios odontológicos debido a falta de interés de la población, o a que la poca oferta institucional suele concentrarse en un punto del territorio (generalmente de cabecera municipal) y las personas tienen mayores dificultades de acceder a los servicios debido a determinantes como barreras de acceso geográficas, culturales, tecnológicas y económicas como se ha reportado reiteradamente en la literatura (35). Todos estos determinantes deberían tenerse en cuenta dentro de la organización del sistema, para generar alternativas de atención preventiva distintas al necesario desplazamiento de las personas a las instalaciones sanitarias.

Respecto a las características de la población, los vacíos identificados están relacionados con los patrones de uso de los servicios odontológicos. Pese a la alta cobertura de aseguramiento en salud y la gratuidad de las intervenciones preventivas, casi la mitad de los niños menores de cinco años no son llevados al odontólogo porque sus cuidadores no perciben la necesidad, los consideran muy pequeños o por no tener la recomendación explícita del médico pediatra, esto indica por un lado, que la importancia del cuidado de la boca se invisibiliza desde etapas tempranas del desarrollo tanto por los cuidadores como por otros profesionales de la salud, y por

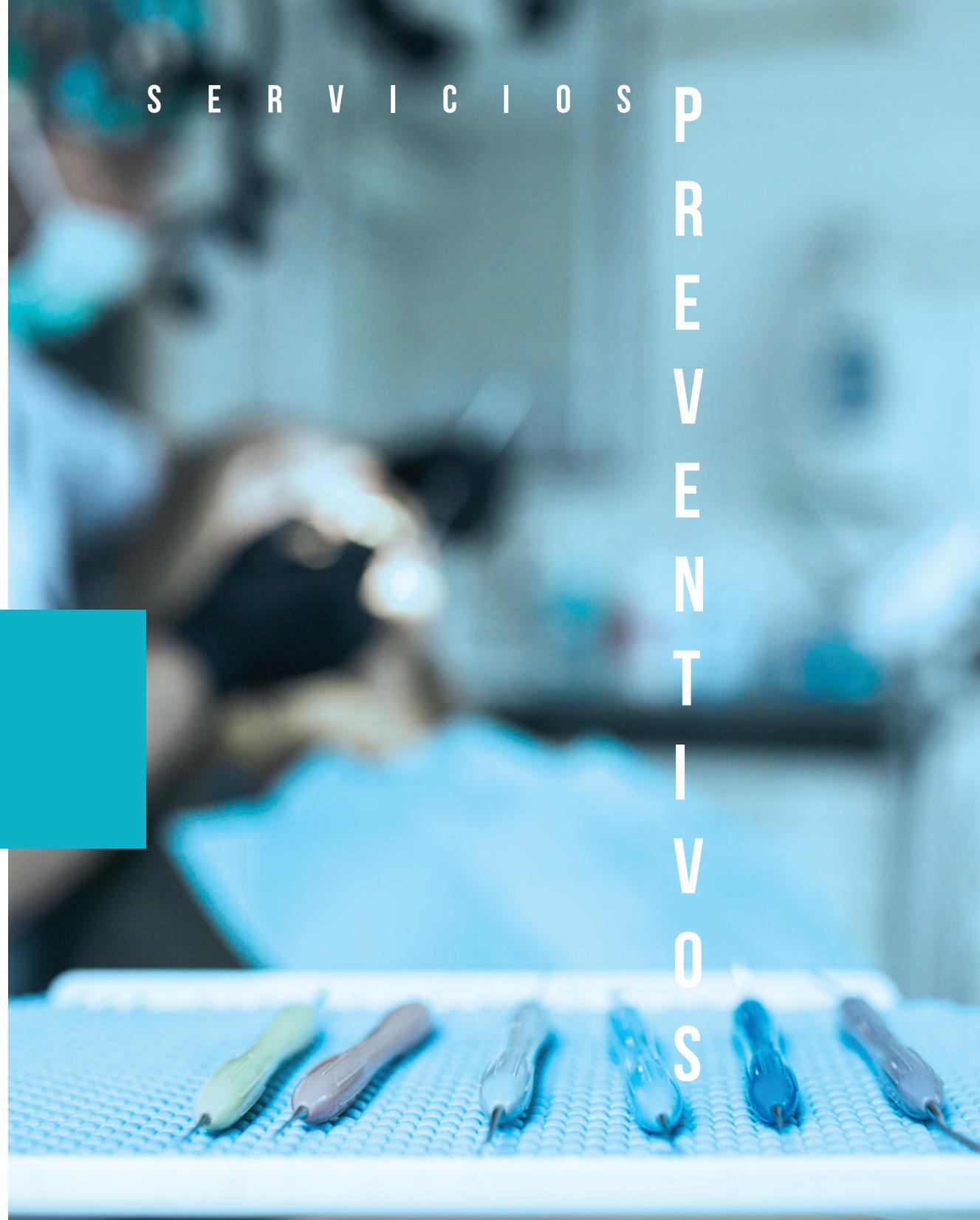
otro lado, que el lineamiento de promover el acceso a los servicios odontológicos desde la primera infancia, mediante un trabajo colaborativo y articulado, no se está cumpliendo en su totalidad. Por otra parte, la reducción progresiva del uso de servicios odontológicos a partir de los 18 años genera la necesidad de fortalecer en el imaginario colectivo la importancia de la SB y de las acciones dirigidas al autocuidado.

Finalmente, es importante señalar que uno de los mayores retos que actualmente enfrenta el sistema sanitario para mejorar la SB del país, es ampliar la noción de prevención más allá de los servicios individuales prestados en el marco del aseguramiento y en este sentido la normatividad reciente y vigente en salud da valiosas orientaciones al introducir la APS como marco orientador del sistema, ya que en esencia se visibiliza la importancia de privilegiar las acciones colectivas en los entornos cotidianos en donde se desarrolla la vida de las personas (12).

EN GENERAL, EXISTE UN COMPROMISO DEL ESTADO POR ALCANZAR UN MAYOR ACCESO A LOS SERVICIOS PREVENTIVOS, QUE SE VE REFLEJADO EN LA EVOLUCIÓN DE LA NORMATIVIDAD, NO OBSTANTE, EXISTEN VACÍOS EN LOS LINEAMIENTOS POLÍTICOS Y OPERATIVOS QUE SE DEBEN REVISAR PARA AVANZAR EN EL OBJETIVO DE MEJORAR LOS INDICADORES BUCALES DEL PAÍS.

Entre las limitaciones de las fuentes de información vale la pena resaltar que la ENSAB IV tuvo mayor representatividad de zonas urbanas que rurales y los resultados se presentaron por región; en esta misma encuesta no fue posible determinar conceptualmente como se definió la variable “necesidad percibida”. Por otra parte, el análisis del uso efectivo de servicios preventivos de SB sólo se calculó a nivel nacional, debido a que las coberturas efectivas reportadas fueron muy bajas.

S E R V I C I O S P R E V E N T I V O S



5.5. Recomendaciones

Hoy en día existe un consenso en la necesidad de un cambio de paradigma en el abordaje de la SB, se debe superar el modelo netamente asistencialista y curativo para avanzar a un modelo principalmente promocional y preventivo con un amplio componente comunitario. Lo anterior implica necesariamente ampliar la noción de acceso más allá de la prestación de servicios individuales y establecer un trabajo colaborativo y articulado entre los diferentes sectores y actores del sistema de salud y de la sociedad en general.

Las principales afecciones bucales están determinadas por aspectos que van más allá de la esfera individual, por tanto, las acciones clínicas y las actividades educativas para mejorar hábitos y modificar comportamientos, son medidas insuficientes para prevenir y controlar éstas patologías. Es necesario abordar las causas subyacentes con políticas públicas generales, coherentes e integradas para toda la población, como el acceso a agua potable y saneamiento básico, mayores impuestos a la industria de alimentos y bebidas azucaradas junto con una regulación más estricta a la producción, publicidad y promoción de estos productos, políticas con enfoque de riesgo común para reducir el consumo de tabaco y alcohol y promoción de una exposición adecuada a flúor vía pasta dental, agua o sal (36).

Así mismo, resulta de vital importancia aumentar el acceso efectivo a los servicios preventivos de SB dispuestos en el plan de beneficios, en todas las etapas del ciclo vital y para esto se deben ajustar los vacíos que actualmente existen en los lineamientos de política pública, en este sentido se recomienda:

- Establecer metas de cobertura incrementales y poblacionales anuales efectivas por cada servicio preventivo en SB en todas las etapas del ciclo de vida, que permitan evidenciar los avances en la implementación de las políticas en salud bucal ya que al tratarse de servicios de obligatorio cumplimiento, cubiertos por el plan de beneficios y orientados a alcanzar 100% de la población en todas las edades, el Estado tiene que hacer explícito el porcentaje mínimo de población que anualmente debe intervenir para alcanzar coberturas útiles que permitan lograr el impacto deseado.



**Es prioritario
visibilizar en la
agenda política la
importancia de la SB**

- Determinar el número necesario de servicios de odontología general habilitados y su distribución de acuerdo a la densidad poblacional y dispersión geográfica, así mismo, definir la densidad de odontólogos requeridos en las redes de prestación de servicios que las EPS deben garantizar a sus afiliados, ya que esta densidad, dadas las particularidades de cada asegurador, es diferente a la establecida para los departamentos y distritos del país (31).

- Estimular el uso y apropiación social de las acciones preventivas mediante equipos transdisciplinarios encargados de realizar intervenciones comunitarias en los entornos en donde transcurre la vida de las personas, principalmente en territorios con amplia dispersión geográfica, de manera que el acceso a estos servicios no este supeditado al necesario desplazamiento de los individuos a las instalaciones sanitarias (37–39).

- Fortalecer política y financieramente la estrategia “Soy generación más sonriente” articulando la prestación individual a cargo de las EPS con las acciones colectivas a cargo de los entes territoriales. Esta es una forma de dialogar con la fragmentación del sistema para lograr el objetivo de impulsar un mayor uso de los servicios preventivos de SB en la población menor de 18 años y fortalecer el trabajo articulado y cooperativo entre los diferentes actores del sistema de salud (18).

Actualmente existe un consenso científico en que la promoción y atención de la SB impacta positivamente en la prevención y control de las principales ENT y viceversa (40–42), por lo tanto, es prioritario visibilizar en la agenda política la importancia de la SB mediante una agenda propia alineada con los objetivos mundiales de las ENT y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (36,43). De esta manera, será posible realizar un seguimiento y evaluación más apropiada del impacto de las estrategias implementadas y su aporte a la salud y el bienestar general de la sociedad colombiana.

Referencias

- Federación Dental Internacional. El Desafío de las Enfermedades Bucodentales: Una llamada a la acción global. Atlas de Salud Bucodental. [Internet]. Segunda. Federación Dental Internacional (FDI). Ginebra; 2015. 56 p. Available from: https://www.fdiworlddental.org/sites/default/files/media/documents/book_spreads_oh2_spanish.pdf
- Listl S, Galloway J, Mossey P, et al. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res*. 2015;94:1355–61.
- Bloom DE, Cafiero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases [Internet]. 2011. Available from: http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf
- Kane SF. The effects of oral health on systemic health. *Gen Dent* [Internet]. 2017 Nov;65(6):30–5. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=d-dh&AN=126616529&lang=es&site=ehost-live>
- Tavares M, Lindefjeld Calabi KA, San Martin L. Systemic diseases and oral health. *Dent Clin North Am* [Internet]. 2014 Oct;58(4):797–814. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25201543&lang=es&site=ehost-live>
- Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Dis*. 2016;22(7):609–19.
- Observatorio Nacional de Salud. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia, 2011 [Internet]. Bogotá D.C.; 2011. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>
- Rolando Peñaloza, Natalia Salamanca, Jorge Rodríguez, Jesús Rodríguez AB. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 [Internet]. Bogotá D. C.; 2014. 163 p. Available from: <https://www.javeriana.edu.co/documents/12789/4434885/Carga+de+Enfermedad+Colombia+2010.pdf/e0dbfe7b-40a2-49cb-848e-bd67bf7bc62e>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
- Gerson Javier Pérez Valbuena AS-U. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia [Internet]. 2015. Available from: http://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/3165/dtser_218.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Congreso de la República de Colombia. Ley 100 De 1993. Vol. 01, Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993. Bogotá D. C.; 1993.
- Macinko J, Montenegro H. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington, D.C; 2007.
- Ministerio de Salud - República de Colombia. Resolución número 412. Vol. 2000. 2000.
- Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB [Internet]. Vol. 2006. 2006. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCIÓN_3577_DE_2006.pdf
- Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 [Internet]. 2007. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO_3039_DE_2007.PDF
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 5521 de 2013. Por la cual se define, aclara y actualiza el Plan Obligatorio de Salud (POS) [Internet]. 2013. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-5521-de-2013.pdf>
- Transmisibles S de E no. ABECÉ Sobre el IV estudio nacional de salud bucal “para saber como estamos y saber que hacemos” [Internet]. Medium. 2014. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/salud-bucal.aspx%0AReferencias%0Ahttps://medium.com/@matteozago/why-the-net-giants-are-worried-about-the-web-3-0-44b2d-3620da5>
- Ministerio de Salud y protección Social. Lineamientos Estrategia Incremental de Cuidado y Protección Específica en Salud Bucal para la Primera Infancia , Infancia y Adolescencia “ Soy Generación más Sonriente .” 2019.
- Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Ley Estatutaria En Salud 1751 - 2005. Colombia; 2015.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 - Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal [Internet]. 2018. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res*. 1974;9(3):208–20.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* [Internet]. 1995;36(1):1–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7738325>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Páginas - Comportamiento del aseguramiento [Internet]. [cited 2019 Nov 7]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/Regimensubsubsidado/Paginas/coberturas-del-regimen-subsubsidado.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. IV Estudio Nacional de Salud Bucal - ENSAB IV [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
- Dmytraczenko T, Almeida G. Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean. Evidence from Selected Countries [Internet]. 2015. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/UHC-PAHO-WB-2015.pdf>
- Consultor Salud. Comunicación a EPS: Respuesta a consultas sobre definición de metas y concertación de actividades preventivas [Internet]. 2015 [cited 2019 Nov 8]. Available from: https://consultorsalud.com/wp-content/uploads/2015/09/metad_de_actividades_preventivas_2015.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad [Internet]. [cited 2019 Oct 14]. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es
- Subdirección de enfermedades crónicas no transmisibles. Estrategia soy generación más sonriente versión 2018 [Internet]. Bogotá D.C.; 2018. Available from: https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/medellin/Temas/Salud_0/Programas/Shared_Content/Salud_Bucal/SOY_GENERACION_MAS_SONRIENTE_V_5_2018.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad [Internet]. 2017. Available from: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=pt
- World Health Organization - WHO. World health statistics 2015. 2015. 164 p.
- Terner Pulido JH. Planificación de Talento Humano en Salud Oral en Colombia. *Acta Odontológica Colomb*. 2011;1(1):77–92.
- Ministerio de Salud y protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID). 2016. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/mod-elo-pais-2016.pdf>
- Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto número 0019 de 2012 [Internet]. 2012. Available from: <http://wsp.presidencia.gov.co>
- Radboud University I for MR. Sub-national HDI - Subnational HDI - Global Data Lab [Internet]. [cited 2019 Sep 22]. Available from: https://globaldatalab.org/shdi/shdi/COL/?interpolation=0&extrapolation=0&nearest_real=0
- 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. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2014;13(27):7–20.
- Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet* [Internet]. 2019;394(10194):261–72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
- Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion [Internet]. Vol. 83, Bulletin of the World Health Organization. World Health Organization; 2005 [cited 2019 Aug 27]. p. 711–8. Available from: https://www.who.int/oral_health/strategies/cont/en/
- Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clínica Periodoncia, Implamol y Rehab Oral* [Internet]. 2016 Aug 1 [cited 2019 Jul 29];9(2):193–202. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0718539116300350>
- Gulliford M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2017;2(12):e532–3. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30218-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30218-9)
- Tonetti MS, Jepsen S, Jin L, Otomo-Corgel J. Impact of the global burden of periodontal diseases on health, nutrition and wellbeing of mankind: A call for global action. *J Clin Periodontol*. 2017;44(5):456–62.
- Tyrovolas S, Koyanagi A, Panagiotakos DB, Haro JM, Kassebaum NJ, Chrepa V, et al. Population prevalence of edentulism and its association with depression and self-rated health. *Sci Rep*. 2016;6:1–9.
- Akar H, Akar GC, Carrero JJ, Stenvinkel P, Lindholm B. Systemic consequences of poor oral health in chronic kidney disease patients. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2011;6(1):218–26.
- Beaglehole RH, Beaglehole R. Promoting radical action for global oral health: integration or independence? *Lancet*. 2019;394(10194):196–8.

CAPÍTULO 6

Salud sexual y reproductiva y acceso a los servicios de salud

La salud sexual y reproductiva (SSR) es reconocida como derecho humano por la legislación internacional de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y para garantizarlo, es fundamental el acceso universal y de calidad a los servicios en SSR (1,2). Metas relacionadas con SSR fueron incluidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), específicamente las metas 3.1: reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos; y 3.7: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (3).

A pesar de lo anterior, en el contexto regional y local, las mujeres no gozan plenamente de acceso a los servicios de SSR (Tabla 1), ocasionando consecuencias nefastas para las mujeres, al punto de llegar a la muerte materna. Las mujeres son particularmente vulnerables a la garantía de los servicios de SSR, por ser quienes albergan la gestación y, en este sentido, pueden ser objeto de falta de acceso a los servicios de salud desde el uso de métodos anticonceptivos modernos, hasta la atención de la gestación, parto y puerperio.

Tabla 1. Indicadores en SSR en las Américas, 2017-2019

Área geográfica	Métodos AC modernos (%)	Fecundidad adolescente ¹	Cobertura de CPN (%) ²	Partos hospitalarios (%)	RMM ³
	2019	2019	2017	2017	2019
Américas	69,0	48,3	87,1	94,1	67,2
Latinoamérica	70,0	62,1	85,1	92,4	69,3
Zona Andina*	67,0	68,7	85,8	85,8	72,2
Colombia	76,0	65,5	87,7	87,7	51,0 ²⁰¹⁷

Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela y Brasil. 1 Nacimientos por 1.000 mujeres entre 15 y 19 años; 2 Cuatro o más visitas; 3 Muertes por 100.000 nn.vv

Fuente: adaptado de OPS, 2019 (4)

S E R V I C I O S O P O R T U N O S

La falta de acceso a los servicios de SSR produce que mujeres en edad reproductiva sin uso de métodos anticonceptivos modernos tengan menor oportunidad de retrasar o detener la maternidad, prevenir embarazos no deseados o decidir el número de hijos e intervalos de los embarazos (5). También que mujeres embarazadas con menos de cuatro controles prenatales, tengan menor probabilidad de prevenir o detectar tempranamente alteraciones del embarazo como infecciones, hipertensión y diabetes (6). En adición, mujeres sin atención oportuna y de calidad o sin posibilidad de cesáreas indicada; tengan mayor probabilidad de morbilidad materna extrema y muerte materna (7-10). Lo anterior, sin contar con los resultados adversos en términos socioeconómicos para las mujeres y sus hijos.

Las mujeres adolescentes sufren una mayor afectación por la falta de acceso a los servicios de SSR. Se estima que el 50% de las adolescentes no tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos y que la mayoría de embarazos no son planeados ni deseados (11). En adición, las adolescentes embarazadas tienen mayor riesgo de eclampsia, endometritis puerperal e infecciones sistémicas. Las complicaciones de la gestación y parto son la principal causa de muerte en mujeres entre 15 a 19 años en países de bajos y medianos ingresos; y sus hijos, tienen 50% de más riesgo de muerte en comparación con hijos de mujeres entre 20 a 29 años (11,12).

El acceso limitado a los servicios de salud en países de bajos y medianos ingresos es causado por inequidades de género (5) y la vulnerabilidad propia de adolescentes, indígenas y poblaciones pobres y rurales (5,13,14). Otras causas relacionadas con los servicios de salud que se constituyen en barreras al acceso son la falta de políticas públicas, los costos de los servicios de SSR, la falta de anticonceptivos reversibles de acción prolongada, los prejuicios, falta de capacitación del personal de salud (15) y la falta de recursos para la prestación de servicios oportunos y de calidad (9,10).



Las mujeres adolescentes sufren una mayor afectación por la falta de acceso a los servicios de SSR.

En Colombia, la SSR se enmarca en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 y se compone, por una parte, de la promoción de los derechos en SSR y equidad de género, y por otra, de la prevención y atención integral en SSR desde un enfoque de derechos. Este último componente, incluye, entre otros, el abordaje integral de la mujer antes, durante y después del evento obstétrico (16). Colombia tiene indicadores en SSR similares a los de países de la región, los cuales además vienen presentando mejoras. Sin embargo, se presenta diferencias regionales (17) que podrían reflejar acceso diferencial a nivel de municipios.

ESTE CAPÍTULO ABORDA, MEDIANTE METODOLOGÍAS CUANTITATIVAS Y CUALITATIVAS, LA RELACIÓN ENTRE EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS DESENLACES EN SSR DE COLOMBIA. PRIMERO, UN ANÁLISIS CUANTITATIVO ANALIZA LA RELACIÓN ENTRE EL INDICADOR DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS DESENLACES EN SSR A NIVEL MUNICIPAL. POSTERIORMENTE, SE EVALÚA LAS BARRERAS DE ACCESO, CON LA ESTIMACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y LOS COSTOS DIRECTOS ASOCIADOS AL CONTROL PRENATAL EN GESTANTES EN UNA IPS PÚBLICA DE CARTAGENA. POR ÚLTIMO, UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EXPLORA EL ACCESO REAL A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN MUJERES MIGRANTES EN CÚCUTA.



Referencias

1. United Nations. Women's rights are human rights [Internet]. 2014. Available from: <https://www.ohchr.org/Documents/Events/WHRD/WomenRightsAreHR.pdf>
2. United Nations. Report of the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health. Geneva: UN; 2006.
3. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
4. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.; 2019 [cited 2019 Oct 14]. Available from: www.paho.org
5. World Health Organization. Contraception. fact sheet [Internet]. 2014 [cited 2019 Oct 28]. Available from: <http://www.guttmacher.org/>
6. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio [Internet]. Bogotá, D.C.; 2013 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guia.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
7. Irani M, Deering S. Challenges affecting access to cesarean delivery and strategies to overcome them in low-income countries. Vol. 131, International Journal of Gynecology and Obstetrics. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 30-4.
8. Molina G, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Lipsitz SR, Azad T, Shah N, et al. Avoidable maternal and neonatal deaths associated with improving access to cesarean delivery in countries with low cesarean delivery rates: an ecological modelling analysis. Lancet [London, England] [Internet]. 2015 Apr 27 [cited 2019 Oct 28];385 Suppl 2:S33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26313081>
9. Organización Mundial de la Salud. Maternal mortality [Internet]. 2019 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
10. Organización de las Naciones Unidas. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016-2030) [Internet]. 2016 [cited 2019 Oct 15]. Available from: http://globalstrategy.everywomaneverchild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf
11. World Health Organization. Adolescent pregnancy. Key Facts [Internet]. 2018 [cited 2019 Oct 16]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>
12. Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, et al. Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. Lancet [London, England] [Internet]. 2009 Sep 12 [cited 2019 Oct 30];374(9693):881-92. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19748397>
13. Unidas Organización de las Naciones, Mujeres. En la mira: Las mujeres y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS): ODS 3: Salud y bienestar | ONU Mujeres - Sede [Internet]. [cited 2019 Oct 22]. Available from: <https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>
14. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, Baladrán AD, Barbosa-Verdun MA, Caicedo-Velásquez B, et al. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. Lancet Glob Heal. 2018 Aug 1;6(8):e902-13.
15. Silumbwe A, Nkole T, Munakampe MN, Milford C, Cordero JP, Kriel Y, et al. Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia. BMC Health Serv Res [Internet]. 2018 May 31 [cited 2019 Oct 30];18(1):390. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29855292>
16. Ministerio de salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012 - 2021. 2013;
17. Observatorio Nacional de Salud. Predictor Salud [Internet]. Bogotá D.C; 2019. Available from: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Paginas/Predictor.aspx>



*Gina Vargas-Sandoval
Liliana Hilarión-Gaitán
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela*

6.1. Relación entre acceso a servicios de salud y SSR

Múltiples intervenciones y tecnologías disponibles hoy en día permiten una experiencia más saludable del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, mucha de dicha tecnología está mediada por condiciones que favorecen o limitan su acceso. Esta sección tiene como propósito analizar la relación entre indicadores de acceso y desenlaces en SSR, según los quintiles de Índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS), que se presenta en detalle en el Capítulo 3. Se presentan los resultados de la relación entre acceso a los servicios de salud y desenlaces en SSR. En la primera parte se relaciona el IAPSS con indicadores de resultado de acciones para un embarazo saludable, como son el embarazo adolescente, proporción de bajo peso al nacer (BPN), incidencia de sífilis gestacional y congénita y cobertura de control prenatal (CPN). La segunda parte relaciona el IAPSS con indicadores de atención adecuada del parto, como son la cobertura de partos hospitalarios y partos por cesáreas. En la tercera parte se relaciona el acceso a servicios de salud y desenlaces adversos maternos. Por último, unas implicaciones de los análisis se discuten.



El acceso de la población de madres gestantes y primera infancia a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo pretende evitar muertes en madres, niños y recién nacidos

6.1.1. Acceso a los servicios de salud para un embarazo saludable

A pesar que existen tecnologías disponibles para la prevención del embarazo adolescente, opciones de diagnóstico y tratamiento oportuno de las causas del bajo peso al nacer e infecciones como sífilis durante la gestación (1); algunos grupos de mujeres no disponen de condiciones que les favorezca el acceso a dichos servicios en salud. Es propósito de este aparte, acercarse a las características individuales y de los servicios de salud que a nivel municipal, están determinando resultados diferenciales en las intervenciones desenlaces de un embarazo saludable.

En el análisis por quintiles de acceso, se observó que de manera general los municipios con mejor IAPSS, reportaban mejores desenlaces. Por una parte, eventos desfavorables como fecundidad adolescente, proporción de BPN e incidencia de sífilis gestacional y congénita; presentan un gradiente en contra de municipios con menor acceso (Figura 1). De manera particular, BPN reportó dicho comportamiento regresivo entre el primer y cuarto quintil de IAPSS, pero el quintil de mejor acceso presentó una proporción similar a la del segundo quintil.

Por otra parte, algunos indicadores muestran un salto hacia una menor tasa del evento en un quintil de mayor acceso a los servicios de salud, lo que sugiere una ampliación de la brecha entre grupos de quintiles. Fecundidad adolescente lo registra en el quinto quintil de acceso, con una RAR = 15,9 por 1.000 con respecto al cuarto quintil; y sífilis gestacional y congénita en el segundo quintil de acceso con una RAR = 6,8 por 1.000 y RAR = 1,6 por 1.000, respectivamente; con respecto al primer quintil de acceso.

Al comparar quintiles de menor con mayor IAPSS, el riesgo de desenlaces desfavorables es mayor en municipios con peor acceso, siendo de 34% mayor de fecundidad adolescente (RR = 1,34); 60% mayor de BPN (RR = 1,6); y casi triplica para sífilis gestacional (RR = 2,8) y sífilis congénita (RR = 2,6).

Por otra parte, como desenlace favorable, la cobertura de cuatro o más CPN según residencia de la madre se registró en 87,8% durante el periodo observado. Según quintiles de IAPSS, la cobertura de CPN presentó un gradiente en contra de municipios con menor acceso, el cual fue más evidente para municipios con IAPSS muy bajo, bajo e intermedio (Figura 2). Municipios con IAPSS intermedio y mejor acceso, registraron coberturas de CPN muy similares, todas alrededor del 90%. Al comparar municipios por IAPSS, la probabilidad de cumplir con cuatro o más CPN es 12% mayor al residir en un municipio con IAPSS muy alto en comparación con IAPSS muy bajo (RP = 1,1).

Figura 1. Relación entre IAPSS con desenlaces desfavorables en la prevención y atención del embarazo, Colombia 2013-2017

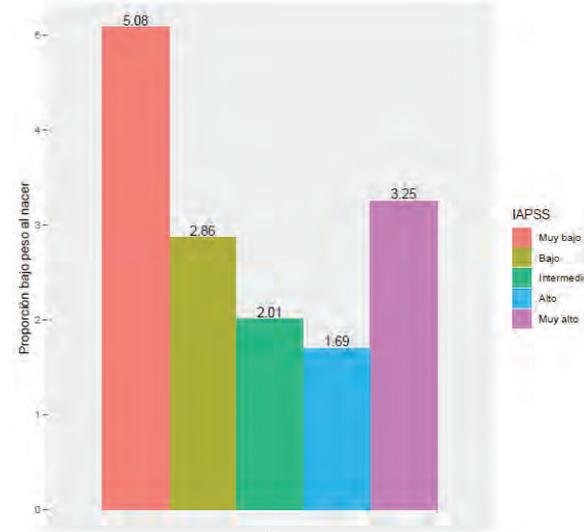
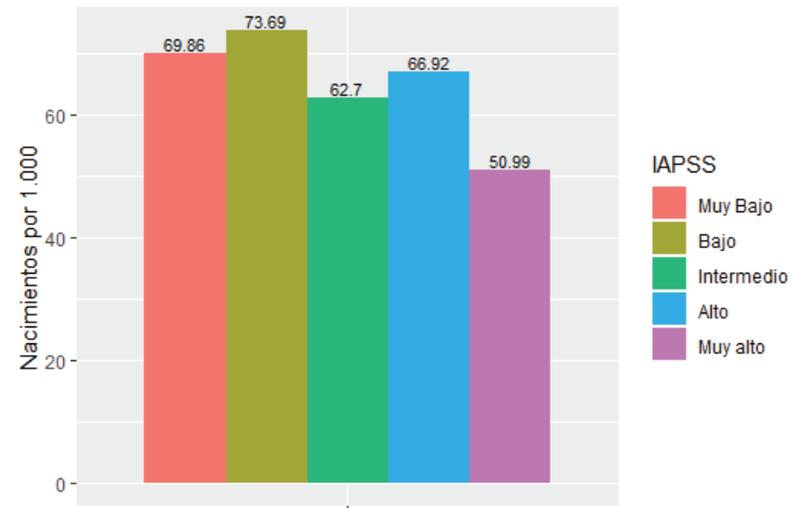
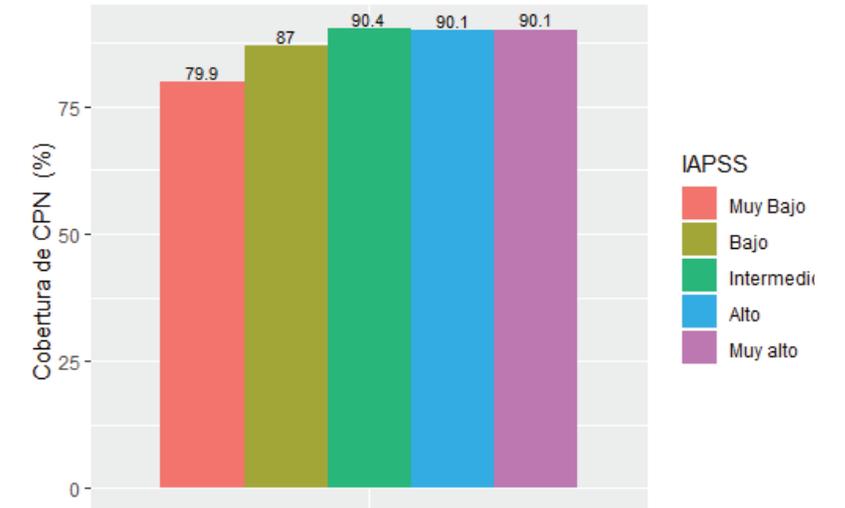


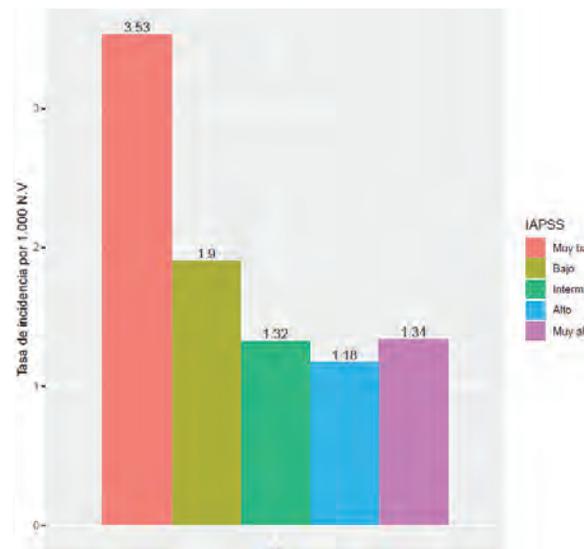
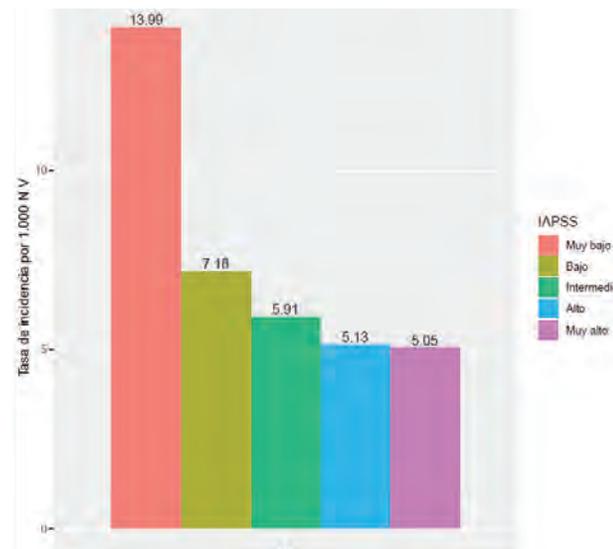
Figura 2. Relación entre IAPSS con cobertura de CPN según municipio de residencia de la madre, Colombia 2013-2017



Embarazo adolescente según municipio de residencia de la madre

Proporción de bajo peso al nacer

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE



Tasa de incidencia de sífilis gestacional

Tasa de incidencia de sífilis congénita

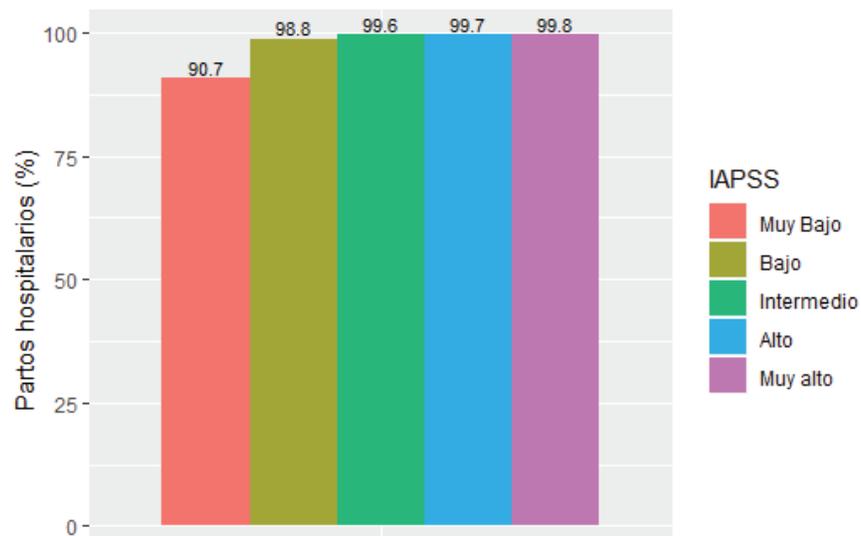
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

6.1.2. Acceso a servicios de salud para la atención adecuada del parto

El control prenatal y los partos institucionalizados son intervenciones en salud que permiten la identificación oportuna, prevención y manejo de complicaciones obstétricas (1). Por una parte, los partos hospitalarios, siendo un desenlace favorable para el cuidado y atención del parto, supone mayor cobertura en municipios con mejor acceso. Por otra, el porcentaje de partos por cesárea, cuyo estándar debe mantenerse entre el 10-15% según recomendación de la OMS (2). La vulneración de dicho estándar parece estar asociada en otros contextos con malas y muy buenas condiciones de prestación de servicios de salud para el caso de porcentajes inferiores y mayores al estándar, respectivamente (3,4).

Entre 2013-2017 se registró una cobertura de partos hospitalarios de 98,8% (3.254.806 partos hospitalarios). En el análisis de los indicadores de atención del parto según quintiles de IAPSS se observa que todos los quintiles de IAPSS registraron porcentajes de partos hospitalarios alrededor del 99%, excepto municipios con IAPSS del quintil muy bajo que registró un porcentaje de partos hospitalarios de 91% (Figura 3). La razón entre el porcentaje de partos hospitalarios de municipios de mejor con peor IAPSS, supone que la probabilidad de parto institucionalizado en municipios con IAPSS muy alto sea del 10% mayor que en municipios con IAPSS muy bajo (RR = 1,10). Estos resultados fueron muy similares al porcentaje de partos atendidos por personal calificado, por lo cual no se muestran en este análisis.

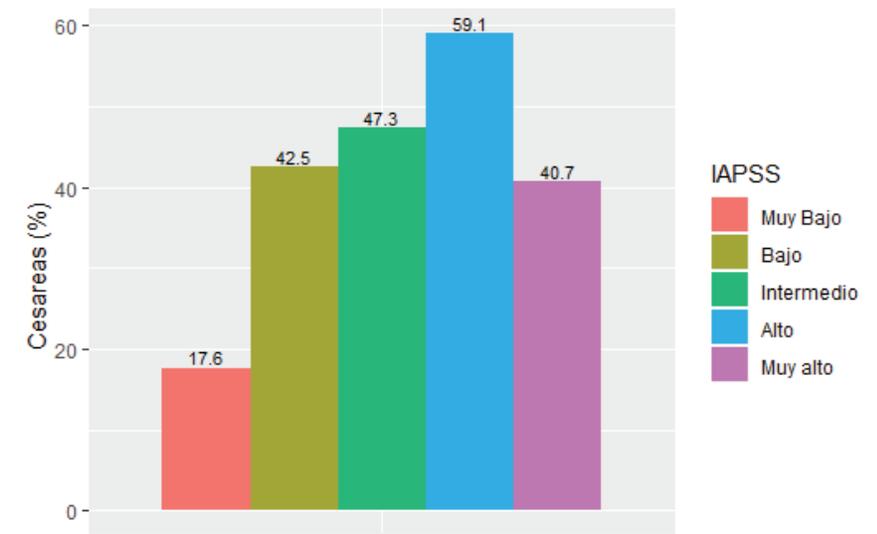
Figura 3. Cobertura de partos hospitalarios según quintil de IAPSS por municipio de ocurrencia del nacimiento, Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Entre 2013-2017 se registró un porcentaje de partos por cesáreas del 45,9% (1.510.028 cesáreas) para el nivel nacional. Amplias diferencias en el porcentaje de partos por cesárea se observaron entre quintiles de acceso (Figura 4). Se registró un aumento sostenido del porcentaje de partos por cesárea desde el quintil de IAPSS muy bajo hasta el quintil alto, pero el quintil muy alto registró porcentajes similares a los del segundo quintil. De esta manera, resultó que mayor el riesgo de cesárea al ocurrir el parto en municipios con alto acceso, incluso del 235% (RR=3,35) frente a municipios con IAPSS muy bajo; y del 45% frente a municipios con IAPSS muy alto (RR=1,45).

Figura 4. Porcentaje de partos por cesárea según quintiles de IAPSS por municipio de ocurrencia del nacimiento, Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

3. Acceso a servicios de salud y desenlaces adversos maternos

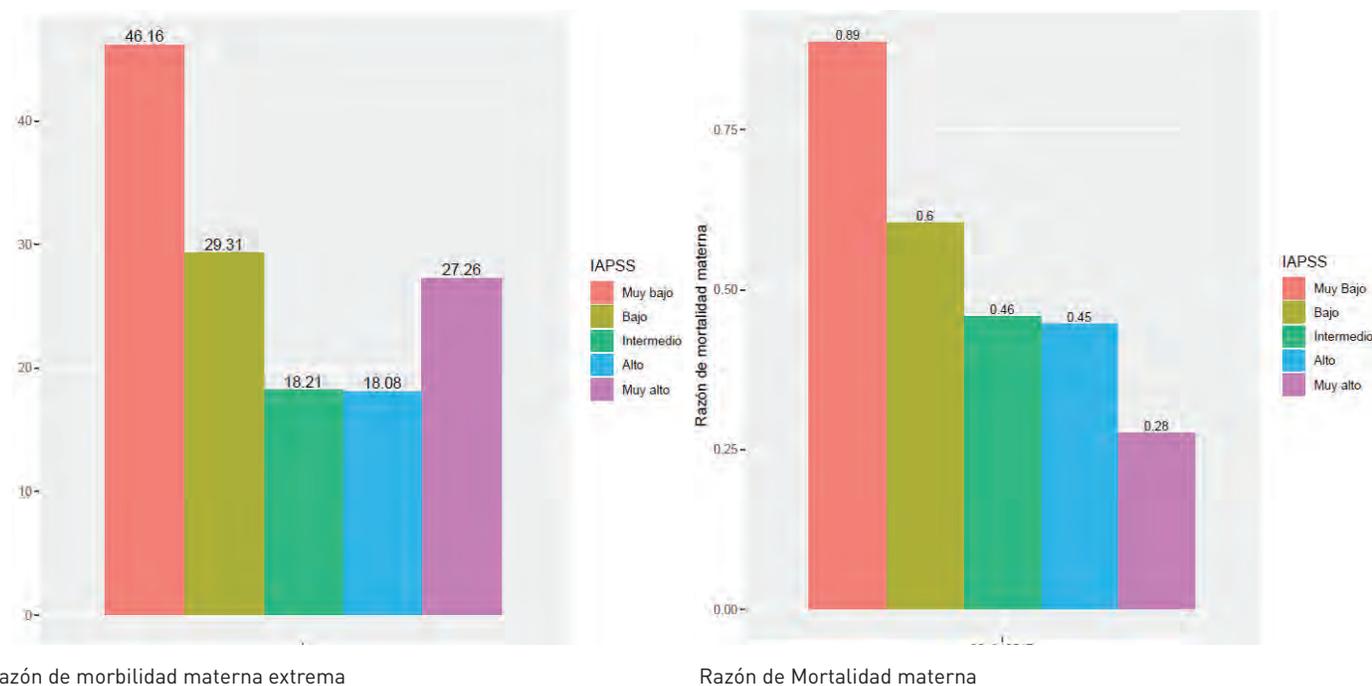
Los eventos de morbilidad asociados a la maternidad son indicadores que reflejan brechas de desigualdad en el acceso a la atención calificada para la salud de la madre y el recién nacido (5,6). Por ejemplo, la muerte de mujeres en edad fértil por causas relacionadas con el embarazo y el parto son en su mayoría, prevenibles y sus resultados son una combinación de factores, que incluyen las condiciones sociales y de atención médica (9).

Entre 2013 y 2017 se reportaron 79.017 casos de morbilidad materna extrema; y 1.721 de muertes maternas. De manera general, los desenlaces adversos maternos reportan

una relación inversa con el IAPSS; comportamiento que se refleja en todo el análisis por quintiles de acceso, excepto por la razón de MME reportada en el quintil muy alto de IAPSS (Figura 5). Se observa que tanto la MME como la de MM presentan un salto hacia una menor razón, del primer al segundo quintil de acceso, registrándose entre estos dos quintiles una reducción absoluta del riesgo de 16,8 casos de MME y 0,3 MM por 1.000 nn.vv.

Al comparar quintiles de menor con mayor IAPSS, el riesgo de desenlaces adversos maternos es mayor en municipios con peor acceso, siendo de 70% mayor de MME (RR = 1,7); y casi triplica en MM (RR = 3,2).

Figura 5. Desenlaces adversos maternos según quintiles de IAPSS, Colombia 2013-2017



Razón de morbilidad materna extrema

Razón de Mortalidad materna

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE



6.1.4. Implicaciones de estos resultados

Podemos suponer algunos mecanismos causales, que de manera común en SSR, podrían explicar los resultados obtenidos a la luz de los indicadores que componen el IAPSS. Por una parte, los desenlaces favorables como cobertura del CPN y del parto institucionalizado por los quintiles analizados, se mantienen incluso por encima de los reportados en países de la zona andina (10). Lo anterior podría estar asociado con los avances en atención integral en salud materna, logrando lineamientos como las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (11).

Por otra parte, en indicadores desfavorables en SSR, tal vez el factor predisponente que con mayor claridad se relaciona con los resultados encontrados, es la edad para el caso del embarazo adolescente. El inicio cada vez más temprano de relaciones sexuales y primera unión, sumado a los valores individuales y familiares relacionados con la sexualidad, podrían estar determinando un menor uso de métodos anticonceptivos (12,13). La Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) de 2015 registró que solo el 22% de adolescentes no usuarias de métodos anticonceptivos, tuvieron asesoría sobre anticoncepción durante las visitas de un promotor o a un centro de salud del último año. En adición, también se registró que solo el 25% de mujeres entre 13 y 14 años manifestaron conocer que las EPS proporciona métodos temporales de anticoncepción de forma gratuita (14). En este análisis se pudo ver que 104 municipios registraron fecundidad adolescente igual o mayor a 100 por 1.000; estándar considerado por la OMS como máximo aceptable (10). De estos, 95 municipios registraron quintiles de IAPSS muy bajo y bajo.

Por otra parte, barreras dadas por características individuales y de los servicios limitan el acceso a intervenciones que favorecen un embarazo saludable, tales como la cobertura a controles prenatales (15–17), identificación del BPN y condicionantes (18), diagnóstico y tratamiento oportuno de sífilis gestacional (19) y de casos de morbilidad materna (20). Dentro de los factores o barreras que podrían influir, se encuentran: lugares geográficos apartados o lejanos del sitio de atención (21–24), escasa información entendible, horarios de atención poco flexibles (15,25) y para el caso colombiano, la afiliación al régimen subsidiado. Este tipo de aseguramiento podría tener un papel importante en los diferentes desenlaces maternos, ya que se relacionaría con un mayor riesgo de complicación o de no poder hacer uso de atención prenatal por personal calificado (26,27). En adición, la falta de asistencia a instituciones para la atención del parto se encuentran la preferencia por partos atendidos por parteras en zonas como el litoral pacífico colombiano, la residencia en zonas rurales y alta paridad y bajos niveles educativos (27).

De manera particular, deben ser analizados los porcentajes de partos por cesáreas, puesto que la relación entre acceso a servicios de salud y partos por cesárea parece ser paradójica. Por una parte, mujeres con mejor nivel educativo, menos ingresos y afiliadas al régimen de aseguramiento contributivo tienen mayor probabilidad de tener un parto por cesárea; rebosando los estándares del 10-15% recomendados (2). Estas condiciones socioeconómicas favorables podrían coincidir con mujeres que residen o son atendidas en municipios con mejores condiciones de acceso que a su vez gozan de mayores condiciones para realizarla, como personal capacitado y capacidad instalada. Por otra parte, bajos porcentajes de cesáreas se relacionan con falta de acceso a los servicios de salud, puesto que realizarla exige capacidades profesionales y locativas, previamente descritas (3,4). Por ejemplo, en Colombia se ha documentado una fuerte correlación entre mayor disponibilidad de quirófanos y camas de cuidado neonatal, posibles indicadores de características de los servicios de salud, con mayores porcentajes de cesáreas a nivel departamental (28).

Aunque existen diversos factores estructurales, legislativos, culturales, prácticas y actitudes, tanto al interior de la familia, la comunidad y del personal sanitario, que podrían operar como barreras para que las mujeres no accedan a los diferentes servicios de salud de manera oportuna (9,29), es posible que la prevención de desenlaces desfavorables requiera mayor articulación entre la respuesta de los servicios de salud con las características individuales de las mujeres y sus necesidades en SSR.

Referencias

1. Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio [Internet]. Bogotá, D.C.; 2013 [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/Guía.completa.Embarazo.Parto.2013.pdf>
2. Houweling TAJ, Arroyave I, Burdorf A, Avendano M. Health insurance coverage, neonatal mortality and caesarean section deliveries: an analysis of vital registration data in Colombia. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2017 May [cited 2018 Feb 15];71(5):505–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27669713>
3. Irani M, Deering S. Challenges affecting access to cesarean delivery and strategies to overcome them in low-income countries. Vol. 131, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. Elsevier Ireland Ltd; 2015. p. 30–4.
4. Molina G, Esquivel MM, Uribe-Leitz T, Lipsitz SR, Azad T, Shah N, et al. Avoidable maternal and neonatal deaths associated with improving access to caesarean delivery in countries with low caesarean delivery rates: an ecological modelling analysis. *Lancet* (London, England) [Internet]. 2015 Apr 27 [cited 2019 Oct 28];385 Suppl 2:S33. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26313081>
5. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regionales sobre la salud del recién nacido en el contexto del proceso continuo de la atención de la madre del recién nacido y del niño. Washington (DC); 2008.
6. World Health Organization - WHO. Evaluating the impact of health reforms on gender equity- A PAHO guide. 1994.
7. Simões PP, Moritz, Renan, Almeida VR. Maternal mortality and accessibility to health services by means of transit-network estimated traveled distances. *Matern Child Health J*. 2014;18(6):1506–11.
8. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group the UNPD. Trends in Maternal Mortality 2000 to 2017. Vol. 2. 2019.
9. Ozumba, B. C., & Nwogulkoje EE. Avoidable maternal mortality in Enugu, Nigeria. *Public Health*. 2008;122(4):354–360.
10. Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas [Internet]. Washington, D.C.; 2019 [cited 2019 Oct 14]. Available from: www.paho.org
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. 2018.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud [Internet]. 2015. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR334/FR334.pdf>
13. Ministerio de Salud y de Protección Social. Biblioteca nacional de indicadores de calidad de la atención en salud. Bogotá D.C; 2011.
14. Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Colombia. 2015;
15. García B C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med*. 2017;65(2):305–10.
16. Miranda-Mellado C. Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia) . 2016;
17. Factores que afectan el acceso y la utilización de los servicios de atención prenatal con énfasis en la atención a mujeres y niños de la estrategia de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH. Estudio cualitativo en veinte departamentos, Col [Internet]. [cited 2019 Nov 17]. Available from: <https://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/prenatal/vinculos/ref9-Barreras-de-Acceso.pdf>
18. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de bajo peso al nacer a término. Bogotá D.C;
19. Instituto Nacional de Salud. Sívigila. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública sífilis gestacional y congénita. 2017.
20. Instituto Nacional de Salud. Sívigila. Protocolo Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad Materna Extrema. 2017.
21. Improvement H, Manu AA. Burden of severe maternal morbidity and association with adverse birth outcomes in sub-Saharan Africa and south Asia : protocol for a prospective cohort study. *AMANHI – Alliance Matern Newborn Heal Improv*. 2016;6(2):1–10.
22. Tumulowicz A, Beal T, Neufeld LM. A review of child stunting determinants in Indonesia. *Matern Child Nutr*. 2018;14:1–10.
23. Mesenburg MA, Restrepo-Mendez MC, Amigo H, Balandrán AD, Barbosa-Verdun MA, Caicedo-Velásquez B, et al. Ethnic group inequalities in coverage with reproductive, maternal and child health interventions: cross-sectional analyses of national surveys in 16 Latin American and Caribbean countries. *Lancet Glob Heal*. 2018 Aug 1;6(8):e902–13.
24. Vora KS, Koblinsky SA, Koblinsky MA. Predictors of maternal health services utilization by poor, rural women : a comparative study in Indian States of Gujarat and Tamil Nadu. *J Heal Popul Nutr*. 2015;33(9):1–9.
25. Kyei-nimakoh M, Carolan-olah M, Mccann T V. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa — a systematic review. *Syst Rev*. 2017;6(110):1–16.
26. Rodríguez-páez FG, Jiménez-barbosa WG, Jiménez-gonzález CA, Coral-córdoba ÁE, Ramírez-solano PC, Ramos-navas NR. Effect of the Access Barriers on Attending to Pregnant Control Appointments and its Perinatal Outcomes. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2014;13(27):212–27.
27. Aguado L, Giron L, Osorio A, Tovar LM, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoamer Cienc Soc Niñez*. 2007;5:1–36.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Atlas de variaciones geográficas en salud de Colombia Estudio piloto 2015. 2015.
29. Comité Internacional Derecho Humanos-Organización Estados Americanos. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. Washington D.C; 2010.



Adriana Pacheco-Coral

6.2. Aproximación al análisis del acceso a los controles prenatales y de crecimiento y desarrollo en Colombia

6.2.1. La importancia del acceso a los controles prenatales y de crecimiento y desarrollo en Colombia

El acceso de la población de madres gestantes y primera infancia a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo pretende evitar muertes en madres, niños y recién nacidos. Diferentes experiencias en el mundo se han enfocado en garantizar el acceso a estos controles con miras a impactar los indicadores de esas muertes evitables por los sistemas de salud (1). En Colombia, la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primaria Infancia De cero a siempre (2) considera a las mujeres gestantes y los niños y las niñas como sujetos de derecho y entre sus estrategias plantea el seguimiento al acceso de los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo (3). En el marco de esta política, se creó el Esquema de Atención de los Primeros Mil Días de Vida 2012-2012 para mejorar la Ruta Integral de Atenciones en Salud (RIAS) por parte del sector salud. Acorde a este esquema el contacto por parte de la población con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) debía darse en la pre-concepción, gestación,

parto, post parto, primer mes, 2 a 5 meses, 6 a 11 meses y primer año de vida (4). La garantía al acceso a este tipo de controles busca mejorar la calidad de vida de los individuos desde la niñez (2).

Este apartado busca aproximarse al acceso potencial y real a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo, según el modelo comportamental de Aday y Andersen (5). Desde un ejercicio de múltiples métodos para enmarcar las políticas acerca de este tipo de controles. Se realizó un análisis epidemiológico y posteriormente un análisis exploratorio de los resultados y del marco político. Entre los principales resultados, se observó cómo la afiliación al SGSSS es un factor crucial para el acceso a este tipo de controles; lo que implica a futuro, el alcanzar la cobertura geográfica en programas preventivos por parte del SGSSS, especialmente aquellos dirigidos a poblaciones de madres gestantes y niños menores de cinco años.

En primer lugar, se describe de manera sintética el marco normativo que permite contextualizar cómo se ubican los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo y la relación de los actores con este marco. En segundo lugar, el lector encontrará los resultados de la comparación epidemiológica de datos que dan cuenta del acceso a dichos controles obtenidos en encuestas que centran algunas de sus secciones en indagar sobre esos temas, como son la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Se analizaron para esto los datos de los años 2010 y 2015. Se escogió este período de tiempo en razón de, que previamente a 2016 año de la creación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo estaban dentro de los servicios preventivos en salud materno-infantil. Finalmente, se presenta el panorama de acceso de acuerdo con los resultados del análisis exploratorio de las normas y el epidemiológico.

6.2.2. Marco normativo para los servicios preventivos en salud materno-infantil en Colombia

En Colombia, los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo se han realizado a través de servicios preventivos en salud materno-infantil. Los servicios preventivos se han mantenido en el tiempo, pero la distinta reglamentación ha ido transformando la forma en que se organizan los servicios (Figura 1). Como antecedente, a partir de la ley 10 de 1990, con la descentralización político-administrativa de los departamentos y municipios, se creó un Programa de Salud Básica para todos para universalizar el acceso a los servicios básicos de salud, promover el aseguramiento privado y voluntario y ampliar la participación comunitaria.



El acceso de la población de madres gestantes y primera infancia a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo pretende evitar muertes en madres, niños y recién nacidos

Figura 1. Línea de tiempo de las normas que enmarcan los servicios de salud en Colombia



Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud

La Ley 100 de 1993 (SGSSS) [6] planteó tres enfoques diferentes para ejecutar actividades de Atención Primaria y uno de estos dejaba a cargo del Estado las actividades de prevención en un paquete de acciones colectivas (7). Posteriormente, en el año 2000, con la ley 715 se buscaba definir mejor las responsabilidades de los agentes del sistema de aseguramiento respecto de las prioridades de salud pública. Con la resolución 412 se determinó que dichas actividades fueran asumidas y prestadas por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), mediante dos conjuntos de servicios denominados demanda inducida y protección específica (8,9). Pese a estos cambios, los servicios se estaban ofertando a la población afiliada al SGSSS y no se alcanzaba a la población no cubierta.

Por tanto, la ley 1122 y el Decreto 3039 de 2007 (10), adoptaron el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) en el que se determinó que los servicios preventivos pasarán a estar bajo el cargo de los entes territoriales en conjunto con las EPS e IPS. Una de las novedades del PNSP, fue la creación del Plan de Salud Territorial a cargo de las entidades territoriales, el cual debía: a) englobar el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y b) tener unos ejes programáticos que incluían el aseguramiento y la prestación e implementación de servicios de salud. Esto se hizo, en un intento por ampliar la cobertura de dichos servicios para alcanzar una mayor población. De esta manera, los entes territoriales debían priorizar los programas en promoción de la salud y calidad de vida, y las acciones de prevención de los riesgos en salud; todo lo cual sería complementario a las acciones de las EPS y las IPS.

Luego, la ley 1438 de 2011 [11] dictó que para alcanzar la prestación integral de los servicios, debía existir un modelo de atención integral de salud, basado en la

estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), el fortalecimiento de los servicios de baja complejidad y las redes de atención en salud. Adicionalmente, hizo énfasis en la relevancia de los servicios preventivos para la primera infancia y el registro estricto de las muertes evitables de madres gestantes y niños y niñas. Para poner en marcha el modelo de atención integral, desde la ley 1438 se adoptan las Redes Integrales de Atención en Salud (RIAS) que, de acuerdo a la ley, son un conjunto de organizaciones o instituciones que propenderán por la prestación de servicios de manera integral, eficiente, equitativa y continua para individuos o colectivos (11).

Posteriormente, el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (12) estableció unas estrategias para ampliar la cobertura del aseguramiento y mejorar el acceso a los servicios preventivos de salud. Dentro de sus estrategias, busca por ejemplo para los profesionales de la salud, robustecer las competencias, capacitar e impulsar el trabajo colaborativo con la academia y las sociedades científicas. Para los servicios preventivos en salud materno-infantil, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), determinó que estas estrategias, del PDSP, se concretarán en el Esquema de Atención de los Primeros Mil Días de Vida 2012-2021. Así mismo, las RIAS aparecen dentro de las estrategias del PDSP como eje central para poner en marcha la atención integral, integrada y continua para madres gestantes y menores de cinco años (12).

El Esquema de los Mil Primeros Días, considera que la relevancia de los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo, esta soportada en la evidencia científica porque fomenta el crecimiento y desarrollo integral de la primera infancia, y promueve la salud y la nutrición contribuyendo a reducir la mortalidad infantil [4]. El esquema espera fortalecer el trabajo intersectorial y los canales de participación comunitaria,

para mejorar el acceso a la atención integral en salud, y actuar sobre los factores sociales y económicos que influyen en el estado de salud de madres gestantes y menores de cinco años (4). Desde la visión del esquema, los elementos que facilitan el primer contacto entre el SGSSS y la población son las RIAS y el Equipo Básico de Salud, que es un equipo interdisciplinar de profesionales que propende por proveer servicios integrales de salud.

La ley estatutaria en 2015 (13), ratificó que la salud en Colombia es un derecho en lo individual y colectivo, y que por tanto el Estado es garante del acceso a los servicios de salud. En su artículo sexto, se encuentran varias características relacionadas con el acceso; y en el mismo artículo se considera la prevalencia de derechos para poblaciones como la niñez para las cuales el Estado debe ser garante del cumplimiento de dichos derechos. Así, esta norma va a tratar de garantizar que todos los ciudadanos puedan hacer uso de los servicios de salud, dentro del modelo de atención integral planteado desde la ley 1438 de 2011 (11), sin restricciones de ningún tipo al acceso, uso, oportunidad, integralidad y continuidad de los servicios (13,14).

En 2016, con la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) se adopta el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) y, dentro de éste, la implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) (15,16). La PAIS regula la implementación de las RIAS, entre las que se encuentra priorizada la condición materno-perinatal y la atención integral a la primera infancia; además, establece los parámetros a seguir para brindar la atención en salud a esta población (15,16).

6.2.2.1 Financiamiento y lineamientos de política pública

La resonancia que las muertes maternas y de los menores de cinco años ha tenido en el país, han llevado a que los recursos para garantizar la prestación de los servicios preventivos en salud materno-infantil se designen desde el Consejo Nacional de Política Económica y Social (CONPES). El CONPES es *“la máxima autoridad nacional de planeación y se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país. Para lograrlo, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas”* (17).

Así, para los Controles Prenatales, el CONPES 140 de 2011 (18) estableció los objetivos a alcanzar en cuanto a salud materna, con partos institucionalizados, aumento del porcentaje de nacidos vivos, atención de cuatro controles prenatales, como mínimo, y un mayor acceso a servicios de atención materna. Para los Controles de Crecimiento y Desarrollo. En 2015 el CONPES 181 estableció unas líneas de inversión para el Esquema de los Mil Primeros Días de Vida, especialmente para fortalecer el acceso a los servicios de salud materno-infantil y a estos controles (19).



E L A C C E S O

de la población de madres gestantes y primera infancia a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo pretende evitar muertes en madres, niños y recién nacidos

Adicionalmente, se han establecido los lineamientos específicos para la atención de la salud materno-infantil. El MSPS compiló la Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento del embarazo, parto o puerperio del 2013 (20), en donde establece que los controles prenatales deben ser atendidos por un médico general o una enfermera profesional que cuenten con el conocimiento previo para el cuidado materno-perinatal; además que el número de Controles Prenatales, como mínimo debe ser cuatro, pero lo ideal es en mujeres nulíparas diez y en multíparas siete; los cuales deben iniciar desde el primer trimestre. Adicionalmente, el mismo MSPS creó la Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud en 2010, la cual estableció que el número de Controles de Crecimiento y Desarrollo debe ser al menos dos veces al año, durante los dos primeros años de vida del niño o niña (21).

6.2.2.2 La apuesta por la intersectorialidad desde la política pública para los servicios preventivos de salud materno-infantil

Hasta aquí, se han planteado las normas que desde el sector salud se han creado con miras a enmarcar los servicios preventivos en salud materno-infantil, buscar la atención integral, y así incidir en la disminución de las muertes evitables entre las madres gestantes y los menores de cinco años.

Desde una mirada intersectorial, la población de madres gestantes y menores de 5 años ha sido objeto de diversas normas en cuanto a los servicios preventivos de salud. En 2011, se adoptó la estrategia De cero a siempre (2), la cual a su vez se basó en estrategias intersectoriales aplicadas a nivel nacional para responder a la necesidad de garantizar el pleno desarrollo de los niños y niñas, con miras a propender por mejorar la calidad de vida desde la niñez. Esta estrategia asignó una responsabilidad desde el sector de salud, enfocada en la prestación de los servicios preventivos, como los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo, que se cristalizó en las estrategias planteadas por el PDSP y el Esquema de los Mil Primeros Días de Vida (11,12). De cero a siempre, incluye las RIAS con la meta de alcanzar una atención integral para la población; así el reto para De cero a siempre, es no centrarse únicamente en el acceso a los servicios de salud, sino también en impactar los factores sociales y económicos que inciden en el desarrollo integral de los menores de cinco años (2).

En agosto de 2016, De cero a siempre pasó a ser Política de Estado y a estar integrada por miembros de la Consejería Presidencial para la Niñez y Adolescencia y la Comisión Intersectorial de Primera Infancia formada por Ministerio de Educación, Ministerio de Cultura, Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Departamento Nacional de Planeación, Ministerio de Hacienda y Crédito Público, Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, Ministerio de Vivienda, Ciudad y Territorio, Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas y Ministerio del Deporte (2).

6.2.2.3.1 Balance de la política intersectorial

El Informe de Rendición de Cuentas en Primera Infancia 2012-2017, señala como el número de menores de cinco años asegurados por el SGSSS ha estado, en promedio, alrededor de 3,70 millones con un porcentaje de afiliación en el rango de 71% al 73% (Figura 2) (22).

Figura 2. Número de menores de cinco años afiliados al SGSSS 2010-2017, Colombia



Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud con datos de la BDUA y del Informe de Rendición de Cuentas en Primera Infancia 2012-2017 (22)

Respecto a los Controles Prenatales, el Informe de Rendición de Cuentas en Primera Infancia 2012-2017 (22) menciona que en promedio el 86,4% de las madres gestantes, recibieron cuatro o más de este tipo de controles en el período en mención. En cuanto a la atención integral de los menores de cinco años, en la que están incluidos los Controles de Crecimiento y Desarrollo, el mismo informe (22) indica que entre 2012-2017, fueron atendidos en promedio 1,4 millones de niños.

El informe (22) también hace mención sobre el desempeño de indicadores en salud materno-infantil, como son el porcentaje de atención institucional del parto que, para el período 2011-2016, el cual varió entre el 98 y el 99%, sobrepasando la meta establecida por los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de 95% a 2015). La disminución de las muertes maternas fue de 20 puntos porcentuales entre 2010 y 2016, pasando de 71,6 muertes por 100.000 nacidos vivos a 51,3.

Las muertes infantiles, han mostrado diversas variaciones. Por ejemplo, respecto a las muertes de recién nacidos, la tasa de mortalidad neonatal ha disminuido de 7,8

por mil nacidos vivos en 2011 a 7,0 en 2016. En el caso de las muertes perinatales, la disminución de las tasas ha sido de 14,0 a 13,7 por 1000 nacidos vivos para los mismos años. Por último, la tasa de mortalidad en menores de cinco años, paso de 21,7 a 18,7 por cada 1000 nacidos vivos sobrepasando la meta establecida por los ODM (22).

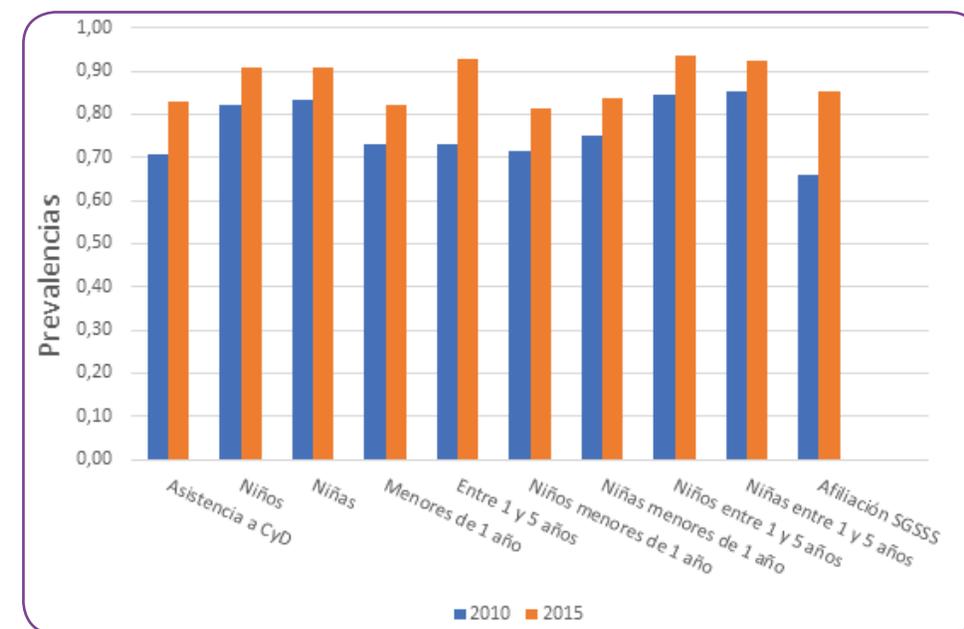
6.2.3. Los Indicadores de asistencia a controles prenatales y de crecimiento y desarrollo para caracterizar el acceso en Colombia: un análisis epidemiológico

A través de un ejercicio epidemiológico, se toman los datos de la ENCV y la ENDS para estimar prevalencias de asistencia y compararlas con algunas características relevantes de la población. Esto con miras a describir el acceso de la población de madres gestantes y menores de cinco años a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo.

6.2.3.1 Caracterización del acceso real y potencial a los controles de Crecimiento y Desarrollo (CyD)

Entre 2010 y 2015, las prevalencias de asistencia a este tipo de controles de acuerdo con el sexo, edad y estatus de afiliación al SGSSS de niños y niñas menores de 5 años, mostraron una tendencia al aumento como se ve en la Figura 3.

Figura 3. Prevalencias nacionales relacionadas con la asistencia a los controles de Crecimiento y Desarrollo para años 2010 y 2015



Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud con datos de la ENCV 2010 y la ENCV 2015. Para la construcción de la tabla se usaron datos expandidos con proyecciones de población del Censo 2005.

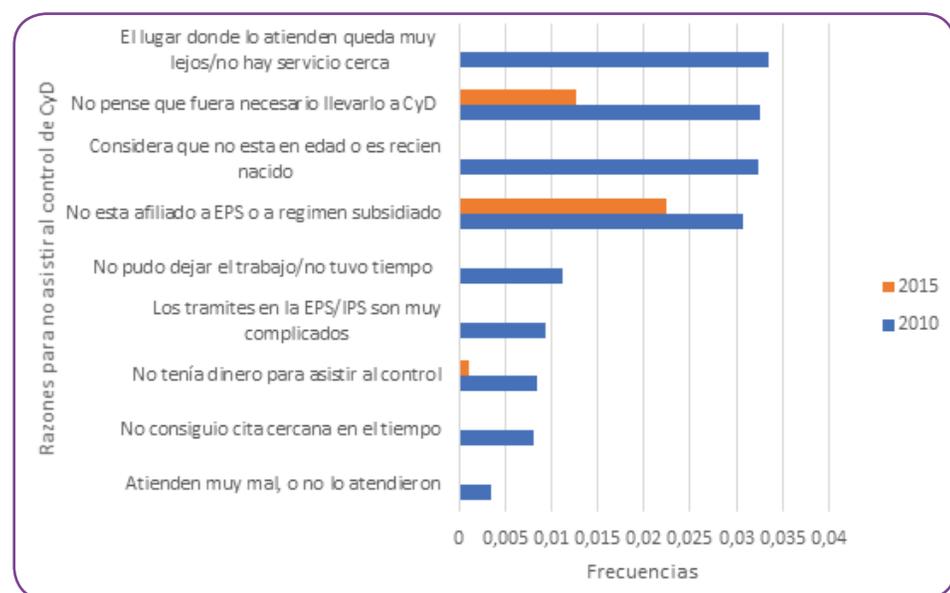


LAS MUERTES INFANTILES, HAN MOSTRADO DIVERSAS VARIACIONES. POR EJEMPLO, RESPECTO A LAS MUERTES DE RECÉN NACIDOS, LA TASA DE MORTALIDAD NEONATAL HA DISMINUIDO DE 7,8

Para el caso de los Controles de Crecimiento y Desarrollo, alrededor del 80% de los menores accedieron a este tipo de controles dos o más veces al año. Acorde a lo dictado por la Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud (21), el número mínimo de controles de Crecimiento y Desarrollo es de dos al año.

El porcentaje de menores de cinco años que no accedieron al Control de Crecimiento y Desarrollo fue 13,9% en 2010 y 9,5% en 2015. Entre las razones que los padres dieron para no asistir al control estaban el poco convencimiento sobre la necesidad de llevar al menor a los controles, el no contar con afiliación al SGSSS, y no tener dinero para ir al lugar donde se prestaba el servicio de este control (23) (Figura 4).

Figura 4. Frecuencias nacionales de razones para no asistir a control de Crecimiento y Desarrollo, años 2010 y 2015



Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud con datos de la ENCV 2010 y la ENCV 2015. Para la construcción de la figura se usaron datos expandidos con proyecciones de población del Censo 2005.

Adicionalmente, se realizaron comparaciones para saber si el sexo y edad de los menores, y su estatus de afiliación al SGSSS, se relacionaban con el acceso a Controles de Crecimiento y Desarrollo (Tabla 1). Así, la afiliación al SGSSS es relevante para acceder a este tipo de controles; de hecho, en 2015, todos los niños que atendieron los Controles de Crecimiento y Desarrollo estaban afiliados y los que no accedieron no tenían afiliación. Además, si el menor es niño y tiene menos de un año de edad estaba accediendo más a este tipo de controles.

Tabla 1. Razones de prevalencia nacionales de Controles CyD, años 2010 y 2015

2010						
Asistencia a Controles de Crecimiento y Desarrollo	Razón de Prevalencia cruda	IC 95%		Razón de Prevalencia ajustada, Poisson robusta	IC 95%	
Niños/Niñas	0,99	0,96	1,02	1,00	0,97	1,03
Menores de 1 año/Entre 1 y 5 años	0,86	0,82	0,89	0,98	0,97	0,99
Niños menores de 1 año/ Niñas menores de 1 año	0,96	0,89	1,05	1,11	1,08	1,14
Niños entre 1 y 5 años/ Niñas entre 1 y 5 años	0,99	0,97	1,02	0,90	0,88	0,93
Afiliación: si/no	1,47	1,39	1,56	1,25	1,14	1,36
2015						
Asistencia a Controles de Crecimiento y Desarrollo	Razón de Prevalencia cruda	IC 95%		Razón de Prevalencia ajustada, Poisson robusta	IC 95%	
Niños/Niñas	1,01	0,99	1,03	1,22	0,97	1,54
Menores de 1 año/Entre 1 y 5 años	0,89	0,87	0,92	0,98	0,98	0,99
Niños menores de 1 año/ Niñas menores de 1 año	1,07	0,93	1,06	1,09	1,07	1,11
Niños entre 1 y 5 años/ Niñas entre 1 y 5 años	1,01	1,00	1,03	0,92	0,90	0,94

Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud con datos de la ENCV 2010. Para la construcción de la regresión de Poisson se usaron datos expandidos con proyecciones de población del Censo 2005

6.2.3.2 Caracterización del acceso real y potencial a los Controles Prenatales (CP)

En este estudio, se investigaron características relacionadas con el acceso al Control Prenatal. También, se comparó si el Control Prenatal fue realizado en hospital o si la madre gestante no recibió ningún control prenatal. Las características relacionadas con el acceso, mostraron que el porcentaje de las madres gestantes que asistieron a cuatro o más Controles Prenatales, fue de 88,6% para 2010, aumentando muy levemente a 89,9% en 2015. Así mismo, el 3% de las mujeres no recibió ningún control en 2010 (24) mientras que en 2015, este porcentaje descendió a 2,4% lo que no muestra un impacto para el acceso de los Controles Prenatales entre las madres gestantes (18). Por último, en 2010 el 77% de mujeres gestantes fueron a Control Prenatal en el primer trimestre (24) y en 2015 este porcentaje no aumentó significativamente (77,9%) (18); contrario a lo que se espera desde la guía nacional: que la madre gestante asista al Control Prenatal desde el inicio de la gestación. Se evidencia como esta característica (que impacta el acceso real) no ha mejorado en el periodo analizado.

Para los dos años 2010 y 2015, se analizó si el acceso a Control Prenatal se relacionaba con la edad de las madres, su nivel educativo y el área donde vivían (Tabla 2). Si bien los resultados no son significativos desde el punto de vista estadístico, se puede notar que hay diferencias en cuanto al nivel educativo y al hecho de vivir en área urbana, pues pareciera que, a mayor nivel educativo y localización geográfica en ciudades, hay una mayor asistencia al Control Prenatal.

Tabla 2 Razones de prevalencia nacionales de CP, años 2010 y 2015

Grupo etario	2010			Grupo etario	2015		
	Razón de Prevalencia CP Hospital/Ningún CP	IC 95%			Razón de Prevalencia CP Hospital/Ningún CP	IC 95%	
15-19/45-49	1,23	0,73	2,07	<20/35-49	1,00	0,61	1,62
20-24/45-49	1,33	0,75	2,38				
25-29/45-49	1,38	0,80	2,36				
30-34/45-49	1,07	0,61	1,87				
35-39/45-49	1,11	0,66	1,88				
40-44/45-49	0,89	0,27	2,89	20-34/35-49	1,01	0,65	1,57
Nivel educativo	Razón de Prevalencia CP Hospital/Ningún CP	IC 95%		Nivel educativo	Razón de Prevalencia CP Hospital/Ningún CP	IC 95%	
Primaria/sin educación	0,76	0,48	1,20	Primaria/sin educación	1,04	0,82	1,32
Secundaria/sin educación	0,77	0,51	1,17	Secundaria/sin educación	1,04	0,82	1,32
Superior/sin educación	0,74	0,49	1,11	Superior/sin educación	1,05	0,83	1,32
Localización	Razón de Prevalencia CP Hospital/Ningún CP	IC 95%		Localización	Razón de Prevalencia CP Hospital/Ningún CP	IC 95%	
Urbano/Rural	1,04	0,59	1,84	Urbano/Rural	1,05	0,61	1,80

Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud con datos de la ENDS 2010 y la ENDS 2015, Para la construcción de la tabla se usaron los datos ponderados después de aplicar el factor final de ponderación.

6.2.4. El panorama del acceso a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo y el marco normativo a la luz de este estudio

Las diferentes normas que enmarcan los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo (Figura 1) han enfatizado sobre la atención integral de la población de las madres gestantes y los menores de cinco años. De hecho, estas normas han tomado elementos de la estrategia de APS, como son las redes de servicios de salud con miras a lograr esta atención (11,13,15,25).

Este esfuerzo normativo se ve reflejado en dos aspectos: Primero, en que las cifras de afiliación de la población de la primera infancia se han mantenido por encima de los 3 millones de niños entre el período 2010-2017 (Figura 2). Aún no se ha alcanzado el aseguramiento universal, lo cual sigue siendo un reto para el país. Algunas de las razones que el Informe de Rendición de Cuentas en Primera Infancia 2012-2017 (22) brinda para no contar con afiliación son: a) las dificultades para la identificación de los niños y niñas pues son registrados con la identificación de la madre o el registro de nacido vivo, y b) no contar con una eficiente actualización del registro civil del menor. Segundo, se evidencia un aumento en el acceso a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo. El acceso a los servicios de salud materno-infantil es una pieza fundamental para que la población transite por la RIAS y goce de estos servicios. Al acceder a los servicios y continuar a través de la RIAS, la población puede ser impactada desde etapas tempranas de la vida y gozar de una mejor calidad de vida (16,26); el país por tanto puede evitar muertes de madres y niños dentro de la población. Por tanto, la adopción de las RIAS en 2016 (15,26), no se dio una forma imprevista, y resultó de una interacción entre la población, los profesionales de salud y las normas (14).

Al implementar y poner en marcha las RIAS, es posible operar la atención integral de salud para los servicios preventivos (16). Específicamente, para las madres gestantes y los menores de cinco años existen dos RIAS que van a intentar impactar la población desde la promoción y el mantenimiento de la salud por ciclo de vida y desde la atención preventiva para grupos vulnerables: la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud en el curso de la vida (RIASMS) para la primera infancia y la RIAS materno-perinatal.

Si las madres gestantes logran entrar a través de la RIAS materno-perinatal, incluso antes de concebir, no solo podrán acceder a sus Controles Prenatales, sino que una vez den a luz a un nacido vivo, el menor podrá transitar inmediatamente por la RIASMS de la primera infancia para acceder a los Controles de Crecimiento y Desarrollo entre otros servicios. El reto para el país, es lograr que esto sea una realidad para todas las madres gestantes y menores de cinco años ubicados en los diferentes territorios;

para esto se planea fortalecer la atención integral, brindando atenciones priorizadas (para población en riesgo y condiciones de vulnerabilidad) (2) y realizando seguimiento a nuevas atenciones (27).

Adicionalmente, la puesta en marcha de la RIAS conlleva a un trabajo intersectorial que propenderá no solo por el acceso, sino por el impacto en determinantes sociales y económicos que influyen en las condiciones de salud de la población, como los mencionados en este estudio, y que se relacionan con el acceso potencial. Si el país logra integrar las estrategias de salud, educación, y cohesión social asegurando su sostenibilidad en las madres gestantes y primera infancia, estará abordando e intentando impactar las desigualdades sociales buscando la equidad en la prestación de los servicios de salud.

Finalmente, la implementación de las RIAS propenderá por ajustarse a los diferentes territorios para que no existan diferencias en la prestación de los servicios por área geográfica urbana o rural y por la población que la ocupa. La participación y el empoderamiento de la población como sujeto de derecho, al igual que, las estrategias de educación para la salud son elementos propios de la RIAS, requeridos para que la población se relacione activamente con el SGSSS y transite por los servicios preventivos de salud materno-infantil (26).

6.2.4.1 Balance de los controles de Crecimiento y Desarrollo

Estudios a nivel de la región de las Américas, han mostrado los diversos factores que influyen el acceso a los Controles de Crecimiento y Desarrollo (28–32); los resultados de este estudio muestran similitudes en los factores que están mediando dicho acceso en Colombia. En este estudio, las variables más relevantes para el acceso a este tipo de controles fueron contar con la afiliación al SGSSS y que el menor tuviera menos de un año (33,34), características que están relacionadas con

el acceso potencial, y la frecuencia de asistencia a controles, que se relaciona con el acceso real. Existen razones de los padres para no asistir a los controles como no ver la necesidad y barreras de tipo económico para acceder al lugar donde se realizan los controles.

Respecto a la afiliación al SGSSS, estudios soportan que si el menor de cinco años cuenta con el aseguramiento, esto media el acceso a los Controles de Crecimiento y Desarrollo (33,34). El informe sobre la Situación de Adolescentes y la Infancia en Colombia (35) considera que el acceso a este tipo de controles, está mediada también por la frecuencia con que los padres lleven al menor al control. En el presente estudio la frecuencia de asistencia a este tipo de controles fue de dos o más veces en el año, la mínima requerida es dos veces por año, de acuerdo a la guía nacional (21).

El mismo informe (35) plantea que, en algunos casos, los padres no llevan a sus hijos al control a pesar de contar con la afiliación al SGSSS. De acuerdo a los hallazgos presentados, esto concordaría con las razones que los padres reportaron para no ir a estos controles: a) que los padres no consideraban necesario que se debía llevar al menor al control, que ha sido encontrado en otros estudios (31,32), y b) no tener dinero para llegar al lugar donde acceder al control.

El hecho que los padres no vieran la necesidad de usar este tipo de controles, característica del acceso potencial, y que, por ejemplo, los menores de menos de un año de edad asistieran más en comparación con menores por encima del año de vida, podría estar mediado por otros factores como el nivel educativo, la clase social e incluso el género, pues son las madres las que generalmente están al pendiente de este tipo de controles (30,36). Mientras que la otra razón dada por los padres, puede estar mediada por la disponibilidad de recursos para gastos de transporte público, por las distancias que hay que recorrer para llegar a la institución de salud (28,29,37).

Existen dos retos grandes respecto a los Controles de Crecimiento y Desarrollo que, aunque están presentes en la norma como metas, han sido difíciles de alcanzar hasta el momento: a) el aseguramiento universal, que en este caso, representaría que todos los menores de cinco años cuenten con su afiliación al SGSSS; y b) que a partir de la implementación de las RIAS, se de el tránsito de la población por las mismas. Todo esto permitirá asegurar que los niños y niñas menores de cinco años reciban la atención integral necesaria para evitar muertes infantiles y retraso en el desarrollo motor e intelectual de los niños.

El contacto por parte de los padres con el SGSSS, se da también a través de las RIAS y, específicamente para los Controles de Crecimiento y Desarrollo, dicho contacto permitirá que los padres sean impactados a través de actividades de promoción de



La puesta en marcha de la RIAS conlleva a un trabajo intersectorial que propenderá no solo por el acceso, sino por el impacto en determinantes sociales y económicos que influyen en las condiciones de salud de la población

la salud para mejorar la calidad de vida los menores de cinco años. Finalmente, el acceso de los menores de cinco años a los servicios preventivos de salud también está mediado por determinantes estructurales, sociales y económicos, los cuales deben ser impactados por otros sectores diferentes a salud, a través de la generación de mecanismos y políticas públicas, que se enfoquen en la superación de las desigualdades de la población.

Aunque en este estudio, no se analizaron variables relacionadas con el recurso humano en salud disponible para prestar este tipo de controles, las RIAS (16,26) consideran que los profesionales de la salud son centrales en el acceso de la población a estos controles. La relevancia se da tanto por el número de profesionales de salud asignados para estos servicios preventivos, lo que se relacionaría con oportunidad (acceso real), como por el desarrollo de capacidades en esos mismos profesionales, lo que daría cuenta de una prestación de servicio con calidad (8,13,16).

6.2.4.2 Balance de los Controles Prenatales

Los servicios preventivos de salud para madres gestantes, entre los que se encuentran los Controles Prenatales, están en la agenda global y nacional como una de las prioridades para disminuir la mortalidad materna y perinatal, así como para asegurar un parto seguro y humanizado (1,38,39). En este estudio, alrededor del 77% de las madres gestantes que atendieron los controles prenatales lo hicieron en el primer trimestre y tuvieron una frecuencia de asistencia a más de cuatro controles. Sin embargo, entre 2010 y 2015 disminuyó mínimamente (0,6%) el número de mujeres que no tuvieran ningún Control Prenatal, lo que está señalando que hay dificultades en el acceso real de las mujeres gestantes para este tipo de controles.

De acuerdo al PDSP, el 94% de las mujeres gestantes deberán tener cuatro controles prenatales o más para 2021, y para cumplir esta meta es que se ha propuesto la implementación y desarrollo de las RIAS (12). Con esta propuesta, se buscaría impactar el acceso real de las madres gestantes que aún no están teniendo Controles Prenatales institucionalizados y en adecuado número de acuerdo a su edad gestacional.

Adicionalmente, de acuerdo a los resultados de este estudio, vivir en área rural respecto a la urbana dificulta que las madres gestantes accedan a los Controles Prenatales. Respecto a este punto varios autores (3,33,38,40,41), plantean que las mujeres viviendo en área rural no acceden de igual manera que otras localizadas en zonas urbanas. Así mismo, estas mujeres no acceden o tienen inadecuados Controles Prenatales (es decir no cuentan con el número suficiente de controles para el mes de gestación) y tienen menores atenciones en instituciones de salud. Entre las razones para que se presente esto, los autores incluyen las barreras geográficas, las económicas relacionadas con el transporte y la poca confianza en los profesionales de salud.





De acuerdo al Sexto Informe del Observatorio Nacional de Salud (46), las desigualdades sociales en salud en Colombia que se relacionan con una mayor tasa de mortalidad materna, son que la madre gestante resida en área rural, tenga un menor nivel educativo o no tenga educación y no se encuentre asegurada al SGSSS

De otro lado, en el presente estudio el nivel educativo de las madres gestantes se relaciona con el acceso potencial a los Controles Prenatales realizados en instituciones de salud (que es lo que se debe hacer de acuerdo a la guía nacional) (20). Varios autores (33,40-42) han investigado los factores relacionados al número de Controles Prenatales, y concluyen que los factores relacionados con el acceso a los cuatro CP, que es el número mínimo más no el ideal de acuerdo a la guía nacional, fueron: los mayores niveles de educación de las madres y padres, la afiliación al sistema de salud, la mayor edad de la madre, el menor número de hijos y los períodos intergenésicos amplios.

A pesar de los esfuerzos normativos que se han realizado en el país y de la disminución de la tasa de mortalidad materna, no se alcanzó la meta propuesta por los ODM, así como tampoco el acceso universal a parto institucionalizado atendido por personal de salud (3). El alcanzar la meta propuesta por los ODS, a nivel mundial, que es menos de 70 muertes de madres por 1000 nacidos vivos (43), es un gran reto, pues implica no solo el acceso universal de las madres gestantes, sino también la atención en salud con calidad y equidad (44,45).

Así mismo, es relevante la intervención de determinantes sociales y económicos que afectan a la población y median el acceso a los servicios de salud. De acuerdo al Sexto Informe del Observatorio Nacional de Salud (46), las desigualdades sociales en salud en Colombia que se relacionan con una mayor tasa de mortalidad materna, son que la madre gestante resida en área rural, tenga un menor nivel educativo o no tenga educación y no se encuentre asegurada al SGSSS. Son estos mismos factores lo que se relacionan con no acceder a los Controles Prenatales de acuerdo a este estudio.

Aunque son diversos los factores que se relacionan con la muerte materna, el no acceder a Controles Prenatales puede incidir en la disminución de la tasa

de muertes maternas y el acceso universal al SGSSS durante la gestación, parto y postparto (1). Por tanto, es necesario que lo planteado en el marco normativo se refleje en el aseguramiento universal de las madres gestantes, en el ingreso de ellas a la RIAS de atención materno-perinatal y su acceso a los Controles Prenatales, así como a otros servicios preventivos de salud. Esto con miras a que, las madres gestantes no estén expuestas a riesgos de enfermar sin contar con la posibilidad de un diagnóstico y tratamiento adecuados, así como también a que las madres gestantes puedan contar con un seguimiento prenatal continuo y a un parto seguro con garantías de calidad (39).

6.2.5. ¿Qué se pudo concluir y recomendar?

Entre los resultados encontrados en este estudio, la afiliación al SGSSS sigue siendo crucial para acceder a este tipo de servicios. Esto debe tenerse presente, pues, aunque el SGSSS tiene entre sus principios la universalidad (6), la cobertura y el aseguramiento son dos elementos diferentes entre sí (14). Si bien la población puede tener el aseguramiento (la afiliación al SGSSS), la cobertura en servicios de salud debe darse en dos formas: a) la cobertura desde los programas de servicios preventivos de salud materno-infantil y b) la cobertura geográfica de los servicios de salud (25).

Debe notarse que, los hallazgos mostraron que no toda la población que debía acceder a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo lo estaba haciendo. Esto puede deberse a otros factores como son las barreras económicas, como la falta de dinero para llegar a la institución de salud en el caso de los Controles de Crecimiento y Desarrollo o los gastos de bolsillos para los controles prenatales que se presentarán en la sección 6.3; o a las barreras geográficas (vivir en área rural en el caso de los Controles Prenatales).

Específicamente respecto a la población ubicada en zonas rurales, la política De Cero a Siempre reconoce que hay diferencias en la atención integral entre la población que se ubica en área rural respecto a aquella que esta en área urbana (2), para resolver esto, la misma política plantea la realización de atenciones diferenciales a la población teniendo en cuenta la ubicación de la misma en el territorio, la cultura, la pertenencia a grupos étnicos, estar en condiciones de afectación permanente o transitoria de la vida.

La política considera que es a través de la RIAS desde donde los profesionales de la salud pueden brindar ese tipo de atenciones diferenciales, teniendo en cuenta las características de la población. Es así como el Informe de Rendición Pública de Cuentas en Primera Infancia 2012-2017 (22), presenta diversas estrategias intersectoriales que han realizado atenciones diferenciales para la primera infancia en: a) territorios

con más desigualdades sociales como La Guajira, b) condiciones de desplazamiento, c) grupos étnicos y campesinos, y que han incluido capacitaciones para que los profesionales de la salud provean servicios integrales de salud.

Otras variables relacionadas con el acceso potencial de la población a los dos tipos de controles fueron el alto nivel educativo de la madre, la edad del menor (los menores de un año acceden más los controles) y la localización geográfica en áreas urbanas. La incidencia sobre estos y otros factores sociales y económicos, es una de las metas a alcanzar, desde las normas, para la atención integral de la primera infancia (2,4,12). Sin embargo, continúa siendo un reto estatal el poder impactar estos factores de manera intersectorial e integral, con miras a superar las brechas sociales que no permiten el acceso de la población a los servicios preventivos en salud materno-infantil.

Así mismo, otro reto que se tiene es que la población y los profesionales de salud interaccionen con las RIAS. De esta manera se espera que, surja la necesidad de asistir a los Controles de Crecimiento y Desarrollo por parte de los padres y madres, y que así, todos los menores de cinco años accedan a estos servicios preventivos. También se espera el fortalecimiento de las capacidades del recurso humano en salud a través de la participación de otros actores como la academia y las sociedades científicas, con miras a que los profesionales de salud brinden servicios integrales de salud.

Respecto al acceso real, en el caso de los Controles Prenatales existe el reto de pasar del mínimo de cuatro controles para alcanzar el ideal de que las madres gestantes que no tengan hijos asistan a diez controles, y aquellas madres gestantes con más de un embarazo previo asistan a siete (20). De manera similar, el reto para los Controles de Crecimiento y Desarrollo es que todos los menores de cinco años atiendan más del mínimo (dos controles) determinado por la guía nacional (21).



Por tanto, ante este panorama se recomienda:

- Generar los mecanismos para alcanzar la cobertura universal de las poblaciones y el acceso sin restricciones a los servicios de salud. Para esto es pertinente apoyarse en el marco normativo (Figura 1), la política PAIS y el MIAS (15), y la implementación de las RIAS (16). Además, se debe tener presente que el acceso, dentro de la estrategia de APS, eje central del MIAS, va a depender de: a) la oferta de los servicios de salud con disponibilidad de los mismos y de recursos, b) el ajuste de los sistemas de salud de acuerdo a los análisis situacionales en salud de los territorios, c) la participación de la población en el diseño e implementación de los servicios y d) el uso real de los servicios de salud por parte de la población (25).
- Realizar estudios sobre los factores sociales y económicos que se relacionan con el acceso potencial, y sobre aquellas barreras económicas y geográficas que no permiten el acceso real para toda la población objetivo de estos servicios preventivos de salud materno-infantil, y a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo. En la medida en que se vaya operando el MIAS e implementando las RIAS, las investigaciones deberán orientarse para generar evidencia y métodos de medición de la efectividad de la APS en la prestación de servicios integrales en salud materno-infantil (47-49).
- Promover el trabajo desde otros sectores gubernamentales externos al de Salud, como son el de Educación, de Trabajo, de Hacienda, de Planeación y Desarrollo, y Atención Integral a la Infancia y a la Mujer, entre otros, para impactar los factores sociales y económicos de la población que no accede a los servicios de salud materno-infantil. También, para lograr el impacto sobre los factores que durante en el curso de la vida, afectan el estado de salud de las madres gestantes y la primera infancia y que conllevan a muertes evitables.
- Generar las políticas y los mecanismos necesarios, adicionalmente a aquellos establecidos por las RIAS, para que los profesionales de la salud tengan seguridad laboral, capacitación continua y formación en competencias, con miras a que estos profesionales puedan brindar un servicio integral de atención en salud para las madres gestantes y la primera infancia.
- Promover la participación y empoderamiento de la población (42), con miras a que su relacionamiento con el SGSSS facilite su tránsito por las RIAS y al uso de los servicios de salud materno-infantil y de los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo. La OMS ha considerado la participación comunitaria como un elemento relevante para alcanzar el acceso universal de la población a este tipo de servicios de salud (1). Especialmente, en lo concerniente a los servicios de salud materno-infantil, la participación comunitaria representa un elemento importante para un acceso equitativo e integral a este tipo de servicios (4,12,25).

Referencias

- Say L, Chou D. Universal access to reproductive health. Accelerated actions to enhance progress on Millennium Development Goal 5 through advancing Target 5B. 2011;[36] p. ST-Universal access to reproductive hea. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2011/WHO_RHR_HRP_11.02_eng.pdf
- Ministerio del Interior. MinInterior. Fundamentos políticos técnicos gestión de cero a siempre. 2014. p. 214.
- Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Informe de Seguimiento y Evaluación a la estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia. Bogotá; 2012.
- Ministerio de Salud y de Protección Social. Organización Panamericana de la. Plan de acción de salud Primeros 1000 días de vida. Colombia 2012-2021. Bogotá; 2012.
- Andersen RM. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care : Does it Matter ? Author [s]: Ronald M . Andersen Source : Journal of Health and Social Behavior , Vol . 36 , No . 1 [Mar ., 1995], pp . 1-10 Published by : American Sociological Association. 2018;36(1):1-10.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social M. Ley 100 de 1993 (Diciembre 23): por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.--. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1993.
- Vega, Román. Acosta N. Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria de Salud en los Países de América del Sur. In: Documento Autoral de APS en los países de Suramérica [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Suramericano de Gobierno en Salud Director; 2014. Available from: [http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb\[234\]ling\[2\]anx\[749\].pdf](http://www.isags-unasur.org/uploads/biblioteca/7/bb[234]ling[2]anx[749].pdf)
- Congreso de Colombia. Ley 715 de 2001. Cuello R., RD, Londoño Z., LA (compiladores) 2002.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 412 de 2000. Bogotá Min Salud. 2000;
- Congreso de Colombia. Ley Número 1122 de 2007 (Enero 9) [Internet]. 2007 p. 1. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/LEY_1122_DE_2007.pdf
- Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Ley 1438 de 2011.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construimos tú. 2013.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 De 2015. 16 Febrero. 2015;18.
- Ramírez Ramírez AM, Rocha Beltrán DE, Durango Suárez LF, Rodríguez Álvarez SB. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. Rev CES Derecho. 2016;7(2):13-41.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Repos Inst Digit Minsalud [Internet]. 2016;97. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y de Protección Social. Resolución número 3202 [Internet]. 2016 p. 1-72. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_3202_de_2016.pdf
- Departamento Nacional de Planeación D. El Consejo Nacional de Política Económica y Social, CONPES [Internet]. 2019 [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://www.dnp.gov.co/CONPES/Paginas/conpes.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo I [Internet]. 2017. p. 1-430. Available from: http://profamilia.org.co/docs/ENDS_TOMO_I.pdf
- Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Estrategia de atención integral a la primera infancia. Informe de balance y prospectiva 2010-2014. 2014; Available from: http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Informe-final-Estrategia_de_Cero_a_Siempre-2010-2014.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio: sección 3. Infecciones en el embarazo: ruptura prematura de membranas (RPM). Vol. 66, Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología; 2015. p. 263-86.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Guía para profesionales y técnicos de los servicios de salud. Componente comunitario de la estrategia AIEPI.
- Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Informe de rendición pública de cuentas en primera infancia 2012-2017. 2018.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística D. Archivo Nacional de Datos - Colombia Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV- 2010. 2014.
- Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2011.
- Kroeger A, Luna R. Atención Primaria de Salud: Principios y métodos. Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las RIAs. Minist Salud y Protección Soc. 2016;106.
- Comisión Intersectorial de Primera Infancia. Balance de la Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre [Internet]. 2018. Available from: <http://www.deceroasiempre.gov.co/Prensa/CDocumentacionDocs/Balance-2017-politica-primer-infancia.pdf>
- Estrada Velez VE, Sanmartín Laverde V, Barragán Díaz AM. Motivos de Inasistencia al programa de Crecimiento y Desarrollo de la ESE Hospital San Vicente de Paúl [Internet]. Universidad CES; 2010. Available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/dspace/bitstream/123456789/785/2/Motivos_inasistencia.pdf
- Gonzales-Achuy E, Huamán-Espino L, Aparco JP, Pillaca J, Gutiérrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2016;33:224-32.
- Orozco Guillen GP. Factores de riesgo que influyen en la inasistencia de madres de niños menores de 5 años al Componente crecimiento y desarrollo. Universidad San Martín de Porres; 2018.
- Pasacaballos CDE, El EN, Mery LUZ, Califa C. Evaluación de las causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud con camas de pasacaballos [Internet]. 2014. Available from: http://repositorio.unicartagena.edu.co:8080/jspui/bitstream/11227/5068/1/TRABAJO_DE_INVESTIGACION_FINAL.pdf
- Henaó CM, Fernández DYB. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. Rev CES Salud Pública. 2013;4(1):4-11.
- Simkhada B, Tejiilingen ER van, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. J Adv Nurs. 2008;61(3):244-60.
- Flores G, Abreu M, Olivar MA, Kastner B. Access barriers to health care for Latino children. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998;152(11):1119-25.
- Unicef. Análisis de la situación de la infancia y la adolescencia en Colombia. Recuper <http://www.unicef.org/co/sitan/assets/pdf/sitan.pdf>. 2010;
- Bedoya Ruiz LA, Agudelo-Suárez AA. Relación de las mujeres en embarazo, parto y postparto (EPP) con los servicios de salud según la clase social. Rev Gerenc y Políticas Salud. 2019;18(36).
- Panisello ML, Pastor I. Health with equality: A proposal for the incorporation of the gender perspective in health care systems. Cienc e Saude Coletiva. 2015;20(5):1555-63.
- Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía LS, Duarte-Gómez MB. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. Cad Saude Publica. 2015;31(12):2635-48.
- Secretaría Distrital de Salud. Lineamiento de nacimiento humanizado en Bogotá, D.C. 2015;1-24.
- Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):65.
- Rai RK, Singh PK, Singh L, Kumar C. Individual characteristics and use of maternal and child health services by adolescent mothers in Niger. Matern Child Health J. 2014;18(3):592-603.
- Osorio AM, Tovar LM, Rathmann K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. Cad Saude Publica. 2014;30(5):1079-92.
- Organización de las Naciones Unidas O. Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y El Caribe. Vol. 1, "Patrimonio": Economía Cultural Y Educación Para La Paz (Mec-Edupaz). 2017.
- Vogel JP, Pileggi-Castro C, Chandra-Mouli V, Pileggi VN, Souza JP, Chou D, et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. Arch Dis Child. 2015;100(Suppl 1):S43-7.
- Urbina-Fuentes M, Jasso-Gutiérrez L, Schiavon-Ermani R, Lozano R, Finkelman J. La transición de los objetivos de desarrollo del milenio a los objetivos de desarrollo sostenible desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y la equidad en salud. Gac Med Mex. 2017;153(6):697-730.
- Ministerio de Salud y de Protección Social MIN de SON de. Informe Técnico Sexta Edición. Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. [Internet]. 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/6to-informe-ons.pdf>
- Macinko J, Almeida C, De Sá PK. A rapid assessment methodology for the evaluation of primary care organization and performance in Brazil. Health Policy Plan. 2007;22(3):167-77.
- Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Martínez J, Sebastián MS. Performance evaluation of the essential dimensions of the primary health care services in six localities of Bogota-Colombia: A cross-sectional study. BMC Health Serv Res. 2013;13(1).
- Barkley S, Starfield B, Shi L, Macinko J. The contribution of primary care to health systems and health. Fam Med Class Pap. 2016;83(3):191-239.



*Nelson J. Alvis-Zakzuk
Diana Díaz-Jiménez
Juan Camilo Gutiérrez
Liliana Castillo-Rodríguez
Carlos Castañeda-Orjuela*

6.3. Aquellos gastos que no tiene en cuenta el sistema: gastos de bolsillo asociado a controles prenatales en Cartagena

La atención prenatal permite identificar oportunamente los riesgos en el embarazo y ayuda a prevenir complicaciones, disminuye los casos de recién nacidos con bajo peso, los partos prematuros y las muertes en embarazadas y recién nacidos (1,2). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés), solo la mitad de las mujeres en el mundo reciben un adecuado cuidado prenatal y la mayoría son de países de ingresos altos (3). Los resultados de este estudio muestran 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).



La atención prenatal permite identificar oportunamente los riesgos en el embarazo y ayuda a prevenir complicaciones.

El gasto de bolsillo como barrera de acceso a servicios de salud

El gasto de bolsillo (GB) es una barrera importante para el acceso a los servicios de salud, incluyendo la atención a la gestante, especialmente en poblaciones de bajos ingresos; 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 (4). Los GB incluyen los consumos de las personas o sus familias en medicamentos, copagos, transporte, exámenes diagnósticos, entre otros, que no son cubiertos por el sistema de salud. En los países de ingresos altos, el GB representa entre el 15-25% del gasto total en salud; en los países de ingresos medios y bajos constituye entre el 25-60%; mientras que en Colombia, para 2016, fue de 20,1%, siendo uno de los países latinoamericanos con el menor valor de este indicador (5). No obstante, la participación porcentual del GB en el gasto privado en salud en el país fue de 64% en 2011, estando por encima del promedio mundial (49,7%) y del continente americano (30,1%) (6).

De acuerdo con algunos estudios, el GB se ha utilizado como un factor mediador hacia la utilización de servicios de salud por parte del individuo (7-9), en particular cuando se considera el modelo comportamental de acceso de Aday y Andersen (10). En este modelo conceptual, características como el ingreso de las personas y sus familias; la cobertura de servicios médicos (nivel de cobertura, métodos de pago, gastos de bolsillo); atributos del medio donde se vive, como lo urbano y lo rural; y la facilidad para acceder a los servicios de salud expresada en tiempos de viaje, filas de espera, entre otros, capacitan al individuo para acceder a los servicios de salud (10,11).



La demanda o consumo de servicios de salud es normalmente es inelástica. Es decir, la elasticidad de la demanda indica qué tan sensible es la cantidad consumida de un bien o servicio, teniendo en cuenta los cambios de su precio. Si la demanda es muy sensible, significa que es elástica, implicando que si un bien sube de precio, el individuo “racionalmente” buscará sustitutos que cumplan la necesidad que satisface este bien o dejará de consumirlo. En el caso contrario, cuando la demanda es inelástica (demanda no sensible al precio), si un bien o servicio sube de precio, su consumo cambiará muy poco o prácticamente nada. En el mercado de servicios de salud, específicamente aquellos relacionados con los controles prenatales (12), la demanda de estos servicios tiende a ser inelástica, en otras palabras, el consumo es insensible a los cambios en los precios de adquisición. Por ejemplo, una mujer que necesita acceder a servicios de control prenatal para salvaguardar su vida y la de su bebé, a priori, estaría dispuesta a pagar casi cualquier cosa por acceder a estos, lo que implica que su consumo efectivo no se afectará por el incremento en el precio de este servicio.

Debido a barreras geográficas e institucionales, así como a diferentes factores sociales e individuales, en Colombia no todas las mujeres acceden de forma oportuna y suficiente a los controles de la gestación (1). Esto genera una falta de cumplimiento de los esquemas de seguimiento del embarazo, y desigualdades en las muertes en madres y recién nacidos frente a otros países, como internamente, entre diferentes territorios y grupos poblacionales (13,14). Pese a que existen antecedentes de la estimación del GB para los controles prenatales a nivel internacional (4,15), este ha sido un tema poco explorado en el país. El presente análisis estimó el GB en salud y los costos indirectos asociados a los controles prenatales en gestantes atendidas en la Empresa Social del Estado Clínica Maternidad Rafael Calvo C. (ESE-CMRC), de Cartagena.

La investigación describe los GB y costos indirectos de gestantes de cualquier edad que asistieron a su control prenatal entre los días 22 a 24 de enero de 2018 en la consulta externa de la ESE-CMRC, provenientes de Cartagena de Indias o de municipios circunvecinos. El análisis indagó acerca de cuánto gastan de su bolsillo en la atención del control prenatal, relacionado con: medicamentos, transporte, pago a cuidadores de niños, cuotas moderadoras, exámenes diagnósticos, entre otros gastos. También, el documento exploró el GB relacionado con las complicaciones asociadas al embarazo, en caso de que fueran reportadas por las gestantes al momento de encuestarlas. También, se cuantificó el valor de la pérdida de productividad debido a la reducción del tiempo de trabajo asociado al tiempo dedicado a asistir al control prenatal. En el capítulo 12, este informe amplía los métodos empleados en esta investigación.

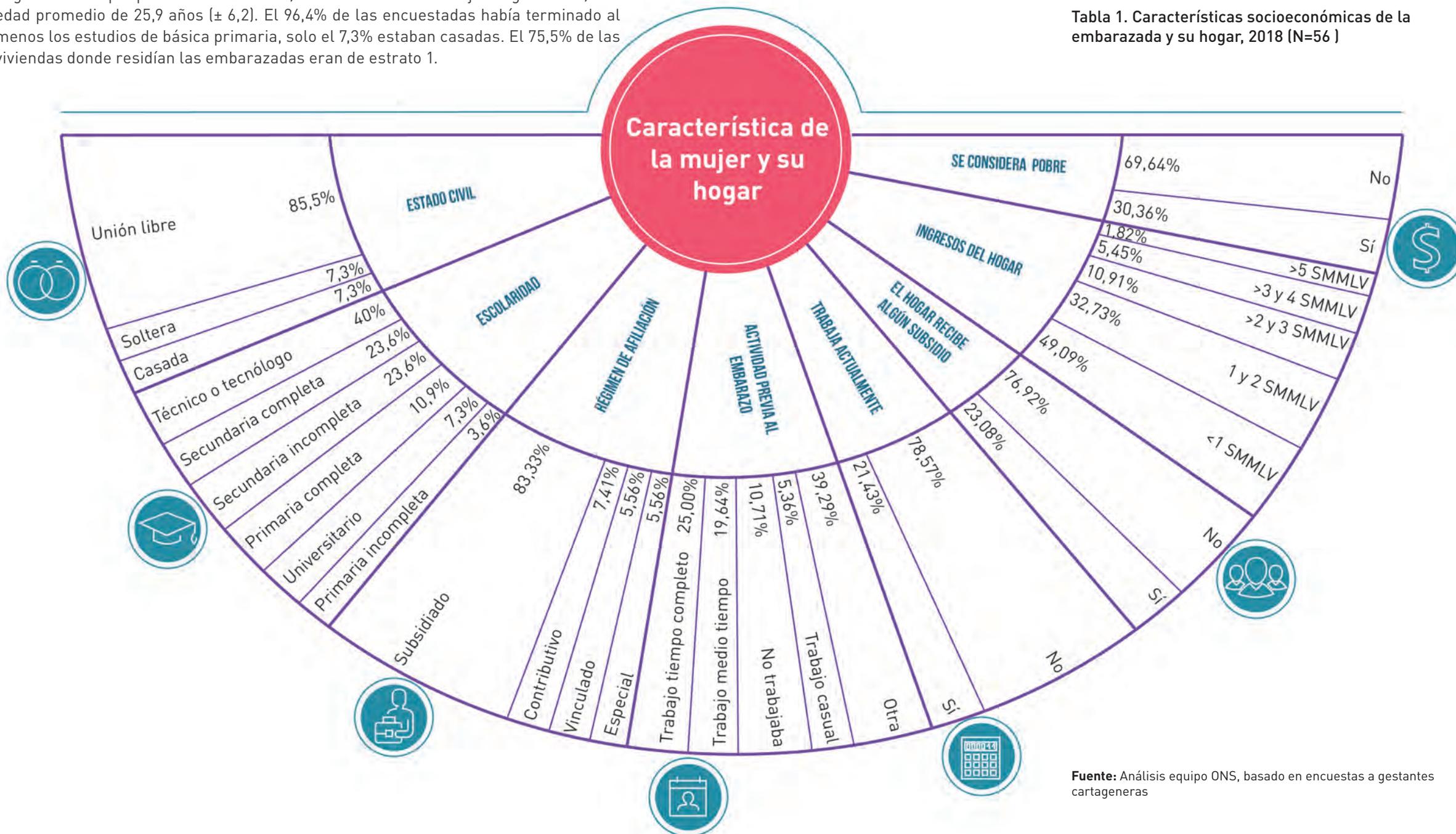


EN COLOMBIA, LA SSR SE ENMARCA EN EL PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA (PDSP) 2012-2021 Y SE COMPONE, POR UNA PARTE, DE LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS EN SSR Y EQUIDAD DE GÉNERO, Y POR OTRA, DE LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN INTEGRAL EN SSR DESDE UN ENFOQUE DE DERECHOS. ESTE ÚLTIMO COMPONENTE, INCLUYE, ENTRE OTROS, EL ABORDAJE INTEGRAL DE LA MUJER ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DEL EVENTO OBSTÉTRICO (16). COLOMBIA TIENE INDICADORES EN SSR SIMILARES A LOS DE PAÍSES DE LA REGIÓN, LOS CUALES ADEMÁS VIENEN PRESENTANDO MEJORAS. SIN EMBARGO, SE PRESENTA DIFERENCIAS REGIONALES (17) QUE PODRÍAN REFLEJAR ACCESO DIFERENCIAL A NIVEL DE MUNICIPIOS.

Características socioeconómicas de las embarazadas y sus hogares

La Tabla 1 muestra las características socioeconómicas de las embarazadas y los hogares a los que pertenecen. En total, se encuestaron 56 mujeres gestantes, con edad promedio de 25,9 años ($\pm 6,2$). El 96,4% de las encuestadas había terminado al menos los estudios de básica primaria, solo el 7,3% estaban casadas. El 75,5% de las viviendas donde residían las embarazadas eran de estrato 1.

Tabla 1. Características socioeconómicas de la embarazada y su hogar, 2018 (N=56)



Fuente: Análisis equipo ONS, basado en encuestas a gestantes cartageneras

De las mujeres que trabajaban antes del embarazo y de las que continúan trabajando (43 en total), el 79,1% reportó un ingreso de <1 salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) y el 18,6% de entre 1-2 SMMLV. Algunas de las actividades que realizaban las mujeres antes de su embarazo, la mayoría, 22 mujeres (39,3%), realizaba otra actividad, y de estas, 14 (63,6%) estudiaban, y el resto se dedicaba a labores domésticas.

En cuanto al jefe del hogar de las embarazadas, 32 gestantes (58,2%) reportaron a su conyugue como jefe de hogar, nueve (16,4%) afirmaron que su madre era la jefe del hogar, cuatro (7,3%) informaron que era su padre, tres (5,5%) gestantes se

consideraron como jefas de su hogar y siete (12,8%) de las gestantes reportaron como jefes de hogar a su abuela, suegro, suegra o ambos.

La Tabla 2 describe información reportada por las mujeres acerca de su embarazo y controles. Respecto al número de semanas de embarazo que tenían al momento de aplicarles la encuesta, la mediana fue de 32 (rango: 4-40). La semana de embarazo donde hubo más frecuencia de control prenatal fue la 32, con siete mujeres. De otro lado, al preguntarles cuántas semanas de embarazo tenían cuando asistieron al primer control prenatal, la respuesta más común fue la tercera semana, con 11 mujeres (19,6%). Cuarenta (72,7%) de las encuestadas asistió al primer control prenatal entre la semana 1-10 de embarazo. Una mujer no dio respuesta a esta pregunta.

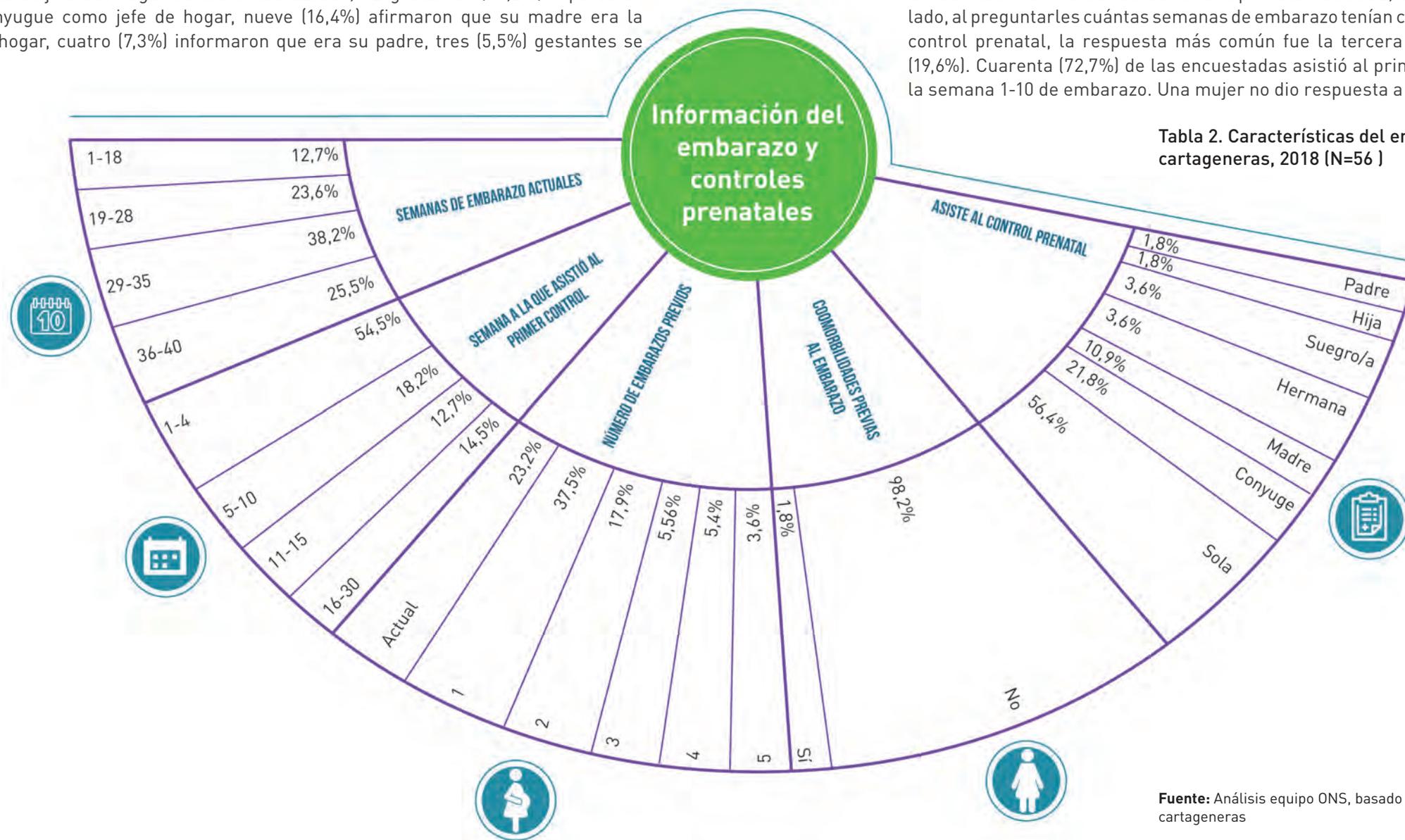


Tabla 2. Características del embarazo en gestantes cartageneras, 2018 (N=56)

Fuente: Análisis equipo ONS, basado en encuestas a gestantes cartageneras

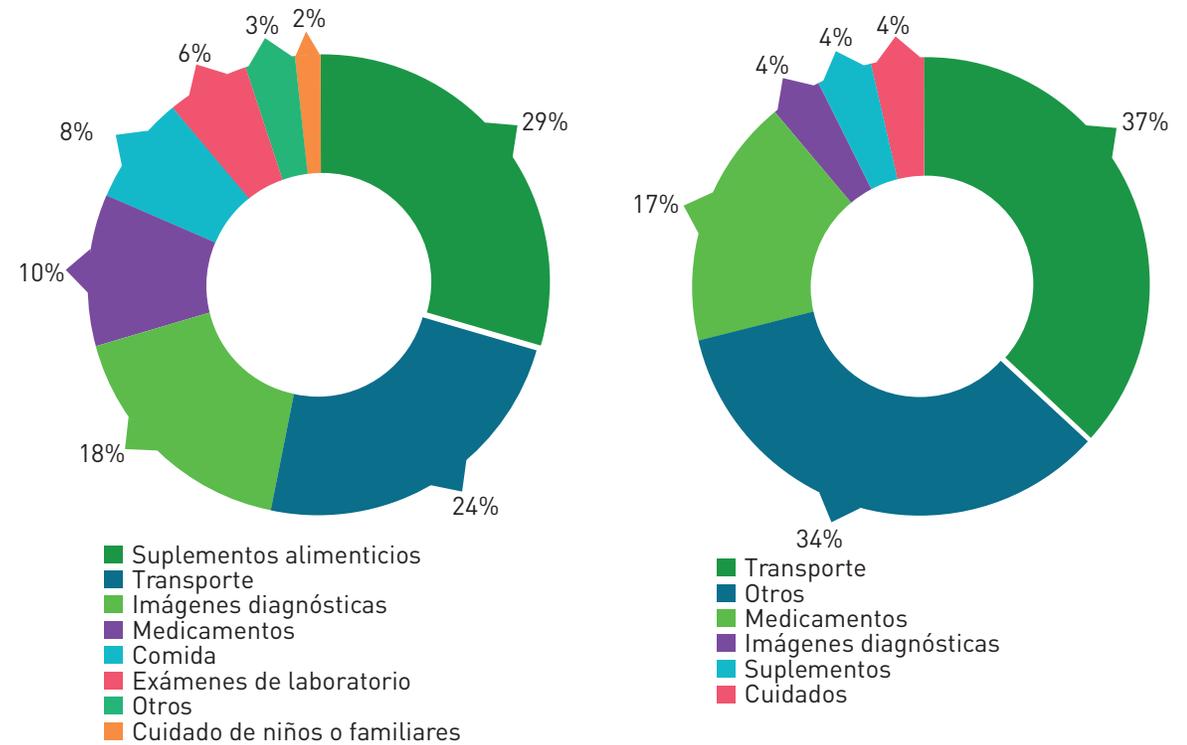


C O N T R O L E S
P R E N A T A L E S
Y SUS
C O M P L I C A C I O N E S

Gastos de bolsillo asociados a los controles prenatales y a las complicaciones

Todas las mujeres encuestadas tuvieron GB asociados al control prenatal en al menos un rubro de costo. El rango de GB osciló entre \$1.000-321.600. El rubro que reportó mayor frecuencia de gastos fue el transporte, seguido de la comida, otros gastos, y medicamentos. El GB promedio fue de \$71.736 (IC 95% \$53.400-92.715) para las mujeres que acuden a su control prenatal (Tabla 3). El mayor porcentaje fue gastado en suplementos alimenticios (29,0%), seguidos por el transporte e imágenes diagnósticas, con un 23,9 % y 17,6%, respectivamente (Figura 1).

Figura 1. Distribución porcentual de los gastos de bolsillo asociados al control prenatal y a la última complicación reportada por las embarazadas en Cartagena, 2018.



Fuente: Análisis equipo ONS, basado en encuestas a gestantes cartageneras

Respecto a las complicaciones asociadas al embarazo, 25 mujeres reportaron alguna complicación. El GB promedio asociado a una complicación del embarazo fue de \$57.539 (IC 95% \$28.686-100.124) en adición a los gastos estimado, y el rubro que representó un mayor peso en este promedio fue el transporte hacia un centro médico u hospital para atender dicha complicación (Tabla 3).

Tabla 3. Gastos de bolsillo asociado al control prenatal y a complicaciones en gestantes cartageneras, 2018

Rubro	Controles prenatales			Complicaciones		
	N (%)	Promedio	IC95% (Inferior-Superior)	N (%)	Promedio	IC95% (Inferior-Superior)
Transporte	56 (100,0)	\$ 17.287	(12.342 - 22.967)	25 (100)	\$ 21.405	(13.565 - 29.170)
Bus	34 (60,7)	\$ 18.389	(11.748 - 26.552)	8 (32)	\$ 24.439	(13.650 - 37.384)
Taxi	16 (28,6)	\$ 19.717	(15.267 - 24.662)	12 (48)	\$ 24.469	(17.167 - 32.167)
Moto-taxi	8 (14,3)	\$ 4.710	(2.857 - 6.857)	2 (8)	\$ 17.988	(6.000 - 30.000)
Medicamentos	14 (25,0)	\$ 29.745	(14.301 - 48.463)	7 (28)	\$ 36.431	(20.146 - 52.854)
Exámenes de laboratorio	4 (7,1)	\$ 56.766	(24.950 - 97.975)			
Pruebas diagnósticas	13 (23,2)	\$ 54.305	(38.462 - 78.075)	1 (4)	\$ 54.000	(54.000-54.000)
Suplementos alimenticios	13 (23,2)	\$ 70.025	(41.263 - 104.882)	1 (4)	\$ 55.000	(55.000-55.000)
Copagos	1 (1,8)	\$ 3.000	(3.000-3.000)			
Cuidado de niños o familiares	8 (14,3)	\$ 9.939	(5.500-14.375)	3 (12)	\$ 17.776	(8.000 - 25.000)
Comida	36 (64,3)	\$ 8.833	(6.528 - 11.638)			
Otros	17 (30,4)	\$ 5.569	(1.352 - 12.952)	11 (44)	\$ 49.781	(11.900 - 119.695)
Total	56 (100,0)	\$ 71.736	(53.400 - 92.715)	25 (100)	\$ 57.539	(28.686 - 100.124)

Fuente: Análisis equipo ONS, basado en encuestas a gestantes cartageneras



Pérdidas de productividad relacionadas con los controles prenatales

Las gestantes reportaron que les tomaba, en promedio, 4,2 (rango 1-12) horas asistir al control prenatal. Y las que afirmaron que iban acompañadas, su acompañante dedicó 4,5 horas (rango 1-13) de su tiempo. Lo anterior, traducido en términos de pérdida de productividad, se resume en que una mujer embarazada deja de recibir ingresos en promedio de \$13.541 (IC 95% \$8.138-16.276) y su acompañante de \$14.475 (rango \$8.130-19.531).

Implicaciones en salud pública de los gastos de bolsillo en gestantes

Las enfermedades y las muertes relacionadas con la gestación tienen gran importancia en términos de salud pública. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio propusieron reducir entre 1990-2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna en el mundo, logrando el acceso universal a la salud reproductiva al final de este período (16). Sin embargo, solo diez países lograron esta meta, con una reducción global de 29,4%, muriendo en 2015 alrededor de 275.288 mujeres por causas relacionadas con el embarazo en todo el mundo (17).

El presente estudio es de los primeros realizados en Colombia que se aproxima al conocimiento de los GB y los costos indirectos relacionados con la atención de controles prenatales y complicaciones en gestantes. Se encontró que, a pesar del aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), asistir a un control prenatal puede costar, en GB a las gestantes y familiares, \$71.736 (IC95% \$53.400-92.715). Adicionalmente, si una gestante presenta una complicación, los GB por atenderlas fueron de \$57.539 (IC 95% \$28.686-100.124). A su vez, las pérdidas de productividad producidas por el tiempo dedicado a asistir al control prenatal oscilan entre \$8.138-16.276. Estos gastos relacionados con los controles prenatales pueden ascender al 9,2% (6,8-11,9%) de los ingresos mensuales de un hogar que sobrevive con un salario mínimo, lo que sin duda convierte la atención de cuidados prenatales en una carga económica considerable para las familias de bajos ingresos económicos en Cartagena.

La mayoría de las embarazadas (72,7%) encuestadas afirmaron asistir al primer control prenatal antes de la semana diez, tal como lo recomienda la Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio (18). Sin embargo, resulta preocupante el resto de las gestantes que buscaron cuidado prenatal posterior a la semana diez, especialmente las ocho mujeres (14,5%) que lo solicitaron entre la semana dieciséis y treinta. El cuidado materno es una prioridad a nivel de política pública encaminada a mejorar los resultados del embarazo, por lo que en Colombia el Plan Decenal de Salud Pública

busca para el año 2021 garantizar cuatro o más controles prenatales en el 95% de las gestantes en el 94% de las entidades territoriales. Asimismo, aparece como meta lograr el ingreso al control prenatal antes de las doce semanas de gestación en el 80% de las maternas, y reducir mortalidad materna a 150 defunciones al año (19). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, una mujer debe tener una cobertura de al menos cuatro controles prenatales (3).

El presente trabajo presenta limitaciones. Las mujeres seleccionadas solo muestran resultados para embarazadas de hogares de estratos 1, 2 y 3. Sin embargo, representarían a una gran proporción de la población Cartagenera, puesto que el 91% de las viviendas en Cartagena son de estos estratos (20). Además, cerca de 268 mil cartageneros y cartageneras viven en condición de pobreza, y casi 35 mil en indigencia (21).

Este estudio deja abiertos algunos interrogantes que se convierten en nuevas preguntas de investigación para futuros trabajos. Por ejemplo, ¿por qué algunas gestantes estarían gastando una cantidad de dinero considerable en suplementos alimenticios, exámenes de laboratorio, pruebas diagnósticas y medicamentos, en especial cuando las embarazadas son una prioridad para el sistema de salud colombiano?

Según Amartya Sen, economista indio premio nobel de economía en 1998, la equidad en la financiación de los sistemas de salud implica generar condiciones para que los individuos, independientemente de su situación social y creencias personales, logren acceder a bienes y servicios que le permitan mantenerse sanos, realizar sus aspiraciones y alcanzar un bienestar compatible con el desarrollo de la sociedad en que vive (22,23). Bajo esta concepción, los resultados del estudio permiten recomendar la inclusión del GB como variable determinante de las políticas en salud pública relacionadas con la atención de maternas, en particular cuando se constituye como un indicador de equidad en el acceso a servicios de salud. Aunque a nivel de política en salud pública la atención de la gestante y sus controles prenatales constituyen una prioridad, se observa como el GB en determinados rubros constituye una importante carga económica para ellas y sus hogares. Buscar reducir el impacto que representa para un hogar pobre el hecho de asistir a los controles prenatales puede llevar al aumento de la adherencia de esta población, a este tipo de medidas de promoción y prevención. Por consiguiente, dichas acciones disminuirían las complicaciones relacionadas con el embarazo y la mortalidad de la madre y sus bebés.



LA EQUIDAD EN LA FINANCIACIÓN

DE LOS SISTEMAS DE SALUD IMPLICA GENERAR CONDICIONES PARA QUE LOS INDIVIDUOS, INDEPENDIEMENTE DE SU SITUACIÓN SOCIAL Y CREENCIAS PERSONALES, LOGREN ACCEDER A BIENES Y SERVICIOS QUE LE PERMITAN MANTENERSE SANOS

“”

Referencias

1. Cáceres-Manrique FDM. El control prenatal : una reflexión urgente. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2009;60(2):165-70.
2. Sánchez-Nuncio HR, Pérez-Toga G, Pérez-Rodríguez P, Vázquez-Nava F. Impacto del control prenatal en la morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005;43(5):377-80.
3. UNICEF. Antenatal care [Internet]. 2019 [citado 15 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/antenatal-care/>
4. Govil D, Purohit N, Gupta SD, Mohanty SK. Out-of-pocket expenditure on prenatal and natal care post Janani Suraksha Yojana : a case from Rajasthan , India. *J Heal Popul Nutr.* 2016;35(15):1-11.
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud. Notas conceptuales y metodológicas sobre la medición del gasto de bolsillo en salud. Vol. 2357. Bogotá D.C.; 2015.
6. Pérez-Valbuena GJ, Silva-Ureña A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Bogotá; 2015.
7. Tamez-González S, Valle-Arcos RI, Eibenschutz-Hartman C, Méndez-Ramírez I. Adaptación del modelo de Andersen al contexto mexicano: acceso a la atención prenatal. *Salud Publica Mex.* octubre de 2006;48(5):418-29.
8. Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the context of healthcare utilization: assessing environmental and provider-related variables in the behavioral model of utilization. *Health Serv Res.* 1998;33(3 Pt 1):571-96.
9. Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care. *Health Serv Res.* 1983;
10. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208.
11. Andersen R, Kravits J, Anderson OW. The public's view of the crisis in medical care: An impetus for changing delivery systems? *Econ Bus Bull.* 1972;
12. Jewell RT. Demand for prenatal health care in South America. *Appl Econ.* 2009;41(4):469-79.
13. Sandoval-Vargas Y, Eslava-Schmalbach J. Inequidades en mortalidad materna por departamentos en Colombia para los años (2000-2001), (2005-2006) y (2008-2009). *Rev Salud Pública.* 2013;15(4):577-89.
14. Nájera Arregocés S, Tuesca Molina R. Desigualdades y características sociodemográficas de la mortalidad materna. *Rev Panam Salud Publica.* 2015;37(4):239-44.
15. Adams J, Steel A, Frawley J, Broom A, Sibbritt D. Substantial out-of-pocket expenditure on maternity care practitioner consultations and treatments during pregnancy: Estimates from a nationally-representative sample of pregnant women in Australia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):1-8.
16. Organización Mundial de la Salud. ODM 5: mejorar la salud materna. *Temas de Salud.* p. 1.
17. GBD 2015 Maternal Mortality Collaborators. Global , regional , and national levels of maternal mortality , 1990 – 2015 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388:1775–812.
18. IETS-Cinets. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. 2013.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública Colombia PDSP 2012-2021. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
20. Cartagena Cómo Vamos. Informe de calidad de vida 2015 [Internet]. 2015 [citado 10 de noviembre de 1a. C.]. Disponible en: <http://www.cartagenacomovamos.org/nuevo/wp-content/uploads/2016/07/Presentación-ICV-2015-Cartagena-Cómo-Vamos.pdf>
21. Cartagena Cómo Vamos. ¿Para dónde vamos? Informe de calidad de vida 2018. Módulo pobreza [Internet]. 2018 [citado 10 de noviembre de 1a. C.]. Disponible en: <http://www.cartagenacomovamos.org/nuevo/wp-content/uploads/2019/09/Informe-Calidad-de-Vida-2018-Módulo-Pobreza.pdf>
22. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2002;11:302-9.
23. Alvis-Estrada L, Alvis-Guzmán N, De La Hoz F. Gasto privado en salud de los hogares de Cartagena de Indias, 2004. *Rev Salud Publica.* 2007;9(1):11-25.



*Andrea García-Salazar
Karol Cotes-Cantillo
Salome Valencia-Aguirre
Carlos Castañeda-Orjuela*

6.4. Acceso a métodos anticonceptivos: un reto para las mujeres migrantes desde Venezuela en Cúcuta

Desde el año 2016 la migración desde Venezuela a Colombia ha alcanzado un record histórico, a corte septiembre del 2018 el Ministerio de Relaciones Exteriores calculó que en el territorio nacional se encuentran aproximadamente 1.032.016 ciudadanos venezolanos (1), el 25% de esta población son mujeres con edades que oscilan entre los 18 y los 39 años, en su mayoría migrantes irregulares, es decir, quienes no tienen un estatus migratorio regular (Recuadro 1). Este perfil demográfico representa un reto para la atención en salud, especialmente en las zonas de frontera, debido al aumento de la demanda en servicios de salud sexual y salud reproductiva (SSR).

Existen esfuerzos importantes en el análisis de la situación de salud de la población migrante desde Venezuela (2-6), sin embargo, es necesario ampliar los estudios desde distintas perspectivas, incluido el enfoque de género en relación con la salud sexual y reproductiva (SSR). La problemática relacionada con el tema de SSR cobra una importancia particular por sus repercusiones sociales y de salud para la misma



Este perfil demográfico representa un reto para la atención en salud, especialmente en las zonas de frontera

población, pero también para el sistema de salud y la sociedad. De tal manera, el objeto de este estudio es analizar el acceso a servicios de SSR, con énfasis en métodos anticonceptivos, de mujeres migrantes irregulares con especial atención a la oferta brindada por el sistema de salud, las agencias internacionales, organizaciones privadas y su relación con las necesidades de esta población.

Teniendo en cuenta que la sexualidad es una expresión esencial de lo humano, que es innegable a pesar de las circunstancias en la vida de las personas y que su ejercicio trae consecuencias a la salud individual y obligaciones para la sociedad, se realizó un estudio de caso cualitativo en la ciudad de Cúcuta, que por su situación de ciudad fronteriza recibe gran número de migrantes venezolanos. Se llevaron a cabo entrevistas a distintos actores del sector salud, mujeres migrantes y organizaciones privadas y agencias internacionales con presencia en la ciudad. El análisis se llevó a cabo a la luz del modelo de acceso a servicios de salud de Andersen y Aday (7), con énfasis en aspectos de contexto (económico, políticos, sociales y los relacionados con el proveedor de servicios) que componen el acceso a métodos anticonceptivos, las características poblacionales, y el acceso efectivo a los servicios de salud.

El SGSSS: las deudas del sistema con la población migrante, una respuesta insuficiente

Acorde al modelo de Aday y Andersen la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es uno de los componentes del acceso potencial, donde se encuentran los medios dispuestos para facilitar o dificultar el uso efectivo de los servicios. Allí interactúan las características del sistema de salud y las características de la población. Las características del servicio se definen como los acuerdos para la prestación, donde se integran recursos y organización, por esto se analizan los patrones de organización de la oferta.

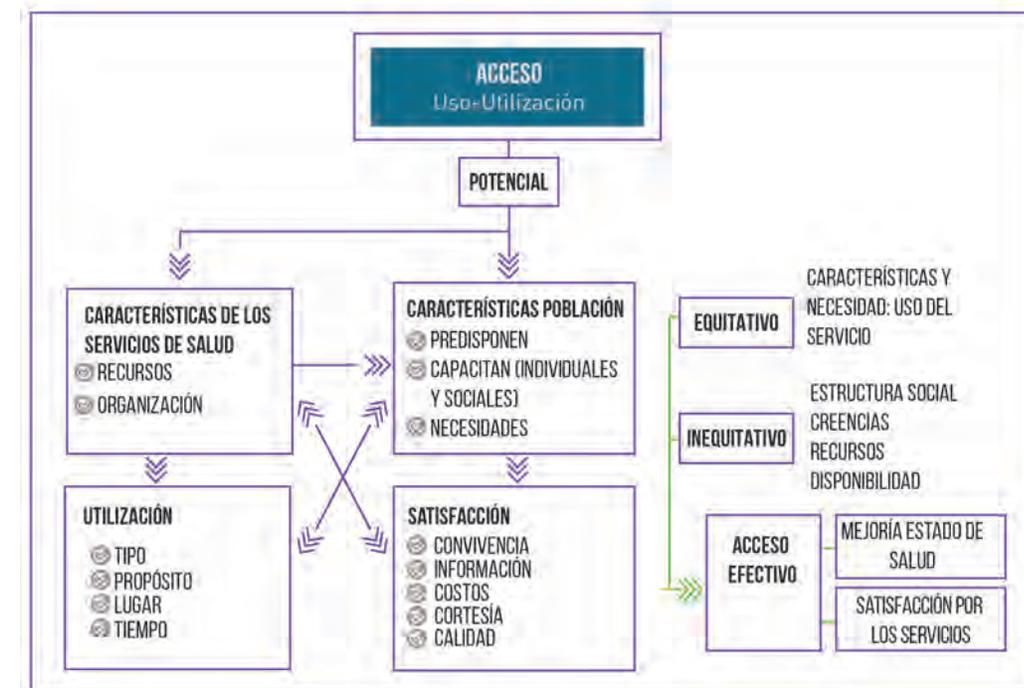
Son tres los aspectos determinantes para el acceso a métodos anticonceptivos de la población migrante irregular en relación con las características del sistema de salud: 1) El estatus migratorio y la vinculación con el SGSSS; 2) La respuesta de los actores fuera del SGSSS; y 3) La experiencia de las mujeres en el contacto con los servicios de salud. Estos elementos sumados a la condición de vulnerabilidad de las mujeres migrantes irregulares (MMI), limitan el uso de métodos anticonceptivos y en general de servicios de SSR, lo que impacta de manera negativa su vida, la de sus familia y la comunidad.

Con respecto al tipo de vinculación con el sistema de salud, la población migrante irregular, es el equivalente a población pobre no asegurada, y esto se traduce en una oferta limitada de servicios de salud en general. Esta población debe ser atendida por los departamentos y distritos, contratando a través de la red hospitalaria pública (8).

Los mecanismos de atención son los siguientes: a) pueden acceder a los servicios de urgencias de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) del país; b) ser sujeto de acciones colectivas; y c) acceder a la oferta de actores que no están en el SGSSS como Organizaciones no Gubernamentales (ONG) o agencias internacionales, y organizaciones privadas. Esto implica que los eventos de SSR como el parto y la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), característicos de las urgencias, son el foco de la atención a las MMI, mientras que los métodos anticonceptivos, que hacen parte de la Atención Primaria en Salud (APS), no hacen parte de la oferta en salud para las MMI, únicamente en determinadas actividades en el marco de las acciones colectivas podrían acceder a este servicio. En consecuencia, la posibilidad de acceso continuo a métodos anticonceptivos para las MMI en la ciudad de Cúcuta, está dada por los servicios que ofrecen actores externos al sistema de salud, como las Agencias Internacionales, organizaciones privadas y ONG. En este contexto fue posible evidenciar que estas organizaciones se instalan en espacios propios o rentan espacios de fácil acceso para las MMI (ej. ingreso fronterizo de Villa del Rosario, parques, plazoletas públicas), donde prestan diferentes servicios de salud.

Otra de las modalidades de prestación de estos servicios es la suscripción de convenios por parte de algunos de estas organizaciones con la red hospitalaria pública, con el objetivo de atender a la población migrante. Esta forma de organizar el servicio se describe por los funcionarios de la Empresa Social del Estado (ESE) ImSalud de la siguiente manera “[...] casi todas las organizaciones [internacionales que focalizan acciones en población migrante] quieren hacer convenios para que se implementen las rutas de atención a dicha población [...]. Se hace el adecuado proceso de la IPS con la organización para brindarles la atención [...] que se les brinde la salud y se le brinde la atención en salud y se le entreguen todos los métodos anticonceptivos”. La Figura 1, sintetiza la manera como se ha organizado el servicios.

Figura 1. Esquema de la vía por la que los actores responden a la demanda de métodos anticonceptivos.



Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud

Esta oferta, que se brinda en el contexto de un fenómeno de aparición súbita, como lo es en este caso la migración, no siempre presta el servicio ajustado a los protocolos de atención acorde a la regulación del sistema de salud. Esto implica que la atención no pueda ser objeto de vigilancia por parte de la Secretaría de Salud de Cúcuta. Así lo expresan funcionarios del sector “[...] tenemos que pedir al Ministerio que nos aclare y nos diga [qué hacer], porque cuando yo voy hacer una visita a una IPS pues obviamente que yo la hago bajo los lineamientos de la guía, entonces tenemos una lista de chequeos usted cumple o no cumple, basados en la guía, pero ellos dicen, los de las agencias internacionales, que eso es en situación de emergencia y que nosotros no podemos aplicarle la guías de manejo”.

La falta de claridad ante esta situación impide que pueda realizarse el seguimiento necesario para asegurar una adecuada prestación de los servicios. Aspectos como la continuidad del método, la adherencia al mismo, incluso la presentación de posibles efectos adversos, no siempre son tenidos en cuenta por los actores fuera del sistema y pueden dar lugar al fracaso del método o al presentación de problemas de salud si no



se establecen los controles pertinentes, así lo describen funcionarios de la Secretaría de salud: “una vez vino una agencia y que ellos iban a colocar dispositivos, y el otro que va hacer implantes subdérmicos, entonces la pregunta de nosotros es (...) quién haría el control, o cómo harían esas mujeres si ellas hoy están en Cúcuta y ya mañana migran puede ser otra vez a Venezuela o al interior de Colombia, entonces empezamos a ver una dificultad para la prestación, porque no es solo colocarle el dispositivo o colocarle su método sino los controles”.

Si se tiene en cuenta que la única manera de atender a esta población es mediante una oferta limitada a urgencias y acciones colectivas. Se puede decir que la posibilidad de acceso está circunscrita a la oferta de los actores mencionados, esto se lee como una limitada flexibilidad de adaptación del SGSSS a este tipo de contingencias descrito por funcionarios de Profamilia: “el sistema no puede moverse (...) pero si queremos que cambie el sistema, tiene que el Estado declarar una crisis humanitaria, que no se ha hecho, (...) nosotros tenemos la visión de que esto es una crisis humanitaria que el Estado no ha querido reconocer (...), por lo tanto el sistema, sobre todo el sistema público, no puede responder con medidas alternativas, sino que se sujeta a lo que hay en la ley”. Si el SGSSS fuese más dinámico para responder a estos fenómenos es probable que los recursos se usen de manera más eficiente, y se generen acciones entre el sector público y el sector privado más coordinadas.

La oferta por parte de los organismos mencionados en materia de métodos anticonceptivos, si bien se constituye casi en la única opción para las MMI, resulta a su vez limitada debido a que dicha oferta está sujeta a directrices de los donantes o a la vocación religiosa y política, de algunas de las organizaciones. En ese sentido, ciertas organizaciones que prestan servicios a los migrantes no atienden el tema de métodos anticonceptivos, descrito de la siguiente manera por funcionarios de Profamilia: “en la respuesta muchos de los cooperantes (...) no financian anticoncepción por

la política (...) también muchos de los que están llegando son (...) de diferentes cortes religiosos, obviamente están haciendo una respuesta importante en otros temas, pero claramente no en temas en salud sexual y reproductiva, entonces literalmente y lamentablemente contaditos con las manos, con una mano, los que estamos tratando de llevar una respuesta en estos temas”. Estas restricciones de orden político y religioso de algunos cooperantes que limita la oferta, se podría subsanar si las MMI pudieran acceder a la oferta de la Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (PNSSR), a través del sistema de salud.



M É T O D O S
A N T I C O N C E P T I V O S



Si el SGSSS fuese más dinámico para responder a estos fenómenos es probable que los recursos se usen de manera más eficiente, y se generen acciones entre el sector público y el sector privado más coordinadas.

“(…) EN EL CASO DE LAS MIGRACIONES Y PARTIENDO DEL GÉNERO COMO CATEGORÍA ANALÍTICA, LAS MUJERES MIGRANTES PUEDEN ESTAR EXPUESTAS A UNA DOBLE VULNERABILIDAD: LA DERIVADA EN CONSIDERACIÓN AL GÉNERO, OTRAS POR FACTORES DE EDAD, SOBRE TODO EN EL CASO DE NIÑAS Y ADOLESCENTES, Y ÉSTA A SU VEZ PUEDE VERSE DETERIORADA POR FACTORES DE DISCRIMINACIÓN” (9)

En relación con las características de la población como parte del acceso potencial en el marco del modelo de Aday y Andersen, se consideran los siguientes aspectos: 1) la edad y el sexo 2) la condición del contexto en Venezuela con respecto a la oferta de servicios de SSR; 3) la violencia sexual a la que se encuentran expuestas dadas las condiciones de la migración; 4) la opción de trabajo sexual como ocupación; y 5) las experiencias previas y el esquema socio cultural. Todos elementos que configuran la necesidad y búsqueda de métodos anticonceptivos de la MMI.

Ser mujer en edad fértil y migrante, constituye un escenario de vulnerabilidad que motiva a la demanda de servicios de SSR en general y de métodos anticonceptivos en particular, lo que es demostrado por la amplia demanda de métodos anticonceptivos como lo expone un funcionario de Profamilia: *“en planificación familiar, consulta de medicina general, interrupción voluntaria del embarazo, laboratorios, ecografías (...) todo esto en población venezolana y colombiana vulnerable, que la proporción son más venezolanas que colombianas, de 10 personas 8 o 9 son venezolanas”.*

En Venezuela hasta hace unos años existía una extensa oferta gratuita de anticonceptivos (10), pero actualmente el acceso está sujeto al pago. El costo elevado de los métodos ha llevado a que las mujeres no puedan acceder a estos, o que recurran a estructuras ilegales para su consecución, lo que limita su acceso, por lo que son proclives de migrar a Cúcuta para conseguirlos de manera gratuita o a un costo asequible (10). Algunas mujeres realizan desplazamientos largos y onerosos a Cúcuta solo para buscar oferta de servicios, y retornar a su hogar en Venezuela tan pronto son atendidas. Otras que han decidido migrar de manera definitiva consideran que dentro de sus prioridades está la anticoncepción debido en parte a la violencia sexual que acompaña la migración irregular, relatado así por funcionarios de Profamilia *“(…) a mí me contó eso fue [nombre], una venezolana migrante que trabaja en otra organización, decía: es que las mujeres nos preparamos para todo, hay una percepción de que en los cruces o en los caminos probablemente va a ocurrir violencia sexual y entonces una forma de prepararse para la migración [es adquirir métodos anticonceptivos]”.*

Otra particularidad que predispone la búsqueda es el trabajo sexual. En lo que Perez y Paiewonksy (11) han denominado la feminización de la migración, el trabajo sexual y el trabajo doméstico son considerados los oficios donde la mujer encuentra ingresos económicos, dinámica que obedece a la estereotipación de la mujer como cuerpo sexuado dispuesto o la mujer cuidadora (9). Así lo describen funcionarios de la Secretaria de Salud: *“con ese problema migratorio (...) las venezolanas desplazaron a las colombianas, o sea usted hoy va a nuestros sitios nocturnos y bares y parques donde se ofrece servicios sexuales, puras venezolanas, igual como estamos trabajando con la comunidad diversa entonces también pasó lo mismo con las chicas trans que estaban ubicadas en un lado llegaron las trabajadoras sexuales venezolanas”.*

Diversos estudios de los procesos migratorios alrededor del mundo visibilizan que los migrantes, en comparación con los nacionales, no tienen las mismas expectativas (13), conocimientos de los servicios de salud (14), ni autopercepción de su salud (15). En esa medida se siguen presentando limitantes en la búsqueda de atención médica mediada por las experiencias personales y su esquema socio-cultural, expuesto así por funcionarios de Profamilia: *“ lo que encontramos en el trabajo de campo es que para los jóvenes y las mujeres venezolanas hablar de métodos anticonceptivos es algo que da mucha vergüenza, entonces es muy probable que en ese contexto no piensen en ir a buscar los métodos”.*

Por otra parte, la búsqueda de métodos anticonceptivos concentrada en las mujeres, da cuenta de las desigualdades de género. Esto se relaciona con aquello que se espera de la mujer. Socialmente se asume que sobre ella recae la responsabilidad de la maternidad y la reproducción, manifestado por funcionarios de la ESE ImSalud: *“ pues por lo general la responsabilidad es de la mujer, la mujer según la sociedad es*

quien tiene que ir buscar el servicio, cuidarse y llevar su vida de salud segura, la responsabilidad de la planificación familiar históricamente ha sido de la mujer (...). Se encontró que los hombres se sustraen del uso de los métodos, con especial reticencia al uso del condón. Y se sigue considerando que la responsabilidad de la SSR es de la mujer". Esto se relaciona con la creencia que la maternidad (los hijos) son responsabilidad de la mujer, estas ideas se consideran parte de la construcción de la masculinidad, asociados con ideas como la pérdida de la virilidad por el uso de métodos anticonceptivos, y el fortalecimiento de la propia masculinidad mediante la imposición del uso de métodos anticonceptivos a la mujer, comportamiento descrito por funcionarios de ImSalud: *"[el hombre se auto identifica por ser] guache, ser machista (...) implica siempre tratar del hombre ponerse sobre la mujer, siempre dejarle la responsabilidad de la planificación familiar a la mujer, pensar que él no es parte del problema, él no es parte de la responsabilidad de la anticoncepción, es la forma de pensar y son las cosas que hay que cambiar".*

En definitiva, la predisposición al uso de servicios de SSR no puede ser encasillada como un proceso natural, sino que es necesario sea analizada en el marco del enfoque de género (12). Es necesario que la oferta en SSR considere la inequidad en salud desde la oportunidad desigual que implica ser MMI. Es necesario comprender que si bien ser mujer es predisponente, lo que implica la migración en la vida de estas mujeres reduce sus posibilidades de acceso, desde las barreras para ingresar al SGSSS, el costo que implica adquirir los métodos, la movilidad que trae consigo la migración, y que esto afecta de manera diferente a la mujer por los roles de género que le son impuestos (9).

[Ser mujer migrante irregular, el peso de la migración](#)

En el marco de la consideración de elementos capacitantes se encuentra el estatus migratorio – regular o irregular-, tener o no empleo formal, el



S E R M U J E R
M
I
G
R
A
N
T
E

aseguramiento, la información que poseen acerca de la oferta del sistema y de los procedimientos para acceder a la misma. Estas condiciones facilitan o limitan el acceso a métodos anticonceptivos. Las MMI cuentan con solo alguno o ninguno de estos elementos capacitantes, por lo que estos se han convertido en barreras para el acceso efectivo.

El aseguramiento es quizá el aspecto de mayor importancia en el caso de las MMI y además el que puede ser de más fácil modificación, debido a que para los migrantes venezolanos se ha facilitado en los últimos años la vinculación al SGSSS a través de la afiliación al régimen subsidiado. Pero esto está sujeto a la regularización de su situación, que depende de la consecución de la documentación exigida por las autoridades nacionales y es acá donde se encuentran con múltiples inconvenientes debido a que la crisis institucional en Venezuela dificulta la obtención de estos documentos, lo que implica una seria barrera para el acceso a métodos anticonceptivos como señala un funcionario de Profamilia y para el caso del estatus migratorio *“[desde la] posición de un migrante o una migrante, llego acá y el acceso a los anticonceptivos enfrenta una grandísima barrera, y es el estatus, acá la posibilidad de conseguir anticonceptivos se reduce significativamente, pero para llegar a tener un estatus y tener acceso a un sistema [pasa mucho tiempo] para poder tener una EPS subsidiada que me preste los servicios, en este proceso transcurre un buen tiempo, y la sexualidad no se corta”*.

A la falta de aseguramiento se suman otras condiciones que son características de las MMI, como no tener o tener bajos ingresos o tener dependencia económica, la escasa información acerca del funcionamiento del sistema de salud, así lo describen funcionarios de Profamilia, en el caso del ingreso: *“hacer una fila para que me den 10 condones o irme a trabajar en un semáforo para conseguir con qué comer, pues me voy al semáforo, o estar todo el día haciendo una fila para que me hagan una citología cuando puedo estar todo el día buscando dónde voy a dormir”*. El peso de estos elementos en la búsqueda de servicios de SSR se traduce en que deben ser abordados bajo la perspectiva de la interseccionalidad. La atención en salud desde el SGSSS para MMI se concentra en la red hospitalaria pública, exclusivamente en Urgencias, entonces los medicamentos que les prescriben deben ser asumidos por ellas. Si se tiene en cuenta que las MMI suelen tener bajo nivel de ingresos, o que destinan la mayoría de sus ingresos a su familia, el costo de los medicamentos se convierte en una barrera para el acceso.

Con el fin de superar estas barreras es necesario que se replantee la flexibilidad del SGSSS para que sea posible una respuesta más inmediata a dinámicas poblacionales contingentes. Los funcionarios de la Secretaría de Salud de Cúcuta plantean que es necesario reconocer la situación de emergencia humanitaria: *“[es necesario] que también nos aclaren si estamos en emergencia, porque la emergencia [humanitaria] no ha*

sido declarada, entonces aquí las agencias internacionales entonces lo que medio tenemos también hemos tratado cómo de posicionarnos con ellos y decirles bueno, a ver qué es lo que ofertan aquí tenemos una norma, pero entonces todavía estamos a la espera de esa declaratoria”. Actualmente, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) ha detectado las características del SGSSS que impiden el acceso, por lo que ha conminado a gobernaciones, alcaldías y secretarías de salud a realizar acciones conjuntas con el objetivo de prevenir problemas de salud y atención a la población migrante (13), pero esto parece quedarse corto en un país donde se siguen estableciendo esquemas de atención centralizados y las entidades territoriales cuentan con recursos limitados para la ejecución de políticas exclusivas del estado de emergencia.

Ser mujer migrante irregular y la sexualidad: el juego de las prioridades

Finalmente acceder a los servicios de SSR parte de la búsqueda de atención en salud, que a su vez nace de la necesidad expresada (14). Los componentes de ésta son la necesidad percibida y la necesidad evaluada. La primera obedece al fuero individual y la segunda al diagnóstico que realiza el personal médico o sanitario. En las dos se encuentran elementos subjetivos propios de la identidad individual, que ayudan en la lectura de las manifestaciones corporales o mentales con el objetivo de traducirlas en un evento de salud. A continuación se presenta esta construcción de la necesidad, a través de los relatos de las MMI y el personal de salud.

La necesidad percibida de las MMI en lo que respecta a métodos anticonceptivos se relaciona con su proyecto de vida y la autopercepción de su salud. En la base de esto se encuentra el género como determinante de la construcción de la necesidad, puesto que existe una alta vulnerabilidad al migrar siendo mujer, que se expresa en exigencias sexuales de los hombres a cambio de comida, estadía y dinero. A continuación se describe esta situación de la MMI: *“dejar de tener relaciones sexuales pues a veces no es una opción porque también estamos en que hay mucha violencia contra las mujeres, por parte de los familiares también, del marido, del esposo, el novio, que está exigiéndole [sexo]”*

Sumado a lo anterior, el concepto de “sense of entitlement” (15) acuñado por Standing y Hawkins permite comprender cómo las mujeres internalizan sus derechos sexuales y reproductivos, es decir, la manera en que los desarrollan desde su relación de pareja, con la sociedad, cómo priorizan o no el ejercicio de estos derechos. Dicha apropiación se construye a partir de factores culturales, de autopercepción de la salud, que les permiten empoderarse o no de las decisiones que toman en relación con su cuerpo, esto se puede leer en el siguiente testimonio de una MMI: *“ las pastillas no porque soy muy olvidadiza y no me gusta por eso (...), yo digo que el aparato, ese no se sale, uno no se lo tiene que quitar y poner ni nada de eso, está ahí, claro se tiene que cuidar, pero no tiene*



P A R A Q U E L A S M U J E R E S

puedan empoderarse de su SSR es necesario que las IPS y sus funcionarios superen los estereotipos que tienen acerca de las mujeres migrantes, puesto que estas creencias limitan el acceso.

que ser con pastillas ni nada”.

La necesidad evaluada, en comparación con la necesidad percibida, tiene un lugar privilegiado en la consecución de la atención en salud. En esa medida lo que el personal sanitario no diagnóstica o no considera necesario es eliminado de la atención, relatado así por un funcionario en relación con la reticencia de practicar ligaduras de trompas en mujeres jóvenes o sin hijos *“para que se le haga el Pomeroy, que ya es un anticonceptivo de larga duración, (...) el profesional encargado [determina] si está en toda su disponibilidad mira la situación de la paciente para elegir el método anticonceptivo y esos son los únicos que se remiten (...) porque de realizarse se le estaría coartando su derecho a la reproducción”.* Hay reticencia a practicar ligaduras de trompas porque se considera atentan con el derecho a la reproducción de la mujer. Allí se cruzan los esquemas de valores del personal sanitario, y la forma en cómo se disponen los recursos para la atención, este último aspecto lleva a que el personal sanitario vea las necesidades percibidas en el diseño de los servicios de salud que considera puede o debe suministrar.

En lo que concierne a la necesidad expresada, en diálogo con MMI que son trabajadoras sexuales, ellas refieren que su necesidad surgen del afán por no querer tener hijos mientras ejercen dicha labor o buscar la prevención de ITS, así describe la motivación de su búsqueda una mujer: *“como no tengo pareja, estoy migrante, todo eso, no yo no quiero, es más yo vivo aquí sola con mi hijo, yo trabajo independiente y entonces la escuela y todo eso se me hace muy difícil”.* La naturalización de esta búsqueda debe ser analizada a través de la realidad social del género que se refleja en el cuerpo de las mujeres, una manera de acercarse a esto es mediante lo que Kaja Finkler denomina *“lesiones de la vida”*, esto es la manera en que la hostilidad del contexto en que se encuentra la mujer se expresa en su cuerpo, algunas veces con síntomas que al acudir a los servicios de salud no se reconocen como parte de una enfermedad

Los cruces entre la oferta y el uso: La experiencia de las MMI en el acceso a métodos anticonceptivos

El Acceso efectivo se surte cuando se demanda la atención, es decir, cuando la MMI finalmente logra acceder a la oferta, para producir un cambio favorable en la salud. De esto surgen interacciones con el personal sanitario y con el sistema, que impactan de manera positiva o negativa a las MMI, haciéndolas reticentes a consultar e incluso excluyéndolas de una futura búsqueda de servicios de SSR.

De manera general está el tabú con la sexualidad, donde la mujer que busca métodos anticonceptivos está dejando de lado temas prioritarios, se traduce en personal sanitario que juzga a la MMI, descrito así por funcionarios de Profamilia: *“viene una venezolana pues, el estigma para esta mujer, qué cómo así, ¿usted no vino fue a buscar*

comida, a buscar trabajo?, o viene aquí a buscar placer sin cuidarse". El peso negativo del trato que se le da las MMI es una carga innecesaria para esta población, y es considerado un factor determinante en la búsqueda de servicios de salud, de la siguiente manera lo describe una MMI ante la pregunta sobre el trato del personal médico: "es que hay otros lugares que sí, pues son demasiados odiosos, son repelentes, y más a lo que yo voy hacer, yo sé que esto es malo que esto no es bueno, y algunas personas les molesta eso y me tratan mal".

Para que las mujeres puedan empoderarse de su SSR es necesario que las IPS y sus funcionarios superen los estereotipos que tienen acerca de las mujeres migrantes, puesto que estas creencias limitan el acceso. Dicha discriminación se pudo constatar en diálogo con funcionarios de la ESE ImSalud, en las descripciones que hacen de las MMI en situación de calle: "es difícil llevarle un seguimiento a esas pacientes porque es que ellas van a estar en el puente (...) ellas ya están en una vida de consumismo, y ellas de por sí no se prestan atención a ellas mismas, no van a buscar una atención, entonces con esa población es difícil de trabajar".

Un aspecto relevante pero no tan explorado en el uso de métodos anticonceptivos es la experiencia de las mujeres respecto a la vivencia con el método, puesto que se considera que los cuerpos de las mujeres en edad fértil se estructuran de manera casi homogénea y que solo en casos excepcionales ocurren respuestas adversas al uso. Por otra parte se asume que la adherencia y continuidad del uso es únicamente responsabilidad de la mujer, frente a esto se encuentra que para las mujeres el tema es considerado sensible por lo que buscan ser atendidas por personal que sea empático a sus historia de vida. La escucha es muy importante para gestionar la atención integral, así describe su trabajo un profesional de salud "yo como venezolano me siento (...), bueno a veces me siento un poco mal porque al escuchar cada paciente que tiene una historia particular y una historia diferente, y a veces pues se abren y quieren ir un poquito más allá de la consulta de planificación sino también quieren contar un poquito, que alguien los escuche sobre el problema que ellas están pasando (...) a veces uno lo ve por otra parte y uno trata pues de ayudar y de tratar de solucionar aunque sea un problema que ya están teniendo ya sea en tema general una enfermedad o algo, poderle ayudar, o un tema de planificación familiar"

Para que hayan resultados positivos en el uso de métodos anticonceptivos (ej. adherencia y continuidad en uso del método), es necesario humanizar los servicios de salud (16,17). En el trabajo realizado se encontró que para las MMI, al buscar el servicio, es clave el trato del personal sanitario, más en un tema considerado íntimo como lo es la sexualidad. También se habla del miedo que perciben al acercarse a las instituciones, puesto que consideran que además de ser discriminadas pueden ser judicializadas por su estatus migratorio, o judicializadas en el caso de las mujeres que

buscan servicios de IVE. Esta situación fue descrita por funcionarios de Profamilia: "claramente a una mujer migrante irregular indocumentada, súmale barreras, literalmente por que le tienen miedo al sistema, o sea no van al ICBF porque sienten que los hijos se los van a quitar, no van a la red pública y lo hemos evidenciado porque hasta llaman a migración y llaman a la fiscalía en casos de acceder a una IVE".

En lo que concierne a la oferta del sistema se encuentra que es en los partos atendidos en las Urgencias, donde se deben incluir los métodos anticonceptivos, pero esto no es tal. Así lo expresan funcionarios de Profamilia: "una de las urgencias vitales que está atendiendo la red pública en los territorios son los partos, pero literalmente las dejan sueltas, o sea se atendió el parto, controles prenatales cero, y después del parto nada, o sea, y es que literalmente es ahí donde debería haber una respuesta directa, porque literalmente los 9 - 10 meses las vuelves y las tienes [embarazadas]". Esto significa que los partos, siendo una oportunidad de proveer a las MMI de métodos anticonceptivos, es desaprovechada por los prestadores de salud, lo cual tiene como consecuencia embarazos no deseados y problemas de salud.



**ES NECESARIO
QUE LAS IPS
y sus funcionarios superen los estereotipos
que tienen acerca de las mujeres migrantes**

Recomendaciones

Es necesario fortalecer la creación de programas especializados en migrantes, que se pueden desarrollar de la mano con las agencias internacionales y ONG con experiencia en estos temas, y debido a la irregularidad del estatus de gran parte de los migrantes es necesario que estos programas no exijan documentación ni afiliación a EPS.

Se debe trabajar en la superación de la xenofobia y discriminación que manifiestan los prestadores de servicios de salud. Si bien la situación migratoria ha impactado los servicios de salud y ha sobrepasado la oferta de estos, es necesario humanizar el servicio bajo la consideración de la vulnerabilidad de los migrantes.

La universalización del servicio de salud que contempla a los migrantes irregulares no puede concentrarse en urgencias, bajo el argumento del costo que implica para el SGSSS, puesto que experiencias internacionales han demostrado que acciones integrales de Promoción y Prevención son más costo-efectivas a largo plazo en eventos relacionados con la salud sexual y la salud reproductiva. Este contexto de la atención es similar a lo que le sucede a la población pobre no asegurada, por lo que es necesario replantearse la oferta para estas poblaciones.

Para abordar la desigualdad en el acceso a la salud de la población migrante es necesario distinguir aquellas barreras que nacen de su condición de inmigrante, y aquellas que surgen de la política e incluso del desempeño de los prestadores de salud. Puesto que los mecanismos de exclusión obedecen a factores particulares relacionados con acciones específicas, entre los que se cuentan las redes de información, la flexibilidad del aparato burocrático, e incluso la discriminación. Es por esto que entre los factores modificables se deben incluir aquellos que puedan ser influenciados por políticas públicas, como la difusión de la información, las creencias y valores asociados a la SSR e incluso estrategias de capacitación a funcionarios de salud en las diferentes instituciones.

Los servicios de salud deben ser sensibles a las cuestiones de género, a cómo las MMI desarrollan su proyecto de vida, cómo exploran su cuerpo, la sexualidad que les es arrebatada por la explotación sexual. Por lo que es necesario que el personal sanitario reflexione sobre su postura ante la migración, y considere que las consultas sobre métodos anticonceptivos también es posible detectar síntomas de violencias de género en esta población.

Referencias

1. Ministerio de Relaciones Exteriores. Todo lo que quiere saber sobre la migración venezolana y no se lo han contado. 2018.
2. Fernandez-Niño JA. Migración venezolana en Colombia: retos en Salud Pública. *Rev la Univ Ind Santander*. 2018;50(1).
3. Fernández-Niño JA, Vásquez-Rodríguez AB, Florez-García VA, Rojas-Botero ML, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, et al. Modos de vida y estado de salud de migrantes en un asentamiento de Barranquilla, 2018. *Rev Salud Pública*. 2018;20(4):530–8.
4. Fernández-Niño JA, Luna-Orozco K, Navarro-Lechuga E, Flórez-García V, Acosta-Reyes J, Solano A, et al. Necesidades percibidas de salud por los migrantes desde Venezuela en el asentamiento de Villa Caracas – Barranquilla, 2018: reporte de caso en salud pública. *Rev la Univ Ind Santander Salud*. 2018;50(3):269–76.
5. Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana. Bogotá; 2018. 1–90 p.
6. García ZLI. Situación de las mujeres migrantes venezolanas en el departamento de Nariño. 2019;
7. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res [Internet]*. 1974;9(3):208–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/> <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan de respuesta del Sector Salud al fenómeno migratorio.
9. Palacios Valencia Y. Perspectiva de género en los fenómenos migratorios: estudio desde Europa y América Latina. *CES Derecho*. 2016;(2):145–62.
10. Asociación civil Mujeres en Línea, Asociación Venezolana para una, Educación sexual alternativa, Centro de Justicia y paz, Centro hispanoamericano de la mujer Freya. Mujeres al límite: Derechos de las mujeres cara al agravamiento de la emergencia humanitaria compleja en Venezuela. 2019.
11. Pérez A, Paiewonsky D. Cruzando fronteras II: Migración y desarrollo desde una perspectiva de género. 2008.
12. Secretaria de salud pública de la municipalidad de Rosario. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. In 2007.
13. Ministro de Salud y Protección Social. Circular 025 de 2017. Para el fortalecimiento de acciones en Salud Pública para responder a la situación de migración de poblaciones provenientes de Venezuela. 2017. p. 1–7.
14. Arrivillaga M, Borrero YE. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de A comprehensive and critical view of conceptual models for access to health services , 1970-2013 Una análise crítica e abrangente dos modelos conceituais sobre o acesso a. 2016;32(118):1–15.
15. Standing H, Hawkins K, Mills E, Theobald S, Undie C. Introduction : contextualising “ rights ” in sexual and reproductive health. 2011;11(Suppl 3):1–9.
16. Ariza Olarte C. Soluciones de humanización en salud en la práctica diaria. Vol. 9, *Enfermería Universitaria*. 2018.
17. Aprendiendo Sobre La Humanización De La Salud: Reflexiones Desde La Experiencia [Internet]. 2018. Available from: www.ucm.edu.co
18. Consejo Nacional de Política Económica y Social. República de Colombia. Departamento Nacional de planeación. Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. 2018;1–115.

Recuadro 1. Caracterización de la población migrante proveniente de Venezuela

Migrantes provenientes de Venezuela

- **Migrantes regulares:** Migrantes que ingresaron por puntos autorizados por Migración Colombia al país. Tienen pasaporte, cédula de extranjería, visa de trabajo, Permiso Especial de Permanencia (PEP) o se hayan presentado al Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos (RAMV).
- **Migrantes irregulares:** Ingresaron al territorio nacional por pasos no autorizados, superaron el tiempo permitido o ingresaron a zonas no autorizadas del territorio. No cuentan con documentación que acredite su situación migratoria.
- **Migrantes retornados:** Migrantes que tienen vínculo con el país, pueden no tener nacionalidad colombiana, y tienen derecho a solicitarla por los motivos definidos por el artículo 96 de la Constitución Política de Colombia y la Ley 43 de 1993.
- **Migración de tránsito:** Migrantes que ingresan a Colombia para trasladarse a otro país.
- **Migración pendular:** Migrantes que ingresan al país por corto tiempo con el objetivo de conseguir víveres, visitar parientes, o alguna otra actividad pero no tienen vocación de permanencia en el país.
- **Refugiado en Colombia:** Extranjero a quien el Estado colombiano le reconoció su condición de refugiado.

Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud, con información del Conpes 3950 (18)



CAPÍTULO 7

Mortalidad evitable y morbilidad asociada al acceso a los servicios de salud

Los sistemas de salud tienen múltiples objetivos. Uno de ellos es lograr un mayor acceso y cobertura para intervenciones de salud efectivas (1). De forma general se entiende por sistema de salud a todas aquellas organizaciones, personas y acciones cuya intención principal es promover, restaurar o mantener la salud (2). A partir de 2015 aparecen en la literatura, documentos que analizan la mortalidad por causas que se consideran susceptibles de control con la atención médica, las denominadas causas de mortalidad evitable, como una aproximación para examinar el acceso a la atención en los servicios de salud (3,4).

La noción de mortalidad evitable comenzó su aplicación a principios del siglo XX en el Reino Unido y los Estados Unidos cuando se realizaron investigaciones sobre muertes maternas potencialmente evitables (5,6). Años después, en 1976, Rutstein y su grupo sugirieron que muchas enfermedades a ciertas edades no deberían ocurrir en presencia de atención médica oportuna y efectiva (7). Este enfoque llamado posteriormente “mortalidad evitable” se ha venido modificando con base en los avances en la atención médica y la introducción de nuevas intervenciones (8–12). Los distintos estudios, en su momento produjeron listas de mortalidad evitable, siendo la de Nolte y McKee la más ampliamente citada y utilizada (Tabla 1) para cuantificar los niveles nacionales de acceso y calidad de la atención médica. Sin embargo, existe discusión sobre si en la actualidad esa lista representa las causas susceptibles de atención médica en lo que concierne a resultados no fatales y las edades en que la atención médica puede mejorar los resultados.



*Pablo Enrique Chaparro-Narváez
Gina Vargas Sandoval*

En general, la definición de mortalidad evitable corresponde con todas aquellas muertes que, dado el conocimiento médico y la tecnología actuales, podrían ser evitadas por el sistema de salud a través de la prevención o el tratamiento (13).

En cuanto a morbilidad, se han considerado las “afecciones sensibles a la atención ambulatoria” (ACSC). Las ACSC son condiciones para las cuales la atención ambulatoria oportuna y efectiva puede ayudar a reducir los riesgos de hospitalización al prevenir la aparición de una enfermedad o afección, controlar una enfermedad o afección episódica aguda, o controlar una enfermedad o condición crónica (14). Las ACSC se consideran un indicador de acceso a los servicios de salud (15). Diferentes estudios han producido listas de ACSC, una de ellas la de Caminal y su grupo (Tabla 2) que, para España, ha permitido el análisis de la capacidad de resolución de la atención primaria en salud (16).

El acceso a los servicios de salud puede ser entendido como el uso oportuno de los servicios de salud personal para lograr el mejor resultado de salud posible (17). Para la medición del acceso podría utilizarse indicadores objetivos apropiados como los de mortalidad o morbilidad (18) por causas que se consideran susceptibles de atención en los servicios de salud. Esos indicadores se constituyen en una alternativa para proporcionar información sobre el acceso a la atención en salud, ya sea a través de programas y políticas de salud pública, atención médica personal, o ambas y permitirán establecer y documentar las prioridades relacionadas con las actividades de atención médica así como la estimación de sus costos (3).

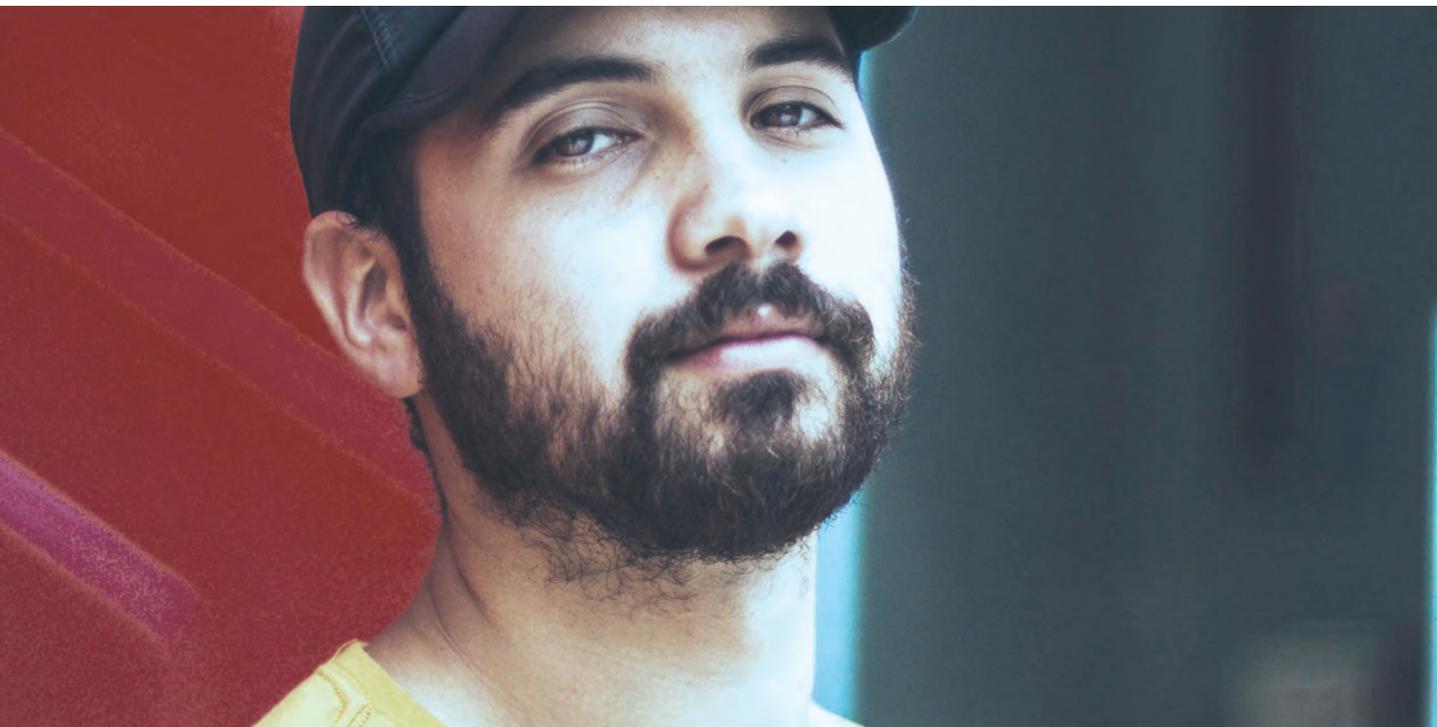
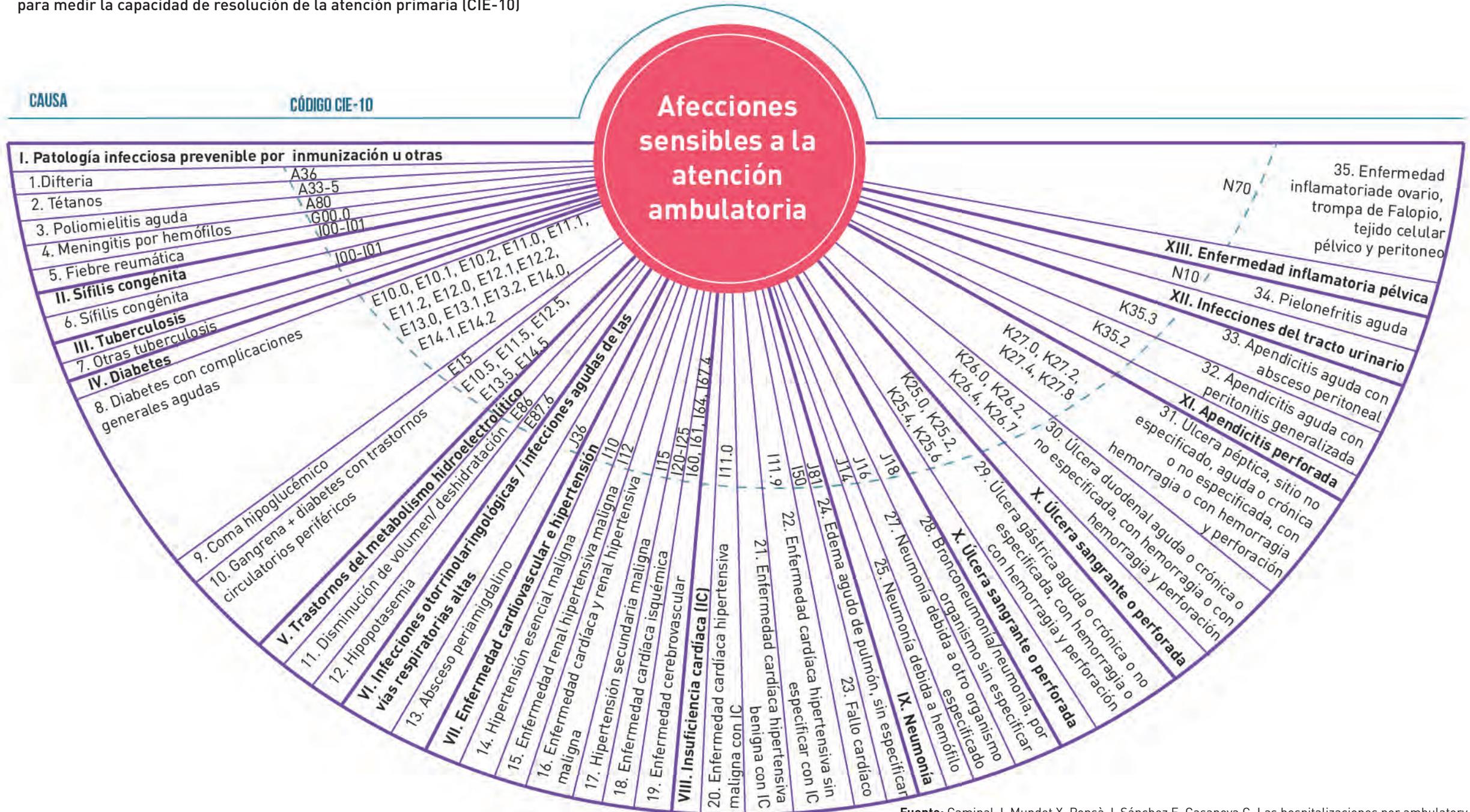


Tabla 1. Causas de mortalidad evitable

Causa de muerte	Edad	CIE-10
Enfermedades Infecciosas intestinales	0-14	A00-9
Tuberculosis	0-74	A15-9, B90
Otras infecciones (difteria, tétanos, poliomielitis)	0-74	A36, A35, A80
Tos ferina	0-14	A37
Septicemia	0-74	A40-1
Sarampión	1-14	B05
Tumor maligno del colon y del recto	0-74	C18-21
Tumor maligno de la piel	0-74	C44
Tumor maligno de la mama	0-74	C50
Tumor maligno de cuello del útero	0-74	C53
Tumor maligno del cuerpo del útero y del útero, parte no especificada	0-44	C54, C55
Tumor maligno del testículo	0-74	C62
Linfoma de Hodgkin	0-74	C81
Leucemia	0-44	C91-5
Trastornos de la glándula tiroides	0-74	E00-7
Diabetes mellitus	0-49	E10-4
Epilepsia	0-74	G40-1
Enfermedades cardíacas reumáticas crónicas	0-74	I05-9
Enfermedades hipertensivas	0-74	I10-3, I15
Enfermedades cerebrovasculares	0-74	I60-9
Enfermedades del sistema respiratorio (excluyendo neumonía e influenza)	1-14	J00-9, J20-99
Influenza	0-74	J10-1
Neumonía	0-74	J12-8
Úlcera péptica	0-74	K25-7
Apendicitis	0-74	K35-8
Hernia	0-74	K40-6
Colelitiasis y colecistitis	0-74	K80-1
Enfermedades glomerulares, insuficiencia renal y otros trastornos del riñón y del uréter	0-74	N00-7, N17-9, N25-7
Hiperplasia de la próstata	0-74	N40
Muerte materna	Todas	O00-99
Malformaciones congénitas del sistema circulatorio	0-74	Q20-8
Muerte perinatal, todas las causas, excluyendo mortinatos	Todas	P00-96, A33
Incidentes ocurridos al paciente durante la atención médica y quirúrgica	Todas	Y60-9, Y83-4
Enfermedades isquémicas del corazón	0-74	I20-5

Fuente: Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care (19)

Tabla 2. Listado de “afecciones sensibles a la atención ambulatoria” para medir la capacidad de resolución de la atención primaria (CIE-10)



Fuente: Caminal J, Mundet X, Ponsà J, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: Selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España (16)

Bajo las anteriores consideraciones, el objetivo del presente informe fue explorar el acceso a servicios de salud a partir del análisis de la morbilidad debida a afecciones sensibles a la atención ambulatoria y de la mortalidad evitable en Colombia para el periodo 2013-2017.



Referencias

1. World Health Organization. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. 56 p. Available from: https://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf
2. World Health Organization. Overview of The World Health Report 2000 health systems: Improving performance [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000. 215 p. Available from: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1
3. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231-66.
4. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;391(10136):2236-71.
5. Holland W. Measuring the quality of medical care. *J Heal Serv Res Policy*. 2009;14(3):183-5.
6. The New York Academy of Medicine Committee on Public Health Relations. New York: Commonwealth Fund. Maternal Mortality in New York City. *Am J Public Health*. 1934;24(1):92-3.
7. Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB, et al. Measuring the Quality of Medical Care: A Clinical Method. *N Engl J Med*. 1976;294(11):582-8.
8. Charlton JRH, Silver R, Hartley RM, Holland WW. Geographical Variation in Mortality From Conditions Amenable To Medical Intervention in England and Wales. *Lancet*. 1983;321(8326):691-6.
9. Poikolainen K, Eskola J. Health services resources and their relation to mortality from causes amenable to health care intervention: A cross-national study. *Int J Epidemiol*. 1988;17(1):86-9.
10. Mackenbach JP, Kunst AE, Looman CWN, Habbema JDF, Van Der Maas PJ. Regional differences in mortality from conditions amenable to medical intervention in The Netherlands: A comparison of four time periods. *J Epidemiol Community Health*. 1988;42(4):325-32.
11. Tobias M, Jackson G. Avoidable mortality in New Zealand, 1981-97. *Aust N Z J Public Health*. 2001;25(1):12-20.
12. Nolte E, Mckee M. Does health care save lives? Avoidable Mortality Revisited [Internet]. London: The Nuffield Trust; 2004. 139 p. Available from: <https://researchonline.lshtm.ac.uk/15535/1/does-healthcare-save-lives-mar04.pdf>
13. Castelli A, Nizalova O. Avoidable Mortality: What it Means and How it is Measured [Internet]. CHE Research Papers. York; 2011. Available from: http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/CHERP63_avoidable_mortality_what_it_means_and_how_it_is_measured.pdf
14. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact Of Socioeconomic Status On Hospital Use In New York City by John Billings, Lisa Zeitel, Joanne Lukomnik, Timothy S. Carey, Arthur E. Blank, and Laurie Newman. *Health Aff*. 1993;
15. Brown AD, Goldacre MJ, Hicks N, Rourke JT, McMurtry RY, Brown JD, et al. Hospitalization for ambulatory care-sensitive conditions: A method for comparative access and quality studies using routinely collected statistics. *Can J Public Heal*. 2001;92(2):155-9.
16. Caminal J, Mundet X, Ponsà J, Sánchez E, Casanova C. Las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: Selección del listado de códigos de diagnóstico válidos para España. *Gac Sanit [Internet]*. 2001;15(2):128-41. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(01\)71532-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(01)71532-4)
17. Millman M. Access to Health Care in America: Monitoring Access to Personal Health Care Services [Internet]. National Academy Press. 1993. 1-240 p. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/pdf/Bookshelf_NBK235882.pdf
18. Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, et al. What does "access to health care" mean? Vol. 7, *Journal of Health Services Research and Policy*. 2002.
19. Nolte E, McKee M. Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care. *Br Med J*. 2003;327(7424):1129-32.



Diana Patricia Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela

7.1. La mortalidad evitable por los servicios de salud en Colombia y su relación con el índice de acceso a servicios de salud

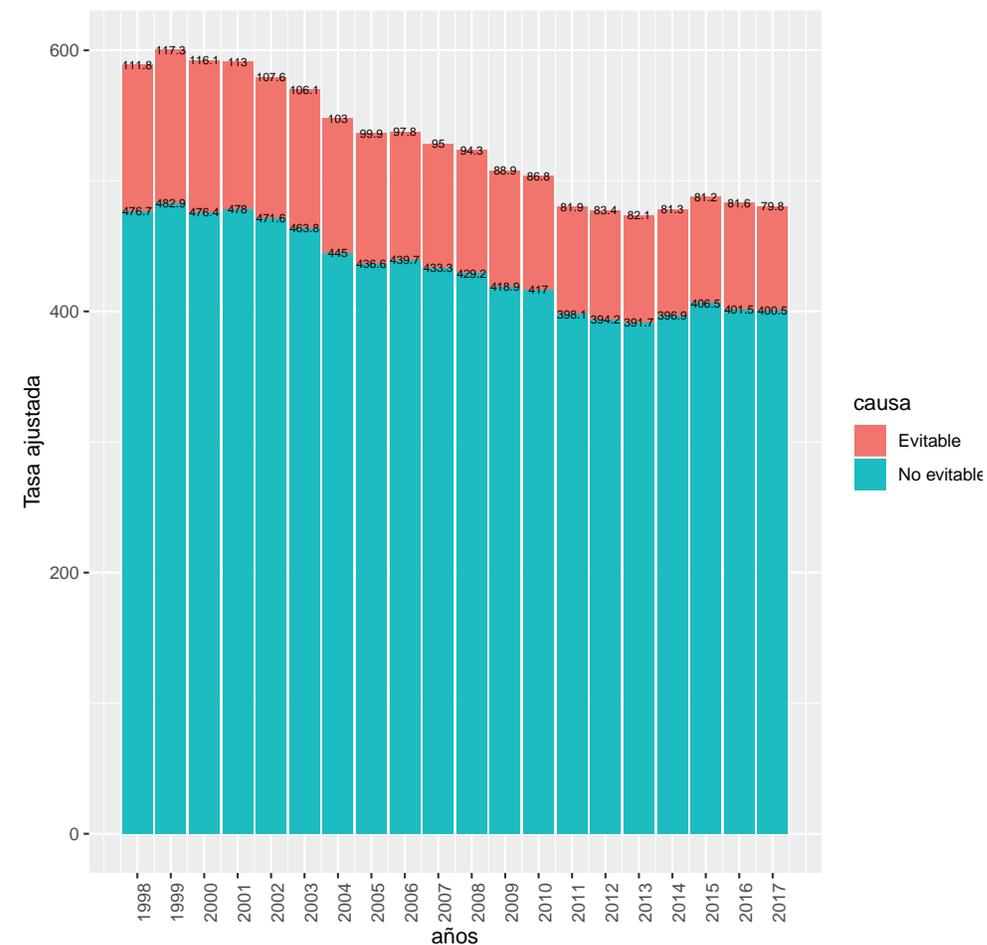
La mortalidad por causas atribuibles al sistema de salud sirve como una aproximación al acceso y la calidad de la atención médica, por lo tanto, puede ser utilizada para evaluar las dimensiones del desempeño del sistema de salud (1). Evaluar las tasas de mortalidad de estas causas, que se consideran susceptibles de intervención por el sistema de salud, proporciona información sobre el acceso y la calidad de la atención médica (1). En este apartado se hace un análisis de la relación del acceso potencial en salud descrito en el Capítulo 3 y las tasas de mortalidad agrupadas por quintil de población.

En el periodo 1998-2017 ocurrieron en Colombia un total de 3'960.224 defunciones, de las cuales el 18,6% (734.951) fueron muertes evitables atribuibles al sistema de salud (Figura 1). La variación entre el inicio y fin de periodo de la tasa de mortalidad evitable por los servicios de salud fue de 28,6% (al pasar de 111,8 en 1998 a 79,8 por 100.000 en 2017) (Figura 1).



En este apartado se hace un análisis de la relación del acceso potencial en salud descrito en el Capítulo 3 y las tasas de mortalidad agrupadas por quintil de población.

Figura 1. Tasas de mortalidad evitable y no evitable atribuibles al sistema de salud ajustada por edad y sexo. Colombia, 1998-2017



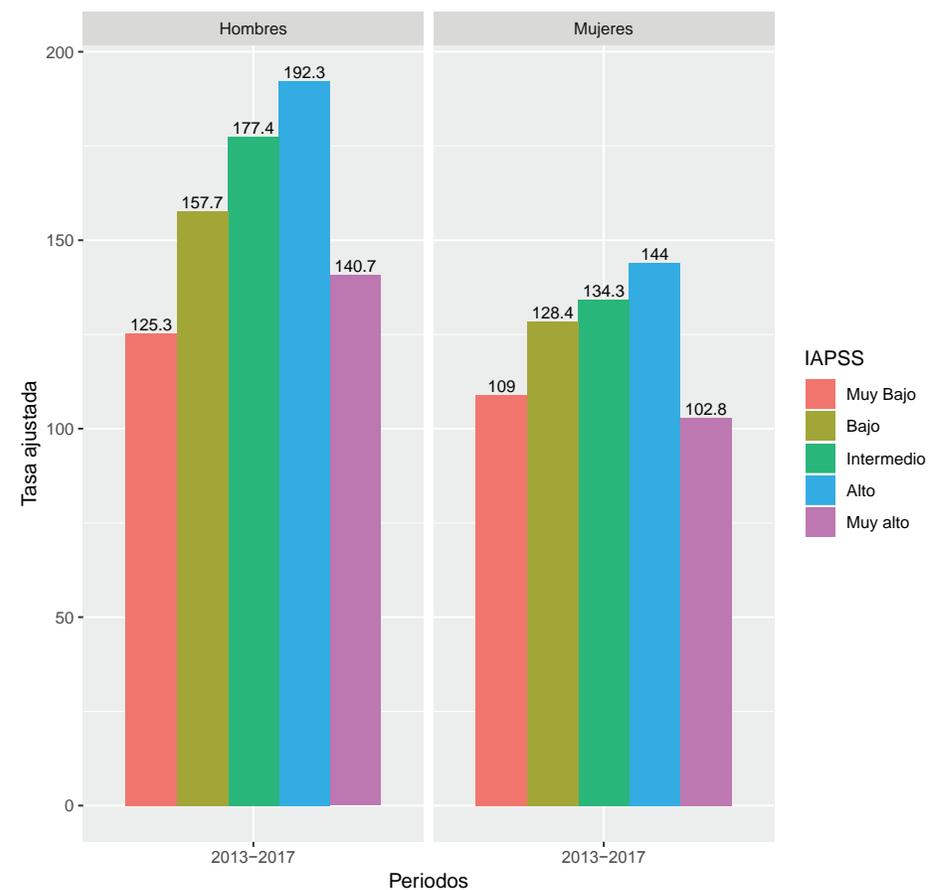
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Para los años 2013 a 2017, se registraron un total de 185.877 muertes por todas las causas evitables atribuibles al sistema de salud según la descripción en la metodología (Capítulo 12). Desagregando por eventos, para ese mismo periodo, el 52,9% (98.346) de esas muertes evitables fueron por enfermedades cardiovasculares (37,7% enfermedad isquémica cardiaca, 9,9% enfermedad cerebrovascular, 3,1% anomalías congénitas cardiacas, y 2,3% enfermedad hipertensiva cardiaca), el 18,8% (35.022) fueron por neoplasias (6,2% cáncer de seno, 6,0% cáncer de colon y recto y 3,5% cáncer de cuello uterino). El total de muertes en el grupo de las enfermedades inmunoprevenibles, muertes neonatales e infantiles y tuberculosis fue de 13,8% (25.711), la mayor proporción de estas defunciones se presentaron en el grupo de los desórdenes neonatales 9,5% (17.667), seguido de tuberculosis 2,0% (3.705). En una menor proporción se presentaron defunciones por enfermedad renal crónica 8,5% (15.744), enfermedades digestivas 2,9% (5.410), epilepsia 1,4% (2.586), diabetes 0,9% (1.734), enfermedad respiratoria crónica 0,08% (154) y efectos adversos del tratamiento médico 0,22% (427).

La Figura 2 presenta el comportamiento de la mortalidad evitable agrupada para todos los eventos. Se observa para ambos sexos que las mayores tasas se reportaron en los quintiles alto e intermedio de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS), contrario a lo que se esperaría. También el índice de acceso real a los servicios de salud (IARSS) muestra unas tasas más altas en el quintil de mejor acceso a los servicios de salud (Figura 3).

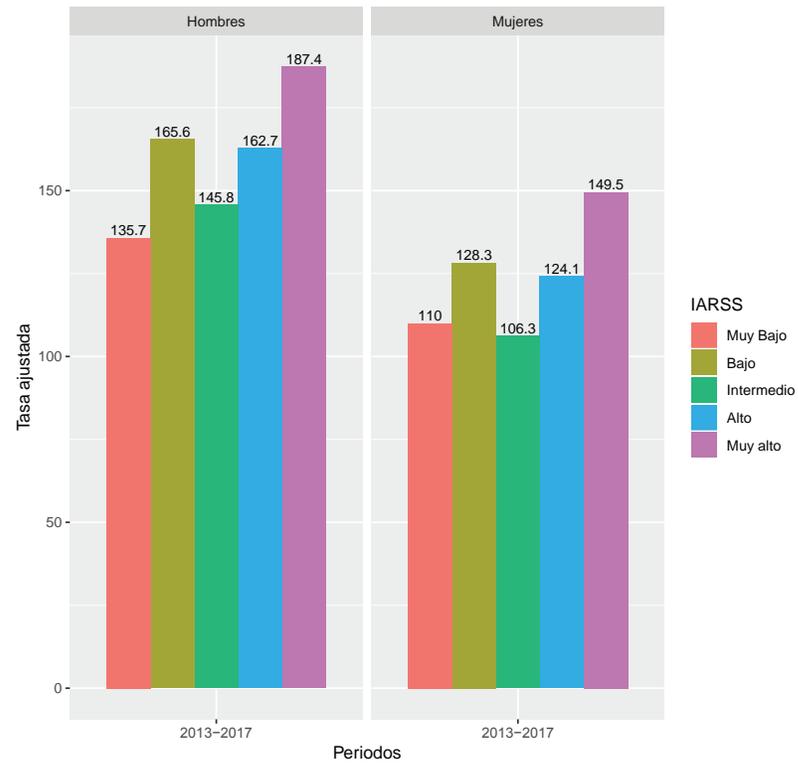


Figura 2. Tasas de mortalidad ajustada según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 3. Tasas de mortalidad ajustada según quintil de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Algunas posibles explicaciones en relación a estos resultados son: que en mejores quintiles de acceso tanto real como potencial, haya una mayor esperanza de vida (2), una mejor posibilidad diagnóstica que permita una mejor clasificación y registro de la causa de muerte (2,3), también, podría reflejar problemas de mal diagnóstico y subregistro en los municipios con menor acceso, donde la causa de muerte queda enmascarada (2), la mala calidad de las acciones de promoción y prevención en municipios con fácil acceso a los servicios de salud favorecen la aparición de casos (4). Es por eso que en las siguientes secciones se hace un análisis por eventos para identificar las posibles desigualdades en los patrones de mortalidad evitable por índice de acceso a los servicios de salud.

Referencias

1. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231-66.
2. Cardona D, Cerezo M del P, Parra H, Quintero L, Muñoz L, Cifuentes OL, et al. Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los municipios del Eje Cafetero, 2009-2011. *Biomedica*. 2015;35(3):373-94.
3. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990 to 2017. *JAMA Oncol*. 2019;
4. Cáceres DC, Estrada E, Deantonio R. La enfermedad diarreica aguda : un reto para la salud pública en Colombia. 2005;17(1):6-14.

7.1.1. Mortalidad evitable debida a enfermedades cardiovasculares

Las muertes por enfermedades cardiovasculares se consideran evitables debido a que las personas afectadas han sido expuestas, no necesariamente por decisiones individuales, a comportamientos de salud perjudiciales, estilos de vida poco saludables, condiciones de vida precarias, trabajo estresante y acceso limitado a los servicios de salud (1). Promover los estilos de vida saludable y reducir los factores de riesgo que las favorecen, se pueden lograr garantizando el acceso a los servicios de salud de calidad (2). Se ha observado que el consumo de tabaco, las dietas poco saludables y la inactividad física contribuyen con la mayor prevalencia de factores de riesgo intermedios como la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión y la diabetes mellitus, que aunados a la industrialización, la urbanización y la globalización son reconocidos como factores de riesgo de ocurrencia o muerte debida a enfermedad cardiovascular (3–6).

Con el acceso a los servicios de salud se puede lograr la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, a pacientes a riesgo de enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular se les puede ofrecer medidas de prevención primaria. En el caso de las anomalías congénitas cardíacas, el sistema de salud puede lograr la detección desde el control prenatal, garantizando el acceso a tratamiento farmacológico y quirúrgico. En enfermedad reumática cardíaca se pueden detectar los casos de estreptococosis, garantizar la antibióticoterapia, profilaxis y cirugía de válvulas cardíacas; y en hipertensión arterial se podría realizar la detección de casos, ofrecer tratamiento antihipertensivo y proporcionar tratamiento a las complicaciones (7).

En Colombia, entre 2013 y 2017, del total de muertes evitables el 37,7% (69.797) fueron debidas a enfermedad isquémica cardíaca, el 9,9% (18.263) a enfermedad cerebrovascular, el 3,1% (5.785) a anomalías congénitas cardíacas, el 2,3% (4.261) a enfermedad hipertensiva cardíaca y el 0,1% (240) a enfermedad reumática cardíaca. En hombres se reportaron la mayoría de las muertes debidas a enfermedad isquémica del corazón (45.091, 64,6%), anomalías cardíacas congénitas (3.176, 54,9%), enfermedad hipertensiva cardíaca (2.379, 55,8%). Mientras que en mujeres se reportaron la mayoría de muertes por cardiopatía reumática (152, 63,3%).

Las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) de los municipios clasificados en los quintiles de índice de acceso potencial a servicios de salud (IAPSS) muy bajo frente a la de los municipios de IAPSS muy alto se presentan en la Tabla 1. En hombres no se observaron desigualdades en enfermedad isquémica del corazón y enfermedad

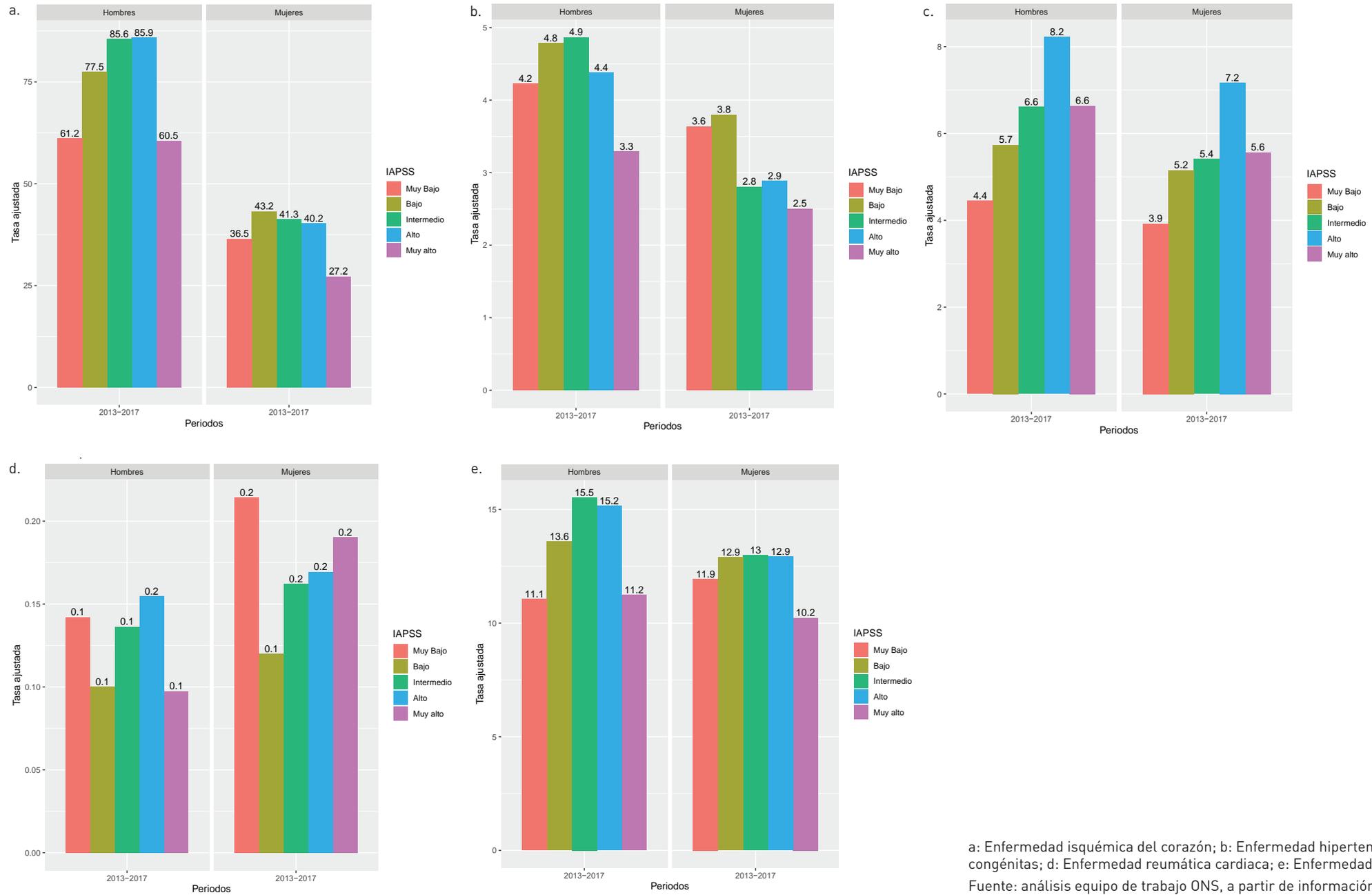
cerebrovascular; en cambio, estas fueron evidentes en enfermedad hipertensiva cardíaca y enfermedad reumática cardíaca y se evidenció un gradiente inverso en anomalías congénitas cardíacas. En las mujeres, las desigualdades se presentaron para enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hipertensiva cardíaca y enfermedad reumática cardíaca; mientras que para anomalías congénitas cardíacas también se notó un gradiente inverso (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes) y razones de tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo y quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

	Hombres			Mujeres		
	TAM en municipios con IAPSS muy bajo	TAM en municipios con IAPSS muy alto	Razón TAM	TAM en municipios con IAPSS muy bajo	TAM en municipios con IAPSS muy alto	Razón TAM
Enfermedad isquémica del corazón	61,2	60,5	1,0	36,5	27,2	1,3
Enfermedad cerebrovascular	11,1	11,2	1,0	11,9	10,2	1,2
Anomalías congénitas cardíacas	4,4	6,6	0,7	3,9	5,6	0,7
Enfermedad hipertensiva cardíaca	4,2	3,3	1,3	3,6	2,5	1,5
Enfermedad reumática cardíaca	0,14	0,10	1,5	0,21	0,19	1,1

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 1, Tasas ajustadas de mortalidad evitable debida a enfermedades cardiovasculares según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo, Colombia 2013-2017



a: Enfermedad isquémica del corazón; b: Enfermedad hipertensiva cardiaca; c: Anomalías cardiacas congénitas; d: Enfermedad reumática cardiaca; e: Enfermedad cerebrovascular
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud es posible que sean debidas a un mal desempeño en las distintas áreas de estos servicios de salud. En general, las investigaciones han sugerido que las diferencias pueden estar relacionadas con una distribución desigual de los recursos sociales y materiales, el entorno de vida, los comportamientos de salud, los lazos sociales o las circunstancias psicológicas, a los que se aúna la atención médica y las políticas de salud. La atención medica puede desempeñar un papel importante, a través de mejores estrategias de prevención de enfermedades, mejores herramientas de diagnóstico y métodos de tratamiento (8).

Para el caso particular de los servicios de cardiología, aunque en este análisis no se abordaron características de la población distintas a sexo, se ha mencionado que las desigualdades podrían estar originadas en decisiones de tratamiento dispares basadas en motivos étnicos y/o diferencias culturales cuando se estudian servicios de cardiología (9). En estos servicios se ha demostrado que la población afrodescendiente, respecto de la población blanca, tiene menor posibilidad de ser beneficiada con ciertos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento, aun cuando las características de los pacientes fueran similares. Para el caso particular de la hipertensión arterial, se ha indicado que el acceso al tratamiento farmacológico puede estar mediado por los gastos de bolsillo, que incluyen los copagos por medicamentos, el costo del transporte hacia los servicios de salud, y la misma falta de disponibilidad de medicamentos. Esta última señalada como un determinante del acceso en los países de bajos y medianos ingresos (10).

Los gradientes inversos señalados para las anomalías congénitas cardiacas probablemente estén relacionados con la gravedad de las anomalías que requieren un manejo especializado. Se ha argumentado que el aumento en la exposición a los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se ha dado primero en los grupos privilegiados, seguido luego por el aumento en las tasas de ocurrencia y mortalidad. Asimismo, mejores condiciones socioeconómicas tienen mayores posibilidades de tener un mejor acceso a los servicios de salud especializados, tratamientos e información para modificación de los factores de riesgo (11), pero debido a la gravedad de la enfermedad se puede traducir en una mayores tasas de mortalidad. En el abordaje de los gradientes inversos para anomalías congénitas cardiacas también se han considerado la influencia del nivel socioeconómico y el nivel educativo de los cuidadores (12), al igual que la pertenencia étnica y el tipo de seguro, en particular su asociación con los resultados de cirugía cardíaca (13,14).



Referencias

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health: a fair chance for all. *Health Promot Int.* 1991;6(3):217–28.
2. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(9):724–30.
3. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinueza R, Silva Aycaguer LC, et al. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med.* 2008;121(1):58–65.
4. De Souza MDFM, Gawryszewski VP, Orduñez P, Sanhueza A, Espinal MA. Cardiovascular disease mortality in the Americas: Current trends and disparities. *Heart.* 2012;98(16):1207–12.
5. Fuster V, Kelly BB. Promoting cardiovascular health in the developing world: A critical challenge to achieve global health. *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health.* 2010. 1–482 p.
6. Gawryszewski VP, de Souza M de FM. Mortalidade por doenças cardiovasculares nas américas segundo região, 2000-2009. *Sao Paulo Med J.* 2014;132(2):105–10.
7. Nolte E, Mckee M. Avoidable Mortality Revisited. 2004.
8. Lumme S, Manderbacka K, Karvonen S, Keskimäki I. Trends of socioeconomic equality in mortality amenable to healthcare and health policy in 1992-2013 in Finland: A population-based register study. *BMJ Open.* 2018;8(12).
9. Riley WJ. Health disparities: gaps in access, quality and affordability of medical care. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2012;123:167–74.
10. Camacho PA, Gomez-Arbelaez D, Molina DI, Sanchez G, Arcos E, Narvaez C, et al. Social disparities explain differences in hypertension prevalence, detection and control in Colombia. *J Hypertens.* 2016;34(12):2344–52.
11. Kreamsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2010;26(SUPPL. C):8C-13C.
12. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *Lancet Glob Heal.* 2019;7(6):e748–60.
13. Jennifer K. Peterson, Yanjun Chen, Danh V. Nguyen SPS. Current Trends in Racial, Ethnic, and Healthcare Disparities Associated with Pediatric Cardiac Surgery Outcomes. *Congenit Hear Dis.* 2017;12(4).
14. Wang C, Guttmann A, To T, T. Dick P. Neighborhood Income and Health Outcomes in Infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(7):608

7.1.2. Mortalidad evitable debida a enfermedades cardiovasculares

Las muertes por enfermedades cardiovasculares se consideran evitables debido a que las personas afectadas han sido expuestas, no necesariamente por decisiones individuales, a comportamientos de salud perjudiciales, estilos de vida poco saludables, condiciones de vida precarias, trabajo estresante y acceso limitado a los servicios de salud (1). Promover los estilos de vida saludable y reducir los factores de riesgo que las favorecen, se pueden lograr garantizando el acceso a los servicios de salud de calidad (2). Se ha observado que el consumo de tabaco, las dietas poco saludables y la inactividad física contribuyen con la mayor prevalencia de factores de riesgo intermedios como la obesidad, la dislipidemia, la hipertensión y la diabetes mellitus, que aunados a la industrialización, la urbanización y la globalización son reconocidos como factores de riesgo de ocurrencia o muerte debida a enfermedad cardiovascular (3–6).

Con el acceso a los servicios de salud se puede lograr la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. Por ejemplo, a pacientes a riesgo de enfermedad isquémica del corazón y enfermedad cerebrovascular se les puede ofrecer medidas de prevención primaria. En el caso de las anomalías congénitas cardíacas, el sistema de salud puede lograr la detección desde el control prenatal, garantizando el acceso a tratamiento farmacológico y quirúrgico. En enfermedad reumática cardíaca se pueden detectar los casos de estreptococosis, garantizar la antibióticoterapia, profilaxis y cirugía de válvulas cardíacas; y en hipertensión arterial se podría realizar la detección de casos, ofrecer tratamiento antihipertensivo y proporcionar tratamiento a las complicaciones (7).

En Colombia, entre 2013 y 2017, del total de muertes evitables el 37,7% (69.797) fueron debidas a enfermedad isquémica cardíaca, el 9,9% (18.263) a enfermedad cerebrovascular, el 3,1% (5.785) a anomalías congénitas cardíacas, el 2,3% (4.261) a enfermedad hipertensiva cardíaca y el 0,1% (240) a enfermedad reumática cardíaca. En hombres se reportaron la mayoría de las muertes debidas a enfermedad isquémica del corazón (45.091, 64,6%), anomalías cardíacas congénitas (3.176, 54,9%), enfermedad hipertensiva cardíaca (2.379, 55,8%). Mientras que en mujeres se reportaron la mayoría de muertes por cardiopatía reumática (152, 63,3%).

Las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) de los municipios clasificados en los quintiles de índice de acceso potencial a servicios de salud (IAPSS) muy bajo frente a la de los municipios de IAPSS muy alto se presentan en la Tabla 1. En hombres no se observaron desigualdades en enfermedad isquémica del corazón y enfermedad

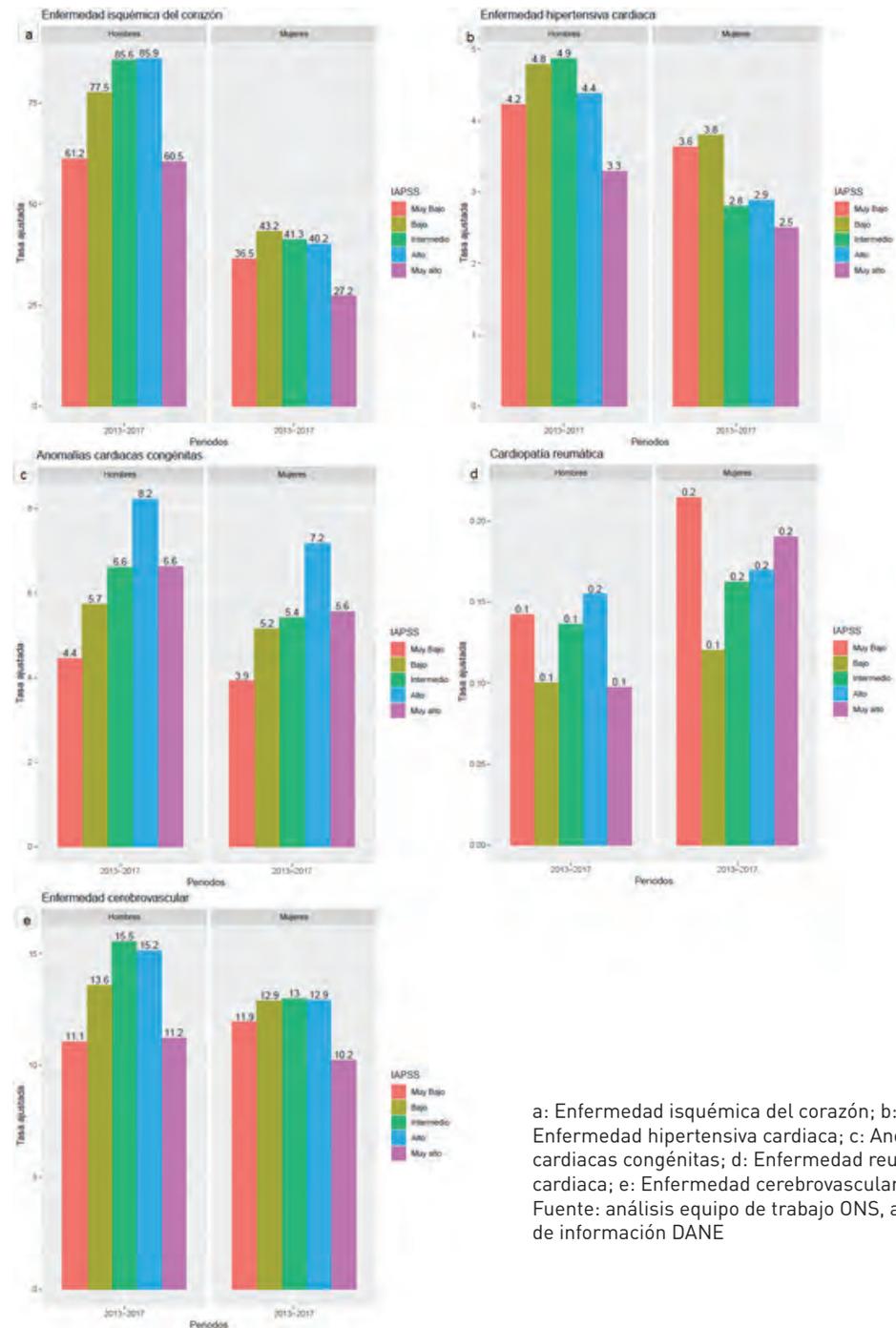
cerebrovascular; en cambio, estas fueron evidentes en enfermedad hipertensiva cardíaca y enfermedad reumática cardíaca y se evidenció un gradiente inverso en anomalías congénitas cardíacas. En las mujeres, las desigualdades se presentaron para enfermedad isquémica del corazón, enfermedad cerebrovascular, enfermedad hipertensiva cardíaca y enfermedad reumática cardíaca; mientras que para anomalías congénitas cardíacas también se notó un gradiente inverso (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes) y razones de tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares según sexo y quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

	Hombres			Mujeres		
	TAM en municipios con IAPSS muy bajo	TAM en municipios con IAPSS muy alto	Razón TAM	TAM en municipios con IAPSS muy bajo	TAM en municipios con IAPSS muy alto	Razón TAM
Enfermedad isquémica del corazón	61,2	60,5	1,0	36,5	27,2	1,3
Enfermedad cerebrovascular	11,1	11,2	1,0	11,9	10,2	1,2
Anomalías congénitas cardíacas	4,4	6,6	0,7	3,9	5,6	0,7
Enfermedad hipertensiva cardíaca	4,2	3,3	1,3	3,6	2,5	1,5
Enfermedad reumática cardíaca	0,14	0,10	1,5	0,21	0,19	1,1

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 1, Tasas ajustadas de mortalidad evitable debida a enfermedades cardiovasculares según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo, Colombia 2013-2017



a: Enfermedad isquémica del corazón; b: Enfermedad hipertensiva cardiaca; c: Anomalías cardiacas congénitas; d: Enfermedad reumática cardiaca; e: Enfermedad cerebrovascular
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Las desigualdades en el acceso a los servicios de salud es posible que sean debidas a un mal desempeño en las distintas áreas de estos servicios de salud. En general, las investigaciones han sugerido que las diferencias pueden estar relacionadas con una distribución desigual de los recursos sociales y materiales, el entorno de vida, los comportamientos de salud, los lazos sociales o las circunstancias psicológicas, a los que se aúna la atención médica y las políticas de salud. La atención medica puede desempeñar un papel importante, a través de mejores estrategias de prevención de enfermedades, mejores herramientas de diagnóstico y métodos de tratamiento (8).

Para el caso particular de los servicios de cardiología, aunque en este análisis no se abordaron características de la población distintas a sexo, se ha mencionado que las desigualdades podrían estar originadas en decisiones de tratamiento dispares basadas en motivos étnicos y/o diferencias culturales cuando se estudian servicios de cardiología (9). En estos servicios se ha demostrado que la población afrodescendiente, respecto de la población blanca, tiene menor posibilidad de ser beneficiada con ciertos procedimientos de diagnóstico y de tratamiento, aun cuando las características de los pacientes fueran similares. Para el caso particular de la hipertensión arterial, se ha indicado que el acceso al tratamiento farmacológico puede estar mediado por los gastos de bolsillo, que incluyen los copagos por medicamentos, el costo del transporte hacia los servicios de salud, y la misma falta de disponibilidad de medicamentos. Esta última señalada como un determinante del acceso en los países de bajos y medianos ingresos (10).

Los gradientes inversos señalados para las anomalías congénitas cardiacas probablemente estén relacionados con la gravedad de las anomalías que requieren un manejo especializado. Se ha argumentado que el aumento en la exposición a los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se ha dado primero en los grupos privilegiados, seguido luego por el aumento en las tasas de ocurrencia y mortalidad. Asimismo, mejores condiciones socioeconómicas tienen mayores posibilidades de tener un mejor acceso a los servicios de salud especializados, tratamientos e información para modificación de los factores de riesgo (11), pero debido a la gravedad de la enfermedad se puede traducir en una mayores tasas de mortalidad. En el abordaje de los gradientes inversos para anomalías congénitas cardiacas también se han considerado la influencia del nivel socioeconómico y el nivel educativo de los cuidadores (12), al igual que la pertenencia étnica y el tipo de seguro, en particular su asociación con los resultados de cirugía cardíaca (13,14).

Referencias

1. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health: a fair chance for all. *Health Promot Int.* 1991;6(3):217–28.
2. Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Rev Esp Cardiol.* 2014;67(9):724–30.
3. Schargrodsky H, Hernández-Hernández R, Champagne BM, Silva H, Vinueza R, Silva Aycaguer LC, et al. CARMELA: Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities. *Am J Med.* 2008;121(1):58–65.
4. De Souza MDFM, Gawryszewski VP, Orduñez P, Sanhueza A, Espinal MA. Cardiovascular disease mortality in the Americas: Current trends and disparities. *Heart.* 2012;98(16):1207–12.
5. Fuster V, Kelly BB. Promoting cardiovascular health in the developing world: A critical challenge to achieve global health. *Promoting Cardiovascular Health in the Developing World: A Critical Challenge to Achieve Global Health.* 2010. 1–482 p.
6. Gawryszewski VP, de Souza M de FM. Mortalidade por doenças cardiovasculares nas américas segundo região, 2000-2009. *Sao Paulo Med J.* 2014;132(2):105–10.
7. Nolte E, Mckee M. Avoidable Mortality Revisited. 2004.
8. Lumme S, Manderbacka K, Karvonen S, Keskimäki I. Trends of socioeconomic equality in mortality amenable to healthcare and health policy in 1992-2013 in Finland: A population-based register study. *BMJ Open.* 2018;8(12).
9. Riley WJ. Health disparities: gaps in access, quality and affordability of medical care. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2012;123:167–74.
10. Camacho PA, Gomez-Arbelaez D, Molina DI, Sanchez G, Arcos E, Narvaez C, et al. Social disparities explain differences in hypertension prevalence, detection and control in Colombia. *J Hypertens.* 2016;34(12):2344–52.
11. Kreamsoulas C, Anand SS. The impact of social determinants on cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2010;26(SUPPL. C):8C-13C.
12. Rosengren A, Smyth A, Rangarajan S, Ramasundarahettige C, Bangdiwala SI, AlHabib KF, et al. Socioeconomic status and risk of cardiovascular disease in 20 low-income, middle-income, and high-income countries: the Prospective Urban Rural Epidemiologic (PURE) study. *Lancet Glob Heal.* 2019;7(6):e748–60.
13. Jennifer K. Peterson, Yanjun Chen, Danh V. Nguyen SPS. Current Trends in Racial, Ethnic, and Healthcare Disparities Associated with Pediatric Cardiac Surgery Outcomes. *Congenit Hear Dis.* 2017;12(4).
14. Wang C, Guttmann A, To T, T. Dick P. Neighborhood Income and Health Outcomes in Infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2009;163(7):608.

*Liliana Hilarión-Gaitán
Gina Vargas-Sandoval
Diana Díaz-Jimenez*

7.1.3. Cáncer y su relación con acceso a los servicios de salud

El cáncer ha sido reconocido como un problema de salud pública, siendo la segunda causa de muerte en el mundo (1). Una de cada seis defunciones en el mundo se debe a esta enfermedad, que para 2017 ocasionó 9,6 millones de muertes (2). La mortalidad por cáncer depende de diversos factores (3), uno de ellos es el acceso a servicios de salud, el cual se debe garantizar plenamente, asegurando igualdad de oportunidades y calidad en la prestación de servicios preventivos, diagnósticos y terapéuticos (4), sin embargo, la evidencia muestra que la mortalidad por cánceres prevenibles, en poblaciones vulnerables, se puede atribuir a falta de diagnóstico y un tratamiento oportuno (5).

En el periodo de 2013 a 2017, se reportaron en Colombia 35.022 muertes por cáncer consideradas evitables por el sistema de salud, representados en ocho tipos: 11.581 por cáncer de mama (33,1%), 11.147 por cáncer de colon y recto (31,8%), 6.571 por cáncer cervical (18,7%), 3.600 leucemias (10,2%), 781 por cáncer de piel no melanoma (carcinoma de células escamosas) (2,2%), 673 linfoma de Hodgkin (1,9%), 608 por cáncer testicular (1,7%) y 61 por cáncer uterino (0,1%).

Las tasas de mortalidad por estos tipos de cáncer según IAPSS e IARSS por sexos se presentan en las Figuras 1 a 16. De manera general se observa que todos los tipos de cáncer obtuvieron gradientes contrarios a los esperados, según el acceso a los servicios de salud; es decir, con mayor mortalidad en los mejores quintiles de acceso. Sin embargo, a pesar de lo contradictorio del gradiente, algunos tipos de cáncer presentaron las menores tasas de mortalidad en quintiles de acceso altos o muy altos. Lo anterior sucede para el análisis de IAPSS en mujeres en cáncer de mama, cáncer de colon y recto, cáncer cervical y uterino. En hombres para leucemias y linfoma de Hodgkin; y cáncer de piel tipo no melanoma en hombres y mujeres. En el análisis de IARSS en mujeres para cáncer de colon y recto, linfoma de Hodgkin y cancer uterino; y cáncer de colon y recto en hombres.

Al revisar la razón entre tasas de mortalidad por cáncer en municipios con quintiles de mejor acceso en comparación con los de peor acceso, solamente cáncer cervical y cáncer de piel en mujeres muestran un riesgo adicional del 48% (RR = 1,48) y 33% (RR = 1,33), respectivamente, en municipios con IAPSS muy bajo frente a los municipios con IAPSS muy alto. Los restantes tipos de cáncer mostraron un mayor riesgo para municipios con mayor acceso en comparación con los de menor acceso. En el caso del

IAPSS, en un rango entre 17 a 150% (RR entre 1,17 a 2,5) en hombres para piel y linfoma, respectivamente; y entre 50 a 119% (RR entre 1,50 a 2,19) en mujeres para linfoma y cáncer de colon y recto, respectivamente. Para IARSS, los rangos de riesgo adicional para municipios con mejor acceso en comparación con los de peor acceso fueron en hombres entre 43 a 100% (RR entre 1,43 a 2,0) para piel y linfoma, respectivamente; y en mujeres entre 20 a 89% (RR entre 1,20 a 1,89) para cáncer cervical y de mama, respectivamente.

Excepto por cáncer de mama (Figura 1 y 2), todos los tipos de cáncer que se presentan en ambos sexos (cáncer de colon y recto, linfoma de Hodgkin, leucemias, cáncer de piel tipo no melanoma), presentaron tasas de mortalidad mayores en hombres que en mujeres. Este comportamiento se mantuvo en el análisis tanto por el IAPSS y por el IARSS. Una posible explicación a lo anterior es que las mujeres reportan mayor uso de servicios de salud, lo que concuerda con estudios previos (6–8).

Algunas explicaciones podrían aventurarse ante estos resultados. Es posible que en los mejores quintiles de acceso tanto real como potencial, exista una mejor posibilidad de diagnóstico que permita la mejor clasificación de la causa de muerte. Según estudio de GBD, a pesar de ser esta patología frecuente en muchas poblaciones, los datos de registro de cáncer para informar estimaciones de incidencia a menudo no son confiables o no existen (2), lo que podría explicar que municipios ubicados en los peores quintiles tengan menor tecnología diagnóstica y de detección de causa de mortalidad. Lo anterior es consistente con este análisis, puesto que las muertes se registraron en municipios de residencia permanente del fallecido, favoreciendo sesgos en el registro de la causa de muerte en municipios con peor acceso.

Un segundo factor que vale la pena mencionar, es que aproximadamente un 30% de las muertes por cáncer se deben a cinco factores de riesgo comportamentales y alimentarios (índice de masa corporal elevado, consumo insuficiente de frutas y verduras, falta de actividad física y consumo de tabaco y alcohol) (1,3). Es posible, que los municipios ubicados en los mejores quintiles de acceso estén expuestos a diferentes factores de riesgo que aumenten la ocurrencia y la mortalidad de cáncer, sin embargo, se requieren estudios adicionales que prueben esta hipótesis.

Figura 1. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer de mama según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

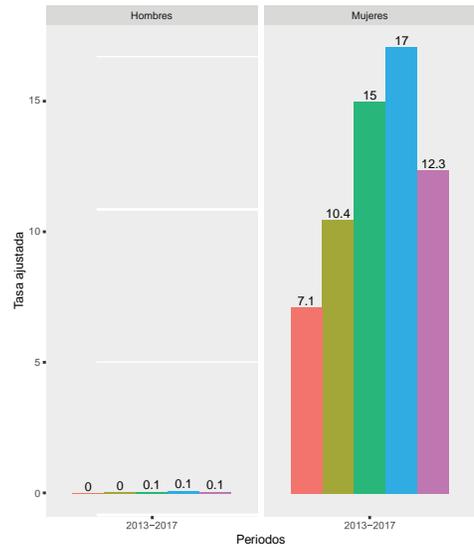


Figura 2. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer de mama según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

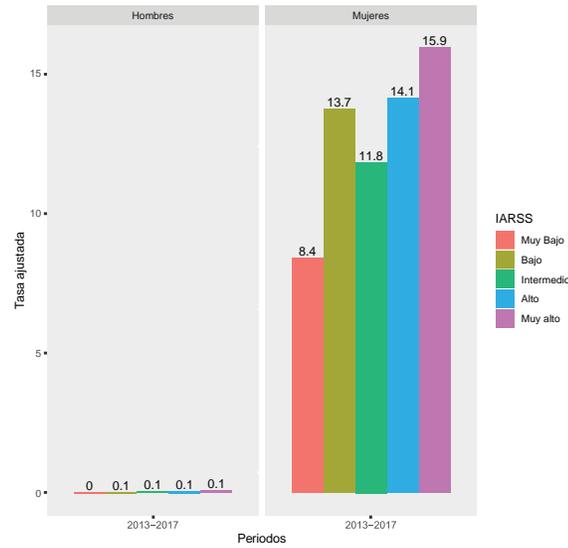


Figura 5. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer cervical según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

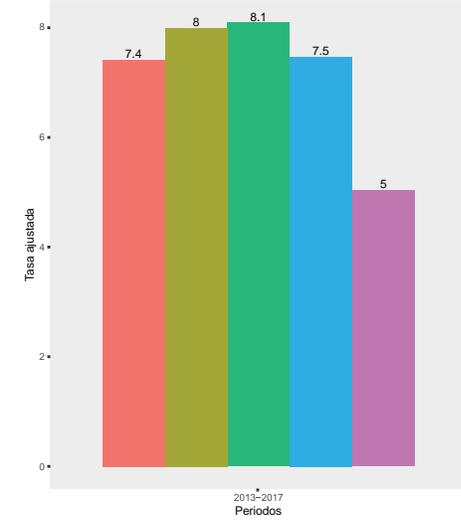


Figura 6. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer cervical según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

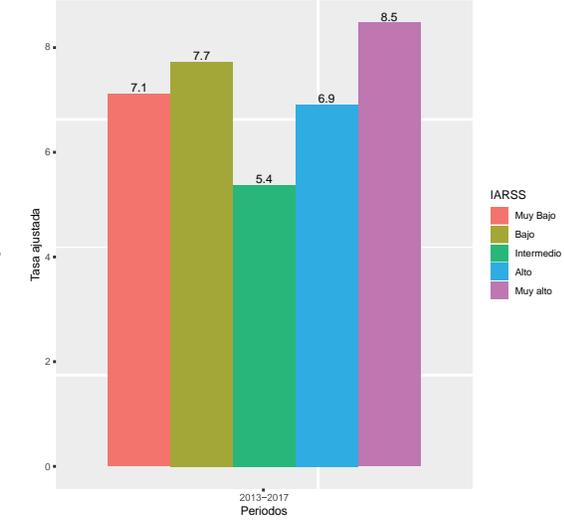


Figura 3. Tasa de mortalidad ajustada de cáncer de colon y recto según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

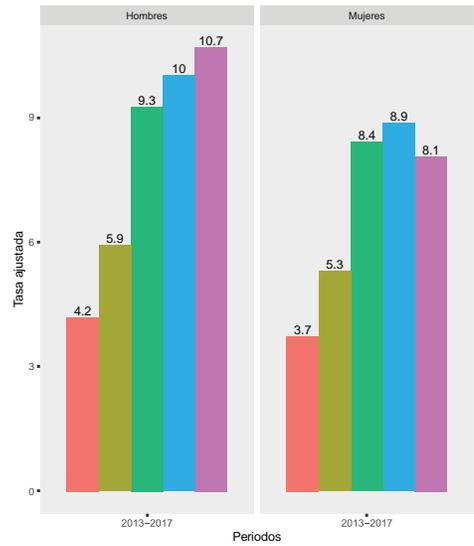


Figura 4. Tasa de mortalidad ajustada de cáncer de colon y recto según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

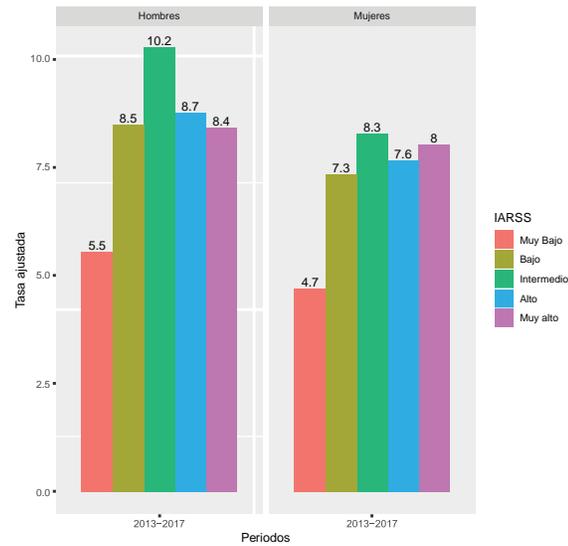


Figura 7. Tasa de mortalidad ajustada de Leucemia según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

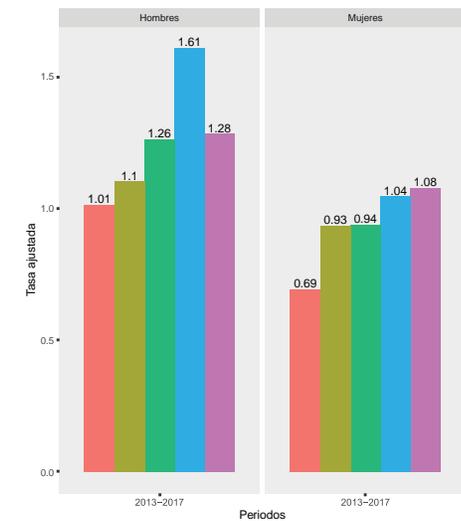


Figura 8. Tasa de mortalidad ajustada de Leucemia según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

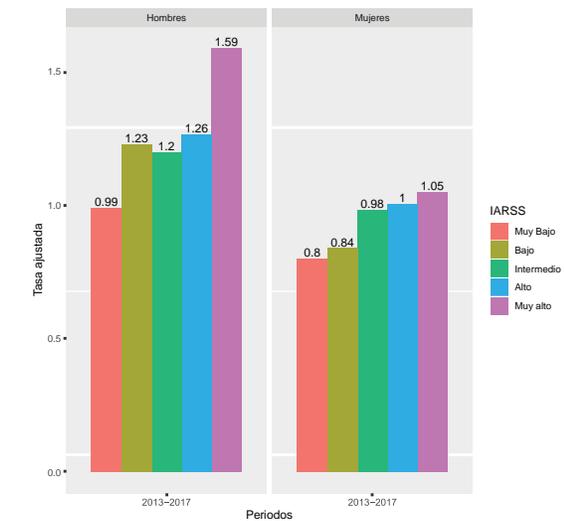


Figura 9. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer de piel no melanoma (carcinoma de células escamosas) según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

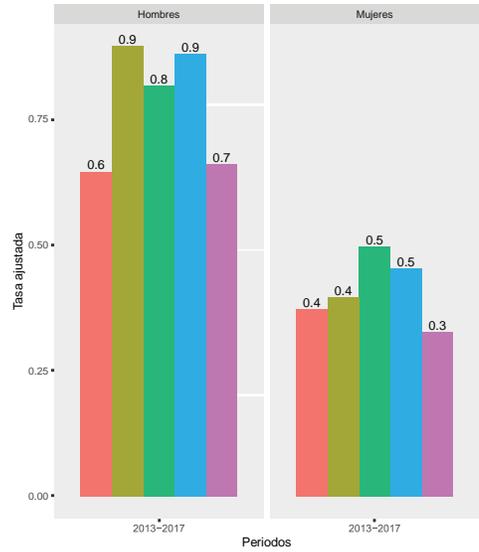


Figura 10. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer de piel no melanoma (carcinoma de células escamosas) según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

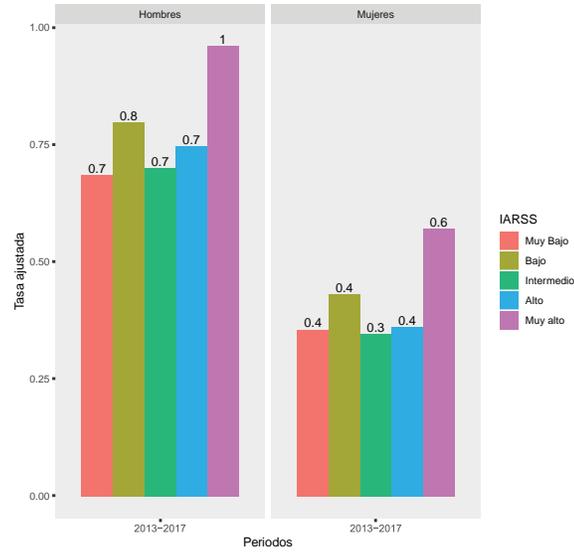


Figura 13. Tasa de mortalidad ajustada de cáncer testicular según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud. Colombia 2013-2017

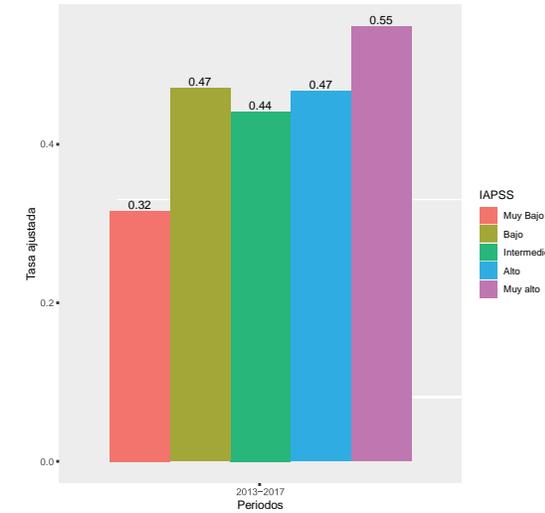


Figura 14. Tasa de mortalidad ajustada de cáncer testicular según quintil de índice de acceso real a servicios de salud. Colombia 2013-2017

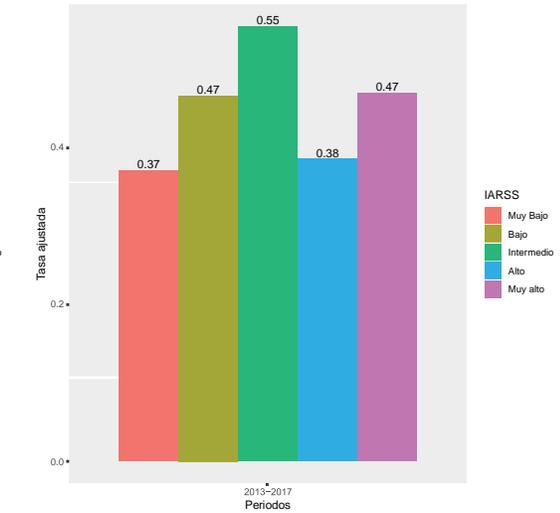


Figura 11. Tasa de mortalidad ajustada de Linfoma de Hodgkin según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

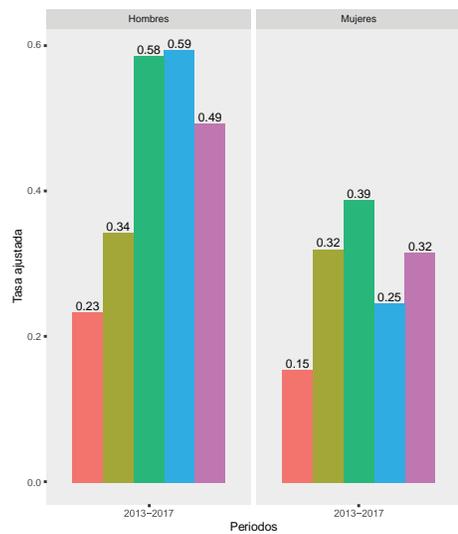


Figura 12. Tasa de mortalidad ajustada de Linfoma de Hodgkin según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

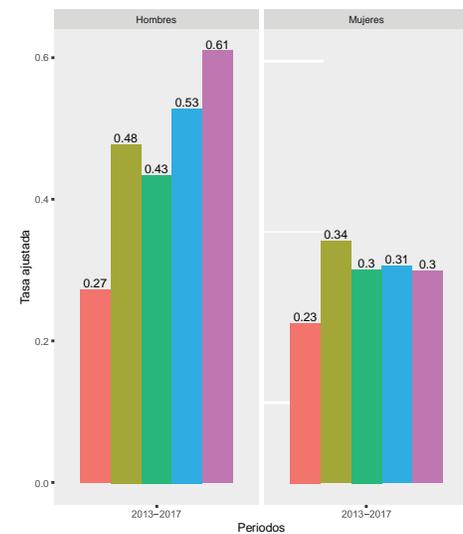


Figura 15. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer uterino según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

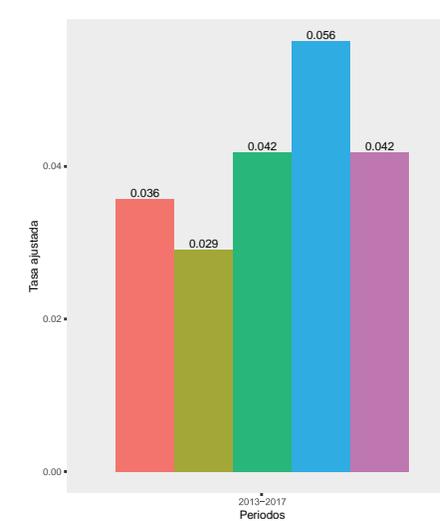
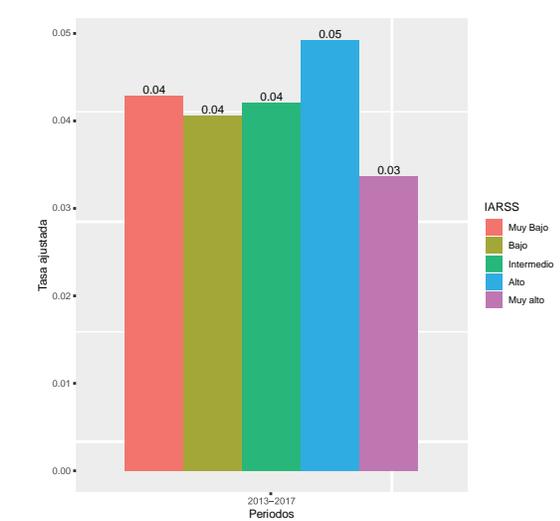


Figura 16. Tasa de mortalidad ajustada de Cáncer uterino según quintil de índice de acceso real a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Referencias

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Cáncer. Datos y cifras [Internet]. 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
2. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990to 2017. JAMA Oncol. 2019;
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria [Internet]. 2015. 112 p. Available from: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28227/9789275318669_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y
4. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services : Theory and evidence from the UK. Soc Science Med. 2001;53:1149–62.
5. Sánchez V, Laza V, Estupiñán G, Estupiñán G. Barreras de acceso a los servicios de salud : narrativas de mujeres con cáncer de mama en Colombia Barriers to healthcare access : narratives of women with breast. Rev Fac Nac Salud Pública. 2014;32(3):305–13.
6. López E, Findling L, Mónica A. Health Inequalities : Are Morbidity Perceptions Between Men and Women Different ? Salud Colect. 2006;2(1):61–74.
7. Ballesteros M. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. 2014. 103 p.
8. Arias S. Inequidad y cáncer : una revisión conceptual. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2009;27(3):341–8. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12016344012.pdf>

Liliana Hilarión-Gaitan
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Andrés Castañeda-Orjuela

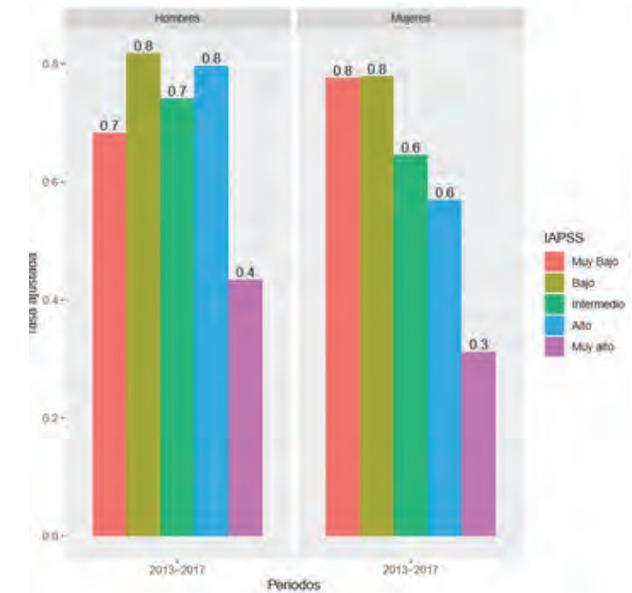
7.1.4. Diabetes mellitus, un desafío para el acceso a servicios de salud

La frecuencia de la diabetes mellitus se ha incrementado de manera global, originando una enorme carga en el aspecto social, económico y en salud (1). Es considerada una de las enfermedades que mayores cambios causa en los sistemas de salud de todas las naciones (2,3). Según los datos de la Cuenta de Alto Costo, para Colombia, desde 2013 a 2018, la diabetes ha mostrado un crecimiento de 1,3 a 2,2 casos por cada 100 habitantes (4).

Para el periodo 2013 a 2017, se reportaron 1734 muertes por diabetes mellitus, no se observaron diferencias significativas para las tasas de mortalidad ajustadas entre hombres y mujeres. Respecto a las desigualdades por IAPSS, el riesgo entre los municipios ubicados en el mejor quintil de tener mayores tasas de mortalidad es de 1,8 para hombres y 2,7 para mujeres respecto a los municipios ubicados en el mejor quintil (Figura 1).

Dentro de las dimensiones evaluadas en el IAPSS para este análisis, se encontraron similitudes con estudios previos, en los que situaciones como la discapacidad generada por la misma patología (3), dificultades socioeconómicas, afiliación al régimen subsidiado (5) y falta de oportunidad en citas médicas (6) podrían ser una barrera a la que se estarían enfrentando los pacientes para acceder a los servicios de salud. Esto posiblemente reduciría la probabilidad de obtener un diagnóstico acertado, influyendo negativamente en la calidad de la educación recibida para acceso y manejo de tratamiento, lo que conllevaría a incrementar el riesgo de complicaciones y de mortalidad prematura (7-10).

Figura 1. Tasa de mortalidad ajustada por diabetes mellitus según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Referencias

1. Vargas-uricoechea H, Casas-figueroa Á. Epidemiología de la diabetes mellitus en Sudamérica : la experiencia de Colombia. *Clínica e Investig en Arterioscler* [Internet]. 2016;1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2015.12.002>
2. Sánchez MR-RAE-PEM, Florentino C-SL, Isabel F. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit*. 2006;20(1):15–24.
3. Agudelo-botero M, Dávila-cervantes A. Carga de la mortalidad por diabetes mellitus en América Latina 2000-2011 : los casos de Argentina , Chile , Colombia y México. *Gac Sanit*. 2015;29(3):172–7.
4. Cuenta de Alto Costo. Boletín de información técnica especializada. Día Mundial de la Diabetes [Internet]. Bogotá, Colombia; 2018. Available from: https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/2018/14_de_Noviembre_de_2018_Dia_Mundial_de_la_Diabetes.pdf
5. León F, Ordoñez E, García D. Deficiencias en el tratamiento de pacientes diabéticos que terminaron en enfermedad renal crónica. *Acta Médica Colomb*. 2007;32(2):57–67.
6. Konerding U, Bowen T, Elkhuzen SG, Faubel R, Forte P, Karampli E, et al. The impact of travel distance , travel time and waiting time on health-related quality of life of diabetes patients : An investigation in six European countries. *Diabetes Res Clin Pract*. 2017;6:16–24.
7. Domínguez E. Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Rev Cuba Endocrinol*. 2013;24(2):200–13.
8. Fleetcroft R, Asaria M, Ali S, Cookson R. Outcomes and inequalities in diabetes from 2004 / 2005 to 2011 / 2012. *Br J Gen Pract*. 2017;(January):1–9.
9. Leese GP, Feng Z, Leese RM, Dibben C. Research : Care Delivery Impact of health-care accessibility and social deprivation on diabetes related foot disease. *Diabet Med*. 2013;30:484–91.
10. Lo C, Teede H, Fulcher G, Gallagher M, Kerr PG, Ranasinha S, et al. Gaps and barriers in health-care provision for co-morbid diabetes and chronic kidney disease : a cross-sectional study. *BMC Nephrol*. 2017;18(80):1–10.

7.1.5. Mortalidad evitable debida a enfermedad respiratoria crónica

La enfermedad respiratoria crónica también enfrenta dificultades en el acceso a los servicios de salud que se ha identificado como una expresión de inequidad en Colombia (1). En este análisis se incluyeron EPOC, neumoconiosis, silicosis, asbestosis, neumoconiosis, asma, enfermedad pulmonar intersticial, sarcoidosis de pulmón, y las demás enfermedades crónicas respiratorias.

Desde el punto de los servicios de salud, la enfermedad respiratoria crónica se puede prevenir mediante políticas públicas que aborden los factores de riesgo tales como el uso de tabaco y de alcohol, la inactividad física y la contaminación del aire. Además existen iniciativas mundiales dirigidas a establecer pautas de tratamiento, tener disponibles medicamentos esenciales para su tratamiento y tecnologías básicas para su diagnóstico y modificación del estilo de vida (2),

En Colombia entre 2013 y 2017, del total de muertes evitables el 0,1% (154) de las fueron debidas a enfermedad respiratoria crónica. En mujeres fue alto el porcentaje de muertes debidas a esta patología (80, 51,9%).

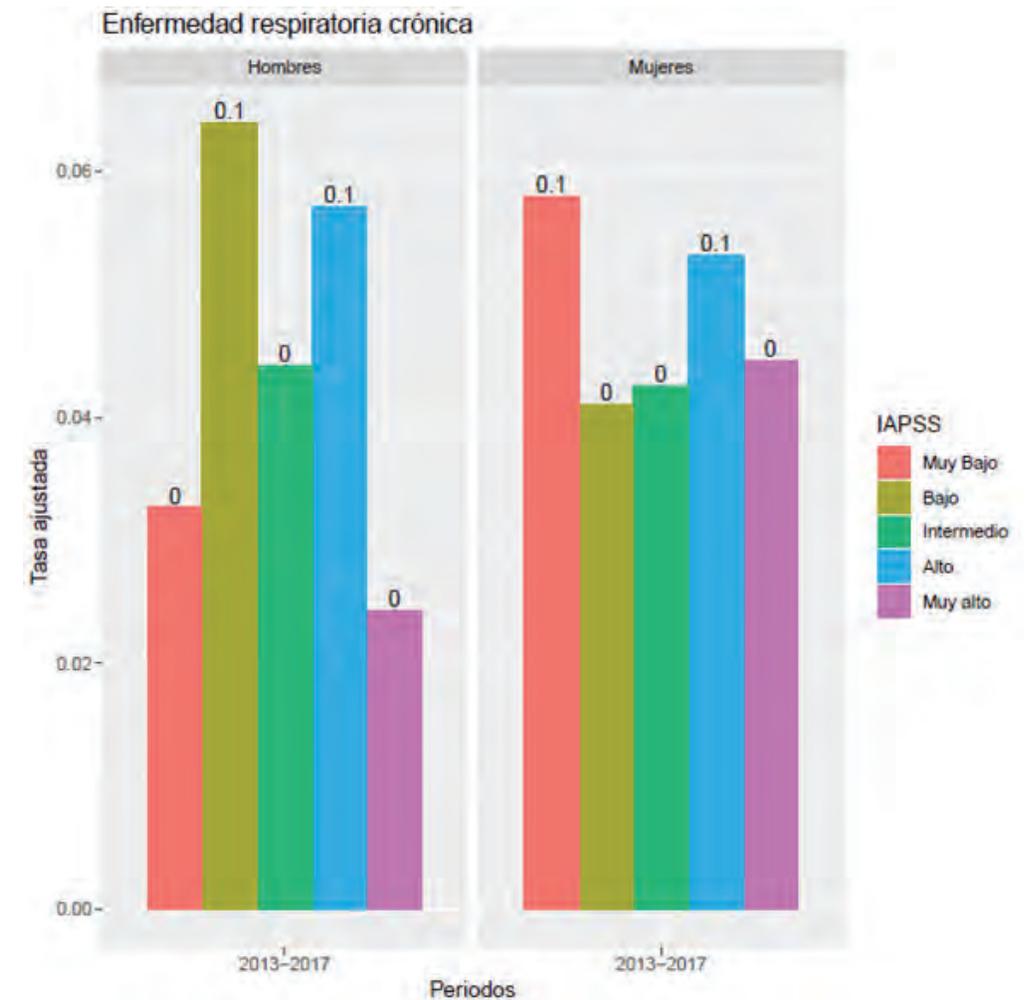
Las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) de los municipios clasificados en los quintiles de índice de acceso potencial a servicios de salud (IAPSS) muy bajo frente a la de los municipios de IAPSS muy alto se presentan en la Tabla 1. Para hombres y mujeres, de acuerdo con el IAPSS, se observaron desigualdades en la mortalidad debida a enfermedades respiratorias crónicas (Tabla 1, Figura 1) al comparar los quintiles extremos. Estas desigualdades es posible sean consecuencia de un mal desempeño de los servicios de salud.

Tabla 1. Tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes) y razones de tasas de mortalidad por enfermedad respiratoria crónica según sexo y quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

	Hombres	Mujeres
TAM en municipios con IAPSS muy bajo	0.03	0.06
TAM en municipios con IAPSS muy alto	0.02	0.04
Razon TAM	1.3	1.3

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 1. Tasas ajustadas de mortalidad evitable debida a enfermedad respiratoria crónica según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Las desigualdades en la enfermedad respiratoria crónica pueden ser consecuencia de las condiciones socioeconómicas, étnicas y de aseguramiento en salud. Las disparidades en el acceso a proveedores de atención médica, pruebas de diagnóstico y medicamentos pueden afectar más a personas desfavorecidas; además, el acceso a los servicios de salud puede ser un problema para las personas con bajo nivel socioeconómico o bajo nivel educativo (3). La falta de médicos en el primer nivel de atención, y de especialistas en algunas comunidades, se puede constituir en un factor importante para la prestación desigual de servicios y el propio acceso (4,5). Aspectos como la limitada disponibilidad de neumólogos, servicios especializados (espirometría, rehabilitación pulmonar) (6), así como disparidades en la oferta de recomendaciones para dejar de fumar por parte de los prestadores de servicios de salud (7,8), falta de acceso a medicamentos para el tratamiento de la EPOC posiblemente debido a sus costos (9), pueden estar relacionadas con resultados desiguales, según acceso.

Referencias

1. Palomino DD, Pinilla OCV. La enfermedad respiratoria crónica: reflexiones en el contexto del sistema de salud colombiano. *Rev Ciencias la Salud* [Internet]. 2007;5(2):106–15. Available from: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/522>
2. Khaltaev N, Axelrod S. Chronic respiratory diseases global mortality trends, treatment guidelines, life style modifications, and air pollution: Preliminary analysis. *J Thorac Dis.* 2019;11(6):2643–55.
3. Pleasants RA, Riley IL, Mannino DM. Defining-and-targeting-health-disparities-in-chronic-obstruc. *Int J COPD.* 2016;2475–96.
4. Mackenbach JP, Stronks K, Kunst AE. The contribution of medical care to inequalities in health: Differences between socio-economic groups in decline of mortality from conditions amenable to medical intervention. *Soc Sci Med.* 1989;29(3):369–76.
5. Feinstein JS. The Relationship between Socioeconomic Status and Health : A Review of the Literature Published by : Wiley on behalf of Milbank Memorial Fund Stable URL : <http://www.jstor.org/stable/3350401> Linked references are available on JSTOR for this article : The. *Milbank Q.* 1993;71(2):279–322.
6. Schraufnagel DE, Blasi F, Kraft M, Gaga M, Finn P, Rabe KF. An official American Thoracic Society and European Respiratory Society policy statement: Disparities in respiratory health. *Eur Respir J.* 2013;42(4):906–15.
7. Cokkinides VE, Halpern MT, Barbeau EM, Ward E, Thun MJ. Racial and Ethnic Disparities in Smoking-Cessation Interventions. Analysis of the 2005 National Health Interview Survey. *Am J Prev Med.* 2008;34(5):404–12.
8. Browning KK, Ferketich AK, Salsberry PJ, Wewers ME. Socioeconomic disparity in provider-delivered assistance to quit smoking. *Nicotine Tob Res.* 2008;10(1):55–61.
9. Al-Numani D, Colucci P, Ducharme MP. Rethinking bioequivalence and equivalence requirements of orally inhaled drug products. *Asian J Pharm Sci* [Internet]. 2015;10(6):461–71. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajps.2015.08.006>

7.1.6. Enfermedad renal crónica, una enemiga silenciosa

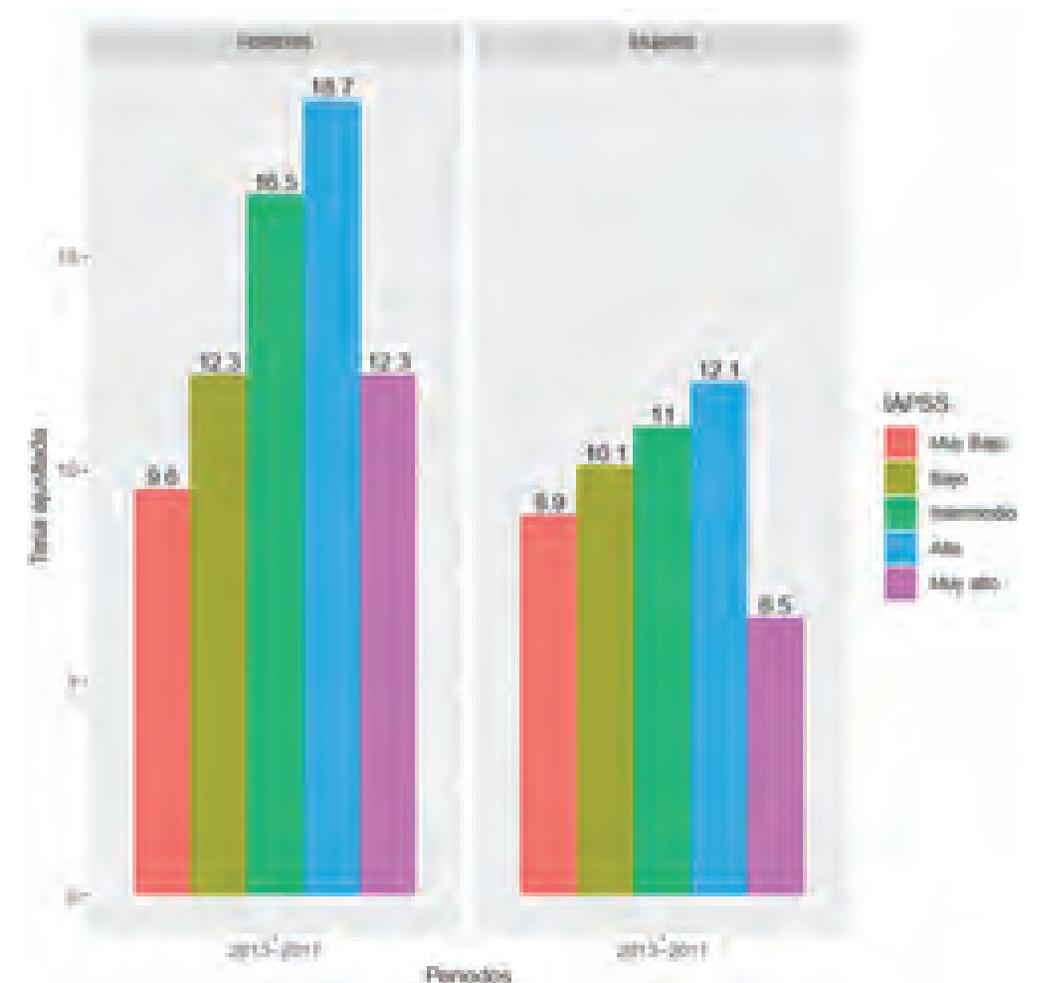
La enfermedad renal crónica (ERC) es una de las patologías crónicas más olvidadas (1), de alto costo, progresiva, no transmisible y resulta como complicación de otras enfermedades, como las cardiovasculares y la diabetes mellitus (1-3). En Colombia, hasta 2018, fueron reportados a la Cuenta de Alto Costo (CAC) un total de 1'239.609 personas con ERC en cualquiera de sus estadios. La prevalencia fue de 2,5 casos por cada 100 habitantes y una incidencia de 5,0 casos por cada 1.000 habitantes (4).

Se reportaron al DANE un total de 15.744 muertes por ERC en el periodo 2013 a 2017. Se observó que las mayores tasas ajustadas de mortalidad fueron en hombres. En IAPSS se observó un gradiente contrario a lo esperado en los primeros cuatro quintiles de acceso y un descenso importante de las tasas de mortalidad para el quintil de acceso muy alto en ambos sexos.

Al comparar por quintiles, en hombres hay un resultado contrario al esperado, en el que la menor tasa de mortalidad se ubica en el quintil de acceso muy bajo, sin embargo, en mujeres, al comparar el quintil de menor acceso con el de mayor acceso, la desigualdad relativa evidencia un 40% de más riesgo entre los de menos acceso (RR = 1,4).

Los resultados obtenidos referente a municipios ubicados en los quintiles más altos de IAPSS con mayores tasas de mortalidad, podrían ser el reflejo de la dificultad diagnóstica de ERC, ya que su sintomatología suele ser inespecífica y silenciosa, enmascarándose con otras afecciones (5). También se ha descrito que para las ERC de causas no tradicionales, no existe un protocolo para el registro de las muertes, además de falta de capacitación del personal médico para el diligenciamiento del registro de defunción (6). Por lo que es posible que en los municipios de mejor acceso, exista una mejor diagnóstico que permita la mejor clasificación de la causa de muerte.

Figura 1. Tasa de mortalidad ajustada de enfermedad renal crónica según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Referencias

1. World Health Organization - WHO. La carga global de la insuficiencia renal y los objetivos de desarrollo sostenible. 2018. p. 1.
2. Lopera-Medina M. La enfermedad renal crónica en Colombia : necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Rev Gerenc Polit Salud. 2016;15(30):212–33.
3. Organización Mundial de la Salud OMS. Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. 2015. 112 p.
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de alto costo. Situación de la enfermedad renal crónica, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia. Bogotá; 2016. 1–112 p.
5. Levey AS, Jong PE De, Coresh J, Nahas M El, Astor BC, Matsushita K, et al. The definition , classification , and prognosis of chronic kidney disease : a KDIGO Controversies Conference report. Kidney Int. 2011;80(1):17–28.
6. Escamilla-Cejudo JA, Báez JL, Peña R, Luna PLR, Ordunez P. Optimización del registro de muerte por enfermedad renal crónica en las comunidades agrícolas de América Central. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2016;40(5):285–93.

7.1.7. Mortalidad evitable por enfermedades digestivas y acceso potencial a los servicios de salud

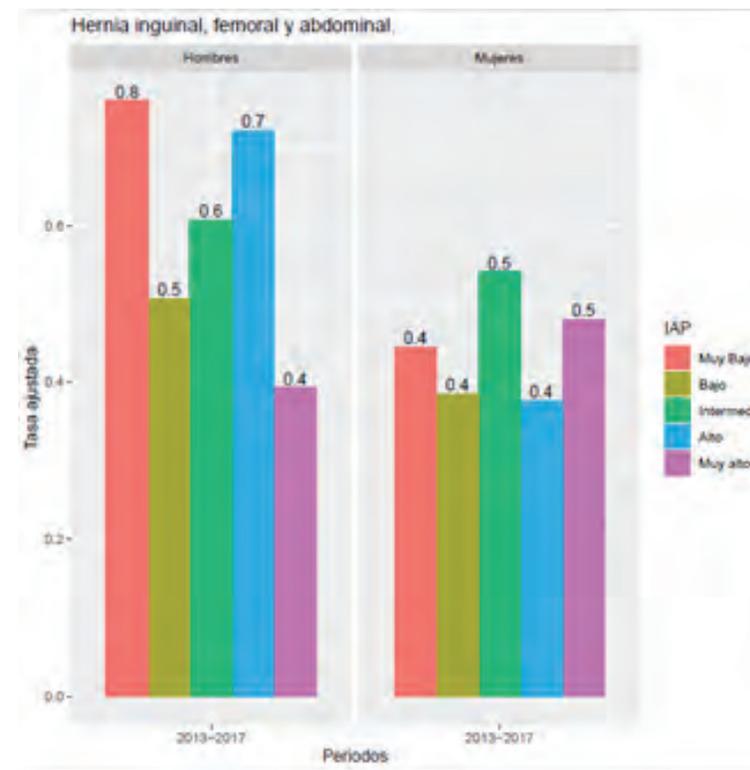
Dentro de las causas de mortalidad evitable por los servicios de salud se encuentran trastornos digestivos como las hernias (inguinal, femoral y abdominal), la apendicitis aguda, la úlcera péptica y las enfermedades de la vesícula y las vías biliares, todas entidades que cuyos desenlaces dependen principalmente del acceso a intervenciones quirúrgicas ya sea electivas o de emergencia (1).

Las hernias se consideran curables con diagnóstico y cirugía oportunos; en general la mortalidad en casos de hernias se asocia a la corrección no electiva de la hernia, la mortalidad aumenta dramáticamente cuando hay incarceration del contenido de la cavidad abdominal que requiere cirugía urgente y más aún si esta lleva a la resección intestinal (2,3). La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente a nivel mundial por lo cual su mortalidad y complicaciones se atribuyen en parte a demoras en el diagnóstico y tratamiento (4). Respecto a los trastornos de la vesícula el más frecuente es la colelitiasis y la mortalidad por colelitiasis principalmente ocurre por el desarrollo de pancreatitis aguda, la colecistectomía es uno de los procedimientos que más ha aumentado en frecuencia dado el desarrollo de la laparoscopia y es la primera causa de cirugía electiva en EEUU (5). En relación con la mortalidad por úlcera péptica esta se ocasiona por su perforación, a diferencia de los otros trastornos la úlcera péptica tiene un tratamiento médico basado en inhibidores de la bomba de protones y antibióticos, la perforación de la ulcera es una urgencia quirúrgica con altas tasas de complicaciones y mortalidad que aumentan con la demora en el tratamiento (6,7) A continuación, se presentan los resultados del análisis de mortalidad para cada uno de los eventos por quintiles del IAPSS.

Hernia inguinal; femoral y abdominal

De 2013 a 2017, se registraron 662 muertes por hernia inguinal; femoral y abdominal, el 55% ocurrieron en hombres (Figura 1). La mortalidad por hernia inguinal; femoral y abdominal fue más alta en hombres que en mujeres y no se observa ningún patrón de gradiente entre los diferentes quintiles de IPSS.

Figura 1. Tasas de mortalidad ajustada por hernia inguinal, femoral y abdominal según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

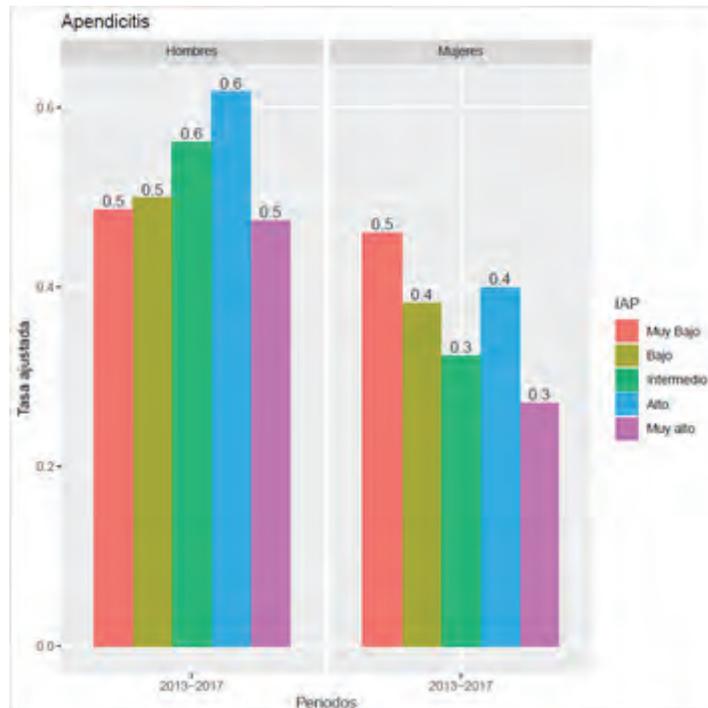


Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Apendicitis

De 2013 a 2017, se registraron 754 muertes por apendicitis en Colombia, el 56% ocurrieron en hombres (Figura 2). Se observa que la mayor tasa de mortalidad ajustada en hombres se da en los municipios con IAPSS intermedio o alto, entre los quintiles de acceso potencial muy bajo a alto se presentan un gradiente inverso en el que hay mayor mortalidad en los quintiles de mayor IPA, excepto por el quintil de acceso muy alto que presenta una tasa de mortalidad más baja que en el quintil de muy bajo acceso (0,47 vs 0,49 por 100.000). En las mujeres en cambio pareciera haber un gradiente con una mortalidad en el quintil del IAP más bajo que es 1,7 veces la mortalidad en el quintil de municipios con IAP más alto a excepción de la mortalidad en el quintil cuarto.

Figura 2. Tasas de mortalidad ajustada por apendicitis según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

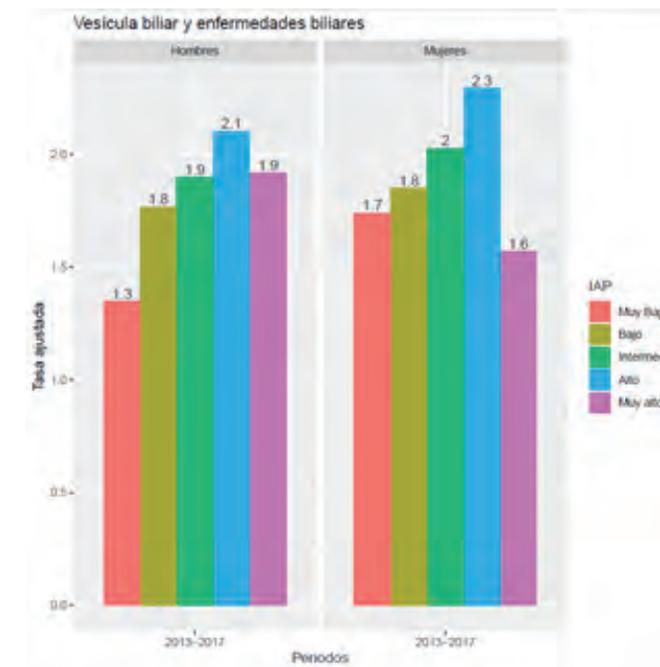


Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Trastornos de la vesícula biliar y enfermedades biliares

De 2013 a 2017, se registraron 2521 muertes por enfermedades de la vesícula y las vías biliares, el 55% ocurrieron en mujeres (Figura 3). Las tasas de mortalidad fueron similares en hombres y mujeres en ambos grupos se observa un gradiente inverso en los quintiles de IAPSS muy bajo a alto, es decir que en los municipios que acceso potencial más bajo se presenta una menor mortalidad, contrario a lo esperado.

Figura 3. Tasas de mortalidad ajustada por trastornos de la vesícula biliar y enfermedades biliares, según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

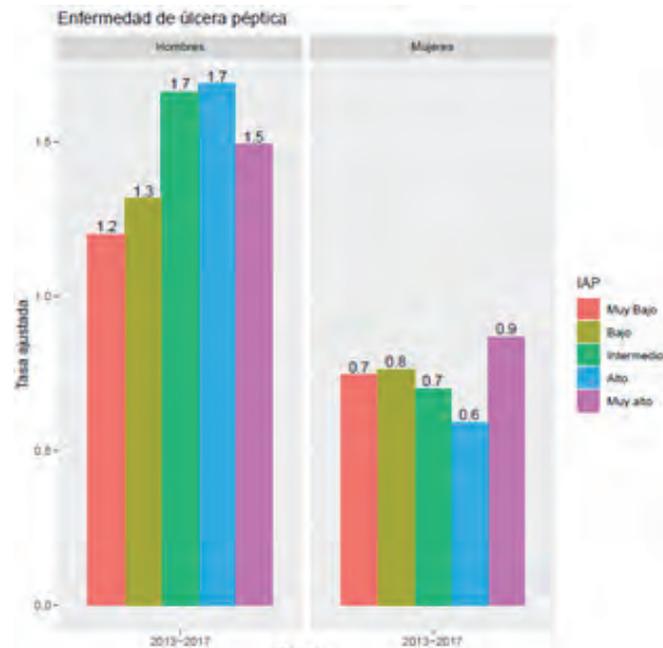


Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Enfermedad de úlcera péptica

De 2013 a 2017, se registraron 1473 muertes por úlcera péptica en Colombia, el 65% ocurrieron en hombres y las tasas de mortalidad ajustadas en hombres fueron alrededor de dos veces o más las tasas en mujeres (Figura 4). Se observa que la mayor tasa de mortalidad ajustada en hombres presenta un gradiente inverso entre los quintiles de acceso potencial muy bajo a alto, hubo una mayor mortalidad en los quintiles de mayor IAPSS, excepto por el quintil de acceso muy alto que presenta una tasa de mortalidad más baja que los dos quintiles anteriores. En las mujeres la mayor mortalidad se presentó en los quintiles con IAPSS muy alto y bajo, sin observarse un patrón que sugiera una relación entre el IAPSS y la mortalidad.

Figura 4. Tasas de mortalidad ajustada por enfermedad de úlcera péptica, según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

En este grupo de mortalidades por enfermedades digestivas se observaron patrones diferentes para los eventos y algunos gradientes inversos como el de trastornos de la vesícula y apendicitis y úlcera péptica en hombres. Estos resultados son difíciles de explicar dado que son incongruentes con el comportamiento esperado.

La muerte por hernias es un evento poco frecuente, dado que las hernias se acompañan de otras comorbilidades particularmente en el adulto mayor podría pensarse que en el caso de personas que mueran sin atención y en sitios alejados la causa de muerte podría ser mal clasificada, también es posible que las personas mueran antes por otras causas que por la hernia y por lo tanto haya un subregistro de los casos de mortalidad (2,3).

En cuanto a la apendicitis hay varios factores para tenerse en cuenta al analizar los datos presentados, las diferencias por sexo podrían corresponder a las diferencias que hay en la presentación de la apendicitis dado que su incidencia es más alta en hombres, sin embargo, el riesgo de apendicetomía es mucho más alto en mujeres (4). Llama la atención que el gradiente de desigualdades por nivel de acceso se observe en mujeres que representan más del 70% de las apendicetomías innecesarias. A pesar de que se considera que el riesgo de apendicitis perforada aumenta con el tiempo de evolución, estudios en Colombia no han encontrado tal asociación (8).

También se ha descrito que en ciertos casos la apendicitis puede ser autolimitada y tener una incidencia menor en regiones rurales o aisladas en las que la dieta es más rica en fibra (4), esto podría influenciar los patrones de mortalidad observados sin embargo, no pueden descartarse otras explicaciones como el subregistro y mala clasificación de las muertes.

En el caso particular de las enfermedades de la vesícula y las vías biliares las técnicas de cirugía han avanzado y con el tiempo han aumentado los procedimientos en pacientes que antes se consideraban de muy alto riesgo para ser operados dado el bajo riesgo, al aumentar los procedimientos en regiones con mejor acceso potencial podrían aumentar las tasas de mortalidad asociadas a complicaciones quirúrgicas, sin embargo no parece probable que estas puedan superar las tasas de mortalidad por la falta de atención oportuna (5).

En ninguno de los eventos en los que los desenlaces son sensibles al acceso a servicios de cirugía se observó un patrón de gradiente de mayor mortalidad en sitios de menor acceso potencial. En conjunto esto podría deberse a deficiencias en los registros de mortalidad. Por otra parte, es posible que los resultados observados en estas patologías se deban a que el IAPSS no refleje el acceso a los servicios especializados que impactan estos resultados. Para todas las patologías digestivas analizadas el tratamiento es eminentemente quirúrgico y por lo tanto su mortalidad también está influenciada por el éxito o fracaso de la intervención y las complicaciones específicas de la cirugía, estos aspectos pueden afectar las tasas de mortalidad observadas si se asocian con factores no evaluados en el IAPSS como la calidad de los servicios o la experiencia del personal de salud.

Referencias

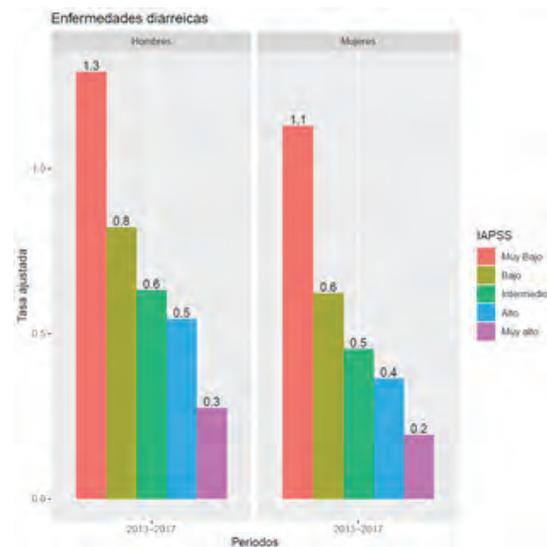
1. McCord C, Ozgediz D, Beard JH, Debas HT. General Surgical Emergencies. In: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 1): Essential Surgery. The World Bank; 2015. p. 61–76.
2. Martínez-Serrano MÁ, Pereira JA, Sancho JJ, Salvans S, Juncá V, Segura M, et al. Hernia estrangulada. ¿Todavía mortal en el siglo XXI? *Cir Esp*. 2008;83(4):199–204.
3. Reaveley AM, Nguyen-Van-Tam JS, Logan RFA. Who dies from hernia? *J Epidemiol Community Health*. 1998;52(8):532–3.
4. Lobo D. Acute appendicitis - Epidemiology | *BMJ Best Practice*. BMJ Best Practice. 2018.
5. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: Cholelithiasis and cancer. Vol. 6, *Gut and Liver*. 2012. p. 172–87.
6. Thorsen K, Søreide JA, Søreide K. What Is the Best Predictor of Mortality in Perforated Peptic Ulcer Disease? A Population-Based, Multivariable Regression Analysis Including Three Clinical Scoring Systems. *J Gastrointest Surg*. 2014;18(7):1261–8.
7. Nogueira C, Silva AS, Nunes Santos J, Gomes Silva A, Ferreira J, Matos E, et al. Perforated peptic ulcer: Main factors of morbidity and mortality. *World J Surg*. 2003 Jul;27(7):782–7.
8. Sanabria A, Dominguez L, Vega V, Osorio C, Serna A, Bermudez C. Tiempo de evolución de la apendicitis y riesgo de perforación. *Rev Colomb*. 2013;24–30.

7.1.8. Enfermedades inmunoprevenibles y la relación con el índice de acceso a los servicios de salud

La mortalidad de eventos inmunoprevenibles podría disminuir cuando la población tiene acceso adecuado a los servicios de salud de buena calidad (1-3). Las dificultades en el acceso a los servicios de salud, ante todo por la baja oferta de atención en los momentos de mayor demanda (4), y en otros casos las bajas coberturas de vacunación, hacen que se aumenten el número de casos (5-7) que en ocasiones pueden llegar a la muerte (7).

Al desagregar por enfermedad, durante el periodo de análisis se observa que para las enfermedades diarreicas, en ambos sexos, una brecha entre los municipios clasificados en el quintil de más bajo acceso en relación con aquellos que se encuentran en un mejor acceso. La desigualdad relativa en hombres fue de 4,7 y en las mujeres de 5,9 (Figura 1).

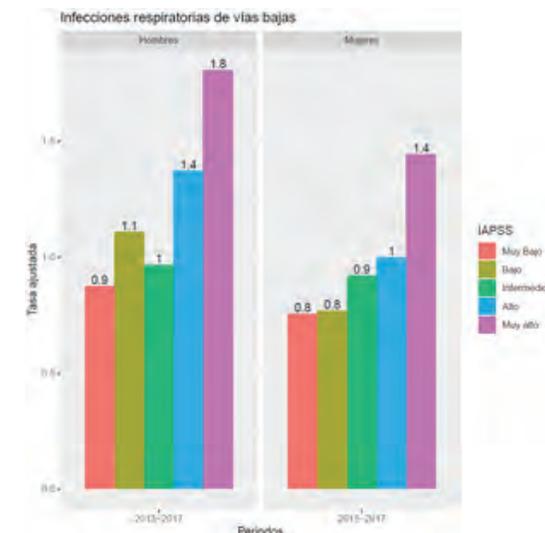
Figura 1. Tasas de mortalidad ajustada por enfermedad diarreica según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Una situación particular sucede con infecciones respiratorias de vías bajas, con un total de 1.201 muertes para el periodo 2013-2017. Se observó un comportamiento contrario a lo esperado, mostrando que las mayores tasas de mortalidad se presentan en aquellos municipios que se encuentran en el quintil más alto de acceso potencial a los servicios de salud. Esto podría estar explicado por demoras en el sistema de referencia y contra referencia (4) y la inadecuada calidad de las acciones de promoción y prevención en municipios con más alto acceso potencial a los servicios de salud, que favorecerían la aparición de casos, el desarrollo de complicaciones algunas de ellas graves e incremento de los costos sanitarios (1) (Figura 2).

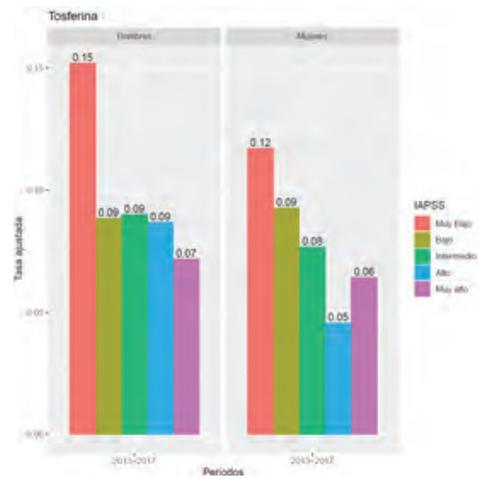
Figura 2. Tasas de mortalidad ajustada por infecciones respiratorias de vías bajas según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

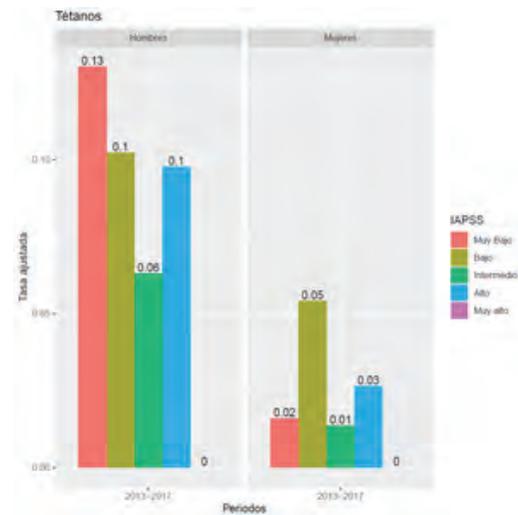
Con respecto a la tosferina y el tétanos, con un total de 176 muertes en ambos eventos, se puede observar que, a excepción de las mujeres en tétanos, las tasas de mortalidad más altas se presentan en los quintiles de más bajo acceso potencial. En ambos sexos, el riesgo es el doble en los municipios de menor acceso a los servicios de salud, en relación al quintil más alto de acceso para tosferina, y de 1,3 en hombres con respecto para tétanos (Figura 3 y Figura 4).

Figura 3. Tasas de mortalidad ajustada por Tosferina según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 4. Tasas de mortalidad ajustada por Tétanos según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Referencias

1. Cáceres DC, Estrada E, Deantonio R. La enfermedad diarreica aguda : un reto para la salud pública en Colombia. 2005;17(1):6-14.
2. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Lineamientos básicos para el análisis de la Mortalidad. 2017. 145 p.
3. Reyes Pinto DY. Determinantes sociales de la mortalidad por enfermedad diarreica aguda en los menores de 5 años en Colombia. 2015.
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Prevención, Manejo y Control de la Infección Respiratoria Aguda en Colombia. 2014.
5. Alvis N, Hoz FD La, Gamboa O, Cediel N, Rico A, Paternina Á. Impacto epidemiológico y económico de la vacunación contra el tétanos en adultos de Colombia. 2011;30(3):209-16.
6. Cardona D, Segura Á, Garzón MO, Calle M, Agudelo MC, Segura Á. Tendencia de la mortalidad y morbilidad por tos ferina en Colombia 2002-2012. Biomédica. 2016 Apr;36(3):397-405.
7. UNICEF. Leaving No One Behind. Why does universal coverage of vaccines. 2019;(June).

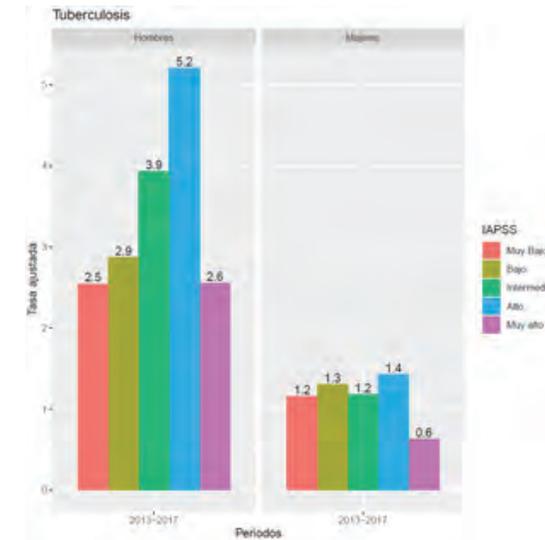
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela

7.1.9. Desigualdades de la mortalidad por tuberculosis y su relación con el acceso a los servicios de salud

La tuberculosis es evitable y curable gracias al acceso a los servicios de salud, a partir del diagnóstico, tratamiento y adherencia al mismo (1). Este acceso es afectado por barreras como el retraso en el diagnóstico, la mala interpretación de síntomas (2-4), largos desplazamientos (5-7), trámites administrativos, oportunidad en la remisión a especialistas (8-11) y percepción negativa del trato de los profesionales en salud (6,12-17).

En el periodo de análisis se registraron un total de 3.705 defunciones de tuberculosis. El 72,1% se presentaron en hombres. También se observó que en este sexo las tasas de mortalidad más altas se reportaron en el quintil de mayor acceso, en tanto que, en mujeres, las tasas de mortalidad fueron más altas en el quintil de más bajo acceso potencial, con una desigualdad relativa de 1,8 entre aquellos (Figura 1). Una posible explicación del comportamiento en los hombres, se debe a que comúnmente presentan menor cuidado de su salud, hay menos asistencia a los servicios de salud, una peor adherencia al tratamiento y, en consecuencia, una mayor vulnerabilidad a morir por esta causa (1).

Figura 1. Tasas de mortalidad ajustada por Tuberculosis según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Referencias

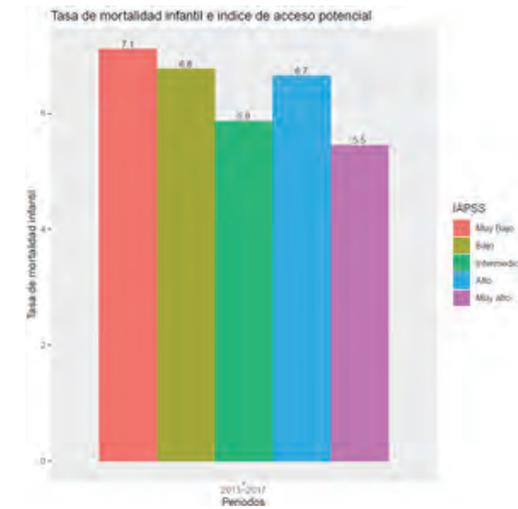
1. Alves JD, Arroyo LH, Moraes Arcoverde MA, Cartagena-Ramos D, Zamboni Berra T, Seles Alves L, et al. Magnitude of social determinants in the risk of death from tuberculosis in Central-west Brazil. *Gac Sanit.* 2019;(xx):1–8.
2. Cerna CA. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. Vol. 18. 2002.
3. Enrique N, Quintero-álvarez L, Rodríguez-marín K. Análisis sociodemográfico y espacial de la transmisión de la tuberculosis en la ciudad de Armenia (Colombia). *Infectio.* 2012;16(3):154–60.
4. Flor de María Cáceres-Manrique y Luis C. Orozco-Vargas. Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colombia. *Rev Salud pública.* 2008;10(1):94–104.
5. Culqui D TO, N C, Aylas R SO, Bonilla C. Tuberculosis in the Indigenous population of Peru 2008. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2010;27(1):8–15.
6. Alene KA, Viney K, Gray DJ, Mcbryde ES, Wagnew M, Clements ACA. Mapping tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia. *BMC Infect Dis.* 2019;1–11.
7. Dinh N, Viet L, Id B, Mor Z, Chemtob D, Thai S, et al. Use of Geographically Weighted Poisson Regression to examine the effect of distance on Tuberculosis incidence : A case study in. *PLoS One.* 2018;79–84.
8. Kim J. Health systems performance in managing tuberculosis : analysis of tuberculosis care cascades among high-burden and non-high-burden countries. *JoGH.* 2019;9(1):1–10.
9. Peri AM, Bernasconi DP, Galizzi N, Matteelli A, Codecasa L, Giorgio V, et al. Determinants of patient and health care services delays for tuberculosis diagnosis in Italy : a cross-sectional observational study. *BMC Infect Dis.* 2018;1–11.
10. Celeste M, Quintero DF, Helena S, Vendramini F, Gazetta CE, Lourenção LG, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev Salud Pública.* 2018;20(1):103–9.
11. Núñez-rocha GM, Salinas-martínez AM, P S. Riesgo nutricional en pacientes con tuberculosis pulmonar : ¿ cuestión del paciente o de los servicios de salud ? *Salud Publica Mex.* 2000;42(3).
12. Pineda NIS, Pereira SM. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua : resultados de un estudio comparativo. 2005;17(6):271–8.
13. Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín , Colombia. *Rev Panam Salud Publica.* 2010;27(2):83–92.
14. Hino P, Oliveira MF. Time series of Tuberculosis mortality in Brazil (1980-2001). *Rev Latino-am Enferm.* 2007;15(5).
15. Vries SG De, Cremers AL, Heuvelings CC, Greve PF, Visser BJ, Bêlard S, et al. Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis.* 2017;3099(16):1–16.
16. Tavares AM, Garcia AC, Gama A, Abecasis AB, Viveiros M, Dias S. Tuberculosis care for migrant patients in Portugal : a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res.* 2019;0:1–11.
17. Scott F, Milinkovic DA, Birch S, Hopkins J, Saffie M, Newbold KB, et al. Low prioritization of latent tuberculosis infection — A systemic barrier to tuberculosis control : A qualitative study in Ontario , Canada. *Int J Heal Plann Mgmt.* 2019;(August 2018):384–95.

7.1.10. Mortalidad neonatal e infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud

El indicador de mortalidad neonatal e infantil reconoce como factores determinantes las condiciones de la vida materna y el acceso a instalaciones equipadas con atención de alta calidad para atender las necesidades de salud agudas y crónicas (1-3). En 2015, se calcula que en el mundo murieron 5,9 millones de niños antes de cumplir los 5 años, la mayoría a consecuencia de enfermedades que pueden prevenirse y tratarse de forma fácil y a bajo costo (4).

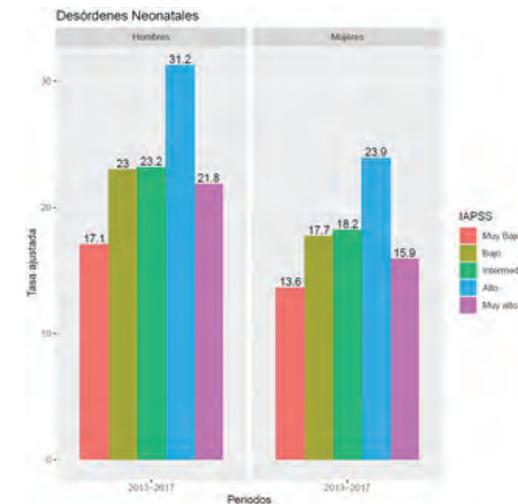
Para los años 2013 a 2017 se evidencia que los municipios con mayor acceso potencial tienen las tasas de mortalidad infantil más bajas. Al comparar con el quintil de mayor acceso, la desigualdad relativa es de un 30% de más riesgo entre los municipios con de menos acceso potencial (RR = 1,3). Sin embargo, la mortalidad por desórdenes neonatales donde para ambos sexos, presenta una relación contraria a lo esperado con tasas más altas en los quintiles de mejor acceso (Figura 1 y Figura 2). Los hallazgos de este último indicador se podrían explicar porque los recién nacidos mueren predominantemente por parto prematuro y complicaciones e infecciones relacionadas con el parto (3), que implica que sean atendidos en niveles de complejidad más altos donde fallecen. Lo que podría reflejar la falta de atención a la salud materna, como consecuencia del acceso limitado a trabajadores sanitarios capacitados (5). También se podría asociar con problemas de subregistro en los municipios con menor acceso (6).

Figura 1. Tasas de mortalidad infantil según quintil de acceso potencial a servicios de salud. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 2. Tasas de mortalidad ajustada de desórdenes neonatales según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Lineamientos básicos para el análisis de la Mortalidad. 2017. 145 p.
2. Organización Mundial de la Salud - OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo. 2003.
3. Ma LH, Alexander M, You D, Alkema L, Group UNI, Estimation M. Articles National , regional , and global levels and trends in neonatal mortality between 1990 and 2017 , with scenario-based projections to 2030 : a systematic analysis. Lancet Glob Heal. 2019;7(6):e710–20.
4. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Estado mundial de la infancia 2016. 2016. 1–184 p.
5. Bhutta ZA, Pediatría D, Infantil S, Universidad D, Khan DA. Los primeros 28 días de vida. 2007.
6. Cardona D, Cerezo M del P, Parra H, Quintero L, Muñoz L, Cifuentes OL, et al. Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los municipios del Eje Cafetero, 2009-2011. Biomedica. 2015;35(3):373–94.

7.1.11. Mortalidad evitable debida a efectos adversos del tratamiento médico

En cuanto a los efectos adversos del tratamiento médico, a pesar de los avances en aspectos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento, no se han podido solucionar los problemas de adherencia a las prescripciones, en ocasiones debido a las dificultades en el acceso a los servicios de salud y que pueden ser los responsables de su aparición (1).

Un evento adverso es una lesión causada por el tratamiento médico en lugar de la condición básica del paciente. Un evento adverso atribuible a un error es un “evento adverso prevenible”. En general los errores se han relacionado con la medicación ya sea en hospitales o en entornos ambulatorios. Estos problemas ocurren durante el curso de la prestación de atención médica e incluyen errores de transfusión, eventos adversos medicamentosos, cirugía en el lugar equivocado, lesiones quirúrgicas, otras lesiones, infecciones adquiridas en el hospital u otras relacionadas con el tratamiento, caídas, quemaduras, úlceras por presión e identidad equivocada (2). Una gran cantidad de evidencia apunta a errores médicos como la principal causa de muerte y lesiones (2).

En Colombia entre 2013 y 2017, del total de muertes evitables, un total de 427 muertes, que corresponden al 0,2% fueron debidas a efectos adversos del tratamiento médico. En mujeres fue alto el porcentaje de muertes debidas a estos eventos (231, 54,1%).

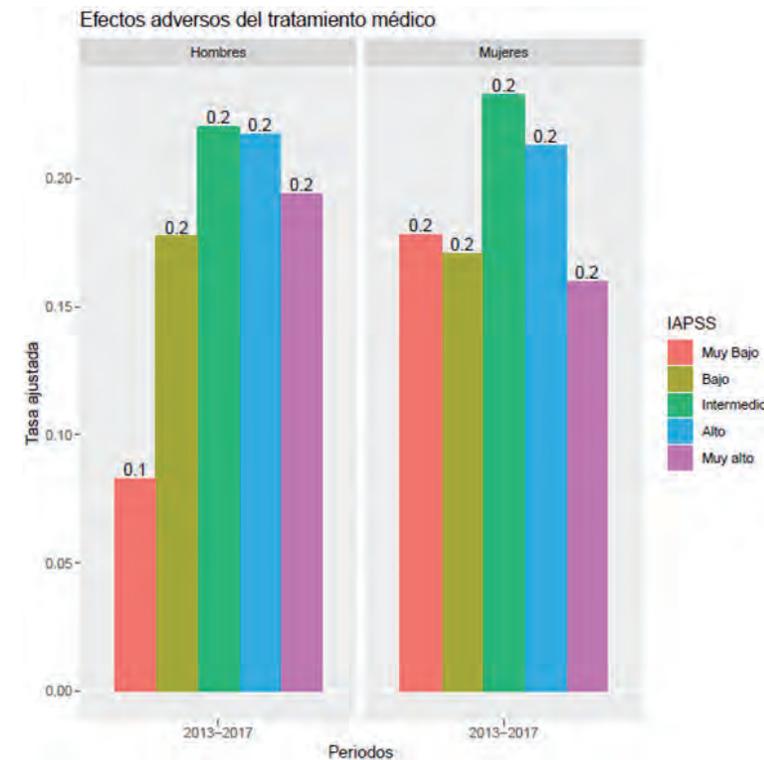
Las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) de los municipios clasificados en los quintiles de índice de acceso potencial a servicios de salud (IAPSS) muy bajo frente a la de los municipios de IAPSS muy alto se presentan en la Tabla 1. En las mujeres se observaron desigualdades mientras que en hombres se notó un gradiente inverso (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes) y razones de tasas de mortalidad por efectos adversos del tratamiento médico según sexo y quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

	Hombres	Mujeres
TAM en municipios con IAPSS muy bajo	0.08	0.18
TAM en municipios con IAPSS muy alto	0.19	0.16
Razon TAM	0.4	1.1

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 1. Tasas ajustadas de mortalidad debida a efectos adversos del tratamiento médico según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Las desigualdades observadas en las mujeres podrían deberse a deficiencias en la atención de los servicios de salud. Se ha reportado que el nivel educativo bajo se asocia con una mortalidad mayor por causas que se consideran susceptibles de intervención médica; además influyen las diferencias regionales en calidad y seguridad de la atención (3). Otras posibles explicaciones podrían incluir las características de los pacientes y de los médicos, la relación personal de salud y paciente, y el nivel en el que los sistemas de salud adopten prácticas para estandarizar la atención (4). Los gradientes inversos encontrados para los hombres posiblemente estén relacionados con la gravedad o severidad de los efectos adversos del tratamiento médico que requieren de un manejo especializado y que por lo general se encuentran en las grandes ciudades donde se concentran los niveles de mayor atención hospitalaria.

Referencias

1. Martín Alfonso L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cuba Salud Publica*. 2006;32(3).
2. National Academy of Sciences. *To Err Is Human: Building a Safer Health System* (2000) [Internet]. Washington DC: National Academy of Sciences; 2001. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248>
3. McKellar MR, Landrum MB, Gibson TB, Landon BE, Fendrick AM, Chernew ME. Geographic Variation in Quality of Care for Commercially Insured Patients. *Health Serv Res*. 2017;52(2):849–62.
4. Sunshine JE, Meo N, Kassebaum NJ, Collison ML, Mokdad AH, Naghavi M. Association of Adverse Effects of Medical Treatment With Mortality in the United States: A Secondary Analysis of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study. *JAMA Netw open*. 2019;2(1):e187041.

7.1.12. Mortalidad evitable debida a epilepsia

En epilepsia existen diversos factores que limitan y obstaculizan el tratamiento, uno de ellos es la falta de acceso a los servicios de salud (1). Su manejo deficiente resulta en un número sustancial de muertes potencialmente evitables (2).

En Colombia, entre 2013 y 2017, del total de muertes evitables el 1,4% (2.586) fueron debidas a epilepsia. En hombres ocurrieron la mayoría de muertes debidas a esta causa (1.573, 60,8%).

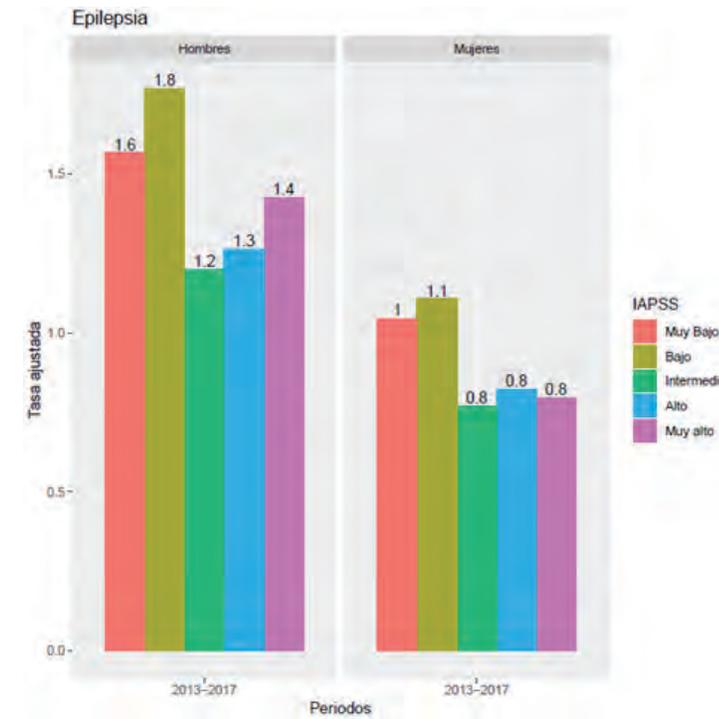
Las tasas ajustadas de mortalidad (TAM) de los municipios clasificados en los quintiles de índice de acceso potencial a servicios de salud (IAPSS) muy bajo frente a la de los municipios de IAPSS muy alto se presentan en la Tabla 1. Para ambos sexos, de acuerdo con el IAPSS se observaron desigualdades en el caso de la epilepsia (Tabla 1, Figura 1).

Tabla 1. Tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes) y razones de tasas de mortalidad por epilepsia según sexo y quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

	Hombres	Mujeres
TAM en municipios con IAPSS muy bajo	1.6	1.0
TAM en municipios con IAPSS muy alto	1.4	0.8
Razon TAM	1.1	1.3

Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Figura 1. Tasas ajustadas de mortalidad evitable debida a epilepsia según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Las desigualdades podrían deberse a deficiencias en la atención de los servicios de salud. Algunos estudios vinculan las muertes evitables con fallas en los servicios de neurología, en especial los de segundo nivel en donde a los pacientes con epilepsia, en muchos casos, no se les realiza un análisis completo por parte de sus médicos, conduciendo a un mal manejo y a una falta de acceso a atención especializada. En la atención del primer nivel también se han reportado resultados similares respecto del acceso, lo que ha sugerido que la falta de comunicación y de información para la remisión de los pacientes fueron los responsables de las deficiencias en la atención (3).

Referencias

1. OPS. Epilepsia en Latinoamérica: Documento técnico basado en las presentaciones del Taller Internacional efectuado en Santiago de Chile, en agosto de 2013, y otras contribuciones posteriores. 2013;110. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=epilepsia-otros-transtornos-neurologicos-7357&alias=33137-epilepsia-latinoamerica-ops-2015-137&Itemid=270&lang=en
2. Ngugi AK et al. Premature mortality in active convulsive epilepsy: causes and associated risk factors in rural Kenya. 2013;
3. Society E. Premature mortality and avoidable deaths in epilepsy. 2016;(March).

7.2.1. Las brechas en el acceso a servicios de salud de las enfermedades transmitidas por vectores

Las Enfermedades Transmitidas por Vectores (ETV) generalmente afectan a poblaciones menos favorecidas y que se consideran importantes problemas de Salud Pública. Se ha demostrado que la asequibilidad, aceptabilidad y disponibilidad de los servicios de salud son determinantes del comportamiento de búsqueda de atención de la población en riesgo (1) y de la utilización de los servicios (2). En este apartado se presentan los resultados de la ocurrencia de malaria, las arbovirosis y la Enfermedad de Chagas, según el índice de acceso a servicios de salud (IAPSS).

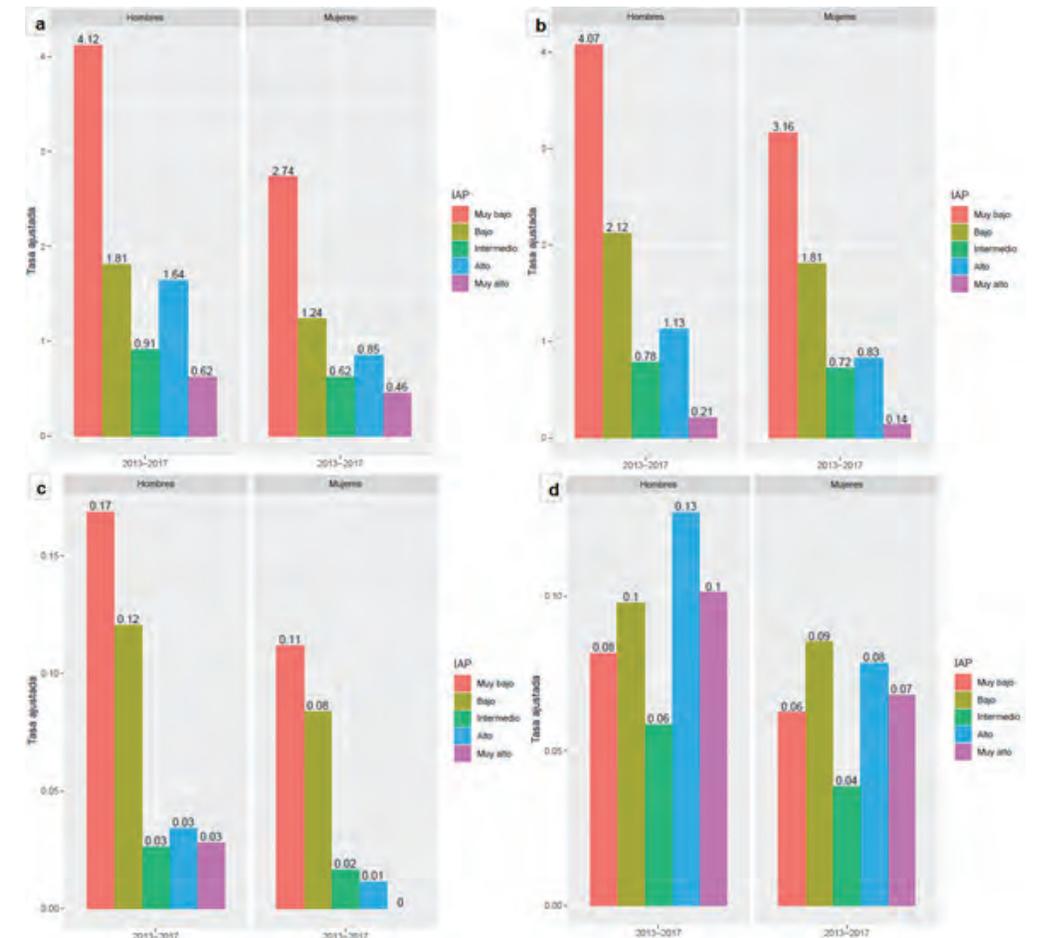
En el caso de malaria se requiere garantizar el acceso universal al diagnóstico y tratamiento, para generar una reducción efectiva de los casos y las muertes que produce esta enfermedad tropical predominante de las áreas rurales. Para las arbovirosis el principal punto de entrada al sistema de salud es el primer nivel de atención, que en caso de no ser este efectivo conducirá a los afectados a consultar en otros lugares, generando la llamada “peregrinación” (3). En caso de no resolverse su situación se podrían presentar complicaciones por la enfermedad. Finalmente, para la enfermedad de Chagas, se ha descrito dificultad en el acceso al tratamiento integral, con servicios de salud diferenciados por ingresos y régimen de afiliación (4,5), situación que no es justa para los afectados y que afecta sus desenlaces.

1. Malaria

Entre 2013 y 2017 se registraron al Sivigila 289.781 casos de malaria; el 46,9% fue debido a *P. vivax*, el 49,6% a *P. falciparum*, el 2,1% a malaria mixta y el 1,4% correspondió a malaria complicada. El 58,9% de casos ocurrieron en hombres. El índice parasitario anual (IPA) por quintiles de IAPSS fue más alto en hombres. Tanto para hombres como mujeres se observó una gran diferencia en el IPA promedio entre los municipios clasificados en el quintil de IAPSS muy bajo y los del quintil de IAPSS muy alto, excepto para malaria complicada.

La razón de IPA del quintil IAPSS muy bajo frente al quintil IAPSS muy alto, en hombres fue de 6,6 para *P. vivax*, de 19,3 para *P. falciparum*, de 5,7 para malaria mixta y 8,8 para malaria complicada; mientras que para mujeres fue de 6,0 para *P. vivax*, de 22,6 para *P. falciparum* y 0,86 para malaria complicada (Figura 1).

Figura 1. Índice parasitario anual ajustado de malaria según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

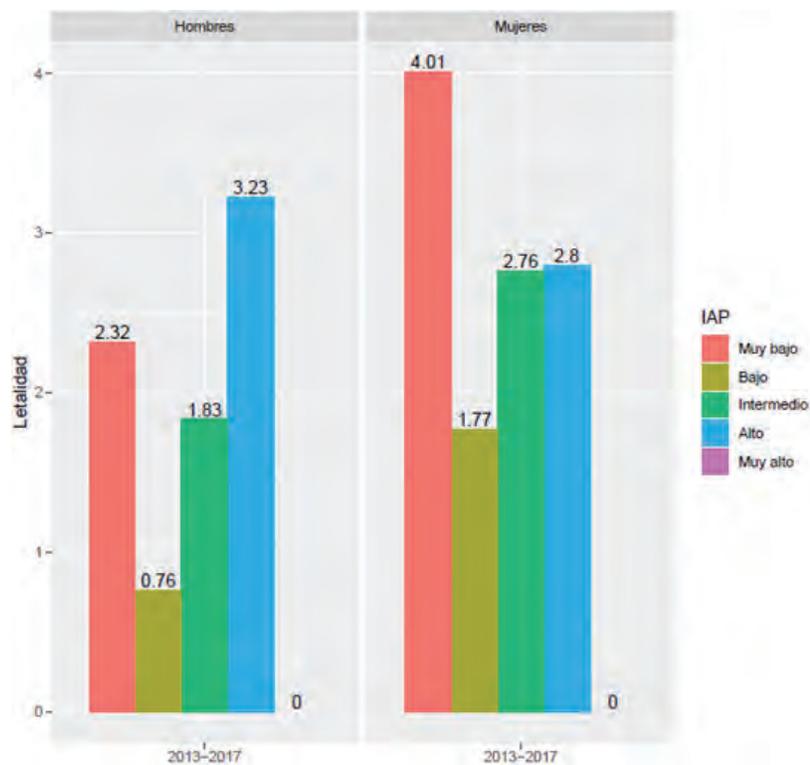


a: *P. vivax*; b: *P. falciparum*; c: *P. vivax* más *P. falciparum*; d: malaria complicada
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Para malaria debida a *P vivax*, *P falciparum* y malaria mixta, los municipios con un IPA muy alto se ubicaron en el quintil de muy bajo IAPSS, es posible que en esos municipios el considerable número de casos presentados haya influido en un mal desempeño en las áreas de los servicios de salud. Mientras que para malaria complicada, los municipios con IPA muy alto se situaron en el quintil de muy alto IAPSS, probablemente considerando la gravedad de la enfermedad que requiere un manejo complejo, esos municipios proporcionaron tuvieron un buen desempeño en algunas áreas de los servicios de salud.

En cuanto a letalidad por malaria complicada, de 2013 a 2017 se notificaron 4.131 casos de malaria complicada (56,9% en hombres) y 100 muertes (45% en hombres) por esta causa. La letalidad por quintiles de IAPSS fue más alta en mujeres. Por quintiles de IAPSS, en hombres y mujeres se encontró diferencia en la letalidad promedio entre los municipios clasificados en el quintil de IAPSS muy bajo y los del quintil de IAPSS muy alto. La razón de letalidad del quintil IAPSS muy bajo frente al quintil IAPSS fue muy alto para hombres (Figura 2).

Figura 2. Letalidad por malaria complicada según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

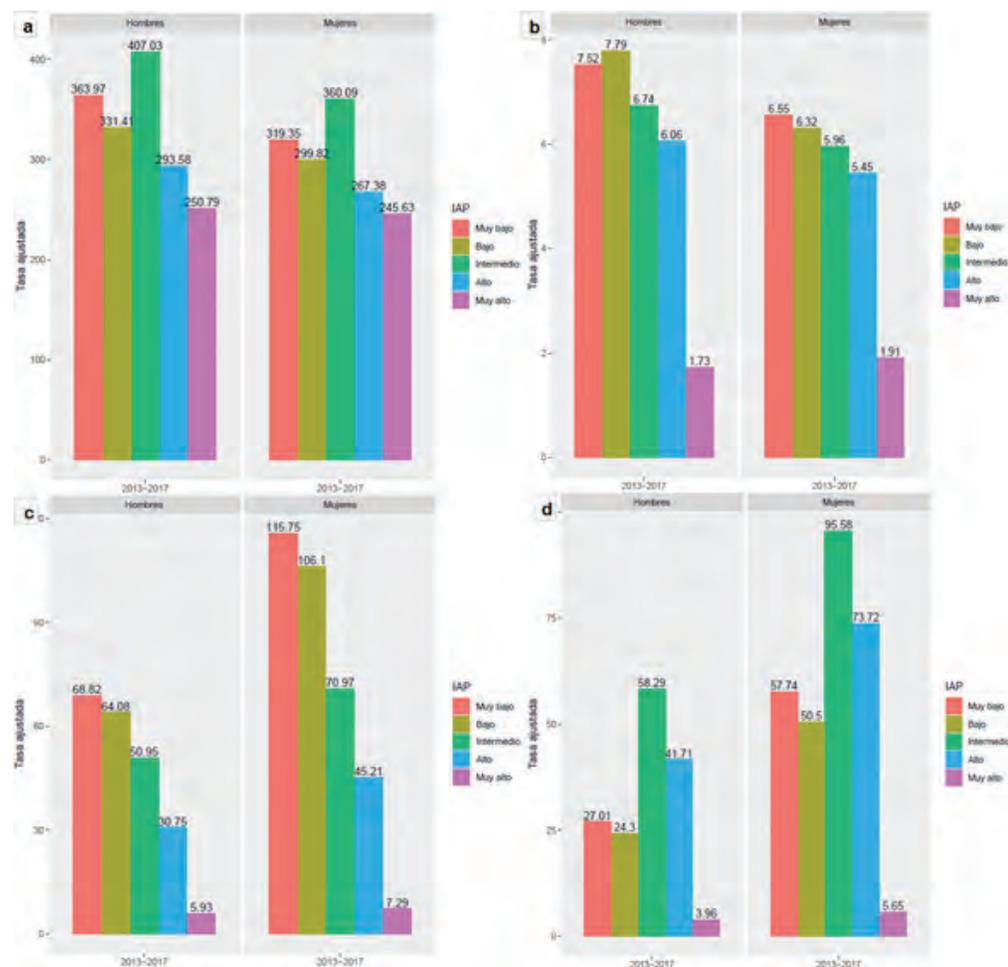
Los municipios con muy bajo IAPSS mostraron una letalidad alta. Es probable que, considerando la gravedad de la malaria complicada y que su manejo requiere del concurso de personal de salud especializado, en esos municipios el resultado se deba a un mal desempeño de los servicios de salud.

2. Arbovirosis

Entre 2013 y 2017 se notificaron 608.789 casos de arbovirosis. De ellos, el 73,6% fueron debidos a dengue, el 1,4% a dengue grave, el 12,7% a Chikungunya y el 12,3% a Zika. El 48,6% de casos ocurrieron en hombres. La incidencia por quintiles de IAPSS para dengue y dengue grave fue más alta en hombres; mientras que para Chikungunya y Zika fue más alta en mujeres. Por quintiles de IAPSS, para hombres y mujeres se notó una gran diferencia en la incidencia promedio entre los municipios clasificados en el quintil de IAPSS muy bajo y los del quintil de IAPSS muy alto.

La razón de incidencia del quintil de IAPSS muy bajo frente al quintil de IAPSS muy alto, en hombres fue de 1,5 para dengue, de 4,3 para dengue grave, de 11,6 para Chikungunya y 6,8 para Zika; mientras que para mujeres fue de 1,3 para dengue, de 3,4 para dengue grave y 15,9 para Chikungunya y 10,2 para Zika (Figura 3).

Figura 3. Incidencia ajustada de arbovirosis según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

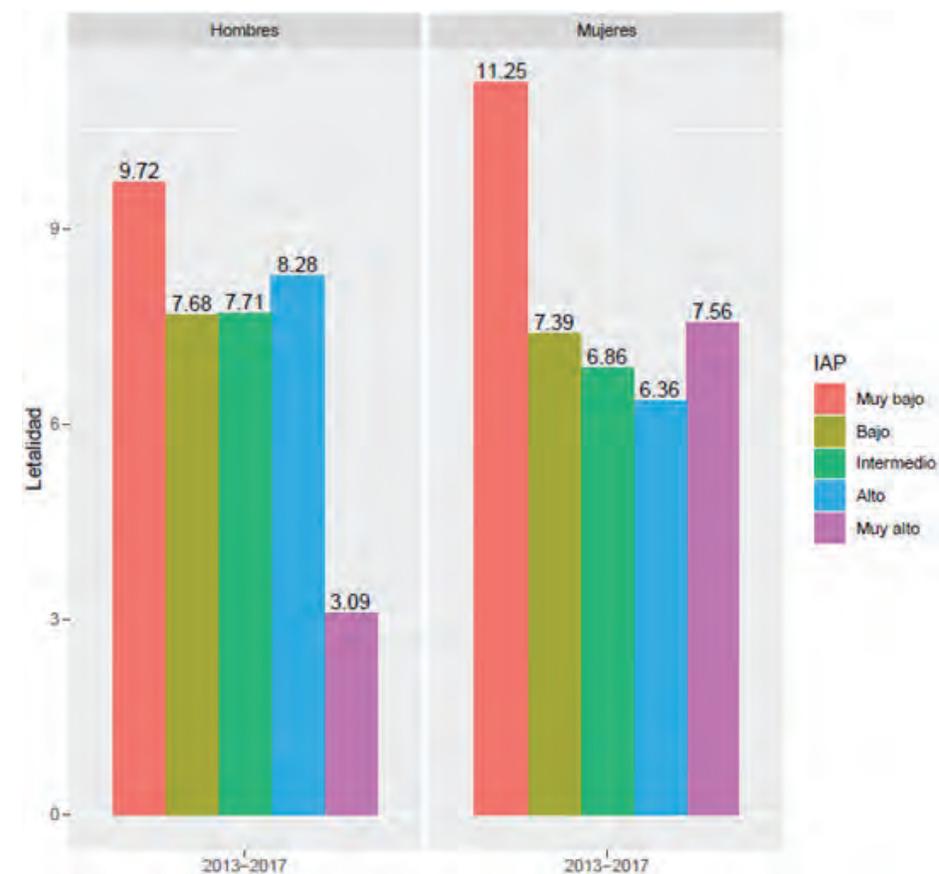


a: Dengue; b: Dengue grave; c: Chikungunya; d: Zika
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Para todas las arbovirosis, los municipios con una incidencia muy alta se encontraron en el quintil de muy bajo IAPSS. Es posible que en esos municipios el alto volumen de casos presentados haya influido en un mal desempeño en las áreas de los servicios de salud.

Para letalidad por dengue, de 2013 a 2017 se notificaron 8.288 casos debidos a dengue grave (53,1% en hombres) y 651 muertes por esta patología (54,8% en hombres). La letalidad por quintiles de IAPSS fue más alta en mujeres. En hombres y mujeres se observó una diferencia en la letalidad promedio entre los municipios clasificados en el quintil de IAPSS muy bajo y el quintil de IAPSS muy alto. La razón de letalidad del quintil de IAPSS muy bajo frente al quintil de IAPSS muy alto para hombres fue de 3,1 y para mujeres fue de 1,5 (Figura 4).

Figura 4. Letalidad por dengue según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



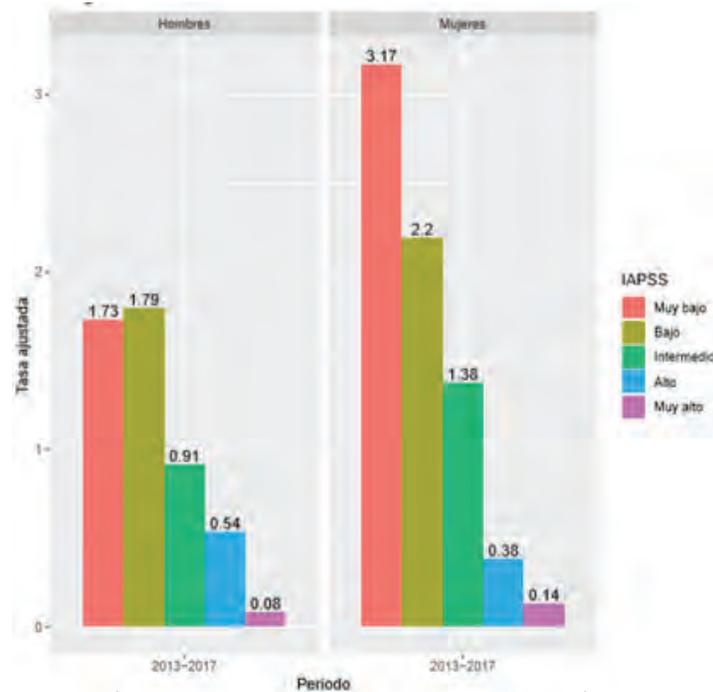
Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Los municipios con muy bajo IAPSS exhibieron una alta letalidad por dengue. Al igual que en malaria complicada, es posible que al pensar en la amenaza que representa para la vida el dengue grave y que en su tratamiento requiere de personal especializado en esos municipios el resultado se debió a un mal desempeño de los servicios de salud.

3. Chagas, una enfermedad desatendida y desconectada del acceso a los servicios de salud

Al Sivigila entre 2013 y 2017, se notificaron 2.566 casos de enfermedad de Chagas, de los cuales 59,7% fueron en mujeres. Se observó para este evento un gradiente relacionado con el acceso a los servicios de salud, en el cual, a mayores tasas de notificación, fue menor el acceso potencial a servicios de salud. Para los municipios ubicados en el quintil de IAPSS muy bajo, hay 22,7 y 21,7 mayor riesgo (RR) de tener la enfermedad de Chagas, en comparación con los municipios de IAPSS muy altos (Figura 5). Cabe anotar que en el quintil más alto se ubican dos ciudades no endémicas para el vector (Bogotá y Medellín).

Figura 5. Tasa de incidencia ajustada por edad según sexo de enfermedad de Chagas según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información DANE

Sin embargo, al comparar entre municipios endémicos para el vector de Chagas, se encontró que el riesgo entre los municipios ubicados en el quintil más bajo de acceso de tener mayores tasas de notificación es de 1,9 para hombres y 2,3 para mujeres respecto a los municipios ubicados en el quintil intermedio acceso.

4. Interpretación de los resultados

En malaria, la atención del personal de salud en los municipios de IAPSS muy bajo puede ser restringida o inexistente, debido a que la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento recae en los “microscopistas”. Además, la atención no se presta en lugares de difícil acceso, como lo son las áreas rurales o ribereñas o periurbanas, en donde puede existir gran demanda (6).

En arbovirosis, el acceso a los servicios de primer nivel se puede dificultar debido a que estos se localizan en las áreas menos favorecidas (3), que se caracterizan por ser áreas urbanas pobres, expuestas a ciertos factores de riesgo entre los que se incluyen las condiciones de vivienda, saneamiento insalubres y exclusión social (7), en donde por lo general se encuentran los afectados.

Para Chagas, enfermedad que se caracteriza por una falta de respuesta social, organizada y oportuna en los servicios de salud (8), se ha descrito que del tipo de afiliación dependería el acceso y el tipo de servicio de salud ofrecido a personas con esta enfermedad (4).

Referencias

1. Taylor C, Linn A, Wang W, Florey L, Moussa H. Examination of malaria service utilization and service provision: An analysis of DHS and SPA data from Malawi, Senegal, and Tanzania. *Malar J.* 2019;18(1):1–13.
2. Chuma J, Okungu V, Molyneux C. Barriers to prompt and effective malaria treatment among the poorest population in Kenya. *Malar J.* 2010;9(1):1–14.
3. Freitas DA De, Souza-Santos R, Wakimoto MD. Access to health care facilities of suspected dengue patients in rio de janeiro, Brazil. *Cienc e Saude Coletiva.* 2019;24(4):1507–16.
4. Castillo-Riquelme M, Guhl F, Turriago B, Pinto N, Rosas F, Martínez MF, et al. The costs of preventing and treating Chagas disease in Colombia. *PLoS Negl Trop Dis.* 2008;2(11).
5. Klein K, Burrone MS, Alonso JP, Ares LR, Martí SG, Lavenia A, et al. Estrategia para mejorar el acceso al tratamiento etiológico para la enfermedad de Chagas en el primer nivel de atención en Argentina. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal.* 2017;41(4):1–8.
6. Ferreira ACS, Suárez-Mutis MC, Campos MR, de Castro CGSO. Atención primaria a la salud en municipios de alto riesgo para malaria. 2011;19(6).
7. Bonifay T, Douine M, Bonnefoy C, Hurpeau B, Nacher M, Djossou F, et al. Poverty and Arbovirus Outbreaks: When Chikungunya Virus Hits More Precarious Populations Than Dengue Virus in French Guiana. *Open Forum Infect Dis.* 2017;4(4).
8. Pérez SMG, Meléndrez EH, Cabrera AR. La enfermedad de chagas como un rezago social en salud. *Rev Cuba Salud Publica.* 2011;37(1):159–74.

7.2.2. Tuberculosis, un problema de salud pública del que aún queda mucho por resolver

La tuberculosis pulmonar es una infección prevenible y curable, se ha descrito que el acceso al uso de los servicios médicos que incluyen el diagnóstico, tratamiento y continuidad de este. Su atención se ve afectada por una serie de barreras, como zonas geográficas aisladas (1–3), retraso en diagnóstico médico, por mala interpretación de síntomas del personal sanitario (4–6), exceso de trámites administrativos, poca oportunidad en la remisión a especialistas (7–10) o por percepciones negativas del trato recibido por los profesionales de salud (2,11–16).

En cuanto a población carcelaria, afiliada al régimen especial del Sistema General de Seguridad Social, se ha informado de un limitado acceso a los servicios de salud, diagnóstico tardío, e inadecuado seguimiento y control de la enfermedad, lo que conduciría a esa población al desarrollo y transmisión del evento tanto en forma susceptible como resistente (17).

De 2013 a 2017, fueron notificados al Sivigila 67.955 de eventos relacionados con el agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis*. De estos, 79,7% se relacionaron con tuberculosis pulmonar, 14,3% tuberculosis extra pulmonar, 3,3% meningitis tuberculosa y 2,7% fármaco resistente. Los hombres, tuvieron el doble del riesgo de las mujeres para todas las formas clínicas. Se observó que las tasas de incidencia más elevadas se ubicaron en los quintiles intermedio y alto de IAPSS (Figura 1, Figura 2, Figura 3 y Figura 4).

Figura 1. Tasa de incidencia ajustada por edad según sexo de tuberculosis pulmonar según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

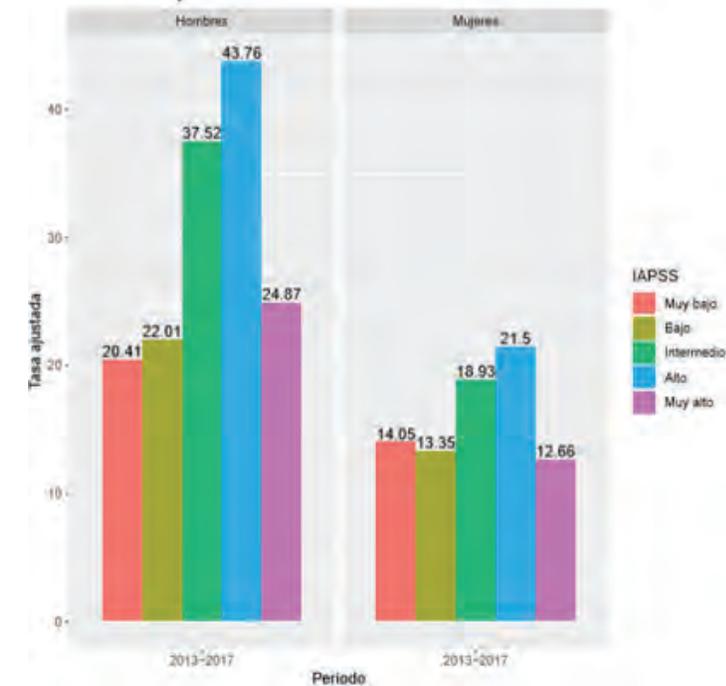


Figura 2. Tasa de incidencia ajustada por edad según sexo de tuberculosis extra pulmonar según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

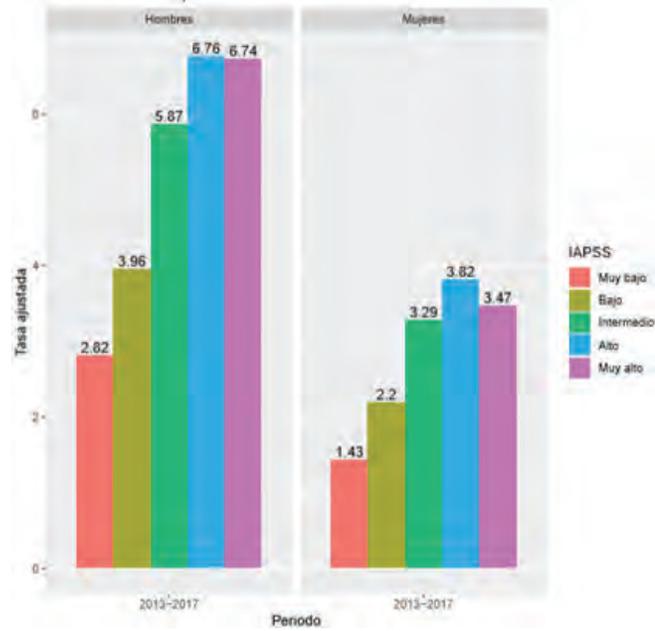


Figura 3. Tasa de incidencia ajustada por edad según sexo de meningitis tuberculosa según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

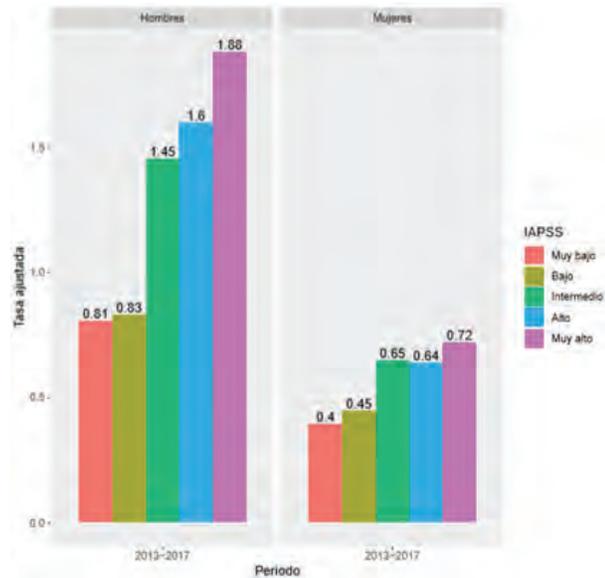
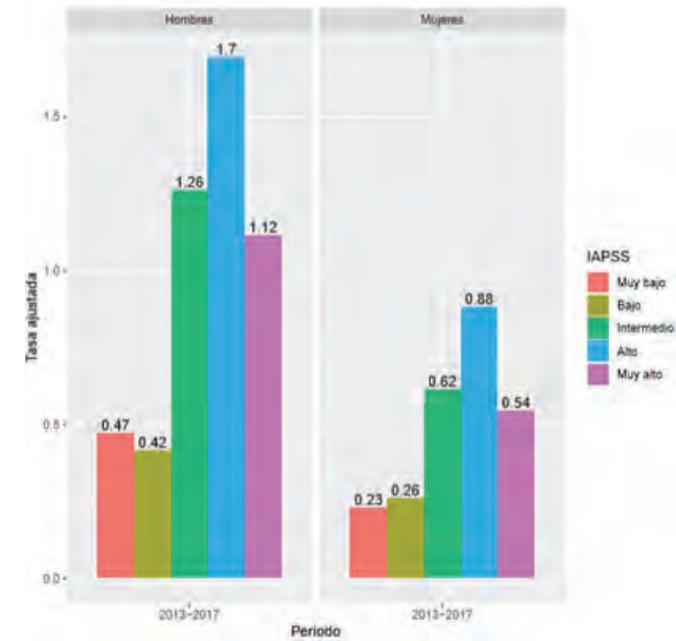


Figura 4. Tasa de incidencia ajustada por edad según sexo de tuberculosis fármaco resistente según quintil de índice de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Sin embargo, para el presente análisis, se obtuvieron resultados contrarios a lo esperado, en relación con el IAPSS, ya que, según estos resultados, mayores tasas de incidencia estarían relacionadas con un mejor acceso a los servicios de salud. Esta situación podría obedecer a varios factores, el primero, es que para los eventos infecciosos y de acuerdo a los lineamientos del Plan Libre de Tuberculosis 2010-2015 (18), los actores encargados de la vigilancia deben realizar búsqueda activa de casos, que podría llevar a tener mayores tasas de notificación del evento en municipios donde se realiza vigilancia activa de forma rutinaria. Sin embargo, análisis más detallados son necesarios. El segundo factor, podría estar relacionado con que las formas clínicas diferentes a la tuberculosis pulmonar requieren de diagnóstico especializado ofrecido por municipios o ciudades ubicadas en el mejor quintil de IAPSS, lo que generaría incremento en las tasas de notificación.

Referencias

1. Culquí D TO, N C, Aylas R SO, Bonilla C. Tuberculosis in the Indigenous population of Peru 2008. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2010;27(1):8–15.
2. Alene KA, Viney K, Gray DJ, Mcbryde ES, Wagnew M, Clements ACA. Mapping tuberculosis treatment outcomes in Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2019;1–11.
3. Dinh N, Viet L, Id B, Mor Z, Chemtob D, Thai S, et al. Use of Geographically Weighted Poisson Regression to examine the effect of distance on Tuberculosis incidence : A case study in. *PLoS One*. 2018;79–84.
4. Cerna CA. La reforma del sector salud en Colombia y sus efectos en los programas de control de tuberculosis e inmunización. Vol. 18. 2002.
5. Enrique N, Quintero-álvarez L, Rodríguez-marín K. Análisis sociodemográfico y espacial de la transmisión de la tuberculosis en la ciudad de Armenia (Colombia). *Infectio [Internet]*. 2012;16(3):154–60. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0123-9392\(12\)70005-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0123-9392(12)70005-X)
6. Flor de María Cáceres-Manrique y Luís C. Orozco-Vargas. Demora en el Diagnóstico de Tuberculosis Pulmonar en una región de Colombia. *Rev Salud pública*. 2008;10(1):94–104.
7. Kim J. Health systems performance in managing tuberculosis : analysis of tuberculosis care cascades among high-burden and non-high-burden countries. *JoGH*. 2019;9(1):1–10.
8. Peri AM, Bernasconi DP, Galizzi N, Matteelli A, Codecasa L, Giorgio V, et al. Determinants of patient and health care services delays for tuberculosis diagnosis in Italy : a cross-sectional observational study. *BMC Infect Dis*. 2018;1–11.
9. Celeste M, Quintero DF, Helena S, Vendramini F, Gazetta CE, Lourenção LG, et al. Acesso ao diagnóstico da tuberculose em município brasileiro de médio porte. *Rev Salud Pública*. 2018;20(1):103–9.
10. Núñez-rocha GM, Salinas-martínez AM, P S. Riesgo nutricional en pacientes con tuberculosis pulmonar : ¿ cuestión del paciente o de los servicios de salud ? *Salud Publica Mex*. 2000;42(3).
11. Pineda NIS, Pereira SM. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua : resultados de un estudio comparativo. 2005;17(6):271–8.
12. Gaviria MB, Henao HM, Martínez T, Bernal E. Papel del personal de salud en el diagnóstico tardío de la tuberculosis pulmonar en adultos de Medellín , Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2010;27(2):83–92.
13. Hino P, Oliveira MF. Time series of Tuberculosis mortality in Brazil (1980-2001). *Rev Latino-am Enferm*. 2007;15(5).
14. Vries SG De, Cremers AL, Heuvelings CC, Greve PF, Visser BJ, Bêlard S, et al. Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis*. 2017;3099(16):1–16.
15. Tavares AM, Garcia AC, Gama A, Abecasis AB, Viveiros M, Dias S. Tuberculosis care for migrant patients in Portugal : a mixed methods study with primary healthcare providers. *BMC Health Serv Res*. 2019;0:1–11.
16. Scott F, Milinkovic DA, Birch S, Hopkins J, Saffie M, Newbold KB, et al. Low prioritization of latent tuberculosis infection — A systemic barrier to tuberculosis control : A qualitative study in Ontario , Canada. *Int J Heal Plann Mgmt*. 2019;(August 2018):384–95.
17. Gómez IT, Llerena CR. Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad. Colombia, 2010-2012. *Rev salud pública*. 2015;17(1):97–105.
18. Ministerio de Salud. Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 201-2015. Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. 2015. 64 p.

7.2.3. Letalidad por cáncer infantil y su relación con el índice de acceso a los servicios de salud

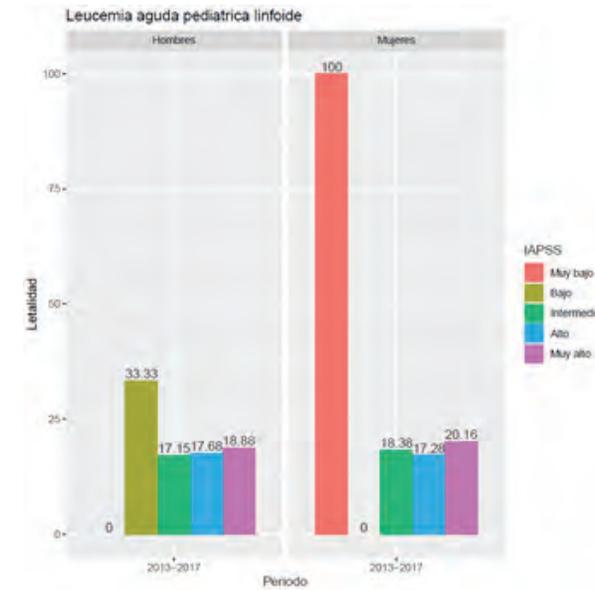
El cáncer en menores de 18 años se considera un evento en el que la atención en salud tiene un alto impacto. En países de altos ingresos alrededor del 80% de los casos se curan, mientras que esta cifra es muy inferior en países de bajos ingresos (1). Según datos del registro poblacional de cáncer de Cali, la sobrevivencia del cáncer infantil a 5 años es de alrededor del 51% (2).

El diagnóstico y tratamiento oportunos son los factores principales que impactan la sobrevivencia al cáncer infantil (1), según datos de la Cuenta de Alto Costo, el tiempo promedio entre la sospecha y el diagnóstico es de 34 días y del diagnóstico al inicio de tratamiento de 42, muy por encima del límite que define una adecuada oportunidad (11 días) (3,4). En consecuencia, en Colombia se decidió hacer el seguimiento de los casos de cáncer infantil mediante un plan de vigilancia epidemiológica que inició con leucemias en menores de 15 años y luego se extendió a todos los casos de cáncer en menores de 18 años (4). A continuación, se presentan los resultados del análisis de letalidad de los casos de leucemia linfocítica aguda (LLA), leucemia mielocítica aguda (LMA) y otros tumores en menores de 18 años de acuerdo con el índice de acceso potencial.

Letalidad por leucemia linfocítica aguda (LLA)

De 2013 a 2017, se registraron en el SIVIGILA 2097 casos de LLA y se reportaron 386 muertes, para una letalidad total del 18%. En hombres se presentaron 1178 casos y 214 muertes (letalidad del 18,2%) y en mujeres se notificaron 919 casos y 172 muertes (letalidad del 18,7%). En ninguno de los dos sexos se presenta un gradiente en la letalidad de acuerdo con el IAPSS. Los hallazgos reflejan, probablemente, el bajo número de casos en ciertos municipios con muy bajo IAPSS, además del subregistro de reporte al SIVIGILA de los casos que fallecen.

Figura 1. Proporción de letalidad por leucemia linfocítica aguda según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

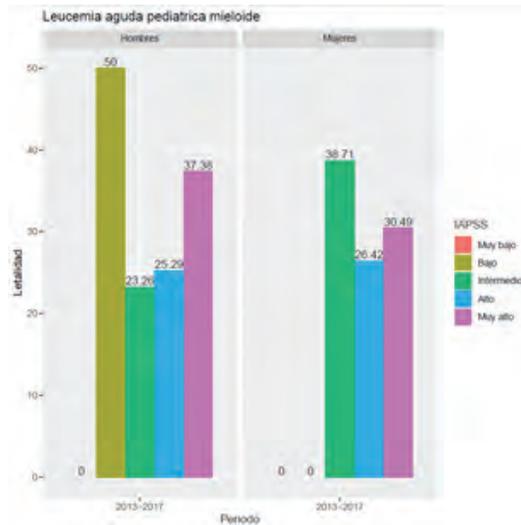


Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información del SIVIGILA

Letalidad por leucemia mielocítica aguda (LMA) pediátrica

De 2013 a 2017, se registraron en el SIVIGILA 408 casos de LMA y se reportaron 125 muertes, para una letalidad total del 30%. En hombres se presentaron 242 casos y 74 muertes (letalidad del 30,6%) y en mujeres 166 casos y 51 muertes (letalidad del 30,7%). No se presenta un gradiente en la letalidad de acuerdo con el IAPSS en ninguno de los dos sexos. Se observa que en hombres la letalidad más alta ocurre en el quintil de IAP muy bajo, sin embargo, en mujeres en este quintil se presenta la segunda letalidad más baja.

Figura 2. Proporción de letalidad por leucemia mieloide aguda según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017

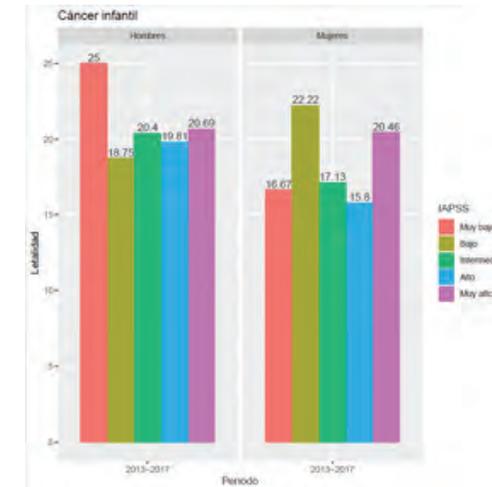


Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información del SIVIGILA

Letalidad por otros tumores pediátricos

De 2013 a 2017, se registraron en el Sivigila 3795 casos de cáncer infantil y se reportaron 740 muertes, para una letalidad total del 20%. En hombres se presentaron 2102 casos y 428 muertes (letalidad del 20%) y en mujeres 1693 casos y 312 muertes (letalidad del 18%). Ni en hombres ni en mujeres se presentan un gradiente en la letalidad de acuerdo con el IAPSS. En hombres la letalidad más alta ocurre en el quintil de IAPSS muy bajo, sin embargo, en mujeres en este quintil se presenta la segunda letalidad más baja.

Figura 3. Proporción de letalidad por otros tumores pediátricos según quintil de acceso potencial a servicios de salud y sexo. Colombia 2013-2017



Fuente: análisis equipo de trabajo ONS, a partir de información del SIVIGILA

En este análisis no se encontraron patrones que permitan establecer la relación entre la letalidad por cáncer infantil y el acceso potencial a los servicios de salud. Este hallazgo probablemente se relaciona con la deficiente calidad de los datos en lo que respecta al reporte de los fallecimientos, una alta proporción de los casos de cáncer infantil notificados no tienen información.

Referencias

1. World Health Organization - WHO. Cancer in Children [Internet]. Fact sheet. 2018. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children>
2. Bravo LE, Muñoz N. Epidemiology of cancer in Colombia. Colomb Med. 2018;49(1):09-12.
3. Cuenta de Alto Costo. Día internacional de la lucha contra el cáncer infantil [Internet]. Vol. 4, Boletín de información técnica especializada de la Cuenta de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo; 2018. Available from: www.cuentadealtocosto.org
4. Instituto Nacional de Salud. Cáncer en menores de 18 años Código:115. Instituto Nacional de Salud; 2017. p. 21.

CAPÍTULO 8

Acceso y garantía de los servicios de salud en la política pública



8.1. Anotaciones del Acceso a la Salud desde las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud

Una Reflexión a propósito del Acceso Potencial en el marco de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

Esta sección presenta el análisis de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) desde las Redes Integrales de Prestadores Servicios en Salud (RIPSS) y del Acceso Potencial a la Salud para contribuir a la comprensión de los avances y dificultades de la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS).

Los Análisis de Políticas Públicas en Salud (APPS) están dirigidos a conocer los elementos relacionales y de configuración que operan detrás del diseño, formulación e implementación de acciones organizadas por parte del Estado para garantizar el goce efectivo de ese derecho en los ciudadanos (1-3). Según el análisis, 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 publica se enmarca en un modelo de salud basado en la oferta y la demanda del sector, 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

Rodrigo Ruiz-Lurduy

la Integralidad del Portafolio de Servicios, sobre todo en especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, entre otras. Es evidente el avance en la garantía del derecho a la salud, principalmente en Accesibilidad e Integralidad.

Conocer el impacto que la PAIS tiene sobre la organización, funcionamiento de los servicios y la atención en salud, permite diseñar intervenciones colectivas más precisas; y a su vez, crear mecanismos y procesos de participación adecuados para la apropiación y reconocimiento de las soluciones y necesidades de la población. Las Políticas Públicas deben ser proyectos de transformación colectiva que necesitan ser formulados, diseñados e implementados desde y con las comunidades en sus territorios. (1–3).

Los APSS están determinados por el tipo de actor que realiza el ejercicio. Las entidades en Colombia han optado de manera recurrente por un análisis cuantitativo que asume los procesos en salud como un conjunto de acciones racionales que se reflejan claramente en los indicadores construidos y sistematizados por los organismos estatales. En respuesta a este tipo de estudios, los análisis han incorporado enfoques críticos desde metodologías de tipo cualitativo que enfatizan en el lenguaje, las interacciones, perspectivas e interpretaciones que tienen los sujetos, los grupos sociales, los medios masivos de comunicación y la academia sobre las Políticas Públicas (1–3). La necesidad de realizar este tipo de análisis, resulta de dar cuenta de categorías y dispositivos que no necesariamente son observables desde métodos cuantitativos, como las creencias, los juicios de valor, las subjetividades y las prácticas en los ciclos de las Políticas; lo que permite una visión sociocultural de estos dispositivos de Gobierno (1–3). En consecuencia, desde una mirada a las RIPSS, se incorporó este enfoque crítico, para superar esos vacíos, e interpretar la PAIS, desde las vivencias de los funcionarios a cargo de la implementación en las cuatro Sub-Redes en Bogotá, tratando de dar respuesta a la pregunta: ¿Cuál es la experiencia en la implementación de las Redes Integrales de Prestadores Servicios en Salud de las Sub-Redes en Bogotá?

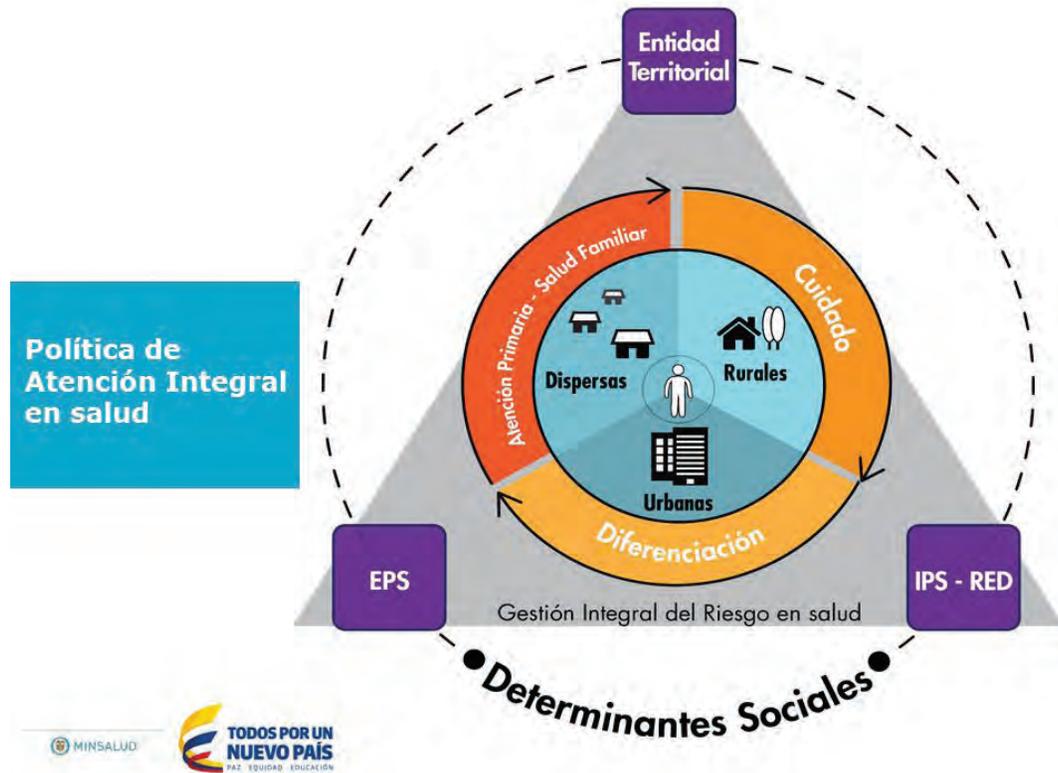
La Política de Atención Integral en Salud (PAIS)

Las Políticas Públicas son acciones planeadas por actores estatales para transformar e intervenir situaciones que afectan a la población; y a su vez, son herramientas de mediación entre el poder gubernamental y los diferentes actores de la sociedad en la configuración de la agenda pública para garantizar el bienestar y el mejoramiento constante de la calidad de vida. Desde la antropología se han trabajado como relatos fundantes, con la misma función que los mitos (4), susceptibles a mediaciones e interpretaciones que intervienen y se reflejan en su implementación (5).

En 2015 se sancionó la Ley Estatutaria de Salud (6) con el objetivo de orientar el Sistema en el marco de Derechos hacia el mejoramiento de las condiciones de la salud de la población, entre ellas, el acceso a los servicios de manera oportuna, eficaz y con calidad desde los principios de equidad y de abordaje integral. La PAIS concretó en Colombia el MIAS, que exigió una reestructuración parcial del Sistema de Salud y así mismo, del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS), en los mecánicos y funciones de la formulación e implementación de Planes, Programas y Proyectos en Salud (7). La intención de este conjunto de regulaciones fue poner en el centro del Sistema al ciudadano, a la familia y a su entorno; resaltando el rol del Estado como regulador y facilitador de las capacidades institucionales, a través de la coordinación y articulación de los procesos de las entidades territoriales, los prestadores de servicios, y los mecanismos de interacción de las redes. A su vez, obtener resultados concretos en la población por medio de intervenciones coordinadas, complementarias y efectivas de las condiciones que impiden de forma individual y colectiva el goce efectivo del derecho a la salud (Figura. 1).

Así, la PAIS diseñó estrategias e instrumentos con el propósito de ajustar el modelo institucional consignado en la Ley 100 de 1993, y superar los problemas de alta carga de enfermedad, desintegración en la atención y poca resolución en niveles primarios. Para ello, adoptó como marco explicativo de los problemas en salud los determinantes sociales de la salud (DSS), tomando en cuenta para la definición de sus procesos las

Figura 1. Política de Atención Integral en Salud



Fuente: tomada del documento del Ministerio de Salud y protección Social de la Política de Atención Integral en Salud. 2016

condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de habitad y genéticas que afectan a las poblaciones en los territorios. Así mismo, definió que las intervenciones planeadas deberían partir de la *gestión social del riesgo*, y del análisis de esos DSS, estableciendo un abordaje intersectorial más allá de los servicios e incluso del Sistema para lograr el mejoramiento de los indicadores en Salud. Para ello, adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) de la OPS/OMS, integrando las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles.

La APS es el primer elemento de asistencia sanitaria direccionado por los avances en tecnología y los métodos clínicos, científicos y sociales de conocimiento en torno al proceso salud-enfermedad-atención; consignada en la Ley 1438 de 2011, la APS señala que el bienestar de los usuarios del Sistema es el resultado del trabajo conjunto de los servicios de salud, la acción intersectorial y la participación social encaminada a la reducción de inequidades y a la mitigación de la carga de enfermedad (8). En este contexto, la PAIS opera a través del MIAS con un conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud con todos sus componentes (6). El MIAS exige una armonización efectiva entre las condiciones territoriales, los DSS y los actores involucrados -sean aseguradores, prestadores o garantes- alrededor de los ciudadanos y sus familias. También exige que la ciudadanía gestione, con el apoyo colectivo y gubernamental, el cuidado de la salud, haciendo énfasis en la agencia de las personas y en la capacidad participativa de los colectivos. De allí, que sus efectos sean evaluados particularmente por el acceso *integral a los servicios y la equidad* dentro de contextos territoriales, específicamente en el suministro de servicios y tecnologías de manera completa, cumpliendo con todos los elementos esenciales respecto a las necesidades en salud (9).

Así, la Política ha dispuesto las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) como unidades básicas de implementación técnica en los territorios, en el marco de los DSS y la armonía intersectorial de los actores. Siendo aquellas el instrumento regulatorio para la atención de prioridades en Salud, la definición de redes integrales de prestación de los servicios, y la gestión integral del riesgo. Las RIAS tienen como objetivo social las ganancias en salud y la reducción de la carga en enfermedad, son la base de la legitimidad del sistema, medida por la confianza del ciudadano en una atención oportuna e integral. Vale la pena aclarar que el desarrollo de las RIAS responde a eventos y grupos poblacionales específicos, definidos y priorizados; que buscan dar respuesta particular a lo identificado por los Análisis de la Situación de Salud Territorial (ASIS) y por las metas propuestas por el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.

Las RIAS integran formalmente las RIPSS, que resultan en una organización

funcional de los prestadores de servicios en salud en un territorio; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad, ordenando los recursos -humanos, técnicos, financieros y físicos- para garantizar la gestión adecuada de la atención en salud. Las RIPSS se encargan de resolver los eventos más frecuentes en salud, la habilitación de servicios, los procedimientos e insumos; la tecnología, infraestructura y las competencias profesionales adecuadas para garantizar el acceso a los servicios en salud desde los prestadores según las capas de atención y la redefinición del rol de asegurador.

Redes de Prestación de Servicios de Salud

Siguiendo las directrices de la OPS (10), la PAIS establece que la prestación de los servicios a nivel territorial es por Redes (11), dentro de un Modelo que fundamenta la oferta en función de la demanda, y que gestiona la prestación de los servicios en salud según los requerimientos del territorio y las necesidades de la población. Son cinco las principales condiciones que las RIPSS están llamadas a cumplir: Accesibilidad, Continuidad, Integralidad, Calidad y Resolutividad; buscando responder a los problemas de fragmentación, atomización e interrupción en la provisión de los servicios, restricciones de acceso y falta de oportunidad, baja eficacia de las intervenciones por limitada capacidad resolutiva, inexistencia o insuficiencia de la oferta a nivel territorial, ineficiencias por desorganización y duplicidad en la oferta, dificultades en sostenibilidad financiera, entre otros.

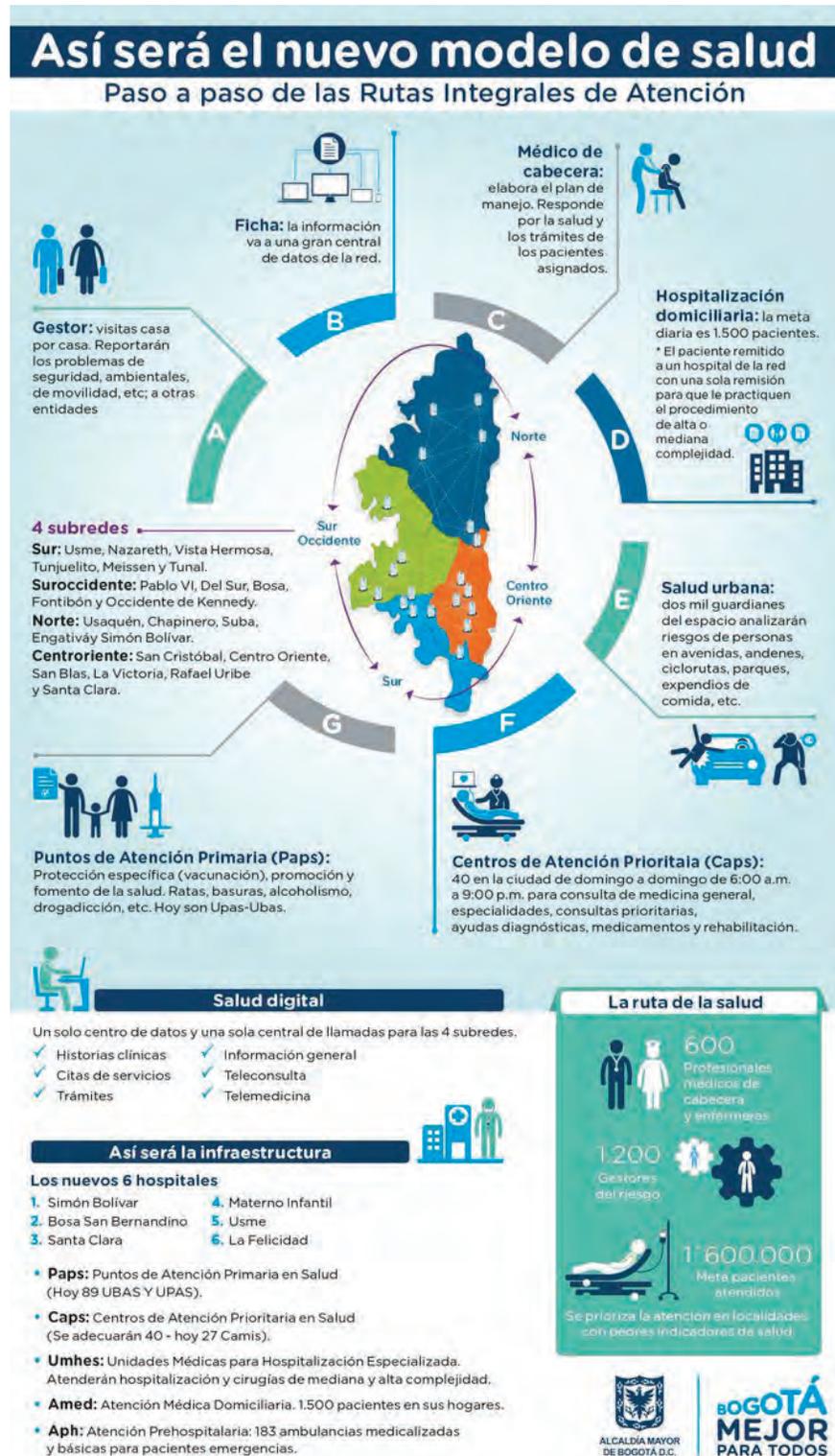
Las RIPSS se definen como: *“El conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutiva a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud”* (12).

La implementación exitosa de las RIPSS depende de la coordinación, planeación y operación conjunta de los servicios en base a acuerdos multidimensionales, tanto de aseguradores, como de prestadores. Cada uno de los actores que componen la RIPSS -Entidades Territoriales (ET), Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)- cumple una función específica para la planificación, diseño, implementación, seguimiento y evaluación del proceso de atención en el marco de las redes. Los elementos que deben ser garantizados por las RIPSS son

diversos y complejos, desde la identificación de la población en cada territorio y sus demandas en salud, la definición del portafolio de servicios, la adecuación de los procesos de atención, la coordinación de los sistemas de referencia; hasta las estrategias de capacitación del personal de la salud, los mecanismos de gestión de riesgos colectivos e individuales, los recursos físicos y tecnológicos, la adaptación de políticas y el funcionamiento financiero, entre otros (Figura 2).

Ahora, dentro de las múltiples funciones que tiene cada actor en las RIPSS, y que requieren la coordinación y articulación de los actores para garantizar el goce efectivo del derecho a la salud, este análisis prestó particular atención a algunos elementos que configuran directamente la implementación de la Política y el acceso a la salud de la población, en tanto que son los temas de reflexión en este capítulo.

Figura 2. Modelo de Atención con RIPSS



Respecto a las ET, se exploraron aquellas funciones relacionadas con la identificación, análisis y definición de los servicios disponibles en el territorio, tanto a nivel primario como complementario, porque en base a ellas se determina el potencial de los servicios habilitados para la población, y es allí donde las EPS organizan su red de prestación de servicios en salud. De las EPS se incluyeron las funciones relacionadas con el modo y la operación del proceso de atención en salud de su población a cargo, lo cual requiere de la planificación y coordinación con las ET; además de ser las encargadas de la conformación y organización de la red con sus dos componentes: El *componente primario*, encargado de las acciones individuales y colectivas de fomento y auto cuidado de la salud, y el *componente complementario*, a cargo del tratamiento y la rehabilitación especializada de personas enfermas. Por último, respecto a las IPS, el análisis tuvo en cuenta los términos asistenciales, administrativos y logísticos requeridos por la ET y las EPS para garantizar la atención en salud en condiciones de accesibilidad, oportunidad, continuidad, integralidad, resolutivez y calidad.

Acceso a Salud

Esta sección se guía por el concepto de acceso como un elemento que permite a las personas mejorar su estado de salud; Aday & Andersen (13) lo relacionan con una estructura analítica, que distingue la Política de Salud, las características del sistema de prestación, las características de la población, la utilización de los servicios y el grado de satisfacción como componentes del marco para el estudio del acceso (13). El acceso y su incidencia en el mejoramiento de la salud, se distingue por dos dimensiones: el *acceso potencial* y el *acceso real*; el primero hace referencia a las características del servicio, a la presencia de recursos, de medios que dificultan o facilitan su uso, mientras que el acceso efectivo se entiende como la utilización real de los servicios por la población y la satisfacción con los servicios (14). El análisis del acceso potencial está dado por las características del servicio y las características de la población; respecto a lo primero, se toman en cuenta los recursos, tanto en su volumen como en su distribución, a la vez, que se toma en cuenta su organización, referida como entrada y como estructura. Respecto a lo segundo, se trata de tres variables permanentes, como lo son las predisponentes, capacitantes y la necesidad. El acceso a la salud es un tema crucial en los debates, diseños y construcción de Políticas Públicas en Salud. Estas establecen el marco de acción que el Estado planea para resolver los temas de salud en la población. En el modelo de Aday y Andersen, las Políticas se desdoblán en las características del sistema de prestación, constituyendo un determinante poderoso de la utilización de los servicios en salud; primero, porque establecen el tipo de organización del sistema y sus recursos, que son en su conjunto las formas en que los agentes en salud y los servicios se coordinan para brindar servicios médicos, empleando capital humano, infraestructura y equipos, entre otros.

Fuente: tomada de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

Y segundo, porque las Políticas destinan rubros y ordenan las fuentes de financiación de los Programas, Planes y Proyectos, plantean su cobertura, la población beneficiada, el enfoque de la atención y sus metas (13).

[Análisis Cualitativo a las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud en Bogotá](#)

Es por ello, que para seguir el rastro de la PAIS el análisis indagó sobre la implementación de la Política como la presencia de medios que facilitan o dificultan el uso efectivo de los servicios a través de las experiencias de distintos funcionarios: de los encargados de operar las RIPSS en las Subredes; del Ministerio de Salud y de Protección Social como instituciones rectoras, y de la Red Bogotá de la Secretaria Distrital de Salud como facilitadora en la operatividad. Esto, para dar cuenta de las mediaciones e interpretaciones que intervienen y se reflejan en los actores de gobierno directamente relacionados con las funciones que establecen las RIPSS en su implementación.

Principalmente porque al tomar una perspectiva crítica en el APPS no bastaba con revisar los documentos oficiales que enmarcan y direccionan las RIPSS, para dar cuenta de su implementación; sino que era necesario recurrir a las experiencias de los sujetos que han incorporado de alguna manera dichas directrices y las ejecutan en el día a día desde sus cargos. Las Políticas Públicas no sólo se configuran en el discurso, sino que se constituyen a medida que los sujetos involucrados las hacen praxis; más cuando las RIPSS, a parte de establecer un orden administrativo en relación al Acceso, propuso acciones y cualidades como características y fines de la Red basadas en una perspectiva funcionalista-mecanicista, en dónde la función de los actores está determinada por el conjunto de procesos dirigidos a un fin que se asumen como independientes de los sujetos que los realizan. Esto es interesante, pues a pesar de que dichas funciones están orientadas a la coordinación y planeación, en los documentos que sustentan la Política y las RIPSS, se asume que estas acciones se efectúan de forma taxativa, y que por sí mismas corresponden a las cualidades propuestas. En las experiencias recolectadas, fue evidente que los sujetos reaccionaron a los lineamientos, en algunos casos resistiéndose y en otros, interpretándolos desde lo local.

La implementación de las RIPSS en los territorios constituye una serie de prácticas que relacionan funcionalmente lo administrativo, lo político, lo financiero, lo técnico, lo científico y lo sociocultural de los actores involucrados, impulsando la autogestión y la autorregulación como hábitos de organización en el quehacer público (15). La documentación que direcciona este propósito no señala de manera detallada los elementos que cada Sub-Red posee de forma particular para operativizar el modelo propuesto; tanto así, que la homogeneización de procesos y de funciones, ha tenido

que sortearse según las capacidades de cada territorio. Es probable que esto se deba a que los mecanismos de implementación elegidos por el Ministerio de Salud y de Protección Social e incluso por la Secretaría Distrital de Salud, como las resoluciones, representan el proceso tecnocrático y central de formulación de las RIPSS (4) como objetivo y neutral; desconociendo que los relatos estatales adquieren, desde que son enunciados, un carácter polisémico y ambiguo.

Las interpretaciones que hacen los funcionarios al operativizar una política, no se reflejan en una revisión de los indicadores cuantitativos disponibles en los sistemas de información. Aunque algunas contradicciones de los procesos de implementación se encuentran en los números, el dato cuantitativo resulta insensible a los diferentes significados que se construyen en el lenguaje en los procesos de ejecución. Además, un enfoque crítico que dé cuenta de las actitudes y creencias a partir de los lineamientos de la Política permite presentar las maneras de pensar sobre el mundo y su acción en él, reconociendo en las experiencias de los sujetos los detalles que configuran su operatividad. Si bien, las políticas son herramientas de intervención y acción social para administrar, regular y cambiar la sociedad (4,5), son los sujetos desde el contexto sociocultural y su subjetividad quienes la implementan y quienes son clasificados y regulados por los procesos de política pública que legitiman las acciones del Gobierno y a los mecanismos de poder que las formulan (4,5).

[Las Experiencias de las RIPSS](#)

El **primer** nodo de significados de las experiencias de los funcionarios entrevistados estuvo enfocado en la Implementación de la Política. Estas experiencias se caracterizan por presentar y agrupar de forma reiterativa tres elementos en su configuración: *Centralidad, Irregularidad, Resistencia*. La narrativa de los sujetos señaló que como funcionarios reconocen que el Diseño y Formulación de las Políticas pertenece al nivel central, allí se discuten y elaboran los contenidos, y desde allí se emiten las directrices (por decretos, resoluciones) para que “*bajen en cascada*” (E5) a través de una “*línea jerárquica*” (E5), de allí que “*lo más difícil y poder lograr que los departamentos hicieran la lectura igual y la interpretación igual de la normatividad*” (E1). Esto plantea una dificultad y una crítica permanente a este tipo de Políticas *Top-Down*; primero, porque es evidente que el contenido integral de la Política por el mismo proceso tiene una apropiación más profunda de la misma en el nivel central que en otros niveles, pues “*hay una serie de lineamientos y de directrices que hay que bajar a toda la parte*” (E2), segundo, porque este tipo de trabajo en la Política Pública produce siempre una distancia entre las entidades que lideran el proceso (Ministerio, Secretaria) y aquellos actores que participan de la implementan en el territorio. De allí se desprende el segundo elemento.

La *Irregularidad* los funcionarios entrevistados la reconocieron como característica principal de sus experiencias en la Implementación de la Política. De manera usual expresaron que el proceso de operacionalización de las directrices de los documentos requiere “*de un trabajo arduo*”(E3); aunque perciben la implementación como algo “*progresivo*”(E1), la generalidad es que la adaptación de la Política en las Sub-Redes ha sido desigual y muy poco estandarizada. Desde el nivel central se reconoce que el proceso es irregular por las capacidades, recursos e interpretaciones de los actores en el territorio, ignorando que en su diseño y formulación obviaron este tipo de variables, por lo que las experiencias en la operatividad de la Política, las Sub-Redes sienten que falta “*madurar*”(E2) y que “*llegar [a] ese ideal, pues nos llevará bastante tiempo*”(E2).

Lo anterior se da sumado al tercer elemento: *La Resistencia*; en las entrevistas los funcionarios expresaron que les “*tocó entrar, así como suavcito, suavcito*”(E5), pues en los territorios, tanto personal médico, como la población había generado procesos identitarios con los Hospitales, los Centros de Salud y los Servicios Médicos dificultando la reestructuración exigida por la Política. “*Hay personas que participaron en esa construcción de hospitales, hay gente que donó, las juntas de acción comunal donaban*”(E2), los procesos de identidad de las comunidades y de los profesionales de la salud obedecen a interacciones sociales enraizadas con el tiempo, esto indica un mayor grado de pertenencia y de significado de las personas con las Instituciones, que son delicadas de transformar por directrices formuladas por el nivel central. En ocasiones, el imperativo de operatividad “*resultó traumático*”(E5), pues cada territorio a la vez que tuvo que adelantar tareas de ajuste en sus recursos y capacidades, tuvo que avanzar en la implementación y entrega de resultados, tensionando la relación con algunos profesionales y algunos usuarios que se resistían a abandonar los escenarios tradicionales de atención.

El **segundo** nodo de las experiencias de los funcionarios estuvo enfocado en las experiencias de Adecuación de los Procesos de Atención. Estas experiencias se expresaron en los relatos de los funcionarios a través de tres líneas: *Mecanismos; Disparidades; Garantías*. Con *Mecanismos* hicieron referencia a los lineamientos administrativos y políticos que enmarcan los Procesos de Atención en las Sub-Redes. Las experiencias estuvieron dirigidas a reconocer los ajustes que la Política propuso en las características de los servicios con sus enfoques: “*enfoque de atención primaria, enfoque familiar y comunitario, enfoque diferencial*”(E1), destacando que en “*ese modelo de Gestión del Riesgo pues está articulado y se ha venido fortaleciendo a través de las Rutas Integrales de Atención*”(E5). Así mismo, reconocen que “*el trabajo mancomunado entre asegurador y Sub-Red lo percibe el usuario en la disminución de sus trámites administrativos*”(E3). Estos ajustes en el funcionamiento del Modelo, desde la perspectiva de los funcionarios ha mejorado el trayecto del usuario entre los diferentes componentes y los niveles de atención; el apoyo en Sistemas de Información y en la

Historia Clínica Única, por ejemplo, han sido fundamentales para coordinar desde lo administrativo los mecanismos contenidos en la Política.

Sin embargo, en esta misma implementación mecánica de los lineamientos, los funcionarios han encontrado una serie de *Disparidades* en su operatividad; es decir, que al pasar del documento a la práctica el mismo Modelo ha ido mostrando unas tensiones que resultan en desventajas para las Sub-Redes. Las percepciones al respecto fueron recurrentes; la prestación de los servicios se da bajo la lógica del mercado y esa relación en el Sistema les plantea cierto perjuicio, “*el tema en la libertad de mercado, o sea, yo puedo contratar, yo soy libre para contratar pero también tengo que tener una contratación racional hasta donde pueda*”(E1), “*definitivamente aquí el tema de la estructura del proceso de la sostenibilidad de las empresas sociales del Estado depende más, en este momento, de que el paciente se enferme, me llegan más recursos*”(E6). Los incentivos económicos reconocen más la enfermedad que la prevención, obligando en algunos casos a las IPS a sobre ofertar para obtener una rentabilidad financiera que sea rentable. Las narrativas también señalan que “*la red pública, siempre ha favorecido la atención de las zonas más vulnerables*”(E4), pues “*no hay capacidad instalada de la oferta privada*”(E4), y que esta situación se refleja, no sólo en la presencia de prestadores y sus ofertas de servicios, sino también en que el Modelo no es equitativo entre prestadores privados y prestadores públicos en la contratación y en la evaluación y medición de resultados. Por ejemplo, expresan que “*entonces no me miden igual al sector público que al privado, entonces todos sabemos que tenemos unos estándares de oportunidad que cumplir, medicina general tres días, enfermería, odontología, gineco cinco, pediatría cinco, y nosotros estamos en la tarea de mantener medicina interna en cinco días, para nosotros eso, si yo me salgo de ahí, es una queja fija, pero si usted va al contributivo a usted le pueden demorar tres meses, no pasa nada*”(E5); por otra parte, en lo operativo “*la mayoría de EPS (privadas) no tienen referentes para varias rutas, tienen una sola persona referente para todas las rutas*”(E4), e incluso no las habilitan todas; lo que implica que “*hay rutas que no se pueden desarrollar completamente en una subred porque no se disponen todos los servicios*”(E4).

La tercera línea que se identificó en las narrativas de los funcionarios respecto a la Adecuación de los Procesos de Atención está vinculada con las *Garantías*. Los sujetos reconocen que el objetivo de la Política es que “*se garantice que la persona pueda acceder fácilmente al sistema*”(E1), “*lo que promovemos nosotros es garantizar que la atención institucional mejore, y que mejoremos las barreras de acceso que siempre han existido*”(E1). Esto lo han percibido como un avance producto de los ajustes administrativos que trajo la conformación de Sub-Redes; principalmente en los pasos entre el componente primario y el componente complementario, eliminando por ejemplo al interior de las Sub-Redes “*ese trámite de referencia y contra referencia*”(E2)

e implementando ajustes en las tipologías de los escenarios en lo que se dan las Rutas Integrales de Atención (PAPS: Puntos de Atención Primaria en Salud; CAPS: Centros de Atención Prioritaria en Salud; UMHEs: Unidades Médicas para Hospitalización Especializada; AMED: Atención Médica Domiciliaria; APH: Atención Prehospitalaria). El cambio administrativo ha permitido un avance en las garantías de los usuarios para acceder a una Atención Integral y Resolutiva a corto plazo. En el Modelo, según los funcionarios *“el especialista va más cerca al usuario”*(E3), fortaleciendo a su vez la parte de Atención Primaria en Salud. Pese a ello, existen temas que preocupan frente a las Garantías, como las diferencias que surgen de la dinámica del mercado entre usuarios del régimen subsidiado y contributivo, así como los efectos que las acciones legales tienen sobre el sistema público. Esto aunado a las dificultades para implementar por completo ciertas rutas, o habilitar servicios, por falta de infraestructura, especialistas o recursos tecnológicos.

Por último, para este capítulo, se identificó un **tercer** nodo como relevante en los significados que configuran las experiencias de los funcionarios en la implementación de las RIPSS. Se trata de las experiencias respecto a la Definición del Portafolio de Servicios que en su narrativa resaltaron tres elementos: *Organización, Integralidad y Dificultades*. En las experiencias de los sujetos, es claro que el Modelo busca acoplarse a las reglas del mercado como línea de organización, la idea básica detrás de ofrecer un servicio es *“que usted tiene un beneficio económico por una transacción, pero que ese beneficio económico se convierta en beneficio social”*(E1), *“no solamente que sea rentable sino que obviamente mejore las condiciones realmente de salud”*(E2), de allí que la reestructuración en Redes y Sub-Redes implicó *“optimizar los servicios y la capacidad instalada disponible”*(E4), y también resolver en cierta medida la competencia de las IPS por el mercado. Al interior de las Sub-Redes está organización se aplica *“desde el punto de vista administrativo y financiero, pues economía de escala en la adquisición de medicamentos, de ayudas diagnósticas, de reactivos”*(E5), tratando de garantizar la rentabilidad financiera al ofertar el servicio.

En base a la perspectiva económica, las experiencias de los funcionarios señalan que *“la organización de la estructura al momento que tú unificas”*(E4) en Sub-Redes ha resultado favorable para la prestación de los servicios y el acceso de los usuarios al Sistema de forma *Integral*. Este elemento de los significados de las experiencias muestra que la reorganización ha fortalecido la Atención Primaria y ha permitido la *Integralidad* del Portafolio de servicios, sobre todo en especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, entre otras. Hay una serie de efectos inmediatos en esta forma de funcionamiento de la estructura, el *“ahorro de tiempos”*(E5) en la atención, *“eficiencia en los recursos médicos”*(E5), *“mejor seguimiento a los pacientes”*(E3), *“continuidad en la prestación del servicio”*(E2); sin embargo, los funcionarios identifican que las Sub-Redes deben avanzar cada vez más en la identificación de su población,

para dar mejores respuestas a sus condiciones en salud y de esa manera ajustar su Portafolio de servicios.

Este tipo de avances que las experiencias de los funcionarios han significado, vienen acompañados de *Dificultades* propias de la operativización de las RIPSS. Algunos elementos centrales de este tipo de experiencias se encuentran en la imposibilidad de *“desarrollar completamente [algunas rutas] en una subred porque no se disponen todos los servicios”* (E4), principalmente porque no *“es fácil montar un servicio”*(E4), ya sea por insuficiencia de infraestructura, falta de *“capacidad instalada de la oferta privada”*(E3), falta de recurso humano, falta de recursos tecnológicos, entre otros, lo que impide que la integralidad se garantice, y las Instituciones se vean obligadas a contratar los servicios con terceros, elevando los costos. Sumado a que en el sector público *“exigen que deje un 5% [del] presupuesto para mantenimiento”* (E5). Por otra parte, está el factor humano, en las experiencias, los sujetos reconocieron que *“una primera línea de atención, atención al usuario, o cajero, vigilantes, que son barreras en el acceso de los usuarios, porque ellos son: acá no prestamos, no señor devuélvase”*(E5), indica que hay por parte de estos actores un desconocimiento de cómo funciona la Red y del Portafolio de Servicios que se ofrecen en cada uno de los componentes, negando en ocasiones al usuario un servicio que se encuentra habilitado (Figura 3).

Figura 3. Nodos de las Experiencias de los Funcionarios en la Implementación de RIPSS.



Conclusiones

1. La Política Pública PAIS es de tipo social sectorial. Su Diseño y Formulación pertenece al nivel central, allí se discutieron y elaboraron sus contenidos, y desde allí se emiten sus directrices. La Política tiene una apropiación más profunda en el nivel central que en otros niveles, esto plantea una distancia estructural entre las entidades que lideran el proceso y las que operativizan.

2. Una Política Pública de Top Down se refleja en su implementación. En el caso de las RIPSS, la Política necesita de tiempo para ser interpretada, apropiada, revisada y ejecutada. Su elemento práctico surge de las directrices dadas por el Estado por medio de resoluciones que debieron ser explicadas y discutidas por funcionarios de determinados niveles. De allí que sea necesario un acompañamiento del nivel central del MSPS para su implementación

3. La adaptación de la Política en las Sub-Redes ha sido irregular y poco estandarizada. El proceso es desigual por las capacidades, recursos e interpretaciones de los actores en el territorio, variables que son débiles en la Formulación y Diseño.

4. La resistencia de las comunidades y de los profesionales de la salud a la Implementación de la Política está relacionada con sus procesos de identidad y se enmarcan en interacciones sociales enraizadas con el tiempo, sentimientos de pertenencia y significados de las Instituciones para las personas.

5. Los lineamientos administrativos y políticos enmarcan los Procesos de Atención en las Sub-Redes. Las experiencias de los funcionarios reconocen los ajustes de la Política a las características de los servicios. Estos ajustes en el funcionamiento del Modelo, desde la perspectiva de los funcionarios, ha mejorado el trayecto del usuario entre los diferentes componentes y niveles de atención.

6. En su operatividad, el Modelo muestra desventajas para algunas Sub-Redes. La Política sustenta el Modelo de Salud en base a la oferta y la demanda de servicios en el sector. Las experiencias de los entrevistados señalan que los incentivos económicos reconocen más la enfermedad que la prevención dentro del sistema. El mercado no ha podido incentivar escenarios de prestación de servicios en zonas vulnerables para los actores privados; las diferencias entre el prestador privado y el prestador público, impactan la oferta, la habilitación de recursos, la contratación, la evaluación y la medición de resultados

7. Los funcionarios reconocen que el objetivo de la Política es la garantía del derecho a la salud. Según sus experiencias, los ajustes administrativos que trajo la

conformación de Sub-Redes, por ejemplo la eliminación del proceso de referencia y contrareferencia, y la presencia de especialidades, permitieron un avance en esa garantía, principalmente en Accesibilidad e Integralidad de los Servicios. Sin embargo, persisten diferencias que surgen de la dinámica del mercado entre usuarios del régimen subsidiado y contributivo, así como los efectos que las acciones legales tienen sobre el sistema público.

8. Los significados de las experiencias de los funcionarios muestran que la reorganización tiene impacto en el Acceso Potencial, ha fortalecido la Atención Primaria y ha permitido la Integralidad del Portafolio de servicios, sobre todo en especialidades básicas como medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia, entre otras.

9. Las experiencias de los funcionarios señalaron dificultades en la Implementación de algunas rutas en las Sub-Redes por falta de servicios, insuficiencia en la infraestructura, falta de capacidad instalada de la oferta privada, falta de recursos humanos y tecnológicos, entre otros. Las IPS se ven obligadas a contratar algunos servicios con terceros, elevando los costos, por ejemplo para oncología. Esto impacta el Acceso a los servicios y su integralidad.

10. La experiencia de la implementación ha sido más sencilla para los funcionarios administrativos que para los profesionales de la salud. Esto indica que la perspectiva Top Down de la Política y su narrativa está más cerca de los discursos de la burocracia y la reglamentación, que al discurso de atención de los profesionales., etc)

Recomendaciones

1. Garantizar que las IPS y las EPS tengan acuerdos justos de reconocimiento y pago, con contrataciones adecuadas e incentivos focalizados, dirigidos al mejoramiento de la calidad de servicios y satisfacción de los usuarios.
2. No hacer un cambio estructural sin haber consolidado en su totalidad la Política PAIS.
3. Realizar articulación de las actividades extramurales con las intramurales en consolidación de las Rutas Integrales de Atención; junto a la articulación de las acciones colectivas y las acciones individuales.
4. Articulación entre los prestadores de servicios privados y públicos para la consolidación de las Sub-Redes y las Redes de Atención, en un proceso bidireccional consensuado entre aseguradores y prestadores, dirigidos a resolver las necesidades en salud de la población en los territorios.
5. Empoderamiento del usuario en el tema de salud, buscando una transición del concepto de enfermedad, uso de servicios y atención en salud. Principalmente en la utilización adecuada de los servicios de urgencia y del acceso por parte del sistema, a citas prioritarias de medicina general.
6. Contar con el conocimiento detallado y pleno de la población a cubrir por el sistema y de sus necesidades. La organización de la oferta de servicios tiene que ser sólida para dar respuesta a esas necesidades de la población.
7. Establecer procesos flexibles que minimicen las barreras de acceso y atención de las personas, como también el reconocimiento de incentivos a los prestadores de servicios por su atención. Disminuir la rotación del talento humano que está de cara al usuario y mejorar sus condiciones de contratación en el sector público.
8. En el proceso de docencia y aprendizaje, integrar elementos de formación en Políticas Públicas en Salud, Sistema General de Aseguramiento, Sistema de Atención, entre otros con el fin de mejorar la comunicación entre los lineamientos normativos y la atención primaria asistencial.
9. Definir protocolos, planes y programas cada vez más claros para atender y brindar servicios a la población migrante, más allá de la normatividad dada para urgencias, y que involucre un aseguramiento según sus características particulares.

10. Migrar a un modelo preventivo que reconozca a los aseguradores y prestadores los avances en la salud de las personas, y no de su atención en situación de enfermedad. De esta manera, fortalecer el tema de autocuidado de la población más allá de los hábitos de vida saludables y profundizar el trabajo intersectorial dirigido a mitigar y resolver los determinantes sociales en salud.

Referencias

1. Salas-Zapata W, Ríos-Osorio L, Gómez-Arias RD, Castillo XÁ Del. Paradigmas en el análisis de políticas públicas de salud: Limitaciones y desafíos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal. 2012;32(1):77–81.
2. Roth AN. Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas. Universida. Roth AN, editor. 2010. 374 p.
3. Roth AN. Políticas Públicas: Formulación, Implementación y Evaluación. Ediciones. Bogotá; 2002. 134 p.
4. Shore C. La Antropología y el Estudio de la Política Pública: Reflexiones Sobre la “Formulación” De las Políticas. Antípoda Rev Antropol y Arqueol. 2010;(10):21–49.
5. Ramírez MC. La Antropología de la Política Pública. Antípoda Rev Antropol y Arqueol. 2010;(10):13–7.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1751 De 2015. 2015 p. 18.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID) 2016 p. 97.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1438 de 2011. 2011 p. 51.
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Modelo Integral de Atención en Salud- MIAS. Plan de capacitación sectorial. 2016 p. 1–27.
10. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Organización Panamericana de la Salud, editor. OPS. Washington; 2010. 97 p.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Lineamientos para el Proceso de Conformación, Organización, Gestión, Seguimiento y Evaluación. Ministerio de Salud Y Protección Social. Bogotá; 2016. p. 91.
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion 0429 de 2016. Minist Salud y Protección Soc. 2016;5.
13. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;9(3):208–20.
14. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: does it matter? J Health Soc Behav. 1995;36(1):1–10.
15. González Díaz JG, García-Velasco R, Ramírez-Hernández JJ, Martínez Castañeda T. La Territorialización de la Política Pública en el Proceso de Gestión Territorial



*Diana Carolina Giraldo-Mayorga
Carlos Castañeda-Orjuela*

8.2. Las tutelas: ¿puerta de entrada al acceso real de los servicios de salud?

En Colombia la atención en salud es un servicio público a cargo del Estado, quien debe garantizar el acceso a sus servicios de promoción, protección y recuperación; igualmente, le corresponde organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (1). La Ley 100 de 1993 configuró la creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) cuyo objeto es regular el servicio público esencial de salud y crear las condiciones de acceso al servicio (en todos los niveles de atención) para toda la población. Todos los habitantes en Colombia deberán estar afiliados al SGSSS, previo el pago de la cotización reglamentaria o a través del subsidio que se financiará con recursos fiscales, de solidaridad y los ingresos propios de los entes territoriales (2).

Si bien es cierto la salud está configurada en la Constitución Política de 1991 como un servicio (artículo 49), evolucionó a derecho fundamental gracias a la acción de tutela (3,4) y a la presión de varias organizaciones sociales que pusieron en la agenda pública la defensa del derecho a la salud (5). Inicialmente, como mecanismo

jurídico, la tutela fue utilizada para garantizarla en conexidad con el derecho a la vida (6). La Ley 1751 de 2015 reglamentó la salud como derecho fundamental, autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo, y determinó que el acceso a sus servicios debería prestarse de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud (7).

Pese a los avances señalados, el SGSSS continúa teniendo limitaciones para brindar atención en salud en condiciones de universalidad, igualdad, solidaridad, equidad, calidad, eficiencia, entre otros principios. En consecuencia, sigue siendo recurrente el uso de la tutela para garantizar el acceso efectivo a los servicios de salud. La Defensoría del Pueblo calculó que en 2018 cada 2,5 minutos se interpuso una tutela por violación al derecho de la salud, o cada 34 segundos si se tiene en cuenta solo los días hábiles (8). Comparado con el 2017, el dato no es nada alentador puesto que el tiempo estimado era de cada 2,7 minutos o cada 35 segundos, respectivamente (9).

El objetivo de esta sección es analizar el comportamiento del uso de la acción de tutela para salvaguardar el acceso a la salud entre el 2015 y el 2018. El punto de partida es la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud (1751 de 2015) que establece la salud como un derecho fundamental. Debido al volumen de tutelas interpuestas en estos cuatro años (720.579), los documentos base utilizados fueron los informes anuales acerca de la tutela y el derecho a la salud elaborados por la Defensoría del Pueblo. Las categorías de análisis responden a la adaptación que en el presente Informe se hizo de los modelos de comportamiento en la utilización de servicios de salud de Aday y Andersen (10).

Esta sección está integrada por cuatro acápite en los que se presentan los resultados del seguimiento a los informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre la tutela y el derecho a la salud. Posteriormente encuentran las providencias de tutela de interés de la Corte Constitucional sobre el derecho de salud. Se cierra con las conclusiones de los hallazgos del análisis del comportamiento de las tutelas de salud y con algunas recomendaciones de política para el acceso al sistema de salud colombiano.

8.2.1. Análisis de las tutelas interpuestas para la protección al derecho a la salud, 2015 – 2018.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. El derecho a la salud es un bien jurídico exigible al Estado como parte de la consagración de los derechos económicos, sociales y culturales. El Estado quedó obligado, a partir de la ratificación de los instrumentos de derecho internacional, bajo el principio *pacta sunt servanda*, lo que en el caso de la salud, como todos los derechos humanos, deriva de la noción de respeto a la dignidad humana y significa un avance en los compromisos morales y políticos de las sociedades (11).

En Colombia, la salud en un principio fue concebida como un servicio que posteriormente devino en derecho fundamental. El derecho a la salud es un derecho habilitante de otros derechos. La adopción de la Ley 100 de 1993 modificó el sistema de salud colombiano. Sin embargo, principios como los de la universalidad, la igualdad, el enfoque diferencial, la equidad, la calidad, entre otros, no se han garantizado del todo (2). En 2015 se sancionó la Ley Estatutaria de Salud, la cual situó el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud. Como un derecho fundamental, comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas (7).

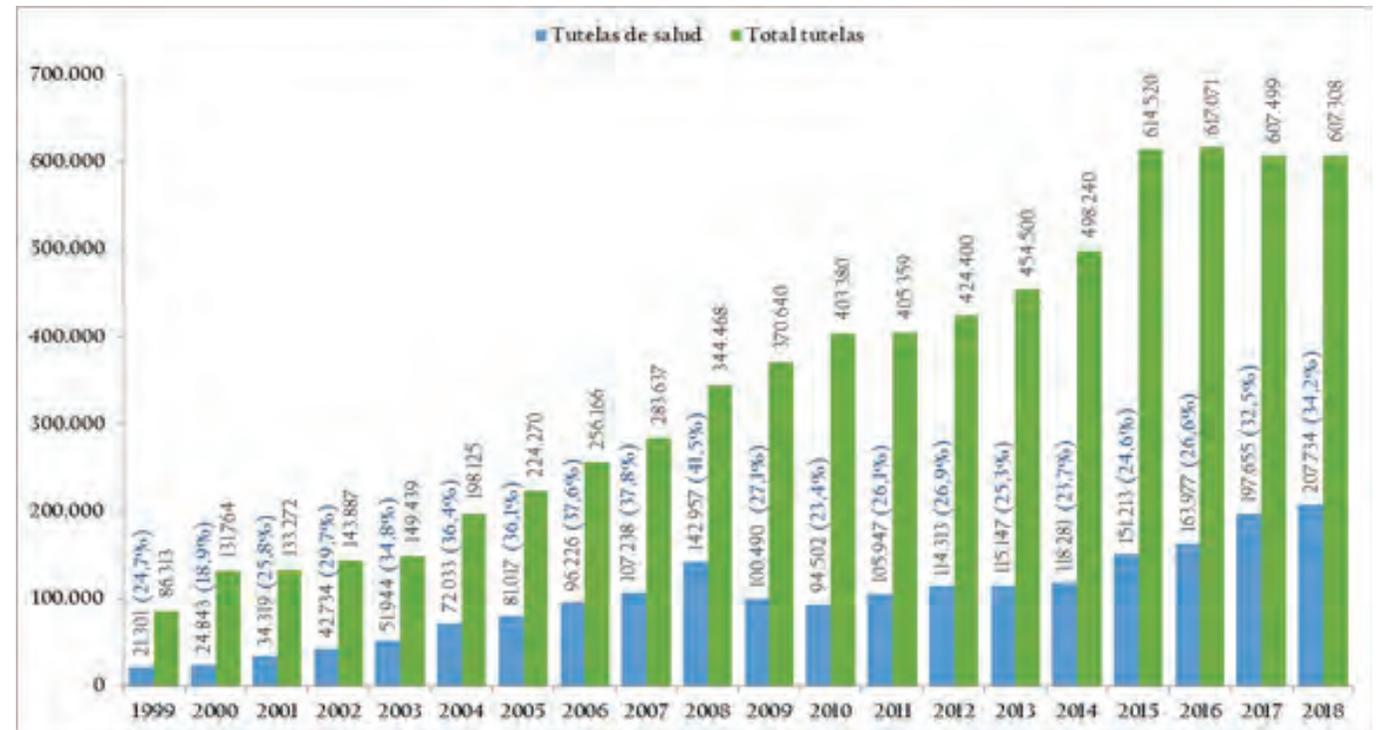
A pesar de los avances normativos, el derecho a la salud continúa siendo de difícil acceso. Por ejemplo, la Defensoría del Pueblo señaló que el Plan Obligatorio de Salud (POS) como está concebido ha promovido grandes inequidades, las cuales se han venido subsanando gracias a los fallos de la Corte Constitucional (12). Particularmente, la ciudadanía ha hecho uso de la tutela para cerrar la brecha en materia de accesibilidad a la salud. La acción de tutela es un mecanismo constitucional con el que cuenta toda persona para reclamar ante los jueces la protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que éstos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad pública; el fallo, que será de inmediato cumplimiento, podrá impugnarse ante el juez competente y, en todo caso, éste lo remitirá a la Corte Constitucional para su eventual revisión (artículo 86 de la Constitución Política).

Antes de que fuera declarada derecho fundamental, la salud era susceptible de ser protegida por la acción de tutela mediante tres supuestos: i) Por conexidad entre el derecho a la salud y otros derechos fundamentales; en estos casos, un derecho que

en principio no tiene el carácter de fundamental puede ser considerado como tal por su estrecha relación con aquel. ii) Cuando se trataba de la protección de aquellas personas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, que las convierte en sujetos de especial protección constitucional (niños, las personas en situación de discapacidad, la madre y el que está por nacer, las personas de la tercera edad, las minorías étnicas, los desplazados y los reclusos). iii) En ciertas circunstancias, el derecho a la salud podía ser considerado como derecho fundamental autónomo (11).

Después del derecho de petición, el derecho a la salud es el derecho que más se invoca en las tutelas en Colombia. En la Figura 1 se muestra el total de tutelas interpuestas entre 1999 y 2018 así como las que se interpusieron particularmente para la protección del derecho a la salud. Las tutelas en salud crecen cada año y, en promedio, su participación anual corresponde al 29,7% del total. En la década de los noventa la tutela no era un mecanismo muy utilizado: para 1992 el total de tutelas interpuestas fue de 10.732, número significativamente bajo si se le compara con las 86.313 tutelas de 1999. La fuerza de este mecanismo arranca en el año 2000, utilizado principalmente en conexidad con el derecho a la vida. En 2008, gracias a la sentencia T-760, la salud es elevada a derecho fundamental lo que implicó que las tutelas invocaran directamente la protección del derecho fundamental a la salud. La Figura 1 muestra que después de 2008 hay una reducción de las tutelas de salud hasta el año 2012, fecha en la que su uso incrementó (de 100.490 tutelas en 2009 a 114.313 tutelas en 2012).

Figura 1. Tutelas interpuestas para la protección del derecho a la salud. Colombia, 1999 – 2018.



Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

Con la expedición de la Ley Estatutaria de Salud en 2015 se buscaba reducir el uso de la tutela en salud; sin embargo, las cifras muestran un incremento pasando de 118.281 en 2014 a 151.213 en 2015. La Defensoría del Pueblo explica este incremento debido a que fue un año difícil para la salud, varias Entidades Prestadoras de Salud (EPS) fueron liquidadas y millones de usuarios fueron asignados sin su consentimiento a otras EPS, reclamando la continuidad en sus tratamientos principalmente a través de la acción de tutela (12).

En 2016, la cifra de tutelas de salud pasó a 163.977. Esto sugiere que algunas medidas establecidas por el Gobierno, como la implementación de la Ley Estatutaria, el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), la intervención a Cafesalud por la Superintendencia Nacional de Salud (SNS) y el Decreto 780 de 2016 (respecto a la afiliación al POS), entre otros, no han tenido el efecto previsto. Por el contrario, han llevado a los usuarios a acudir masivamente a las instancias judiciales para acceder a los servicios en salud que requieren (13). Este panorama se repite para 2017 y 2018 dado que en lugar de descender, el número de las tutelas crece.

La Defensoría del Pueblo sostiene que el sistema de salud colombiano aún presenta deficiencias atribuidas a la falta de acceso oportuno a los servicios de salud, la baja efectividad en las actividades del Sistema de Inspección, Vigilancia y Control (IVC) realizadas por la SNS, la insuficiencia del talento humano especializado en salud; sumado a la corrupción. Esto ha contribuido al aumento del inconformismo de los usuarios, reflejado en un gran número de quejas y tutelas instauradas para acceder con oportunidad y calidad a los servicios en salud (9).

8.2.1.1. Las tutelas y el acceso potencial a los servicios de salud

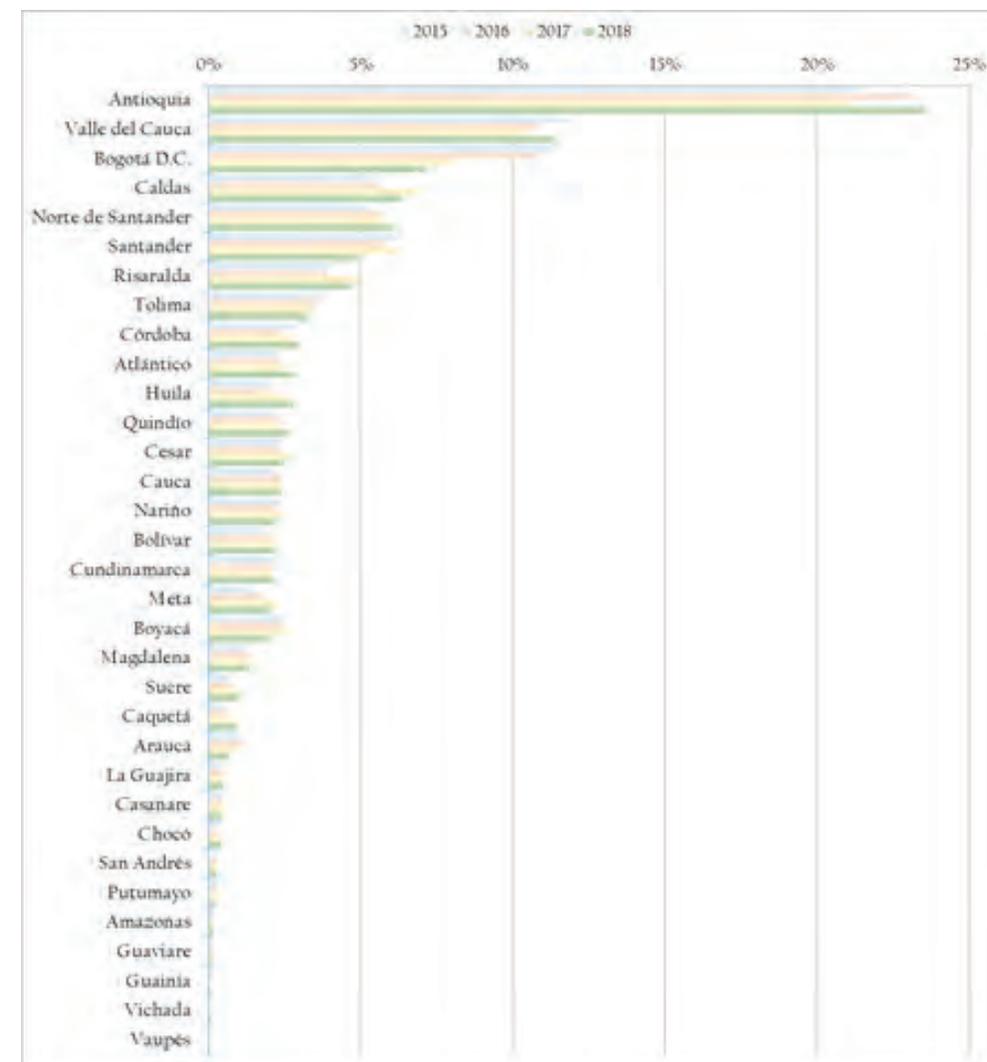
El análisis de las tutelas de salud de 2015 a 2018 se realizó a la luz del modelo de comportamiento en la utilización de servicios de salud de Aday y Andersen (10), para quienes el acceso a los servicios de salud se constituye en un proceso multifactorial en el que se analizan tanto las características de la población como de la prestación de servicios y se incorpora en el análisis elementos para evaluar desigualdades sociales en el uso de los servicios sanitarios. El acceso potencial corresponde a la presencia de medios que facilitan o dificultan el uso efectivo de los servicios; estos son producto de las interacciones y acuerdos entre las características del sistema y las características de la población. Las tutelas son un mecanismo con el que la ciudadanía busca acceder a aquellos servicios que le son negados en el sistema de salud, es decir, cuando se demanda la atención. En consecuencia, el presente análisis será sobre el acceso potencial.

8.2.1.1.1. Características del servicio

8.2.1.1.1.1. Participación de tutelas de salud por departamento.

Aday y Andersen (10) definen como características del servicio los acuerdos existentes para la prestación potencial de atención a los usuarios. Uno de los indicadores que permite identificar estas características es el de distribución, que permite ubicar los recursos de salud en un área determinada.

Figura 2. Participación de tutelas de salud por departamento, 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

La Figura 2 muestra la participación de tutelas de salud por departamento. Antioquia es el departamento con más número de tutelas de salud en el período analizado (de 32.540 tutelas en 2015 pasó a 48.954 en 2018). En 2018, 122 municipios del departamento invocaron al menos una tutela de salud: Medellín concentró la mayor proporción de esas tutelas (47,8%), seguido de Itagüí (5,5%), Bello (5,3%), Rionegro (3,5%) y Envigado (3,4%) (8,9,12,13). El segundo departamento con un número alto de tutelas de salud es el Valle del Cauca con 23.521 acciones en 2018 para una participación del 11,3%. Para 2018, se interpuso al menos una tutela de salud en 42 municipios: Cali de primeras (46,5%), seguida de Palmira (11,5%), Tuluá (7,6%), Cartago (6,1%) y Buga (5,4%). En tercer lugar se encuentra la ciudad de Bogotá con 14.850 tutelas de salud en 2018 (8,9,12,13).

El comportamiento de la mayor participación de tutelas en Antioquia, Valle del Cauca y Bogotá se explica principalmente por la accesibilidad que tienen los usuarios al conocer sus derechos y las herramientas con las que cuentan jurídicamente para salvaguardarlos. Igualmente, en estas zonas la oportunidad de recibir la asesoría de la Personería y la Defensoría del Pueblo es mayor. También, se ha evidenciado que la oferta de servicios de salud de alta tecnología, la densidad poblacional y el nivel cultural, se relacionan con esa mayor frecuencia relativa (8).

Tabla 1. Número de tutelas de salud por cada 10.000 habitantes según departamento, 2015 – 2018.

Departamento	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017-2018	2015 - 2018
Caldas	96,1	95,8	126,0	102,3	-0,3	31,5	-18,8	6,5
Risaralda	66,2	67,0	100,7	100,5	1,2	50,2	-0,2	51,7
Norte de Santander	60,3	67,0	99,0	94,6	11,2	47,6	-4,5	56,9
Antioquia	50,4	58,0	63,0	73,2	15,1	8,6	16,2	45,2
Arauca	33,1	37,3	55,3	72,4	12,6	48,4	31,0	118,9
Quindío	65,1	72,5	90,2	71,1	11,3	24,5	-21,2	9,2
Santander	38,5	45,5	55,7	60,2	18,1	22,5	8,1	56,3
Cesar	35,4	36,9	45,9	55,1	4,2	24,5	20,1	55,7
San Andrés	60,8	57,7	55,0	50,0	-5,1	-4,6	-9,2	-17,8
Valle del Cauca	39,0	38,3	44,5	49,5	-1,6	16,1	11,1	27,0
Tolima	40,0	42,0	48,2	47,7	5,1	14,7	-1,1	19,2
Meta	29,2	34,6	43,4	44,9	18,6	25,3	3,5	53,8
Huila	31,9	31,7	44,9	43,1	-0,8	41,7	-4,0	34,9
Caquetá	22,1	25,2	33,0	42,3	13,9	31,0	28,0	91,1
Guainía	32,5	38,2	29,7	42,1	17,4	-22,3	41,9	29,4
Amazonas	30,8	28,0	33,5	41,5	-9,1	19,5	23,9	34,6
Cauca	24,9	28,5	32,9	35,2	14,4	15,5	7,1	41,5
Córdoba	26,2	22,5	31,0	34,1	-14,0	37,5	10,1	30,2
Boyacá	16,7	22,9	34,5	32,5	37,0	50,8	-6,0	94,3
Casanare	17,0	23,9	24,5	27,0	40,4	2,4	10,4	58,7
Bolívar	15,9	17,8	21,7	24,9	12,2	22,1	14,7	57,2
Nariño	19,5	19,4	23,0	24,1	-0,7	18,5	4,9	23,5
Guaviare	19,6	17,1	15,2	24,0	-12,7	-11,1	57,5	22,3
Vaupés	9,9	26,1	31,9	22,3	164,9	22,3	-30,3	126,0
Magdalena	15,3	17,3	19,9	21,5	13,4	15,0	8,3	41,2
Cundinamarca	10,8	12,1	18,2	20,6	12,2	50,2	13,3	90,8
Vichada	15,7	12,8	16,2	18,8	-18,8	26,8	16,0	19,5
Atlántico	15,4	14,8	19,5	18,2	-4,1	31,9	-6,8	17,9
Bogotá D.C.	21,9	22,4	19,9	18,2	2,3	-11,3	-8,7	-17,1
Chocó	10,3	6,9	14,1	16,4	-32,5	102,8	17,0	60,2
Sucre	16,9	22,0	22,0	16,1	30,7	-0,3	-26,8	-4,7
Putumayo	9,5	12,2	13,3	13,9	28,4	9,6	4,1	46,6
La Guajira	7,5	7,4	9,9	8,3	-2,0	35,0	-16,1	10,9
Índice total país	31,4	33,6	40,1	41,7	7,2	19,2	3,95	32,9

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

En sus informes, la Defensoría del Pueblo presenta el indicador de número de tutelas de salud por cada 10.000 habitantes, el cual también es útil para elaborar el análisis geográfico a la luz de la categoría de distribución de Aday y Andersen (10). En la Tabla 1, encuentra este indicador para el período de análisis, el cual se incrementa anualmente en el país: para 2018, 15 departamentos registran un indicador superior con respecto al nacional (41,68 tutelas por cada 10.000). Los departamentos con el indicador más alto son Caldas, Risaralda, Norte de Santander y Quindío (Tabla 1). Con respecto a las variaciones anuales, para el período 2015 - 2016 el mayor incremento en el indicador está en Vaupés; mientras que Chocó y Vichada tienen las disminuciones más significativas lo cual resulta paradójico puesto que son departamentos que presentan mayores problemas de salud (13).

El caso de Vaupés fue evidenciado por una comisión de la Defensoría del Pueblo, que en el año 2017 se desplazó al departamento con la finalidad de identificar la problemática que en materia de salud vivían sus habitantes. Sus principales hallazgos fueron: 72 puestos de salud sin funcionar, el sistema de referencia y contrarreferencia presentaba graves falencias; no había red de atención de urgencias, ni de traslado de pacientes básico, ni medicalizado por vía fluvial y aérea (13).

En 2017, la Corte Constitucional profirió la sentencia T-357 acerca de la acción de tutela promovida por el Defensor del Pueblo de Vaupés contra el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), la Gobernación de Vaupés, la Secretaría de Salud de Vaupés, las Alcaldías de Mitú, Carurú y Taraira, ESE Hospital San Antonio de Mitú, Mallamas EPS, Caprecom EPS, Nueva EPS y Cafesalud EPS. La Corte ordenó tutelar los derechos a la salud y a la identidad cultural de las 255 comunidades asentadas en el Vaupés y requirió al MSPS, en coordinación con la Gobernación del Vaupés y las alcaldías municipales de Mitú, Carurú y Taraira que, en el término de un año, adelantara e implementara un proceso de concertación con las comunidades para el diseño de un modelo de cuidado de la salud con carácter intercultural (14).

Finalmente, en la Tabla 2 se muestran los municipios que durante los cuatro años analizados mantuvieron el indicador de más de 50 tutelas por cada 10.000 habitantes en comparación con Índice de Acceso Potencial a los Servicios de Salud (IAPSS) – calculado en el capítulo tres del presente informe. Los datos registrados en la tabla permiten concluir que solo Medellín se encuentra en el quintil muy alto del IAPSS, mientras que más del 60% de municipios se encuentra en el quintil intermedio y bajo.

Tabla 2. Municipios con más de 50 tutelas de salud por cada 10.000 habitantes vs Índice de Acceso Potencial a los Servicios de Salud (IAPSS), 2015 – 2018.

Municipio (Departamento)	Población DANE 2017	Quintil IAPSS					Ranking por IAPSS**	Ranking por población**
		Muy alto	Alto	Intermedio	Bajo	Muy Bajo		
Medellín (Antioquia)	2.508.452	100					1	1
Bucaramanga (Santander)	528.497		94,7				2	3
Cartago (Valle del Cauca)	133.640		89,1				3	18
Armenia (Quindío)*	4.029		88,9				4	56
Manizales (Caldas)	398.830		87,1				5	6
Dosquebradas (Risaralda)	202.795		83,4				6	13
Ibagué (Tolima)	564.076		82,8				7	2
Envigado (Antioquia)	232.903		82,7				8	11
Pereira (Risaralda)	474.335		82,4				9	4
Neiva (Huila)	345.806		80,4				10	7
Honda (Tolima)	24.311		80,3				11	39
Tunja (Boyacá)	195.538			79,0			12	14
Palmira (Valle del Cauca)	308.669			78,8			13	8
San Gil (Santander)	45.752			78,8			14	31
Guadalajara de Buga (Valle del Cauca)	114.798			78,5			15	20
Tulúa (Valle del Cauca)	216.619			76,7			16	12
Popayán (Cauca)	282.453			76,6			17	9
La Dorada (Caldas)	77.735			73,7			18	24
Ocaña (Norte de Santander)	99.741			73,6			19	21
San Vicente (Antioquia)*	16.733			73,2			20	45
Barrancabermeja (Santander)	191.616			71,9			21	15
Itagüí (Antioquia)	273.927			71,8			22	10
Montería (Córdoba)	453.931			70,1			23	5
Roldanillo (Valle del Cauca)	32.412			69,8			24	33
Caldas (Antioquia)	79.652			67,5			25	23
Santa Rosa de Cabal (Risaralda)	72.634			67,2			26	25
El Santuario (Antioquia)	27.233			65,7			27	36
Socorro (Santander)	30.847			65,2			28	34
La Ceja (Antioquia)	53.993			65,1			29	28
Cisneros (Antioquia)*	8.932			64,8			30	51
Florencia (Caquetá)	178.450			64,1			31	17
Concepción (Antioquia)*	3.284			62,9			32	58
Rionegro (Antioquia)	124.219			62,2			33	19

Municipio (Departamento)	Población DANE 2017	Quintil IAPSS					Ranking por IAPSS**	Ranking por población**
		Muy alto	Alto	Intermedio	Bajo	Muy Bajo		
Málaga (Santander)*	18.308			61,7			34	44
Restrepo (Valle del Cauca)*	16.323				57,1		35	46
Arauca (Arauca)	90.924				56,5		36	22
Girardota (Antioquia)	56.755				56,3		37	26
Yarumal (Antioquia)	47.995				54,9		38	29
Prado (Tolima)*	7.607				54,7		39	52
Hispania (Antioquia)*	4.879				54,6		40	55
Ciudad Bolívar (Antioquia)	26.828				53,4		41	37
Titiribí (Antioquia)*	14.602				53,1		42	48
Fredonia (Antioquia)	21.283				52,5		43	41
Fresno (Tolima)	30.047				52,3		44	35
Apartadó (Antioquia)	189.325				50,9		45	16
Salamina (Caldas)*	16.005				49,8		46	47
Andes (Antioquia)	46.621				48,9		47	30
Yolombó (Antioquia)	24.809				48,9		48	38
Leticia (Amazonas)	41.957				48,6		49	32
Vegachí (Antioquia)*	9.108				47,9	47,9	50	50
Giraldo (Antioquia)*	3.992				47,9	47,9	51	57
Marinilla (Antioquia)	55.000				47,6	47,6	52	27
Santo Domingo (Antioquia)*	10.173				47,4	47,4	53	49
Santa Bárbara (Antioquia)	21.754				45,8	45,8	54	40
Concordia (Antioquia)	20.476				44,5	44,5	55	42
Valparaíso (Antioquia)*	6.131				43,2	43,2	56	54
Norcasia (Caldas)*	6.272				42,8	42,8	57	53
Inírida (Güainia)	20.147				38,0	38,0	58	43

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.*Estos datos deben interpretarse con cautela pues corresponden a municipios con menos de 20.000 habitantes.

**Los rankings se calcularon otorgando los primeros lugares en orden descendente.

Los municipios de Medellín, Bucaramanga, Cartago, Armenia, Manizales, Dosquebradas, Ibagué, Envigado, Pereira, Neiva y Honda, tiene un IAPSS en promedio del 86,55 y corresponden a los de mayor tasa de tutelas por población. Estos municipios corresponden en su mayoría a capitales de departamento o cabeceras municipales, territorios en donde hay mayor oferta de servicios lo que podría explicar el alto uso de la tutela. Está hipótesis también podría aplicarse a los otros municipios pese a encontrarse en los quintiles intermedio, bajo y muy bajo del IAPSS; particularmente, porque corresponden a municipios con una mayor oferta de servicios y atención en salud. Finalmente, la Defensoría del Pueblo señala en todos los informes 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.

8.2.1.1.2. Entidades con más requerimientos en las tutelas de salud.

En el modelo de Aday y Andersen (10), el indicador de entrada corresponde a los medios que facilitan el ingreso de una persona al sistema de atención médica. En este caso analizaremos las entidades con más requerimientos en las tutelas de salud. Tras revisar los informes de la Defensoría del Pueblo, se encontró que las entidades con más requerimientos son las EPS, los regímenes de excepción (fuerzas militares, policías y magisterio), las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC).

Tabla 3. Tutelas de salud según tipo de entidad demandada, 2015 – 2018.

Entidad	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2018
Entidades Prestadora de Salud	125.176	140.614	171.156	177.606	12,3	21,7	3,8	41,9
Regímenes de excepción	3.602	4.186	5.490	7.475	16,2	31,2	36,2	107,5
Instituciones Prestadoras de Salud	5.765	5.972	6.593	6.756	3,6	10,4	2,5	17,2
Inpec/Penitenciarias	2.140	2.374	3.344	4.505	10,9	40,9	34,7	110,5
Entes territoriales	6.010	5.045	4.406	4.364	-16,1	-12,7	-1,0	-27,4
Adm. de Riesgos Laborales y Aseguradoras	1.917	1.833	2.479	2.958	-4,4	35,2	19,3	54,3
Otras Entidades	5.065	1.713	2.416	2.327	-66,2	41,0	-3,7	-54,1
Otros	N.D.	1.376	1286	1.352	N. D.	-6,5	5,1	N. D.
Administradoras de Fondos de Pensiones	1.490	909	422	323	-39,0	-53,6	-23,5	-78,3
Empresas de Medicina Prepagada	311	308	368	270	-1,0	19,5	-26,6	-13,2
Emp. de Serv. Púb. y Telefonía celular	404	88	N. D.	N. D.	-78,2	N. D.	N. D.	N. D.
Total*	151.880	164.418	197.960	207.936	8,3	20,4	5,0	36,9

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

* La Defensoría del Pueblo aclara que en el caso que en una misma tutela aparezca más de una entidad demandada plenamente identificada, se contabiliza nuevamente para efectos estadísticos, descartando los casos en que se mencionaba "otros". Esto explica porque los totales anuales no coinciden con los valores que aparecen registrados en la Figura 1.

En 2018, Medimás/Cafesalud a pesar de ser la EPS con más tutelas (24.731) registró una variación decreciente (-4,5) con respecto al 2015. Situación diferente presentaron las EPS Coomeva y Nueva EPS quienes registraron variaciones significativamente altas en comparación al 2015 (70,2 y 31,8 respectivamente).

Tabla 4. Entidades más tuteladas en derecho a la salud, 2015 – 2018.

Entidad	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2018
Cafesalud/Saludcoop/ Medimás	25.889	32.819	39.679	24.731	26,8	20,9	-37,7	-4,5
Coomeva	13.454	14.401	19.848	22.894	7,0	37,8	15,4	70,2
Nueva EPS	17.041	15.547	19.650	22.457	-8,8	26,4	14,3	31,8
Comfama/Alianza Medellin/Savia	7.208	12.854	16.041	20.984	78,3	24,8	30,8	191,1
Otros	12.982	9.596	11.995	12.265	-26,1	25,0	2,3	-5,5
Asociación Mutual La Esperanza "Asmet Salud"	5.188	6.728	8.047	9.028	29,7	19,6	12,2	74,0
Salud Total	6.523	6.419	10.052	8.695	-1,6	56,6	-13,5	33,3
Comparta	2.816	3.906	5.989	7.563	38,7	53,3	26,3	168,6
Fuerzas Militares y de policía	3.541	3.443	5.352	7.291	-2,8	55,5	36,2	105,9
Emsanar	4.474	4.816	5.781	7.250	7,6	20,0	25,4	62,0
Coosalud EPS	974	3.683	4.701	5.531	278,1	27,6	17,7	467,9
Saludvida	2.705	3.981	5.705	5.464	47,2	43,3	-4,2	102,0
Servicio Occidental de Salud S.O.S	3.993	3.663	4.730	5362	-8,3	29,1	13,4	34,3
INPEC/Penitenciarias	2.140	2.374	3.344	4505	10,9	40,9	34,7	110,5
Sura EPS	3.987	3.697	3.776	4.194	-7,3	2,1	11,1	5,2
Secretarías de Salud/Direcciones de salud	4.808	4.347	3.764	3.715	-9,6	-13,4	-1,3	-22,7
Sánitas	3.041	2.718	3.181	3.625	-10,6	17,0	14,0	19,2
Capital Salud EPS	2.342	3.552	3.223	3.143	51,7	-9,3	-2,5	34,2
Empresa Cooperativa Solidaria de Salud "Ecoopso"	699	1.292	1.606	2.954	84,8	24,3	83,9	322,6
Famisanar	1.547	1.299	1.667	2.908	-16,0	28,3	74,5	88,0
Asociación Mutual Barrios Unidos de Quibdó	543	1.304	2.151	2.588	140,2	65,0	20,3	376,6
Comfamiliar Huila	1.209	1.337	2.058	2.409	10,6	53,9	17,1	99,3

Entidad	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2018
Convida	494	1.114	1.936	2.395	125,5	73,8	23,7	384,8
Cruz Blanca	1.594	2.167	1.570	1.971	36,0	-27,6	25,5	23,7
Comfacor	866	792	1.437	1.596	-8,6	81,4	11,1	84,3
Asociación Mutual Ser	481	692	731	1.508	43,9	5,6	106,3	213,5
ARP Positiva	963	936	1.277	1456	-2,8	36,4	14,0	51,2
Cajacopi	591	768	1.099	1.408	30,0	43,1	28,1	138,2
Emdisalud	625	745	880	1.366	19,2	18,1	55,2	118,6
Compensar	957	1.008	999	1.142	5,3	-0,9	14,3	19,3
Cosmitet	985	1.000	1.211	1.060	1,5	21,1	-12,5	7,6
Fundación Médico Preventiva	1.577	1.577	1.452	732	0,0	-7,9	-49,6	-53,6
Comfenalco Valle	911	810	682	641	-11,1	-15,8	-6,0	-29,6
Comfamiliar Cartagena	351	445	488	593	26,8	9,7	21,5	68,9
Fiduprevisora	N.D.	297	528	585	N.D.	77,8	10,8	N.D.
ComfaOriente	224	303	469	554	35,3	54,8	18,1	147,3
Comfamiliar de Nariño	323	404	471	493	25,1	16,6	4,7	52,6
Redvital/Sumimedical	N.D.	N.D.	N.D.	460	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Alcaldías	763	440	390	420	-42,3	-11,4	7,7	-45,0
Caprecom	11.762	5.483	N.D.	N.D.	-53,4	N.D.	N.D.	N.D.
Fosyga y consorcio	238	327	N.D.	N.D.	37,4	N.D.	N.D.	N.D.
Ministerios	993	1.033	N.D.	N.D.	4,0	N.D.	N.D.	N.D.
Unicajas/Comfacundi	78	301	N.D.	N.D.	285,9	N.D.	N.D.	N.D.
Total*	151.880	164.418	197.960	207.936	8,3	20,4	5,0	36,9

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

* La Defensoría del Pueblo aclara que en el caso que en una misma tutela aparezca más de una entidad demandada plenamente identificada, se contabiliza nuevamente para efectos estadísticos, descartando los casos en que se mencionaba "otros". Esto explica porque los totales anuales no coinciden con los valores que aparecen registrados en la Figura 1.

A pesar de ubicarse en un cuarto lugar, es importante prestar atención al comportamiento de las tutelas de salud contra el sistema penitenciario en Colombia. La violación masiva y generalizada de los derechos de las personas privadas de la libertad persiste pese a los requerimientos hechos por la Corte Constitucional en la sentencia T-388 de 2013 (15).

Durante el seguimiento realizado a la atención sanitaria en las cárceles del país, la Defensoría del Pueblo reveló que en el año 2015 más de 7.300 internos de 23 establecimientos de reclusión en el territorio nacional carecían de cualquier tipo de atención médica, a pesar de las condiciones de hacinamiento y las patologías que allí se presentan. Así mismo, tras visitas de inspección a terreno, encontró que de 20.945 procedimientos solicitados por los reclusos sólo fueron autorizados el 40,7%. El estudio señala que en 84 de 132 establecimientos analizados, no hay entrega de medicamentos a los enfermos y que en 109 de ellos se incumple el suministro de insumos médicos, hospitalarios y odontológicos (12).

Para 2016, el Estado de Cosas Inconstitucional en materia de salud en las cárceles de Colombia continuaba. Situación agravada por la liquidación de Caprecom y por la deficiente prestación del servicio de salud de la Fiduprevisora en sus primeros meses, lo cual obligó al Estado a declarar la emergencia carcelaria durante más de un año, motivado por las graves afectaciones en la salud de las personas privadas de la libertad. Entre 2016 y 2017, el Estado centró sus esfuerzos en dos tareas: la contratación del personal médico, empresas para el suministro de insumos, medicamentos y la red extra mural hospitalaria; y la atención en salud a través de brigadas médicas y de prevención (16).

En la Tabla 5 se encuentran discriminadas por departamento las tutelas de salud contra el INPEC. En 2015, el mayor número de acciones fueron contra las penitenciarías ubicadas en el Norte de Santander seguido del Valle del Cauca. En 2018 el departamento de Cauca se ubicó en el primer lugar, registrando una variación del 158,3 respecto al 2015; le siguen las penitenciarías ubicadas en Boyacá y Meta. La variación de Boyacá con respecto a 2015 fue de 520,3 y la de Meta fue de 109,6.

Tabla 5. Tutelas de salud contra el INPEC y penitenciarías por departamento, 2015 – 2018.

Departamento	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017 - 2018	2015 - 2018
Cauca	180	188	458	465	4,4	143,6	1,5	158,3
Boyacá	69	192	275	428	178,3	43,2	55,6	520,3
Meta	198	159	223	415	-19,7	40,3	86,1	109,6
Valle del Cauca	276	297	398	403	7,6	34,0	1,3	46,0
Caldas	164	205	325	358	25,0	58,5	10,2	118,3
Antioquia	141	176	206	347	24,8	17,1	68,5	146,1
Santander	106	145	188	340	36,8	29,7	80,9	220,8
Bogotá D.C	134	224	260	330	67,2	16,1	26,9	146,3
Norte de Santander	294	110	162	267	-62,6	47,3	64,8	-9,2
Huila	34	52	132	255	52,9	153,9	93,2	650,0
Tolima	238	214	206	251	-10,1	-3,7	21,8	5,5
Caquetá	34	59	141	147	73,5	139,0	4,3	332,4
Cesar	82	79	123	143	-3,7	55,7	16,3	74,4
Cundinamarca	52	56	63	132	7,7	12,5	109,5	153,8
Otros	38	68	51	68	79,0	-25,0	33,3	78,9
Risaralda	18	25	29	49	38,9	16,0	69,0	172,2
Casanare	19	60	54	47	215,8	-10,0	-13,0	147,4
Nariño	16	28	14	25	75,0	-50,0	78,6	56,3
Quindío	28	24	23	20	-14,3	-4,2	-13,0	-28,6
Atlántico	19	13	13	15	-31,6	0,0	15,4	-21,1
Total	2.140	2.374	3.344	4.505	10,9	40,9	34,7	110,5

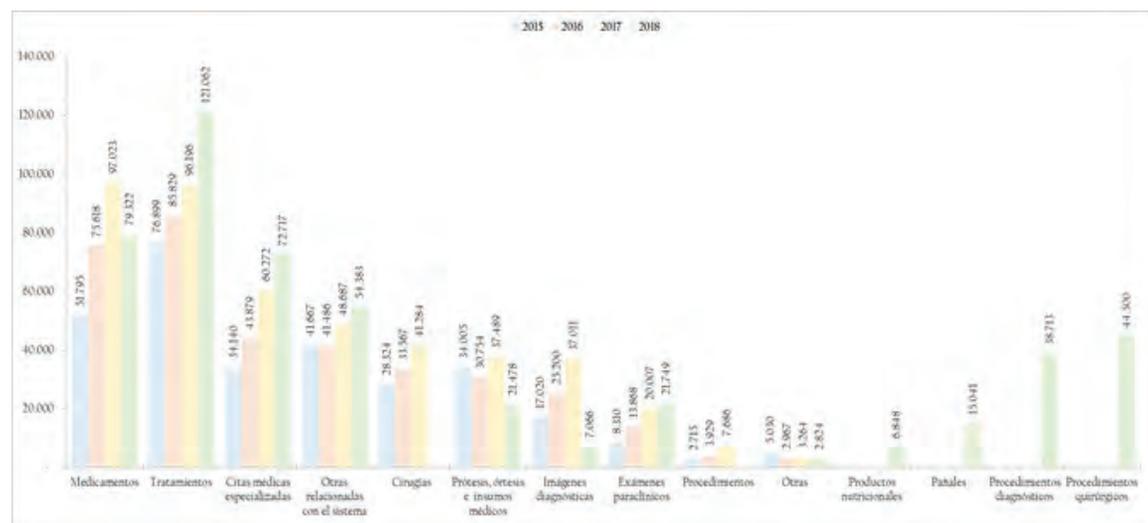
Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

1.1.1.3 Contenidos de las solicitudes en las tutelas de salud.

Aday y Andersen (10) establecen que el indicador de estructura corresponde a las características del sistema que determinan lo que le sucede al paciente luego de su ingreso. Por tanto, se analizarán el tipo de solicitudes que se encuentran en las tutelas. Las más frecuentes entre 2015 y 2018 fueron los tratamientos. Con estos, el usuario busca la prestación del servicio de manera integral y oportuna, ya que ante la negación, demora o entrega parcial de servicios en salud, considera la necesidad de interponer la tutela para que le garanticen todo lo que su médico tratante le ordenó (8) (Figura 3).

En 2015 se registraron 299.905 solicitudes, de las cuales los servicios médicos más solicitados fueron los tratamientos y los medicamentos. Para 2018, se registraron 485.703 solicitudes, lo que representó una variación del 62% en comparación con el año 2015. Los tratamientos continuaron siendo los requerimientos más frecuentes seguido de los medicamentos, pese a que en 2018 no se incluyeron los productos nutricionales en esta categoría, que antes si estaban incluidos (Figura 3) (8).

Figura 3. Solicitudes más frecuentes en las tutelas de salud, 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

* La Defensoría del Pueblo aclaró que si una tutela tiene más de una solicitud se repite tantas veces como requerimientos tenga. Esto explica porque los totales anuales no coinciden con los valores que aparecen en la Figura 1.

En la Tabla 6 se registran las especialidades más frecuentes en las solicitudes de las tutelas de salud. En 2015, las mayores fueron neurología, oncología, ortopedia, neurocirugía y endocrinología en tanto que en 2016 fueron neurología, oncología, ortopedia, urología y oftalmología. Las especialidades de mayor crecimiento fueron cirugía general, nefrología y psiquiatría, mientras que disminuyeron las especialidades de odontología y maxilofacial. Lo anterior se sustentó en el hecho de que la mayoría de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), no cumplen con la obligación de garantizar la red de prestadores de servicios de salud en los diferentes niveles de complejidad (13).

Tabla 6. Especialidades más frecuentes en las tutelas de salud, 2015 – 2018.

Especialidad	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017- 2018	2015 - 2018
Ortopedia	10.139	16.088	21.904	27.762	58,7	36,2	26,7	173,8
Neurología	19.063	19.350	23.054	24.111	1,5	19,1	4,6	26,5
Oncología	14.393	16.939	18.755	18.145	17,7	10,7	-3,3	26,1
Oftalmología/retinología	7.332	8.463	9.804	14.016	15,4	15,9	43,0	91,2
Urología	7.011	9.823	12.314	10.610	40,1	25,4	-13,8	51,3
Endocrinología	7.946	6.683	4.807	8.611	-15,9	-28,1	79,1	8,4
Cirugía general	951	5.596	8.285	8.206	488,4	48,1	-1,0	762,9
Cardiología	4.545	6.090	7.774	7.943	34,0	27,7	2,2	74,8
Otorrinolaringología	4.053	3.341	3.583	7.478	-17,6	7,2	108,7	84,5
Nefrología	2.132	4.352	4.865	7.256	104,1	11,8	49,2	240,3
Psiquiatría	3.738	7.498	5.230	7.222	100,6	-30,3	38,1	93,2
Neumología	4.064	4.578	6.559	6.728	12,7	43,3	2,6	65,6
Gineco-obstetricia	3.775	4.627	4.926	6.387	22,6	6,5	29,7	69,2
Vascular	1.446	2.600	3.367	5.104	79,8	29,5	51,6	253,0
Pediatría	N. D.	351	5.222	4.167	N. D.	1387,8	-20,2	N. D.
Gastroenterología	4.307	5.637	2.783	3.765	30,9	-50,6	35,3	-12,6
Dermatología	1.278	1.789	2.576	3.220	40,0	44,0	25,0	152,0
Neurocirugía	9.540	8.018	7.817	3.119	-16,0	-2,5	-60,1	-67,3
Medicina interna	1.440	2.552	7.512	2.974	77,2	194,4	-60,4	106,5
Reumatología	2.673	4.032	4.311	2.710	50,8	6,9	-37,1	1,4
Hematología	697	923	2.637	2.396	32,4	185,7	-9,1	243,8
Odontología	1.886	1.175	1.839	2.367	-37,7	56,5	28,7	25,5
Infectología	1.630	2.636	3.005	2.126	61,7	14,0	-29,3	30,4
Nutricionista	936	1.133	3.087	2.064	21,1	172,5	-33,1	120,5
Psicología	N. D.	N. D.	754	1223	N. D.	N. D.	62,2	N. D.
Hepatología	796	1383	291	1112	73,7	N. D.	282,1	39,7
Maxilofacial	1.084	930	1.673	1.085	-14,2	79,9	-35,2	0,1
Proctología	602	732	638	886	21,6	-12,8	38,9	47,2
Cirugía plástica	915	973	1.016	N. D.	6,3	4,4	N. D.	N. D.
Alergología	N. D.	189	1.010	N. D.	N. D.	434,4	N. D.	N. D.
Genética	N. D.	432	1.570	N. D.	N. D.	263,4	N. D.	N. D.
Otras/No específicas	32.841	15.064	14.697	14.941	-54,1	-2,4	1,7	-54,5
Total	151.213	163.977	197.665	207.734	8,4	20,5	5,09	37,4

Para 2017 y 2018, las especialidades más requeridas continuaron siendo las mismas que en 2016. En 2018, las tutelas por servicios de especialistas con mayor crecimiento fueron hepatología, otorrinolaringología, endocrinología, psicología y vascular, mientras que disminuyeron las especialidades de medicina interna, neurocirugía, reumatología, maxilofacial y nutrición. Las tutelas por ortopedia se presentan principalmente para requerir citas con el especialista, cirugías y tratamientos médicos. En neurología, por citas especializadas de control y su consecuente tratamiento y en oncología, por falta de diagnóstico y tratamiento oportuno (8).

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

Tabla 7. Diagnósticos en las tutelas de salud, 2015 – 2018.

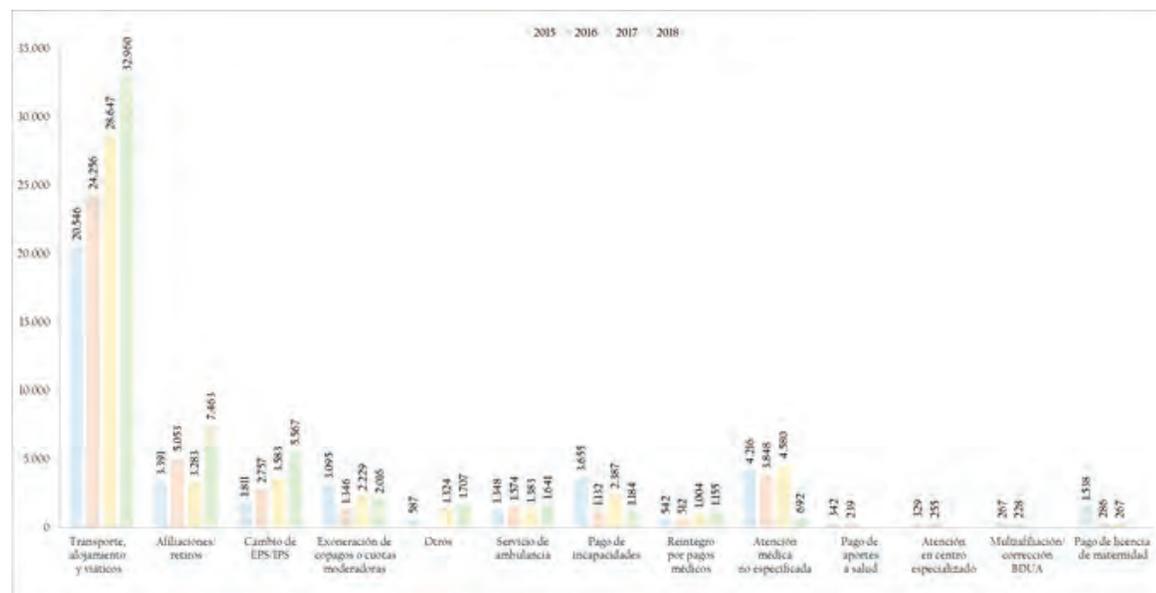
Diagnóstico	2015	2016	2017	2018	Variación %			
					2015 - 2016	2016 - 2017	2017-2018	2015 - 2018
Tumores (Neoplasias)	14.135	19.503	25.662	24.415	38,0	31,6	-4,9	72,7
Enfermedades del sistema circulatorio	10.435	13.121	14.396	20.224	25,7	9,7	40,5	93,8
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	9.724	13.227	17.331	18.480	36,0	31,0	6,6	90,0
Enfermedades del aparato genitourinario	10.389	15.240	14.013	16.062	46,7	-8,1	14,6	54,6
Enfermedades del sistema nervioso	9.586	12.789	14.547	13.070	33,4	13,7	-10,2	36,3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	8.093	9.413	13.367	12.908	16,3	42,0	-3,4	59,5
Enfermedades del ojo y sus anexos	6.518	7.441	9.211	12.503	14,2	23,8	35,7	91,8
Trastornos mentales y del comportamiento	10.678	13.277	10.498	11.679	24,3	-20,9	11,2	9,4
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	5.936	9.524	13.340	11.219	60,4	40,1	-15,9	89,0
Enfermedades del sistema digestivo	7.049	8.984	9.033	10.620	27,5	0,5	17,6	50,7
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	4.391	4.378	10.202	10.191	-0,3	133,0	-0,1	132,1
Enfermedades del sistema respiratorio	4.885	5.462	8.378	6.865	11,8	53,4	-18,1	40,5
Enfermedades del ojo y de la apófisis mastoides	1.954	1.895	2.184	4.746	-3,0	15,3	117,3	142,9
Enfermedades raras	1.504	2.454	3.704	4.422	63,2	50,9	19,4	194,0
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	3.765	3.238	4.655	4.266	-14,0	43,8	-8,4	13,3
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	4.718	2.971	2.256	3.356	-37,0	-24,1	48,8	-28,9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	2.242	3.491	3.357	3.082	55,7	-3,8	-8,2	37,5
Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo	2.046	2.862	3.480	2.956	39,9	21,6	-15,1	44,5
Enfermedades de la sangre y de órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	649	645	1.494	2.041	-0,6	131,6	36,6	214,5
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	697	763	1.313	1.019	9,5	72,1	-22,4	46,2
Embarazo, parto y puerperio	143	166	459	426	16,1	176,5	-7,2	197,9
Causas extremas de morbilidad y de mortalidad	416	184	141	358	-55,8	-23,4	153,9	-13,9
Sin Clasificar	31.260	12.949	14.634	12.826	-58,6	13,0	-12,4	-59,0
Total	151.213	163.977	197.655	207.734	8,4	20,5	5,1	37,4

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

En los informes anuales de la tutela y el derecho a la salud, también se encuentra información con respecto a los diagnósticos referidos en estas tutelas. Para hacer dicha clasificación la Defensoría del Pueblo utilizó la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades (CIE 10), además de crear un grupo independiente denominado enfermedades huérfanas o raras, para determinar su comportamiento (8).

Entre 2015 y 2018, los diagnósticos que más se relacionaron en las tutelas fueron (Tabla 7) los tumores (neoplasias), las enfermedades del sistema circulatorio, las enfermedades del aparato genitourinario, y las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. La Defensoría del Pueblo concluyó que, en el caso de los tumores y neoplasias, los usuarios interpusieron las tutelas por falta de oportunidad en el tratamiento y falta de autorizaciones integrales. En las enfermedades del sistema circulatorio, las acciones se presentan por la demora en el suministro de los insumos para cirugías requeridos por el paciente, además de la oportunidad para citas de control. En las enfermedades del sistema osteomuscular, las tutelas son recurrentes debido a la demora en la asignación de las citas con especialistas y en los tratamientos requeridos; este último caso se presenta con frecuencia por el aumento de la accidentalidad, especialmente de motociclistas (una vez se agota el SOAT), situación que evidencia un problema de salud pública (8).

Figura 4. Otras solicitudes en las tutelas de salud, 2015 – 2018.



Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los Informes anuales de la Defensoría del Pueblo sobre el derecho a la salud y la tutela.

En la Figura 4 se relacionan las solicitudes realizadas por los usuarios que de una u otra forma les impiden acceder a los servicios de salud. A pesar de no ser servicios de salud directos, se han convertido en los últimos años en una de las principales barreras de acceso. Entre 2015 y 2018, el principal requerimiento estuvo asociado con la negación de la autorización de transporte, alojamiento y viáticos para el paciente y en algunos casos sus familiares (cuando por su enfermedad le es imposible movilizarse por sí solos). Esta situación se da por la negativa de las EPS para aplicar los criterios establecidos por la Corte Constitucional en esta materia, la cual ha reiterado la obligatoriedad de la prestación de este servicio por parte de las aseguradoras cuando el paciente y sus familiares cercanos no cuentan con los recursos económicos para cubrir dicho gasto y, su negación, pone en riesgo la vida, la integridad física y el estado de salud del paciente (12). Llama la atención que con respecto a 2015, la variación por requerimientos de este tipo fue de 60,4.

El servicio de transporte no está categorizado como una prestación médica pero sí está catalogado como un medio para acceder a los servicios de salud. El no contar con este impide la materialización del derecho a la salud. La Defensoría del Pueblo señala que desde la Resolución 5521 de 2013 del MSPS se previó la inclusión dentro del Plan de

Beneficios del transporte acuático, aéreo y terrestre de los pacientes, para los casos de urgencia o cuando el servicio requerido no se preste en el lugar de residencia del usuario y, para la atención domiciliaria, en cuyos casos, los costos deben ser cubiertos por la EPS a la cual se encuentra afiliado el solicitante. Igualmente, en las situaciones en que el paciente requiere de un acompañante para garantizar su integridad física (personas de edad avanzada, los niños y niñas) o que el tratamiento requerido causa un gran impacto en la condición de salud de la persona, la EPS también está en la obligación de sufragar dichos costos (13).

8.2.2. Providencias de tutelas de interés de la Corte Constitucional

Todas las tutelas del país, hayan sido concedidas o negadas, deben ser remitidas a la Corte Constitucional para que se estudie su posible selección y eventual revisión. Una vez llegan las tutelas a la Corte Constitucional, se les asigna un número interno que permite su reparto al azar para estudio y preselección. La Sala de Selección estudia las tutelas preseleccionadas, las peticiones escritas que haga cualquier ciudadano, y las insistencias de tutelas no seleccionadas el mes anterior. Para que una tutela sea seleccionada se requiere que los dos magistrados que componen la Sala voten a favor de su escogencia. Mediante este procedimiento se examinan mensualmente un promedio de 40.000 expedientes de tutela de todo el país –se radican 3.000 diarios–. De este total, sólo se selecciona para revisión aproximadamente 60 tutelas al mes (17).

En este escenario, existen algunas tutelas que tienen particular interés por cuanto producen avances significativos en materia de defensa de derechos fundamentales. Se les conoce como sentencias hito, y se pueden encontrar en los Boletines de providencias de interés que se encuentran en la sección Relatoría de la página web de la Corte Constitucional. En la Tabla 8, atendiendo al modelo teórico de Aday y Andersen (10), se presentan las sentencias hito, relacionándolas con las categorías de análisis vinculadas a las características del servicio y de la población.

Tabla 8. Clasificación providencias de tutela de interés en materia de protección al derecho a la salud desde el acceso potencial.

v	Indicador	Sentencia	Aspectos relevantes
Características del servicio	Organización	T-597 de 1993 (6)	<p><u>Principio de conexidad</u>: En la sentencia se señala que, en principio, los derechos de prestación no pueden ser protegidos a través de la acción de tutela. Sin embargo, la Corte ha sostenido que su vulneración puede ser tutelable en ciertos casos en los cuales se viola igualmente un derecho fundamental de aplicación inmediata, lo que se conoce como principio de conexidad.</p> <p>La Constitución Política no reconoce directamente el derecho a la salud (bien natural que escapa a las posibilidades de un estado) sino el derecho a la tutela de la salud, esto es, a su protección y recuperación.</p>
		T-016 de 2007 (3)	<p><u>El derecho a la salud como derecho fundamental</u>: Esta sentencia establece que la fundamentalidad de los derechos no depende de la manera como estos se hacen efectivos en la práctica. Todos los derechos son fundamentales, pues se conectan de manera directa con los valores que los Constituyentes quisieron elevar democráticamente a la categoría de bienes especialmente protegidos por la Constitución.</p> <p>Todas las personas sin excepción pueden acudir a la acción de tutela para lograr la efectiva protección de su derecho constitucional fundamental a la salud cuando quiera que este derecho se encuentre amenazado de vulneración o haya sido conculcado</p>
		T-760 de 2008 (4)	<p><u>El derecho a la salud como derecho fundamental</u>: Surgió como una respuesta de la Corte Constitucional ante los problemas de acceso, inspección, vigilancia y control, así como de autorregulación en el sistema de salud. Se revisaron 22 tutelas. Principalmente aborda el derecho a la salud como un derecho fundamental aclarando que no sería necesario invocar su protección por conexidad con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida.</p> <p>La Corte Constitucional, teniendo como base normativa las leyes 100 de 1993 y 1122 de 2007, impartió las siguientes órdenes generales:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Precisión, actualización, unificación y acceso a planes de beneficios. ii. Sostenibilidad financiera y flujo de recursos. iii. Cobertura universal y sostenible de los servicios. iv. Medición del número de las tutelas. v. Reglamentación de las cartas de derechos y deberes de los usuarios, y de desempeño de las EPS. vi. Difusión de la sentencia entre los funcionarios judiciales (18).
		T-673 de 2017 (19)	<p><u>Prohibición de anteponer barreras administrativas para negar un servicio de salud</u>: La Corte se pronuncia sobre la protección constitucional del derecho fundamental a la salud; la especial garantía de los derechos fundamentales de los niños y, los principios de continuidad e integralidad en la prestación del servicio público de salud. Igualmente, reiteró la jurisprudencia respecto a la prohibición de anteponer barreras administrativas para negar la prestación del derecho a la salud.</p> <p>También imparte una serie de órdenes de protección constitucional y exhorta al MSPS y a la SNS, para que cumplan con sus obligaciones constitucionales y legales y se abstengan de condicionar el ejercicio de sus competencias a la intervención del juez constitucional, puesto que cuentan con instrumentos jurídicos idóneos y eficaces para acompañar y garantizar la adecuada atención de los usuarios.</p>

v	Indicador	Sentencia	Aspectos relevantes
Características de la población	Predispone	T-388 de 2013 (15)	<p><u>Personas privadas de la libertad</u>: Revisa nueve expedientes de acción de tutela, referentes a las violaciones de los derechos a la dignidad humana, a la vida en condiciones dignas, a la integridad personal, a la salud y a la reintegración social de personas privadas de la libertad en seis centros de reclusión del país.</p> <p>En todos los casos, se hace referencia a la necesidad de tomar medidas adecuadas y necesarias, de manera urgente para superar el estado de cosas en que se encuentra el sistema penitenciario y carcelario que es contrario al orden constitucional de manera estructural y general.</p>
		T-267 de 2018 (20)	<p><u>Personas privadas de la libertad</u>: Derechos fundamentales de mujeres privadas de la libertad en establecimientos carcelarios. La vulneración de derechos se atribuye a las situaciones de hacinamiento en el pabellón de mujeres, ausencia de baterías sanitarias en las celdas y dormitorios de las reclusas, sobrepoblación y ventilación inadecuada en los alojamientos, falta de acceso permanente a agua potable e inexistencia de cuartos idóneos para mujeres enfermas, en embarazo o con hijos pequeños.</p>
		T-728 de 2016 (21)	<p><u>Migrantes en Colombia</u>: Derecho a la salud de los migrantes (derecho fundamental a la salud de los extranjeros en Colombia). Marco jurisprudencial aplicable al trasplante de órganos a extranjeros no residentes en Colombia.</p>
		T-210 de 2018 (22)	<p><u>Migrantes en Colombia</u>: La sentencia trabaja los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. El derecho a la salud de los habitantes del territorio nacional y la obligación del Estado de universalizar el aseguramiento al sistema de salud. ii. Los derechos de los extranjeros en materia de salud y su deber de cumplir el ordenamiento jurídico. iii. El derecho a la salud de los migrantes conforme el derecho internacional y las obligaciones mínimas del Estado. iv. El derecho a la salud de los migrantes irregulares en Colombia y las principales barreras legales para su protección efectiva. v. La necesidad de adoptar medidas que dinamicen el principio de solidaridad en un contexto de crisis migratoria y la razonabilidad de la atención de urgencias a migrantes irregulares.
		T-348 de 2018 (23)	<p><u>Migrantes en Colombia</u>: Expone las temáticas relacionadas con el derecho fundamental a la salud y el principio de universalidad y las reglas jurisprudenciales respecto al precitado derecho y la afiliación al Sistema General de Seguridad Social de extranjeros no regularizados.</p>
		T-357 de 2017 (14)	<p><u>Comunidades indígenas</u>: La sentencia aborda la acción tutela interpuesta por el Defensor del Pueblo del Vaupés, en representación de las personas indígenas y no indígenas del departamento, por considerar que la ausencia de centros de salud o unidades básicas de atención, al igual que la deficiente prestación del servicio de salud, en sus componentes de accesibilidad y aceptabilidad, afecta los derechos fundamentales de dicha población. Aborda la acción popular como mecanismo judicial para abordar pretensiones sobre derechos e intereses colectivos y la procedencia excepcional de la acción de tutela; el derecho a la salud; el derecho a la identidad cultural en salud; y la aceptabilidad, la interculturalidad y la protección a los pueblos indígenas en el derecho a la salud.</p> <p>Al tiempo de tutelar los derechos a la salud y a la identidad cultural, la Corte emite una serie de órdenes estructurales que señalan las dificultades que afronta el departamento del Vaupés en relación con la garantía y protección de las dimensiones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad como obligaciones del Estado en la prestación del servicio para garantizar el derecho a la salud.</p>
	Necesidad	T-450 de 2016 (24)	<p><u>Protección constitucional de las personas con problemas de farmacodependencia</u>: Las temáticas abordadas comprenden:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. El derecho fundamental a la salud. ii. El derecho a la salud mental y la protección constitucional de las personas que tienen problemas de farmacodependencia. iii. La procedencia de la acción de tutela para resolver conflictos derivados de la prestación de servicios de salud y el mecanismo jurisdiccional ante la SNS. iv. El marco jurídico y la jurisprudencia constitucional con respecto a la internación de personas con trastornos o enfermedades mentales. v. El carácter vinculante del concepto emitido por un médico tratante no adscrito a la EPS. vi. La jurisprudencia constitucional con respecto al suministro de pañales y otros insumos médicos.
		T-423 de 2017 (25)	<p><u>Derecho fundamental a morir dignamente</u>: caso en que se solicitó aplicar eutanasia a joven con enfermedad terminal. La sentencia trata:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. El hecho superado y el daño consumado. ii. La evolución del derecho fundamental a morir dignamente en Colombia. iii. La imposición de barreras administrativas y la vulneración de los derechos fundamentales a la salud y a la vida en condiciones dignas.
		T-544 de 2017 (26)	<p><u>Derecho fundamental a morir dignamente</u>: La sentencia trata los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. La carencia actual de objeto por hecho consumado y la competencia del juez de tutela para pronunciarse de fondo en el asunto puesto a su conocimiento. ii. El carácter prevalente de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, con énfasis en el derecho a la salud. iii. El derecho fundamental de petición y su relación con la prestación de servicios de salud y el ejercicio de otros derechos fundamentales. iv. El derecho fundamental a la muerte digna en Colombia. <p>En el marco de la sentencia la Corte ordena al MSPS que presente un proyecto de ley en el que proponga la regulación del derecho fundamental a morir dignamente para mayores de edad y para niños, niñas y adolescentes</p>
		T-579 de 2017 (27)	<p><u>Distinción entre procedimientos estéticos y procedimientos funcionales</u>: se aborda el concepto normativo y jurisprudencial del derecho a la salud y la regulación actual en torno a la cobertura o no de procedimientos quirúrgicos de carácter estético y/o funcional a la luz del principio de integralidad del servicio de salud.</p>

8.2.3. Principales hallazgos y Conclusiones

La tutela es un mecanismo jurídico eficaz para garantizar la accesibilidad al derecho fundamental a la salud. Entre 2015 y 2018, en promedio, el 84% de tutelas fueron concedidas en primera instancia (8,9,12,13). Esas cifras pudieron haber sido superiores teniendo en cuenta que varias tutelas fueron negadas por hecho superado o por muerte del accionante. Sin embargo, pese a que la tutela ha sido de gran utilidad para la solución de casos individuales, es insuficiente para atender los problemas estructurales del sistema de salud colombiano; es una herramienta que ha reemplazado los mecanismos políticos para producir cambios en las acciones estatales.

La frecuencia en el uso de la acción de tutela continúa en aumento, como respuesta ciudadana frente al patrón vulneratorio en la garantía del derecho a la salud. Mientras en 2015 cada 3,5 minutos se interponía una tutela por violación al derecho a la salud, en 2018 fue cada 2,5 minutos. Los ciudadanos confían cada vez más en la acción de tutela como instrumento jurídico para hacer valer sus derechos fundamentales, encontrado en ella una forma rápida y oportuna para acceder a los servicios de salud que requieran. Sin embargo, al consultar el Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS) en el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) se encontró que las atenciones anuales prestadas en sistema de salud colombiano (incluye consultas, procedimientos de salud, urgencias y hospitalizaciones) son significativamente altas en comparación con las tutelas que se interpusieron entre 2015 y 2018. Por ejemplo, en 2015 se prestaron 302.837.135 atenciones mientras el total de tutelas interpuestas para salvaguardar el derecho a la salud fue de 151.213. En 2016, las atenciones totales fueron 213.144.363 mientras las tutelas de salud fueron 163.977. En 2017, se brindaron 280.240.603 atenciones y se interpusieron 197.655 tutelas de salud. Y en 2018, las atenciones fueron 413.770.853 y las tutelas de salud fueron 207.734. Particularmente, si analizamos el caso de Bogotá encontramos que en los cuatro años se prestaron 226.059.604 atenciones en tanto que se interpusieron 66.032 tutelas de salud.

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. De ahí que Antioquia, Bogotá y Valle del Cauca sean las zonas con las mayores proporciones de tutelas; también se concentran en estas zonas porque las personas que requieren tratamientos de alto costo se desplazan o se mudan a las ciudades donde tienen la oferta de servicios requerida, que por lo general se encuentra en las ciudades capitales.

Los hitos constitucionales como la sentencia T-760 de 2008 y Ley Estatutaria en Salud no han logrado el cumplimiento de sus objetivos, pues persiste la violación al goce efectivo del derecho a la salud. Las tutelas analizadas reflejan las fallas en el funcionamiento del sistema de salud colombiano. En lugar de reducirse el número de tutelas anualmente, se incrementa lo que podría explicarse por la constante práctica de las entidades aseguradoras de imponer barreras en el acceso a los servicios dificultando la posibilidad de que el usuario tenga un servicio eficiente.

En términos de fortalezas de este análisis es importante destacar que los análisis presentados buscaron responder a la indagación de las tutelas para garantizar el derecho a la salud desde la perspectiva de acceso en el marco del modelo de Aday y Andersen (10). Sin embargo, se presentaron algunas limitaciones referidas principalmente a:

- Debido al volumen de información y al objetivo del Informe fue imposible tener un período de tiempo más amplio. Lo ideal hubiese sido tener los análisis desde la sanción de la Ley 100 de 1993 para tener esta fecha como primer punto de coyuntura en el marco del sistema de salud colombiano.
- La imposibilidad de contar con el indicador por sexo de la persona que interpone la acción de tutela impidió presentar un análisis de este tipo.
- En los informes de la Defensoría del Pueblo, algunos aspectos no tienen continuidad en todos los años. Se encontraron casos en los que una variable solo presenta información en un año, lo que dificulta hacer su análisis para el período completo estudiado (2015 - 2018). Igualmente, se encontraron casos en los que se agrupan las variables o en los que su nombre cambia de un año a otro por lo que fue necesario agruparlos, cuando se podía, y recalcular las variaciones anuales.

8.2.4. Recomendaciones de política

Uno de los principales hallazgos de los informes de la Defensoría del Pueblo se refiere al hecho de que muchas de las solicitudes que se tramitan por la acción de tutela podrían solventarse si se contará con un excelente sistema de inspección, vigilancia y control de los actores del SGSSS. Al respecto, en entrevista realizada a una de las integrantes de la ONG Salud al Derecho, se recomienda la creación de un modelo de información que permita la interoperabilidad y trazabilidad en los sistemas de información de las entidades que hacen seguimiento al sistema de salud (Defensoría del Pueblo, Personería, Procuraduría), el sistema judicial y la Superintendencia Nacional de Salud. Al estar articuladas estas entidades se podrían identificar fallas recurrentes en la prestación del servicio de tal forma que se pueda atender oportunamente los requerimientos de los ciudadanos.

La ONG Salud al Derecho también manifestó que la vulneración del derecho a la salud se fortalece en la medida en que las personas desconocen el marco normativo del que son sujetos de derechos. Por tanto, se recomienda que la Defensoría del Pueblo, la Personería y la Procuraduría diseñen e implementen un proyecto conjunto dirigido a la ciudadanía cuyo objetivo sea dar a conocer, de manera pedagógica, todos los mecanismos con que cuentan para acceder efectivamente a los servicios de salud. Este proyecto debe tener las situaciones tipo que familiarice a los usuarios con las problemáticas que puedan presentárseles y con las diferentes opciones que cuentan para solucionarlas: desde el sistema de preguntas, quejas, reclamos, sugerencias y felicitaciones de toda entidad, pasando por el sistema de peticiones, quejas, reclamos y denuncias de la Superintendencia Nacional de Salud, hasta la acción de tutela como mecanismo jurídico de defensa de los derechos fundamentales. Es importante que este proyecto se formule con enfoque diferencial para lograr el tratamiento, atención y revisión de cada uno de los sujetos de los diferentes grupos poblacionales en sus condiciones y características particulares.

Un principio básico e inviolable que evitaría las dificultades de acceso al sistema de salud es que los actores prestadores del servicio sean conscientes de sus obligaciones y cumplan con lo que la ley les impone para funcionar. Al implementarse políticas públicas de seguimiento con medidas coercitivas efectivas, se exhortaría a las diferentes entidades del sistema a prestar servicios de salud de manera oportuna. En consecuencia, se recomienda que el Gobierno presente ante el Congreso de la República un proyecto de ley en el que se establezcan sanciones de tipo administrativo, disciplinario, pecuniario y penal, para aquellas entidades prestadoras de servicios de salud que no cumplan con sus funciones de tal forma que sea más efectivo su control y seguimiento. Igualmente, se necesita que en estos seguimientos se articulen el Ministerio de Salud y Protección Social, la Superintendencia Nacional de Salud y la rama judicial (en cuanto al seguimiento a las órdenes de tutela y los incidentes de desacato).

Vincular al Ministerio de Educación, en coordinación con Ministerio de Salud para generar incentivos de desconcentración y descentralización de servicios en todo el territorio, pues existen dificultades de acceso a ciertas especialidades por el escaso número de profesionales en la materia y de ubicación en solo algunas zonas del país (particularmente en ciudades capitales).

Referencias

1. Corte Constitucional - Consejo Superior de la Judicatura. Constitución Política de Colombia 1991 - Actualizada con los Actos Legislativos a 2016 Edición Especial preparada por la Corte Constitucional Consejo Superior de la Judicatura [Internet]. 2016 [citado el 29 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucionpolitica.de.Colombia.pdf>.
2. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993 [Internet]. 1993 [citado el 8 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr003.html
3. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-016-07 [Internet]. 2007 [citado el 29 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2007/T-016-07.htm>
4. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-760-08 [Internet]. 2008 [citado el 9 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/T-760-08.htm>
5. Abadía C, Giraldo V, Muñoz C, Bejarano M, Oviedo D. Salud al Derecho. Una experiencia de exigibilidad de derechos. Rev Convergencia Crítica. 2013;1(2).
6. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-597-93 [Internet]. 1993 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1993/t-597-93.htm>
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1751 de 2015 [Internet]. 2015 [citado el 30 de agosto de 2019]. Disponible en: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html
8. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018. 2019;1-188. Disponible en: <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
9. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela: los derechos a la salud y la seguridad social en Colombia 2017. 2018;1-148. Disponible en: http://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/La_Tutela_y_el_Derecho_a_la_salud_2017.pdf
10. Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res. 1974;208-20.
11. Procuraduría General de la Nación. El derecho a la salud en perspectiva de Derechos Humanos y el Sistema de Inspección, Vigilancia y Control del Estado Colombiano en materia de quejas en salud. [Internet]. 2008. 1-219 p. Disponible en: https://www.dejusticia.org/wp-content/uploads/2017/04/fi_name_recurso_178.pdf
12. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y el derecho a la salud 2015. 2016;1-249. Disponible en: http://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/La_Tutela_y_los_Derechos_a_la_salud_y_a_la_Seguridad_Social_2015_completo_11.pdf
13. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y el derecho a la salud 2016. 2017;1-196. Disponible en: http://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/bases/marc/documentos/textos/La_tutela_y_el_derecho_a_la_salud_2016.PDF
14. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-357-17 [Internet]. 2017 [citado el 10 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-357-17.htm>
15. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-388-13 [Internet]. 2013 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2013/t-388-13.htm>
16. Comisión de Seguimiento de la Sentencia T-388 de 2013. Respuesta al informe semestral del Gobierno Nacional al Estado de Cosas Inconstitucional del Sistema Penitenciario y Carcelario. 2018.
17. Corte Constitucional de Colombia. Trámite de selección de fallos de tutela [Internet]. 2019 [citado el 17 de noviembre de 2019]. Disponible en: www.corteconstitucional.gov.co
18. Universidad de Antioquia, Económicas F de C, Boletín. La Sentencia T-760: ¿Qué ha pasado después de 10 años? [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: http://www.udea.edu.co/wps/portal/udea/web/generales/interna/!ut/p/z1/1VTLctowFP0VWLDU6Ep-L4Vx1Lwc8wjBm4ywBagF2yBD0n59RcN0EhKgnbSLeIH5-p770NE9xjF-wHHG93LBS55InfKXtaWw_up5PCT0h2xy0fWC2zwJneN-lLsWTtwDoEAtYFNz1R6F_12hTHGT3P7ICQn3tbgEB5lksYh6QztA4xsOZh8HvxV8Ax
19. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-673-17 [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-673-17.htm>
20. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-267-18 [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/t-267-18.htm>
21. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-728-16 [Internet]. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-728-16.htm>
22. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-210-18 [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-210-18.htm>
23. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-348-18 [Internet]. 2018 [citado el 11 de noviembre de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/T-348-18.htm>
24. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-450-16 [Internet]. 2016 [citado el 11 de noviembre de 2019].

Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/T-450-16.htm>

25. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-423-17 [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2019].

Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-423-17.htm>

26. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-544-17 [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2019].

Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/t-544-17.htm>

27. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-579-17 [Internet]. 2017 [citado el 11 de noviembre de 2019].

Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2017/T-579-17.htm>

CAPÍTULO 9

Gasto de bolsillo en Colombia: una revisión de la literatura

¿Qué es el gasto de bolsillo en salud?

Todos los sistemas de salud en el mundo tienen como objetivos primordiales mejorar la salud de la población, responder a la expectativas de las personas y proteger financieramente a los hogares de los costos de la mala salud (1). Con el último objetivo, el gasto de bolsillo (GB) se articula como una medida de qué tanto se compromete financieramente un hogar o una persona por enfermarse o por el simple hecho de cuidar su salud.

La salud es un capital que se deprecia a medida que envejecemos y se valoriza cuando invertimos en ella. El gasto en salud es una inversión en capital humano que contribuye al crecimiento de las economías (2). Se divide en gasto público y gasto privado en salud; el primero es responsabilidad del Estado y el segundo se compone de los seguros privados de salud como la medicina prepagada, otros seguros voluntarios, el seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) y por los gastos de bolsillo (3). El GB es la manera más inequitativa de financiar servicios de salud, ya que el acceso a los servicios médicos depende de la condición económica de la persona o su hogar y no de las necesidades de salud de los individuos (4). Además de ser inequitativos, los GB pueden ser una fuente de ineficiencia, representada en pérdidas de recursos para la sociedad (5).



Prevenir las afecciones bucales es un asunto prioritario para la salud pública mundial

*Nelson J. Alvis-Zakzuk
Liliana Castillo-Rodríguez
Diana Díaz-Jiménez
Mary Luz Cubillos*
Mónica Ochoa Alcántara*
Carlos Castañeda-Orjuela*

** Pasantes de la especialización en Administración en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia*

cubiertos por el sistema de salud (3). Este gasto tiende a aumentar cuando el Estado disminuye su responsabilidad financiera para el cuidado de la salud de la población, transfiriendo a las personas y las familias el pago de dichos bienes y servicios (6,7). La evidencia sugiere que elevados GB en servicios médicos afectan el acceso a servicios de salud y contribuyen al deterioro del estado de salud y la calidad de vida de las personas, disminuyendo sus ingresos para gastarlos en otras necesidades (8).

El GB en salud se vuelve una catástrofe para la persona o su hogar cuando los pagos de servicios de salud son iguales o superiores al 40% de la capacidad de pago del hogar o del gasto de no subsistencia. Lo anterior, según estimaciones de la protección financiera de los hogares, documentada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (9).

El gasto de bolsillo en salud en el mundo

Según cifras del Banco Mundial (10), en el mundo existen países con altos GB en salud como parte de su gasto corriente en salud. Los países asiáticos son los que tienen mayor esta proporción: Armenia (80,6%), Azerbaiyán (78,9%), Irak (78,4%), Pakistán (65,2%) e India (64,5%). En África no deja de ser despreciable el GB en salud: Nigeria (75,2%), Sudán (73,8%), Egipto (61,9%), Chad (61,1%) y Mauritania (50,9%). En Europa, Ucrania (53,3%) ocupa el primer lugar en este sentido. En América, Guatemala (53,3%) es el país con mayor GB como porcentaje del gasto total en salud, y en Sudamérica, Brasil (43,5%), seguido por Ecuador (40,4%) y Venezuela (39,9%). Colombia (20,1%) es el tercer país sudamericano con menor GB como proporción de su gasto total en salud, precedido por Argentina (15,7%) y Uruguay (17,3%) (Figura 1).

Figura 1. Gasto de bolsillo como proporción del gasto corriente en salud a nivel mundial

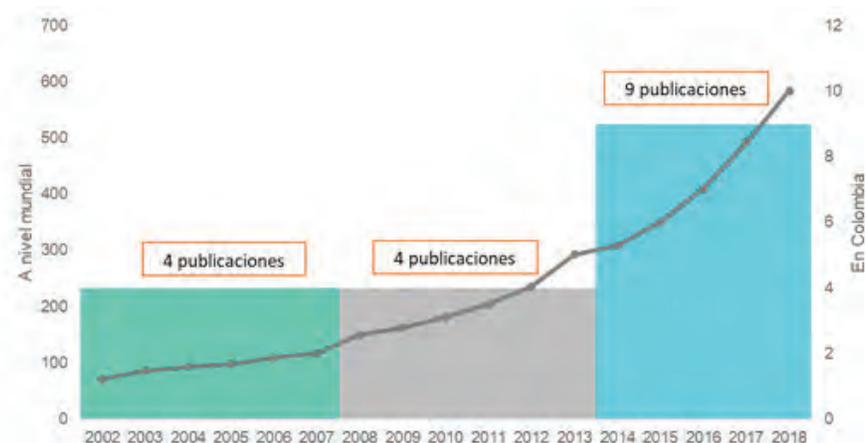


Fuente: tomado de The World Bank | Data (10)

La investigación del gasto de bolsillo en la literatura científica

Al buscar el término “out-of-pocket” en PubMed-Medline, motor de búsqueda de libre acceso ofrecido por la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, se encontraron 5.323 publicaciones hasta el 29 de octubre de 2019. La publicación más antigua de GB en este buscador fue en 1973. La Figura 2 muestra como ha sido la tendencia de investigación en GB en salud el mundo. En el eje izquierdo se observa cómo se han incrementado los estudios de GB a nivel mundial, hasta llegar a 612 publicaciones solo para 2018. En el eje derecho, se presentan las publicaciones realizadas en Colombia, incluidas en la presente revisión sistemática de la literatura (RSL) y que se describirán posteriormente. Entre 2002 y 2007 se realizaron cuatro estudios de GB en salud, la misma cantidad para el periodo de 2008 y 2013. Entre 2014-2018 se condujeron nueve estudios, evidenciándose una tendencia similar a la ocurrida a nivel global.

Figura 2. Publicaciones en PubMed de gasto de bolsillo en los últimos años y publicaciones en Colombia incluidas en la presente RSL



Fuente: realizado por los autores con base en datos de PubMed

Las barras indican las publicaciones en Colombia en los periodos correspondientes.

A pesar de la importancia del GB dentro de los sistemas de salud, especialmente en los países de ingresos medios y bajos, los estudios realizados en Colombia son heterogéneos y dispersos. El presente documento revisó sistemáticamente la literatura científica publicada en Colombia sobre GB en salud, con el fin de brindar un panorama general de las principales características de las investigaciones realizadas en el país, ver su alcance y describir los costos reportados según la evidencia disponible. Los hallazgos

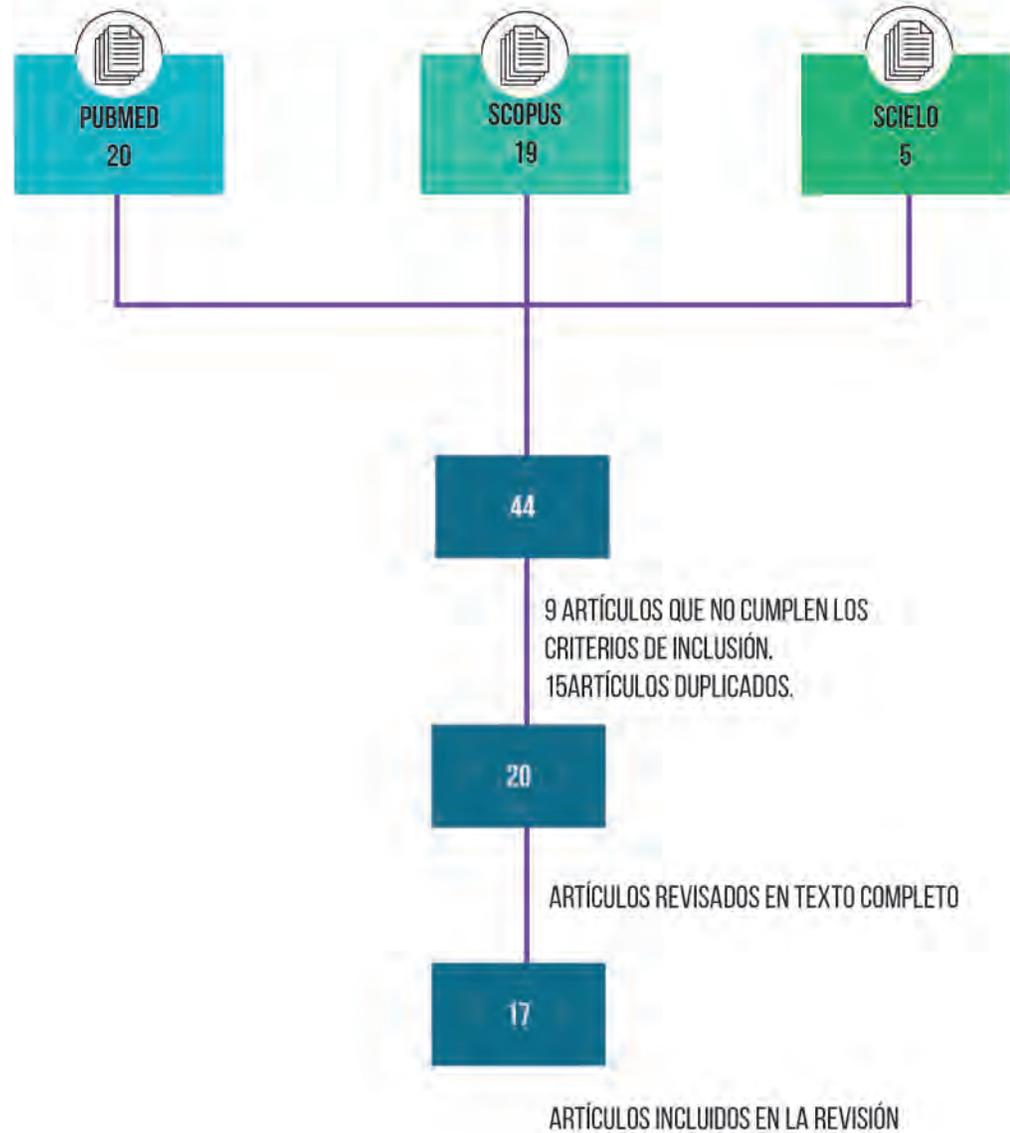
de esta revisión se presentan divididos por: análisis macroeconómico, microeconómico y por enfermedades. En el análisis macroeconómico se resaltaron estudios que reportaran al GB en salud como una parte de agregados macroeconómicos como el gasto total en salud y el producto interno bruto (PIB). En el análisis microeconómico, se detallaron los estudios a nivel regional y por ciudades y municipios. Adicionalmente, se describieron los GB por diversas patologías investigadas.

Todos los costos que se presentan en este apartado fueron convertidos a pesos colombianos de 2008, a partir de aquellos reportados en los estudios originales. Los métodos que detallan los procedimientos empleados en esta revisión se encuentran en el Capítulo 12.

Características generales de los estudios incluidos

Las búsquedas realizadas en PubMed, Scopus y Scielo arrojaron 44 artículos, de los cuales 15 estaban duplicados y nueve no cumplían con los criterios de la RSL. En total se revisaron 20 artículos en texto completo, y 17 cumplían con los criterios y fueron incluidos en el análisis (Figura 3).

Figura 3. Proceso de revisión sistemática de la literatura de GB en salud



De los 17 estudios incluidos, seis fueron prospectivos (11–16) y la mayoría fueron de tipo retrospectivo. Siete estudios se realizaron desde la perspectiva del paciente o de sus familias (11,13,15,17–20) y cuatro desde la perspectiva de la sociedad (14,16,21,22). Solo cinco estudios estimaron gastos catastróficos en salud (3,11,18,20,23) (Tabla 1). La mayor parte de los estudios incluidos se realizaron a nivel nacional (3,16,17,20,21,24,25), el resto fueron desarrollados en ciudades específicas como Cartagena (11,22,23) y Bogotá, D.C. (12–14,18,26).

Las fuentes de información utilizadas en los estudios fueron diversas. Algunos estudios exploraron los gastos de bolsillo a partir de estimaciones basadas en encuestas poblacionales, por ejemplo la encuesta nacional de calidad de vida (ENCV) – tres estudios - (17,20,26), un estudio utilizó la encuesta nacional de ingresos y gastos (ENIG) realizada en 2006 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (3) y otro reveló los GB como proporción del gasto total en salud, a partir de datos del Ministerio de Salud y Protección Social (27). Paralelamente, seis estudios realizaron entrevistas o encuestas a pacientes con diferentes enfermedades para estimar los GB asociados a cada enfermedad (13–16,19,22); otros autores, por su parte, hicieron encuestas en hogares para estimar GB y gastos catastróficos en salud (11,12,23). La Tabla 1 presenta las principales características de los estudios incluidos en esta RSL.

Tabla 1. Principales características de los estudios incluidos en la RSL

Autor (referencia)	Área/región/municipio	Periodo de análisis	Enfermedades	Temporalidad	Perspectiva	Muestra	¿Gasto catastrófico?
Castaño, R (2002) (17)	Colombia	1984-1997	GB en salud	Retrospectivo	Paciente/familia	28022 hogares	NO
Alvis, L (2007) (11)	Cartagena	2004	GB en salud	Prospectivo	Paciente/familia	384	SI
Ruiz, F (2007) (12)	Bogotá, Manizalez, Campoalegre, Palermo	2000-2001	GB en salud	Prospectivo	NA	4000 hogares	NO
Baron, G (2007) (24)	Colombia	1993-2003	GB en salud	Retrospectivo	NA	NA	NO
Rubio, M (2008) (26)	Bogotá	2003	GB en salud	Retrospectivo	NA	13.200 hogares	NO
Amaya, J (2011) (18)	Regiones de Colombia	2001	GB en salud	Retrospectivo	Pa-ciente/familia	2810 hogares	SI
Lopera, M (2011) (13)	Bogotá	2008-2009	VIH	Prospectivo	Pa-ciente/familia	540 pa-cientes	NO
Lemos, E (2013) (14)	Bogotá	2006-2010	Infección por Acinetobacter baumannii	Prospectivo	Sociedad	165 pa-cientes	NO
Minsalud (2014) (27)	Colombia	2004-2011	GB en salud	Retrospectivo	NA	NA	NO
Oldridge, N (2015) (21)	Colombia	2014	Enfermedad cardiovascular	Retrospectivo	Sociedad	NA	NO
Valencia, G (2015) (19)	San José de Risaralda (Caldas)	2012	Hipertensión arterial	Retrospectivo	Pa-ciente/familia	278 pacientes	NO
Perez, G (2015) (3)	Colombia	2006-2007	GB en salud	Retrospectivo	NA	60.000 hogares	SI
Amaya, J (2016) (20)	Colombia	2011	GB en salud	Retrospectivo	Paciente/familia	25241 hogares	SI
Martínez, L (2017) (15)	Medellín, Montería, Quibdó	2013	Tuberculosis pulmonar y extrapulmonar	Prospectivo	Paciente/familia	91 pacientes	NO
Lee, J (2017) (16)	Colombia	2014-2015	Dengue	Prospectivo	Sociedad	230 pacientes	NO
Alvis, N (2018) (22)	Cartagena - Mahates	2014	Chikungunya	Retrospectivo	Sociedad	126 pacientes	NO
Alvis, J (2018) (23)	Cartagena	2014	GB en salud	Retrospectivo	NA	522 hogares	SI

NA: no aplica para este estudio; GB: gasto de bolsillo

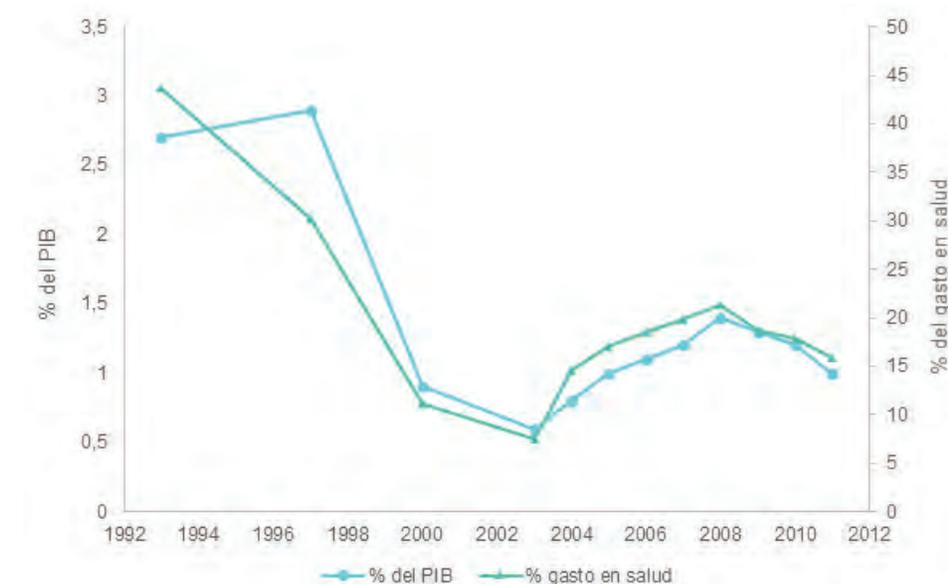
Análisis a nivel macroeconómico

a) Las cuentas nacionales de salud

Las cuentas nacionales de salud brindan información estandarizada de la financiación del sistema de salud en la toma de decisiones al Estado y facilita la comparabilidad a nivel global (24). Dos documentos estudiaron el GB como una parte del gasto total en salud y PIB para el periodo 1993-2011 (24,27) (Figura 4).

Las proporciones de GB respecto al gasto total en salud y al PIB de los años 1994-1995 pertenecen a un periodo de transición donde aún se tenía la estructura de agentes del sistema de salud anterior, es decir, antes de la Ley 100 de 1993. Hacia 1996, periodo donde se consolida la reforma, con la entrada en funcionamiento del conjunto de instituciones, agentes y regímenes, en desarrollo de las disposiciones establecidas en las leyes 60 y 100 de 1993, el GB comienza a descender en términos de gasto total en salud y del PIB, hasta llegar a su punto más bajo en 2003. Posteriormente, comienza a incrementarse nuevamente hacia la estabilización. Entre 1993-2011, el GB promedio fue del 18% del gasto total en salud y del 1,1% del PIB (Figura 4).

Figura 4. Gasto de bolsillo como parte del PIB y del gasto total en salud



Fuente: Desarrollado por el equipo ONS a partir de Barón, G (2007), Minsalud (2014) (24,27)

Análisis a nivel microeconómico

a) Por regiones

Dos estudios analizaron los GB y gastos catastróficos en salud desde una perspectiva regional (3,18) y sus principales hallazgos desde las regiones de Colombia se presentan en la Tabla 2. Estos utilizaron la ENCV (2001) y la ENIG (2006-7). El análisis de Amaya 2016 (18) encuentra que el 9,6% de los hogares colombianos tienen gastos catastróficos en salud, entendido en este estudio como el gasto de atención en salud \geq al 20% de la capacidad de pago del ingreso disponible del hogar (18). La autora identificó a la región Pacífico como la más vulnerable, con un gasto catastrófico de 16,9% (intervalo de confianza -IC- 95% 15,9% -18,1%); comparada con Bogotá, presentó una diferencia de más de 10 puntos porcentuales a pesar de tener cifras equivalentes en el aseguramiento (18). Una situación similar ocurrió entre las regiones Atlántica y el departamento del Valle del Cauca. Este estudio halló que las familias con aseguramiento combinado y los no asegurados, independientemente del área (rural/urbana), son más vulnerables a GB catastróficos en salud (18).

Lo anterior se contrasta con el análisis de Pérez (3), donde los hogares de la región Atlántica presentaron el mayor porcentaje de gasto catastrófico y riesgo de empobrecimiento, siendo los servicios paramédicos los que generan el mayor GB; en la del Pacífico los servicios médicos, en la Central los servicios dentales, en la Oriental las hospitalizaciones y en Bogotá los artefactos y equipos terapéuticos. Como gasto catastrófico, todas las regiones se encuentran por debajo del promedio nacional (4,1%), solamente la región Caribe presentó un gasto catastrófico de 5,2% vs. Bogotá con 2,9% (3).

Como determinantes del GB, los dos estudios encontraron una relación directa entre la edad del jefe del hogar y la probabilidad de incurrir en GB en salud. Además, si una mujer era jefe de hogar aumentaba en 14% su GB. Contar con miembros del hogar en extremos de la vida aumentaba también los GB, por ejemplo, si eran niños menores de cinco años, los gastos en salud aumentan en 15% y si eran ancianos, en un 21% (3,18).

Tabla 2. Gastos catastróficos en salud por regiones de Colombia

Fuentes de datos	Amaya, J. [2016] (18)		Pérez, G. [2015] (3)		
	Región	ENCV, 2011		ENIG, 2006-2007	
		Según el tipo de aseguramiento de la familia en %	% de GB catastrófico	% de hogares con GB catastrófico	% de hogares en riesgo de empobrecimiento
Colombia	Asegurado	66,3	8,5	4,1	0,6
	No asegurado	4,1	9,9		
	Aseguramiento combinado	29,6	11,8		
	Total	100,0	9,6		
Región Pacífica	Asegurado	71,8	15,9	3,6	0,5
	No asegurado	3,5	19,5		
	Aseguramiento combinado	24,7	19,9		
	Total	100,0	16,9		
Región Atlántica	Asegurado	58,2	9,9	5,2	0,9
	No asegurado	5,1	10,7		
	Aseguramiento combinado	36,7	13,6		
	Total	100,0	11,3		
Región Oriental	Asegurado	68,1	9,1	3,9	0,6
	No asegurado	4,9	9,9		
	Aseguramiento combinado	27	9,2		
	Total	100,0	9,9		
Región Central	Asegurado	64,7	8,4	3,8	0,5
	No asegurado	4,2	15,9		
	Aseguramiento combinado	31,1	12,3		
	Total	100,0	9,8		
Región Orinoquía y Amazonía	Asegurado	63,2	9,1	-	-
	No asegurado	4,1	2,1		
	Aseguramiento combinado	32,7	9,2		
	Total	100,0	8,9		

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en Amaya, J. [2016] (18) y Pérez, G. [2015] (3)

b) Por ciudades y municipios

Varios estudios estimaron GB en salud en ciudades principales o municipios colombianos (11-15,18,19,22,23,26).

Amaya y Ruiz (2011) (18) estimaron el GB en salud en Bogotá y cuáles eran los determinantes del gasto catastrófico en salud en la capital del país. Los autores calcularon que el 4,9% de los hogares bogotanos tenían gastos catastróficos en salud. Analizaron además este tipo de gasto por nivel de aseguramiento, situación laboral e ingreso per cápita. En personas no aseguradas al SGSSS, el gasto catastrófico asciende a 9,7%, y en hogares de ingresos bajos (primer quintil de ingresos) llega a 13,1%. En general, el porcentaje de gasto catastrófico fue mayor en el primer quintil de ingreso en eventos de hospitalización; en los no asegurados; y por situación laboral, en los trabajadores independientes y en los desempleados (18). Los gastos catastróficos por quintil de ingresos mostraron que cuando el gasto fue exclusivo de medicamentos, los dos quintiles más altos incurrieron en dicho gasto. Por servicio ambulatorio, los quintiles 1 y 5 incurrieron en GB catastrófico (2,9% y 2,5%, respectivamente) y los quintiles 2 y 3 (3,8 y 3,6%, respectivamente) presentaron gasto en medicamentos y servicios ambulatorios (18). La afiliación del jefe del hogar y su situación laboral reveló que los GB catastróficos corresponden a jefes de hogar no asegurados (9,7%), seguidos de los asegurados en régimen subsidiado (3,2%) y los pertenecientes al régimen contributivo (2,8%) (18).

Amaya (2011) realizó un análisis similar, pero para toda Colombia, por regiones y ciudades. Encontró que el 9,6% de los hogares de Colombia sufren gastos catastróficos en salud, y en Bogotá y San Andrés este porcentaje fue de 6,1% (IC95% 4,8-7,7) y 5,7% (IC95% 4,0-8,1), respectivamente. Los resultados diferían de acuerdo con la condición de aseguramiento. En hogares no afiliados al SGSSS los gastos catastróficos fueron del 9,9% a nivel nacional, y de 6,4% (IC95% 5,1-8,0) en Bogotá. Pertenecer a hogares con familias extensas, con niños o con adultos mayores, aquellos localizados en áreas rurales y donde habían personas no afiliadas al SGSSS aumentaba la probabilidad de tener gastos catastróficos en salud (13).

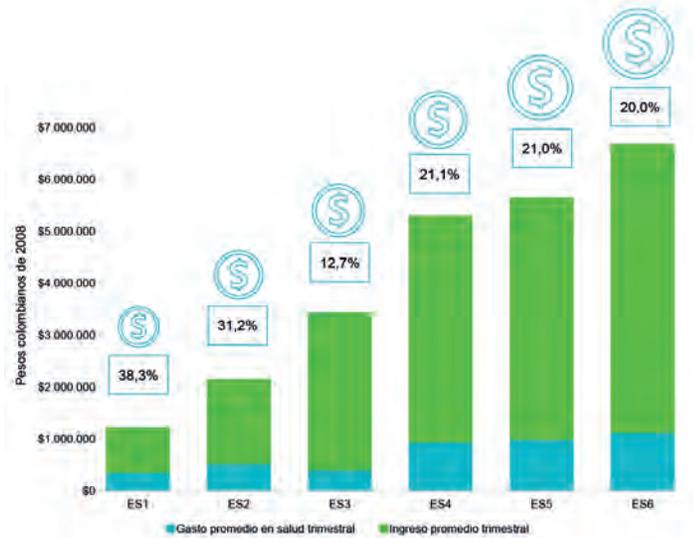
En Cartagena (9) se encontraron tres estudios (11,22,23). Alvis L. y colaboradores estimaron los GB en salud en 384 hogares cartageneros para 2004. La Figura 5 muestra el gasto de bolsillo promedio trimestral en salud respecto al ingreso, por estrato socioeconómico y nivel de escolaridad del jefe de hogar. Se observa que los estratos bajos destinan una mayor parte de sus ingresos a GB en servicios de salud. Los jefes de hogar sin escolaridad y con primaria completa usaban una mayor parte de sus ingresos en GB (11). Fue relevante en este estudio el comportamiento del estrato seis, que destinó mayores recursos a la consulta vs. los estratos más bajos,

además de destinar parte de su ingreso al pago de planes especiales de seguro junto con los estratos cuatro y cinco. También, la escolaridad del jefe del hogar se asoció inversamente con el GB como proporción del ingreso, considerado un factor protector frente al GB catastrófico. El GB en salud por trimestre por tipo de empleo y afiliación al SGSSS se presenta en la Tabla 3.

Por su parte, Alvis J. y colaboradores cuantificaron también el GB en salud en 522 hogares de Cartagena y la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos. Este estudio fue el más reciente de la presente RSL, año 2018, y estimó que un hogar pobre gasta en salud de su bolsillo en promedio \$1.325.446 (14,6% de sus ingresos) cada año, los hogares de estrato medio gastan \$2.109.939 (8,2% de sus ingresos) y los de estratos altos \$3.873.980 (7,0% de sus ingresos). La probabilidad de gasto catastrófico en salud de los hogares de bajos ingresos fue 30,6%, de los de clase media del 10,2% y de los hogares de ingresos altos del 8,6%. La Figura 6 ilustra el porcentaje de hogares en Cartagena que tuvieron gastos catastróficos en salud según el nivel de educación del jefe del hogar. Se observa que a medida que el jefe tiene mayor escolaridad, menor es la probabilidad de incurrir en este tipo de gastos que desprotegen financieramente a los hogares (28). En este estudio, el estrato socioeconómico, la educación y la ocupación fueron los principales factores asociados a los GB en salud y a la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico en salud (28).

Figura 5. Gasto promedio en salud respecto al ingreso promedio por trimestre en hogares cartageneros, 2004.

Por estrato socioeconómico



Por nivel de escolaridad del jefe del hogar



Fuente: adaptado del estudio de Alvis, L (2007) (11)

Figura 6. Porcentaje de hogares cartageneros que incurrieron en gastos catastróficos en salud según escolaridad del jefe del hogar, 2018



Fuente: adaptado del estudio de Alvis-Zakzuk (2018) (28)

En el estudio de Ruiz y colaboradores (2007) (12), se analizaron prospectivamente las diferencias en el acceso de personas afiliadas al SGSSS y la probabilidad de incurrir en GB en salud en dos ciudades (Bogotá y Manizales) y dos municipios y corregimientos (Campoalegre y Palermo). Mediante una encuesta conducida entre junio de 2000 y noviembre de 2001 en un total de 4.000 hogares, se encontraron mejores cifras de aseguramiento al SGSSS en Bogotá frente al resto de las ciudades y/o pueblos.

Los que reportaban no estar asegurados tuvieron menor utilización de servicios de salud y los GB más altos. El GB en servicios ambulatorios fue de \$40.974, independientemente del nivel de aseguramiento en salud, y de \$59.618 en los que no tenían seguro. Respecto a las hospitalizaciones, el GB en este rubro fue de \$211.620 en promedio, y se incrementaba hasta \$268.818 en los no asegurados. En general, los asegurados privados reportaron GB cuatro veces mayor en servicios ambulatorios y de hospitalización que los pertenecientes al régimen subsidiado. La frecuencia de uso de los servicios no cubiertos fue baja entre los asegurados; sin embargo, los gastos por servicios no cubiertos son más altos que los copagos para el consumo de los asegurados (12).

El estudio evidenció que los asegurados con planes especiales y del régimen contributivo enfrentan mayores GB; los no asegurados tienen mayor GB que la

población subsidiada, pero menor que el gasto médico esperado calculado para los esquemas de seguro social restantes (12).

De otro lado, el estudio de Rubio, M., (26), publicado en 2008 y realizado en Bogotá mostró que el 31,8% de la población bogotana tuvo GB en salud. La mayoría correspondió a población no afiliada con grandes diferencias según el quintil de ingreso, así la población del quintil 1 usó el 45% de su ingreso mientras la del quintil 5 el 25%, ubicados en las localidades de Tunjuelito, Kennedy, Teusaquillo y San Cristóbal. Por grupos de edad, se mostró que los menores de cinco años y la población entre 19 y 45 años fue la que más utiliza GB para garantizar el acceso a los servicios de salud (26).

Análisis por enfermedades

De los estudios incluidos, algunos especificaron gastos de bolsillo por algunas enfermedades (Tabla 3). Alvis-Zakzuk N y colaboradores analizaron el GB asociado al virus del Chikungunya, una enfermedad transmitida por vectores. Sus resultados se centraron en GB en medicamentos y transporte, que representaron el 3,3% del costo total en salud de la enfermedad (22).

Por otra parte, Lopera y colaboradores calcularon el GB de pacientes y sus familias en personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana -VIH- (PVVIH) (13). Los autores analizaron los gastos según tipo de aseguramiento, ingresos y aquellos relacionados con diferentes tipos de atenciones. El promedio mensual de GB en PVVIH fue mayor en afiliados al régimen contributivo, siendo entre 2 y 3,5 veces mayor que en afiliados al régimen subsidiado y en pobres no asegurados. El 98,7% de las PVVIH gastó dinero en transporte, el 35% lo hizo en los pagos del seguro, y menos del 18% en gastos médicos como: la compra de anti retrovirales (ARV) auto recetados, drogas, servicios médicos, hospitalización y terapias psicológicas. Una PVVIH que se hospitaliza puede tener GB mensuales de \$441.169 y en medicamentos ARV de \$237.153 (Tabla 3).

Lemos y colaboradores (2013) estimaron costos en pacientes hospitalizados por infección de *Acinetobacter baumannii* en tres unidades de cuidado intensivo (UCI) de Bogotá, dos públicas y una privada. A parte de cuantificar costos directos médicos asociados a la hospitalización, midieron gastos de bolsillo en transporte, los cuales fueron de \$36.372. En general, en este estudio se observó un alto costo en pacientes con *A. baumannii* que fueron ingresados en las UCI, donde cada paciente y sus familias tuvieron que asumir un costo que fue aproximadamente del 30% del salario mensual mínimo legal vigente para 2012 (14).

En una investigación de varios países, realizada por Lee y colaboradores (2017), se estudió la carga económica asociada al dengue en Tailandia, Vietnam y Colombia.

Entre los costos económicos analizados para Colombia, examinaron los GB en salud, distinguiendo que un paciente hospitalizado con la enfermedad tiene GB de \$54.672, y si es atendido de forma ambulatoria de \$34.423 (16). Por su parte, Martínez y colaboradores (2017) estimaron GB de 91 pacientes con tuberculosis que recibieron tratamiento bajo una estrategia denominada DOTS. Identificaron los GB en copagos, desplazamientos, consultas adicionales y ayudas diagnósticas. Los más altos de los anteriores fueron los de desplazamientos (Tabla 3) (15). Estos autores concluían que los GB representaron una alta carga económica para los pacientes, especialmente cuando la estrategia estudiada entregaba gratuitamente el tratamiento para la tuberculosis.

En enfermedades crónicas, Valencia y Cardona (2015) en su estudio de hipertensión arterial en el municipio de San José de Risaralda (Caldas) estimaron los costos de la enfermedad con y sin afectación de órgano blanco. En su estudio, las autoras mostraron un mayor GB en pacientes con afectación de órgano blanco (n = 54) frente a los que no tenía esta afectación (n = 224) (19). Igualmente, Oldridge y colaboradores (2015) (21), realizaron una revisión de rehabilitación cardiaca en países de ingresos medios y bajos, en donde se incluyó un estudio colombiano realizado por Rincón y colaboradores (29), quienes estimaron que los GB por sesión de rehabilitación cardiaca pueden ascender a \$44.548 pesos (Tabla 3).

Tabla 3. Gastos de bolsillo en salud y por enfermedades reportados según rubros. Costos ajustados a pesos de 2008

Autor (año) (REF)	Gasto de bolsillo en:	Ítem o rubros de GB	Año de costeo	Costo ajustado a 2008
Castano, R (2002) (17)	Salud	GB en salud	1985	\$72,828
			1995	\$55,274
			1997	\$121,471
Alvis, L (2007) (11) escolaridad, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud y vinculación laboral	Salud, por trimestre, por persona	Desempleado	2004	\$417,636
		Trabajador independiente		\$428,673
		Jubilado		\$730,237
		Trabajador asalariado		\$569,634
		Sin afiliación		\$422,923
		Afiliación régimen subsidiado		\$198,190
		Afiliación régimen contributivo		\$635,732
		Hospitalizaciones relacionadas a HIV		\$441,169
		Compra de ARV		\$237,153
		Pago del seguro		\$76,303
		Terapia psicológica		\$103,675
		Medicamentos autorecetados		\$17,647
		Lopera, M (2011) (13)		Personas con VIH
Transporte	\$13,438			
Según ingreso mensual <497.000	\$40,790			
Según ingreso mensual 497.000	\$52,572			
Según ingreso mensual 497.001-994.000	\$96,419			
Según ingreso mensual 994.001-1.491.000	\$170,798			
Según ingreso mensual >1.491.000	\$223,526			
Oldridge, N (2015) (21)	Rehabilitación cardíaca	Por sesión	2014	\$44,548
		Por 3 meses		\$1,603,726
Lee, J (2017) (16)	Pacientes con dengue	Hospitalizado	2015	\$54,672
		Ambulatorio		\$34,423
		Hospitalizado <15 años		\$66,822
		Hospitalizado >15 años		\$46,573
		Ambulatorio <15 años		\$32,398
		Ambulatorio >15 años		\$36,448
Martínez, L (2017) (15)	Pacientes con tratamiento de tuberculosis	Copagos de salud	2013	\$2,209
		Desplazamiento		\$7,177
		Transporte		\$2,959
		Consultas adicionales		\$3,657
		Desplazamientos de consultas adicionales		\$974
		Ayudas diagnósticas		\$6,694
Alvis, N (2018) (22)	Pacientes con Chikungunya	Transporte	2014	\$1,611
		Medicamentos		\$8,455

Fuente: Elaboración equipo ONS con base en los estudios incluidos en la RSL

El nivel socioeconómico, la pobreza y otros determinantes que obstaculizan el acceso a los servicios de salud y aumentan el gasto de bolsillo en Colombia

Esta RSL es de los primeros acercamientos al conocimiento de la evidencia disponible sobre GB y gastos catastróficos en salud en Colombia como una aproximación a las barreras de acceso a los servicios de salud. Los GB, como costos directos no médicos, no son normalmente tenidos en cuenta al momento de realizar evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias o estudios de carga económica de enfermedades. Es decir, se suelen realizar estimaciones de cuánto le cuesta al sistema de salud tratar determinada enfermedad o grupo de enfermedades, pero son escasos los ejercicios que calculan estos costos desde la perspectiva del paciente o sus familias. Por lo tanto, resulta importante estudiarlos y valorar su relevancia, especialmente porque los GB en que incurren las familias aumentan, en muchos casos, el riesgo de quiebra y de toxicidad financiera para los hogares.

En los estudios revisados observamos que situaciones como el empleo informal; tener personas mayores de 60 años en casa, niños o algún miembro 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, hacen que los hogares sean más vulnerables y tiendan a incurrir en GB (3,17,20). La vulnerabilidad que sufren estos hogares a causa de GB en salud hacen que se perpetúen fenómenos como el endeudamiento, la pobreza y el analfabetismo (30), y pueden limitar el acceso real a los sistemas de salud.

A nivel macroeconómico, el estudio de Barón, G y del Ministerio de Salud y Protección Social (24,27) mostraron que el GB en Colombia disminuyó a partir de la Ley 100 de 1993, por lo menos hasta 2012, tanto como en porcentaje del PIB como en proporción al gasto total en salud. En años posteriores (2012-2016) se estabilizó

el GB en salud en términos del gasto total en salud, según datos del Banco Mundial (31). Hallazgos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) (32) atribuyen la disminución del GB al efecto del aseguramiento, debido a que la cobertura del seguro de salud creció con mayor rapidez para las personas en el 20% más pobre de la población (desde un 4,0% en 1993 hasta un 89,0% en 2013) y para las poblaciones de zonas rurales (desde un 6,6% hasta un 92,6%, respectivamente). Nuestros resultados en esta RSL muestran que esto no es completamente así. Algunos autores aseguran que estas cifras deben revisarse con cautela, porque es probable que la disminución del GB esté relacionada con el empobrecimiento de la población, hasta el punto que una persona prefiera no consumir servicios de salud que requieran pagos directos para acceder a los beneficios, a pesar de tener necesidades de salud (3,33,34).

Otro aspecto relevante en la disminución del GB se encuentra en la lo que Pérez, G (2015) denomina desventaja regional, al referirse a regiones que por sus condiciones de aislamiento, pobreza y falta de cobertura de servicios presentan bajos niveles de GB (3). Se resaltan los casos del Pacífico colombiano, algunas ciudades pequeñas, municipios o pueblos que reportaron bajos GB, explicados en que muchos de los hogares enfrentan ingresos de subsistencia o que sencillamente no existe cobertura en sus territorios donde puedan realizar pagos directos en servicios de salud (3). No existe consenso entre las razones de por qué se han presentado disminuciones del GB. Algunos autores sustentan que en la medida en que aumentó la cobertura universal se protegió a la población más vulnerable, lo que disminuyó dicho gasto a favor del principio de la equidad (12). Por otro lado, se encuentran las posiciones en contra que citan que a pesar de lograr la cobertura universal, esta no es la pieza fundamental en el logro de la equidad y en el acceso efectivo a los servicios de salud; argumentando que es la situación de pobreza de la población el principal componente que define el uso o no uso de los servicios de salud y, por ende, del GB (20,26).

En cuanto al régimen de afiliación, se encontraron diferencias notables en acceso y uso de servicios a favor de quienes pertenecen al régimen subsidiado frente a los no asegurados, quienes presentan la frecuencia de utilización más baja y los GB más altos (12). Estos últimos, registraron una situación particular, si bien hicieron poco uso de los servicios ambulatorios, tienen mayor GB en los servicios de hospitalización. Esto se da en buena medida por no tener los recursos para resolver los problemas de salud de manera ambulatoria, lo que complejiza la enfermedad hasta llegar a situaciones que necesariamente requieren de los servicios de hospitalización (12), derivando en el aumento de la probabilidad de tener GB catastrófico, además de un mayor riesgo de empobrecimiento por esta causa (20) y disminuyendo el acceso real a los servicios de salud de la población más vulnerable.

Los estudios que categorizaron los GB y catastróficos por nivel de ingreso, sea medido por el salario mínimo legal o por el estrato socioeconómico, encontraron que los GB son mayores en la población más pobre perteneciente al primer quintil de ingreso, o al estrato socioeconómico más bajo, o quienes devengan una cifra inferior a un salario mínimo legal, en contra el principio de equidad del SGSSS (11). También se evidenció que el GB en términos absolutos, se incrementa en la medida que aumenta el ingreso de los hogares; y, en términos relativos (como una parte del ingreso) se eleva en la medida en que desciende en el estrato socioeconómico (11,35).

Esta RSL tiene limitaciones. En primer lugar, las comparaciones de costos entre estudios no son lo más adecuado cuando estos se realizan con metodologías diferentes. Segundo, puede que al ampliarse los términos de búsqueda se incluyeran más artículos en la RSL, por ejemplo, no se tuvieron en cuenta estudios de costo-efectividad, que pudiera que en sus estimaciones hayan calculado GB. Sin embargo, en estos estudios, el objetivo principal no es estimarlos, si no medir la eficiencia de intervenciones sanitarias.

Recomendaciones finales

Los documentos revisados reflejan la heterogeneidad de los estudios realizados en el país en GB en salud, probablemente debido a que adolece de fuentes de información constantes en el tiempo y de metodologías estandarizadas.

Es evidente que la cobertura universal per se no está dando los resultados esperados en relación con la protección financiera de los hogares, entonces es momento de focalizar los esfuerzos hacia la reducción de la pobreza y mejorar las condiciones de vida de la población, esto no solamente traerá beneficios en salud, sino a la sociedad en general.

El GB es sólo una mirada que se aproxima a la equidad del SGSSS, que debe ser complementada con el acceso efectivo, la calidad y la oportunidad en la prestación de los servicios de salud, entre otras.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. WHO. World Health Organization; 2000.
- Schultz TW. Reflections on investment in man. *J Polit Econ*. 1962;70(5, Part 2):1-8.
- Pérez Valbuena GJ, Silva Ureña A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Doc Trab sobre Econ Reg*. 2015;218.
- Muhammad Malik A, Azam Syed SI. Socio-economic determinants of household out-of-pocket payments on healthcare in Pakistan. *Int J Equity Health*. 2012;
- Cid C, Muñoz A, Riesco X, Inostroza M. Equidad en el financiamiento de la salud y protección financiera en Chile: una descripción general. *Cuad Médico Soc*. 2006;46:5-12.
- Hicks N, Wodon Q. Economic Crisis and Austerity in Southern Europe: Threat or Opportunity for a Sustainable Welfare State? *South Eur Soc Polit*. 2014;19(3):331-52.
- Serapioni M. Economic crisis and inequalities in health systems in the countries of Southern Europe. *Cad Saude Publica*. 2017;33(1):66716-66716.
- Hwang W, Weller W, Ireys H, Anderson G. Out-of-pocket medical spending for care of chronic conditions. *Health Aff*. 2001;20(6):267-78.
- Organización Mundial de la Salud. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología. *Discuss Pap*. 2005;2(1):12.
- The World Bank. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) [Internet]. [citado 17 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2016&locations=ZJ&start=2016&type=shaded&view=map&year=2016>
- Alvis-Estrada L, Alvis-Guzmán N, De La Hoz F. Gasto privado en salud de los hogares de Cartagena de Indias, 2004. *Rev Salud Publica*. 2007;9(1):11-25.
- Ruiz F, Amaya L, Venegas S. Progressive segmented health insurance: Colombian health reform and access to health services. *Health Econ*. 2007;16:3-18.
- Lopera MM, Einarson TR, Iván Bula J. Out-of-pocket expenditures and coping strategies for people living with HIV: Bogotá, Colombia, 2009. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2011;23(12):1602-8.
- Lemos E V, Alvis N, Quevedo E, Einarson TR. Costos en pacientes con infección por *Acinetobacter baumannii* en Colombia. *Infectio*. 2014;17(4):185-92.
- Martínez-Sánchez LM, Mejía-Cardona L, Jiménez-Cotes EA, Álvarez-Hernández LF, Castrillón-Velilla DM, González Palomino G, et al. Costos de bolsillo de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis en Colombia. *An la Fac Med*. 2017;78(1):37.
- Lee JS, Mogasale V, Lim JK, Carabali M, Lee KS, Sirivichayakul C, et al. A multi-country study of the economic burden of dengue fever: Vietnam, Thailand, and Colombia. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(10):1-17.
- Castaño RA, Arbelaez JJ, Giedion UB, Morales LG. Equitable financing , out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. 2002;17(Suppl 1):5-11.
- Lara JLA, Gómez FR. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. *Int J Health Care Finance Econ*. 2011;11(2):83-100.
- Valencia G, Rivas D. Gasto de bolsillo para salud en pacientes hipertensos. *Rev Méd Risaralda*. 2016;22(1):32-8.
- Amaya-Lara JL. Catastrophic expenditure due to out-of-pocket health payments and its determinants in Colombian households. *Int J Equity Health*. 2016;1-11.
- Oldridge NB, Pakosh MT, Thomas RJ. Cardiac rehabilitation in low- and middle-income countries: A review on cost and cost-effectiveness. *Int Health*. 2015;8(2):77-82.
- Alvis-Zakzuk NJ, Díaz-Jiménez D, Castillo-Rodríguez L, Castañeda-Orjuela C, Paternina-Caicedo Á, Pinzón-Redondo H, et al. Economic costs of chikungunya virus in Colombia. *Value Heal Reg issues*. 2018;17:32-7.
- Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gomez de la Rosa F, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. septiembre de 2018;20(5):591-8.
- Barón-Leguizamón G. Gasto nacional en salud de Colombia 1993-2003: Composición y tendencias. *Rev Salud Publica*. 2007;9(2):167-79.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud - Gasto en salud de Colombia: 2004-2011 [Internet]. 2014 [citado 16 de octubre de 2019]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras financieras del Sector Salud - Boletín No 2.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/FS/Cifras%20financieras%20del%20Sector%20Salud%20-%20Bolet%C3%ADn%20No%202.pdf)
- Rubio-Mendoza ML. Equidad en el acceso a los servicios de salud y equidad en la financiación de la atención en Bogotá. *Rev Salud Publica*. 2008;10(SUPPL. 1):29-43.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Cifras financieras del sector salud - Gasto en salud de Colombia: 2004-2011. 2014.
- Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gomez de la Rosa F, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2018;
- Rincon M, Rojas MX, Rodriguez Romero VA, Tamayo DC, Franco C, Castro H, et al. Economic Evaluation of Exercise-Based Cardiac Rehabilitation Programs for Chronic Heart Failure Patients in Colombia. *J Cardiopulm Rehabil Prev*. 2016;36(1):12-9.
- Falkingham J. Poverty, out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan. *Soc Sci Med*. 2004;58(2):247-58.
- The World Bank. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) - Colombia [Internet]. 2019 [citado 7 de noviembre de 2019]. Disponible en: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?locations=CO>
- Forde I. Colombia aun se enfrenta con desafíos para mejorar la calidad de su sistema de salud. *Organizacion para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)*. 2015.
- Knaul FM, Arreola-ornelas H, Méndez-carniado O, Bryson-cahn C, Fm K. Las evidencias benefician al sistema de salud : reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. 2007;49(4809).
- Perticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *CEPAL*; 2008.
- World Health Organization. The world health report 2000: health systems: improving performance. *World Health Organization*; 2000.



CAPÍTULO 10 Discusión

Este informe brinda un panorama general del acceso a los servicios de salud en Colombia. Se suma a los esfuerzos de diversos investigadores por analizar un tema fundamental para los sistemas de salud, que impacta el bienestar general de la población. Contribuye a profundizar el conocimiento de este tema a través de una aproximación global y multidimensional, con énfasis en una mirada territorial, que se expresa, principalmente, en la construcción de un índice municipal de acceso potencial y real a los servicios de salud. Adicionalmente, incorpora la estimación de la mortalidad evitable y la morbilidad asociada a la acción de los servicios de salud y su relación con los índices de acceso, como una aproximación al acceso efectivo a los servicios de salud. Esto sumado al análisis del acceso a servicios específicos y de políticas públicas, a través de distintas aproximaciones metodológicas, aporta importante conocimiento para la reflexión y discusión sobre las acciones necesarias para continuar avanzando en la mejora del acceso a la población y la reducción de las inequidades en salud.

El análisis en términos de las dimensiones y los aspectos específicos del modelo comportamental de Aday y Andersen (1), permitió comprender la influencia de aspectos del contexto, relacionados con las políticas, el sistema de salud y con elementos capacitantes a nivel comunitario, así como aspectos de orden social y político más amplio, sobre las posibilidades de la población para hacer uso de los servicios de salud cuando y donde se necesiten. Elementos como el volumen y distribución del talento humano del sector salud, pero también sus capacidades y apertura a la comprensión del contexto y necesidades de la población mostraron tener una importante influencia en el acceso a los servicios. La relación de estos aspectos con las características individuales, tanto predisponentes como la etnia, el género, la edad, el nivel educativo y las creencias, y capacitantes como los ingresos, el tipo de seguro, entre otros, configuran un conjunto complejo de factores que, según el tipo y propósito de los servicios, determinan la posibilidad y frecuencia de uso de estos.

En esta medida, más allá de los aspectos de orden individual, el conjunto de análisis de este informe permite identificar una serie de elementos que se constituyen en ejes estructurales que determinan el acceso diferencial a los servicios de salud. Este apartado hace una reflexión sobre los principales hallazgos del informe, intentando plantear algunas hipótesis explicativas de los resultados de mayor relevancia e identifica los elementos comunes a los distintos análisis que permiten brindar un

panorama general sobre la situación del acceso a los servicios de salud en Colombia. Se señalan también el alcance y las limitaciones de los análisis realizados.

Se construyeron dos índices de acceso a los servicios de salud, uno potencial (IAPSS) y otro real (IARSS), a partir del modelo de acceso comportamental de Aday y Andersen (1), que permitieron aproximarse al comportamiento del acceso a los servicios de salud a nivel municipal en Colombia, para el periodo 2013-2017, a partir de diferentes fuentes de información que incluyeron variables de cada dimensión considerada en el modelo teórico. Estos índices permitieron clasificar a los municipios del país de acuerdo con el nivel de acceso y relacionar los análisis con diferentes resultados en salud, como la mortalidad evitable atribuible al sistema de salud.

La mayoría de los municipios de Colombia tienen un nivel de acceso a los servicios de salud bajo o muy bajo, según estos índices. Aunque hay un patrón de distribución de mejor acceso en la zona central de país, llama la atención los conglomerados de buen acceso real en áreas donde no se espera un acceso elevado, por ejemplo, La Guajira; o el valor bajo de este índice en las principales ciudades del país. Estos patrones de distribución espacial podrían ser explicados por las dinámicas al interior de las regiones como: las decisiones en cuanto a la oferta de servicios básicos y especializados, las preferencias de uso, la prevalencia de determinados eventos en salud, la ruralidad, las características socioeconómicas de los municipios y de la población, entre otras.

VARIABLES relacionadas con la oferta de servicios de salud son difíciles de incluir en la construcción de un índice de acceso a nivel municipal. Por ejemplo, puede haber oferta de bajo nivel de complejidad en todos los municipios y oferta de servicios especializados solo en algunos, según las necesidades de la población y la planeación territorial. Por lo que la disponibilidad de infraestructura y talento humano especializado puede tener un peso diferencial según el tipo de municipio u otras variables territoriales. En este caso se usó la categoría del municipio, según el DNP, para tratar de ajustar por esas características en la construcción del índice.

Respecto a la relación entre los índices de acceso real y potencial, en el análisis multivariado solo el componente de oferta de servicios de salud se encontró asociado con el acceso real. Esto puede deberse a que factores predisponentes y de capacidad medidos a nivel individual, como el nivel educativo, la salud autopercebida y el nivel de ingresos, no fueron incluidos en la construcción de los índices. Además, los índices de acceso real y potencial reflejan aspectos diferentes del acceso según el tipo y propósito de los servicios, de forma tal que los indicadores de acceso potencial podrían no necesariamente tener relevancia en el comportamiento de los indicadores del acceso real. Este sería el caso del indicador de coberturas de vacunación que, si

bien mide el acceso a una de las intervenciones en salud más importantes, puede no relacionarse con otras dimensiones del acceso potencial. Esto debido a que el programa de inmunizaciones funciona casi de manera independiente a la prestación de otros servicios de salud, pues se basa en la inducción de la demanda y se han realizado muchos esfuerzos en el país para garantizar las altas coberturas de vacunación (2). Si se hubiera podido incluir la oportunidad en la vacunación como un indicador del índice real, este podría ser más útil para discriminar el nivel de acceso a los servicios de salud a nivel municipal. El análisis de la relación entre los índices de acceso potencial y real demuestra las dificultades de analizar el acceso a los servicios de salud particularmente en un mercado de aseguramiento como el colombiano (3).

La medición de la mortalidad evitable atribuible a los servicios de salud, que corresponde a las muertes que no deberían ocurrir en presencia de atención médica, proporciona una aproximación del desempeño de la asistencia sanitaria en cuanto acceso y calidad (4-6). Este análisis mostró que el 18,6% de todas las muertes en Colombia durante el periodo 1998-2017 se pueden considerar como evitables por el sistema de salud y que sus tasas ajustadas han disminuido de 111,8 a 79,8 por 100.000 habitantes, un 28,6% de disminución en 20 años. No se tiene información de otras mediciones similares en Colombia, sin embargo, otros estudios, en la frontera de México con Estados Unidos, han reportado resultados más altos, con una proporción de muertes evitables, del total de muertes, de 31,0 y 26,7%, para los periodos 1999-2001 y 2009-2011, respectivamente (7). La lista de Nolte y McKee de causas evitables (8-11), sigue siendo la más empleada para cuantificar el acceso y calidad de la atención médica en relación a la mortalidad evitable en el mundo. Para este trabajo se aplicó la versión modificada por el Estudio de Carga Global de Enfermedad (GBD, por sus siglas en inglés), que ha sido usada para estimar las brechas en el acceso de la atención médica en 195 países y territorios (4,5).

El acceso a los servicios de salud se configura como un determinante de los resultados en salud y sus desigualdades, evidenciado brechas y gradientes a favor de municipios con mejor acceso para varios eventos de mortalidad evitable, morbilidad y salud sexual y reproductiva. Este resultado se evidenció en causa evitables de muerte por parte del sistema de salud, de eventos inmunoprevenibles (EDA, tosferina y tétanos) mortalidad infantil, mortalidad materna, mortalidad por enfermedades cardiovasculares, epilepsia, enfermedad respiratoria crónica y diabetes mellitus. Respecto a la morbilidad, también se observaron dichos gradientes en eventos relacionados con salud sexual y reproductiva (fecundidad adolescente, morbilidad materna extrema, bajo peso al nacer, sífilis congénita y gestacional) y enfermedades transmitidas por vectores.

Como posibles explicaciones de estos resultados se pueden considerar: el tipo de

aseguramiento, un factor capacitante a nivel individual que, para eventos como salud materna y enfermedad de Chagas, podría relacionarse con el tipo de servicios que reciben los pacientes, afectando los desenlaces y sus complicaciones (12–14); la ruralidad o grado de urbanización, otro factor capacitante a nivel colectivo, podría explicar el comportamiento de eventos como malaria y las arbovirosis, pues personas residentes en zonas rurales endémicas tienen menor oportunidad de diagnóstico y tratamiento, debido a la escasa infraestructura sanitaria local y la necesidad de grandes desplazamientos para obtener atención (15–21). Por otro lado, en la dimensión de características del servicio, se ha descrito que la densidad de camas por habitante puede incidir en la disminución de la mortalidad infantil (22), asimismo, una infraestructura en salud deficiente se relaciona con bajas coberturas de vacunación, lo cual impacta la mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles (23,24). Otros aspectos que no fueron considerados en el índice, pero que podría asociarse con un bajo acceso y los resultados adversos en salud, son los ingresos del hogar (22,25), el nivel educativo de la madre (26) y las percepciones negativas del trato que reciben los pacientes por parte de los profesionales de salud (27,28).

Resultados contrarios a lo esperado con relación al IAPSS, entendidos como peores desenlaces en salud en municipios de mejor acceso a los servicios de salud, se reportaron para varios desenlaces de mortalidad evitable (neoplasias, anomalías cardíacas congénitas y algunas enfermedades digestivas) y morbilidad (tuberculosis, y malaria complicada). Según los resultados obtenidos para esos eventos, tener un alto acceso potencial a los servicios de salud no es garantía de reducción de la ocurrencia y la muerte por estas causas. Sin embargo, se debe considerar que es posible que municipios con IAPSS más altos tengan algunos factores de características del servicio que permita una mayor captación de pacientes, como en el caso de tuberculosis (29), o un mejor diagnóstico y mayor continuidad en la atención que garantizan una mejor asignación de la causa de la muerte, como en el caso de las neoplasias (30). Además, es posible que para ciertos eventos en los municipios de peor índice de acceso y mejores indicadores de morbimortalidad haya un mayor subregistro, que impida conocer el comportamiento real del evento en cuestión (31).

La configuración del sistema de salud colombiano ha favorecido que las dinámicas en la oferta de servicios estén centradas más en la atención de la enfermedad que en su prevención (32). En los hallazgos del análisis de las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud (RIPSS) de Bogotá, los funcionarios de las Sub-Redes manifestaron que la sostenibilidad de las Empresas Sociales del Estado (ESE) depende de los recursos que generan los pacientes enfermos, más que de la implementación de programas de promoción y prevención (PyP). Al ser financieramente menos rentables, se disminuye la oferta y calidad de los servicios preventivos (33), generando un complejo escenario para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) que intenta

hacer una transición hacia un sistema basado en la atención primaria en salud (APS), con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (34).

En este estudio se evidenciaron brechas en la disponibilidad y distribución tanto del talento humano como de los servicios habilitados que se requieren para brindar el primer nivel de atención. Corroborando los análisis previos realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)(4,5). Esta evidencia coincide con el análisis de la normatividad política relacionada con el acceso a los servicios en salud bucal (37) y salud mental (38), en donde se observaron vacíos en los lineamientos operativos sobre estándares óptimos de la densidad necesaria del talento humano, servicios de salud habilitados y coberturas mínimas poblacionales de servicios preventivos en función de las propias necesidades en salud de la población y las características de los territorios.

El informe plantea que las características predisponentes del individuo podrían desfavorecer en algunas poblaciones el acceso a los servicios de salud. Esto debido a que en los análisis donde el eje central fueron los factores predisponentes, sobre otros aspectos del acceso potencial, se reportó un menor acceso a los servicios de salud en ciertas edades (particularmente los adolescentes), mujeres e indígenas. Un factor predisponente no contemplado en el modelo teórico, pero que según estos resultados podría limitar el acceso, es el estatus migratorio. En contraste, como factor predisponente favorecedor del acceso, se encontró la edad en el caso de la primera infancia (39–42).

Los migrantes irregulares se encuentran en un estado de desprotección debido a su estatus migratorio. De ahí que la Corte Constitucional se haya pronunciado al respecto señalando el derecho a la salud de los migrantes conforme el derecho internacional y las obligaciones mínimas del Estado, con mayor vehemencia en mujeres, quienes suelen usar repetidamente los servicios de salud, bien sea por eventos propios o por su rol de cuidadoras. Por ello, la necesidad de adoptar medidas que dinamicen el principio de solidaridad en un contexto de crisis migratoria y la razonabilidad de la atención de urgencias a migrantes irregulares (43–45).

Los hallazgos también sugieren que la interseccionalidad entre factores predisponentes, pueden explicar el uso de los servicios de salud en mayor o menor medida. Lo anterior teniendo en cuenta que, dichos factores, mantienen entre sí relaciones recíprocas que generan identidades y manifestaciones que interactúan de manera particular con el sistema de salud, lo que implica necesariamente diferencias en el acceso real (39,46–48). Por ejemplo, el universo de creencias y valores, en el caso de las adolescentes e indígenas, desfavorece el acceso a los servicios de salud. En adolescentes podría ser mayor el uso de servicios de anticoncepción si las creencias propias y familiares

alrededor de la sexualidad no estuvieran mediando el acceso (49), mientras que en la población indígena la concepción frente al proceso salud enfermedad, el cuidado de la salud y sus sabedores ancestrales (médicos tradicionales, parteras, yerberos, sobanderos, etc), influyen en el uso de los servicios de salud (46,47). En consecuencia, el sistema de salud debe tener la capacidad de comprender la sumatoria de esos factores predisponentes y adaptarse a ellos para propiciar un acceso real a los servicios de salud (50).

Este informe evidenció que las características económicas y del contexto comunitario, en los territorios, determinan la capacidad de las personas para acceder a los servicios de salud. La ruralidad es una característica capacitante que media el acceso a los servicios de salud de la población, aumentando el gasto de bolsillo, limitando el desplazamiento a las instituciones de salud por barreras geográficas y disminuyendo el uso de algunos servicios preventivos como los controles prenatales (51–54). El acceso a los servicios de salud mental también se ve afectado por la dispersión geográfica, pues no siempre está disponible en el primer nivel de atención. Además, se da a través de la remisión por medicina general, lo cual implica necesariamente otros tiempos y costos. Esta situación es aún más compleja cuando se hace necesaria la consulta por psiquiatría (55).

El tipo de aseguramiento condiciona el acceso a los servicios de salud. Según otros estudios, las personas del régimen subsidiado tienden a tener un mayor contacto con el sistema que las del contributivo (56), pero esto no se traduce necesariamente en una mejor atención en términos de calidad y oportunidad (57). Por su parte, en la revisión de la literatura de gastos de bolsillo en salud presentada en este informe, se encontró que la población pobre no asegurada y las personas afiliadas al régimen subsidiado tienen un mayor gasto de bolsillo en salud en proporción con sus ingresos, respecto a los afiliados a otros regímenes (59–61). De igual forma, hay una relación entre el tipo de aseguramiento y la condición socioeconómica, lo que puede incidir en ciertos tratos preferenciales por parte de funcionarios o personal de salud, así como en el uso de las tutelas como mecanismo de acceso a los servicios. También se evidenció, en el análisis cualitativo de las RIPSS, que los funcionarios consideran que hay una integración incipiente entre aseguradores privados y las IPS públicas en la prestación de servicios al régimen subsidiado que puede impactar el acceso de sus afiliados (62–64).

Otra característica capacitante es la disponibilidad de la información que debe ser garantizada por los actores del sistema. En ese sentido se identificaron falencias en los mecanismos de divulgación de la información referentes a la oferta y distribución de servicios. Una explicación de ello se encuentra en los hallazgos de la revisión de

tutelas para garantizar el derecho a la salud: los municipios con las tasas más altas de tutelas por habitante corresponden principalmente a capitales de departamentos o cabeceras municipales, pues es allí donde la oferta de servicios de salud, el acceso al sistema judicial y la disponibilidad de información para acceder a estos es significativamente mejor (58–61).

Factores predisponentes como la etnia, el género, la edad, entre otros, no explican por sí solos el uso de los servicios (1,5,7), sino que este está determinado por la interacción de estas características de la población con los factores capacitantes del modelo. Por ejemplo, los gastos de bolsillo en salud aumentan cuando en el hogar, alguno de sus integrantes es mayor de 60 años, hay niños o personas en condición de discapacidad, o el jefe de hogar es mujer, tiene empleo informal y es de baja escolaridad (62–64).

Los hallazgos del informe indican que la necesidad percibida de atención sanitaria está dada en función de algunos factores predisponentes como la edad y las creencias sobre el concepto de salud (65)(65), incluyendo la estigmatización (65,66); y factores capacitantes como el ingreso y el aseguramiento (67). Por otro lado, algunas características del sistema también influyen en la expresión de la necesidad por parte de los usuarios, como la oferta de los servicios (39) y su respuesta acorde con el juicio clínico, la disponibilidad y la pertinencia de una determinada intervención (68).

Hay una mejora en la frecuencia de uso de algunos servicios en salud, producto de diferentes lineamientos de política pública que han buscado favorecer la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como principal estrategia para lograr un mayor bienestar de la población, generando lineamientos específicos para la oferta de actividades de PyP mediante múltiples estrategias. Se ha avanzado también en lograr el aseguramiento universal de la población. A pesar de estos avances, las coberturas de algunos programas y el acceso a servicios preventivos siguen sin alcanzar a toda la población, excepto en el uso de los servicios materno-infantiles, (controles prenatales, partos institucionalizados y controles de crecimiento y desarrollo), en los que se encontró una frecuencia mayor, incluso en municipios con peor acceso a los servicios de salud. Esta mejora en el acceso también se puede reflejar en la disminución del 28,6% en la mortalidad evitable atribuible a los servicios de salud, mencionada anteriormente.

Finalmente se debe tener en cuenta que la implementación de las metodologías seleccionadas para este informe tiene limitaciones. Primera, la desagregación de alguna información relevante para la construcción del índice de acceso, no se tuvo a nivel municipal, por lo que esos indicadores no pudieron ser incluidos en la construcción del índice. Este es el caso de la información proveniente de las encuestas poblacionales, las cuales tenían una desagregación regional o departamental y generalmente con

poca representatividad de las zonas rurales. Sin embargo, los índices municipales corresponden a una buena aproximación a la dimensión de acceso a los servicios de salud, según los métodos estadísticos implementados. Información adicional podría mejorar la clasificación de las unidades geográficas. Segunda, la calidad de los datos dependía de las fuentes de información seleccionadas, que en algunos casos también podían estar sujetas a subregistro, por ejemplo, sucede con la atención que se les presta a mujeres migrantes irregulares. Se buscó siempre trabajar con fuentes de información oficial, que generalmente cuentan con procesos que garantizan la calidad y completitud de los datos utilizados.

Tercera, algunos indicadores utilizados no permiten evidenciar el impacto que tendría el acceso diferencial a los servicios de salud. Además, los componentes seleccionados no abordaron todos los dominios conceptuales del modelo de acceso a los servicios de salud. Hubo dificultad en encontrar indicadores, para los años de análisis, de la atención integral intersectorial, para poder realizar las comparaciones con los datos utilizados a partir de las encuestas. Esfuerzos posteriores pueden incluir estos aspectos. Cuarta, el análisis del índice es fundamentalmente un estudio ecológico y por tanto está sujeto a la falacia ecológica. La estimación de prevalencias no permite establecer relaciones de causalidad, pues miden al mismo tiempo la exposición y el efecto. A pesar de sus limitaciones, los estudios ecológicos han ganado relevancia desde los análisis de las desigualdades sociales y la identificación y valoración de las inequidades. Quinta, en algunos casos, los análisis correspondieron a estudios de tipo exploratorio, como primer acercamiento al fenómeno y la relación de este con el acceso a los servicios de salud, pero se requiere de un abordaje a profundidad, donde sea posible contrastar la información recolectada en una fase posterior al análisis y acceder a otras fuentes de información. Sexta, en los estudios de caso, los actores contactados siempre son limitados respecto a al universo posible de entrevistados, sin embargo, se buscó incluir aquellos más relevantes para el objetivo del análisis cualitativo.

Referencias

1. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
2. Mayor Mora A et al. Cruzada Interminable por la Niñez Colombiana- Historia del Programa Ampliado de Inmunizaciones- PAI- En Colombia 1979- 2009. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social, Organización Panamericana de la Salud; 2010.
3. Bejarano-Daza JE, Hernández-Losada DF. Fallas del mercado de salud colombiano. *Rev la Fac Med.* 2017;65(1):107–13.
4. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet.* 2018;391(10136):2236–71.
5. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet.* 2017;390(10091):231–66.
6. Vergara Duarte M, Benach J, Martínez JM, Buxó Pujolràs M, Yasui Y. La mortalidad evitable y no evitable: distribución geográfica en áreas pequeñas de España (1990-2001). *Gac Sanit.* 2009;23(1):16–22.
7. Agudelo Botero M, González Ramírez RS, López Jaramillo AM. Mortalidad evitable en los estados colindantes de la frontera México-Estados Unidos, 1999-2001 y 2009-2011. *Cienc e Saude Coletiva.* 2015;20(4):1063–73.
8. Nolte. E MM. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. *Nuff Trust.* 2004;
9. Nolte. E MM. Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care. *BMJ.* 2003;327: 1129.
10. Nolte. E MM. Measuring the health of nations: updating an earlier analysis. *Heal Aff.* 2008;27:58–71.
11. Nolte. E, McKee. M. Variations in amenable mortality—trends in 16 high-income nations. *Health Policy (New York).* 2011;103:47–52.
12. Rodríguez-páez FG, Jiménez-barbosa WG, Jiménez-gonzález CA, Coral-córdoba ÁE, Ramírez-solano PC, Ramos-navas NR. Effect of the Access Barriers on Attending to Pregnant Control Appointments and its Perinatal Outcomes. *Rev Gerenc Polit Salud.* 2014;13(27):212–27.
13. Aguado L, Giron L, Osorio A, Tovar LM, Ahumada J. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el Litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoamer Cienc Soc Niñez.* 2007;5(1):36.
14. Castillo-Riquelme M, Guhl F, Turriago B, Pinto N, Rosas F, Martínez MF, et al. The costs of preventing and treating Chagas disease in Colombia. *PLoS Negl Trop Dis.* 2008;2:1–11.
15. Lucía O, Jazmín L, Milena Z. Caracterización de la Red Nacional de Diagnóstico de Malaria , Colombia , 2006-2010. *Biomédica.* 2012;32(1):46–57.
16. Cristina A, Ferreira S, Suárez-mutis MC, Campos MR, García C, Osorio S. Primary health care in municipalities at high risk for malaria. *Rev Latino-Am Enferm.* 2011;19(6):1281–8.
17. Pineda Granados FY, Valero V, Agudelo C. CA. Evaluación del programa de control de la malaria en la Amazonía Colombiana. *Rev Salud Pública.* 2004;6:40–9.
18. S CG, J JGP, N MA, T SB, Carmona-fonseca J. Epidemiología de la malaria falciparum complicada : estudio de casos y controles en Tumaco y. *Rev Bras Epidemiol.* 2006;9(52):283–96.
19. Blair S. Retos para la eliminación de la malaria en Colombia : un problema de saber o de poder. *Biomédica.* 2012;32:131–48.
20. Durand Salomón CR, María H, César C. Oportunidad en el diagnóstico y tratamiento de la malaria en comunidades periurbanas de la Amazonía Peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2005;22(1):47–53.
21. Pineda F, Carlos G. Percepciones, Actitudes y Prácticas en Malaria en el Amazonas Colombiano. *Rev salud pública.* 2005;7(3):339–48.
22. Chernichovsky D. Brechas regionales de la mortalidad infantil en Colombia. *Rev Perú Med Exp Salud Publica.* 2013;30(4):6–11.
23. Datar A, Mukherji A, Sood N. Health infrastructure & immunization coverage in rural India. *Indian J Med Res.* 2007;125(1):31–42.
24. Ghei K, Agarwal S, Subramanyam MA, Subramanian S V. Association between child immunization and availability of health infrastructure in slums in India. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 Mar;164(3):243–9.
25. Vecino-ortiz I. Determinants of demand for antenatal care in Colombia. *Health Policy (New York).* 2008;86:363–72.
26. Mcalister C, Baskett TF. Female Education and Maternal Mortality : A Worldwide Survey. *J Obstet Gynaecol Canada.* 2006;28(11):983–90.
27. García B C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med.* 2017;65(2):305–10.
28. Kyei-nimakoh M, Carolan-olah M, Mccann T V. Access barriers to obstetric care at health facilities in sub-Saharan Africa — a systematic review. *Syst Rev.* 2017;6(110):1–16.
29. Ministerio de Salud. Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 201-2015. Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. 2015. 64 p.
30. Global Burden of Disease Cancer Collaboration. Global, Regional, and National Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life-Years for 29 Cancer Groups, 1990to 2017. *JAMA Oncol.* 2019;
31. Cardona D, Cerezo M del P, Parra H, Quintero L, Muñoz L, Cifuentes OL, et al. Desigualdades en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en los municipios del Eje Cafetero, 2009-2011. *Biomedica.* 2015;35(3):373–94.
32. Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Hacia una atención comunitaria en salud mental para personas con esquizofrenia en Colombia. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(8):2607–18.
33. Molina G, Oquendo T, Bastidas D, Rodríguez S, Flórez M. en cuatro ciudades en el contexto del mercado competitivo del sistema de salud , Colombia 2014. 2015;28(3):223–39.
34. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Repositorio Institucional Digital Minsalud (RID) 2016 p. 97.
35. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. 54. a Sesión del Comité Ejecutivo. 2014.
36. Organización Panamericana de la Salud. Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad.
37. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3577 de 2006. Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB. Vol. 2006. 2006.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Política Nacional de Salud Mental. Ministerio de Salud y Protección Social. 2018.
39. Llanos AA, Morera-Salas M, Barber-Pérez P, Hernández K, Xirinach-Salazar Y, Varga JR. Factores relacionados con la utilización de servicios de salud en costa rica. *Rev Salud Publica.* 2009;11(3):323–35.
40. Fiedler JL. A review of the literature on access and utilization of medical care with special emphasis on rural primary care. *Soc Sci Med Part C Med Econ.* 1981;15(3):129–42.
41. Orozco Guillen GP. Factores de riesgo que influyen en la inasistencia de madres de niños menores de 5 años al Componente crecimiento y desarrollo. Universidad San Martín de Porres; 2018.
42. Henaó CM, Fernández D Y B. Factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. *Rev CES Salud Pública.* 2013;4(1):4–11.
43. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-728-16. 2016.
44. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-210-18. 2018.
45. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-348-18. 2018.
46. Ariza-Montoya JF, Hernández-Álvarez ME. Equidad de etnia en el acceso a los servicios de salud en Bogotá, Colombia, 2007. *Rev Salud Publica.* 2008;10(SUPPL. 1):58–71.
47. Vargas-Lorenzo I, Vázquez-Navarrete LM, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Publica.* 2010;12(5):701–12.
48. Platero Méndez R (Lucas). Metáforas y articulaciones para una pedagogía crítica sobre la interseccionalidad. *psicologia Quad Psicol.* 2014;16(1).
49. Observatorio del Bienestar de la Niñez. Embarazo en adolescentes. Generalidades y percepciones . 2015.
50. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: does it matter? *J Health Soc Behav.* 1995;36(1):1–10.
51. Simkhada B, Teijlingen ER van, Porter M, Simkhada P. Factors affecting the utilization of antenatal care in developing countries: systematic review of the literature. *J Adv Nurs.* 2008;61(3):244–60.
52. Noreña-Herrera C, Leyva-Flores R, Palacio-Mejía LS, Duarte-Gómez MB. Inequidad en la utilización de servicios de salud reproductiva en Colombia en mujeres indígenas y afrodescendientes. *Cad Saude Publica.* 2015;31(12):2635–48.
53. Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):65.
54. Osorio AM, Tovar LM, Rathmann K. Individual and local level factors and antenatal care use in Colombia: a multilevel analysis. *Cad Saude Publica.* 2014;30(5):1079–92.
55. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 4886 de 2018. Política Nacional de Salud Mental. Colombia; 2018.
56. Gallor Linares LM, Hernández Monroy DA, Nieto Vanegas JA. Explicación y Análisis del Sistema De Seguridad Social En Salud En Colombia. *Rev Digit ISOCUANTA.* 2017;2(2145–1419):12.
57. Dávila FA, Herrera JS, Yasnó DA, Forero LC, Alvarado M V. Satisfacción en un Servicio de Urgencias según el Sistema de Aseguramiento en Salud. *Rev Calid Asist.* 2017;32(2):89–96.
58. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y el derecho a la salud 2015. 2016;1–249.
59. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y el derecho a la salud 2016. 2017;1–196.
60. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela: los derechos a la salud y la seguridad social en Colombia 2017. 2018;1–148.
61. Defensoría del Pueblo de Colombia. La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018. 2019;1–188.
62. Castaño RA, Arbelaez JJ, Giedion UB, Morales LG. Equitable financing , out-of-pocket payments and the role of health care reform in Colombia. 2002;17(Suppl 1):5–11.
63. Pérez Valbuena GJ, Silva Ureña A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. *Doc Trab sobre Econ Reg.* 2015;218.
64. Amaya-Lara JL. Catastrophic expenditure due to out-of-pocket health payments and its determinants in Colombian households. *Int J Equity Health.* 2016;1–11.
65. Ballesteros M, Gaviria M, Martínez S. Caracterización del acceso a los servicios de salud en la población infantil desplazada y receptora en asentamientos marginales en seis ciudades de Colombia, 2002-2003. *Fac Nac Salud Pública El Escen para la salud pública desde la Cienc.* 2006;24(1):2.
66. Vargas-Lorenzo I, Luisa Vázquez-Navarrete M, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la Atención en Salud en Colombia. *Rev Salud Publica.* 2010;12(5):701–12.
67. Tanner JL, Cockerham WC, Spaeth JL. Predicting physician utilization. *Med Care.* 1983;
68. Bradshaw J. Taxonomy of social need. *Probl Prog Med care essays Curr Res 7th Ser.* 1972;

CAPÍTULO 11

Recomendaciones

A continuación, se listan una serie de recomendaciones que surgen de la discusión de los principales hallazgos del informe.

Generales

- Se requiere mejorar tanto el acceso como la calidad de la atención médica en todas las áreas de los servicios, garantizando los servicios que han demostrado ser efectivos e intervenir problemas prioritarios, de lo contrario, se ampliarán las brechas y desigualdades en el los desenlaces en salud evitables por los servicios de salud (1).

De la organización y recursos del sistema

- Establecer la cantidad necesaria de servicios e infraestructura de atención (primaria y especializada) y su distribución de acuerdo con la necesidad, densidad poblacional y dispersión geográfica.
- Promover la capacidad resolutoria de los niveles de atención primarios y la conformación de redes integrales de prestación de servicios de salud, acorde con la normativa vigente, que sean acordes con las características de los territorios y de la población asegurada.
- Estimular el uso y apropiación social de las acciones preventivas mediante equipos transdisciplinarios encargados de realizar intervenciones comunitarias en los entornos en donde transcurre la vida de las personas, principalmente en territorios con amplia dispersión geográfica, de manera que el acceso a estos servicios no este supeditado al necesario desplazamiento de los individuos a las instalaciones sanitarias (2-4).
- Establecer procesos flexibles que minimicen las barreras de acceso y atención de las personas, como las barreras también de reconocimientos de incentivos a los prestadores de servicios por su atención.



- Explorar y fortalecer otros mecanismos de acceso a los servicios de salud, como la atención primaria domiciliaria, estrategias de salud digital como la telemedicina o telesalud y el uso de dispositivos inteligentes para promover el acceso a los servicios de salud.
- Garantizar que las IPS y las EPS tengan acuerdos justos de reconocimiento y pago, con contrataciones adecuadas e incentivos focalizados, dirigidos al mejoramiento de la calidad de servicios, mejores resultados en salud y la satisfacción de los usuarios,
- Avanzar en la implementación de la interoperabilidad de la red de prestadores de servicios de salud, teniendo en cuenta características de la población que reside en territorios alejados, áreas rurales y otras zonas de difícil acceso.
- Reestructurar la organización de los servicios de salud mental, fomentando el desarrollo e integración de servicios informales de salud mental y autocuidado, así como de servicios de atención formal a nivel comunitario integrados a la red hospitalaria bajo un modelo de atención en salud mental basado en APS y a partir de esta realizar la distribución efectiva de los recursos físicos y el talento humano en salud mental en los territorios (5).
- Desarrollar un plan operativo de APS mental enmarcado en la PAIS y el Modelo de Atención Integral Territorial (MAITE), a través del cual se puedan desplegar actividades sectoriales e intersectoriales de promoción de la salud mental, prevención de los problemas y trastorno en salud mental, la rehabilitación basada en la comunidad e inclusión social.
- Fortalecer los vínculos familiares y comunitarios de los usuarios para reducir los riesgos asociados a la enfermedad mental con la participación de sectores de salud, educación y trabajo.
- Garantizar en el área rural el acceso y la prestación del servicio y que en las áreas urbanas los servicios no sean concentrados en una zona particular
- Garantizar el acceso con enfoque diferencial por edad, sexo y etnia, reconociendo las implicaciones de la relación entre la forma de entender y actuar en el mundo, propia de una cultura particular, y el acceso real a los servicios de salud.

Fortalecimiento del talento humano

- Mejorar las condiciones de empleo y trabajo en el sector salud para, entre otras cosas, contribuir en la disminución de la rotación del talento humano y mejorar su distribución geográfica.
- Definir la densidad de profesionales de salud requeridos en las redes de prestación de servicios que las EPS deben garantizar para la atención de sus afiliados (6), garantizando una distribución adecuada del personal sanitario en el territorio.
- Generar competencias en la formación de profesionales en salud que les permitan operar el modelo actual con calidad y capacidad de respuesta a los retos de la atención individual y colectiva como características de los servicios de salud.

- Generar incentivos para que profesionales de la salud con especialidades específicas trabajen en zonas de difícil acceso, con programas académicos que promuevan este tipo de movilidad de profesionales a nivel local y municipal.
- Promover espacios de formación en el personal sanitario, a cerca de la relación con el usuario, los aseguradores, el ente territorial y la comunidad, así como en Políticas Públicas en Salud, Sistema General de Aseguramiento y el Sistema de Atención.
- Fortalecer la aprehensión del enfoque diferencial, de género, psicosocial y de derechos por parte del personal sanitario.
- Generar competencias en detección y atención básica de trastornos mentales, derivación de casos complejos a servicios especializados, la generación de redes colaborativas entre los especialistas y los equipos de atención básica en salud mental (7).

De la disponibilidad y manejo de la información a la población y del sistema

- Mejorar los canales de información entre los actores del sistema, permitiendo que la población conozca los servicios que se ofertan, la manera para acceder a ellos, el plan de beneficios, los derechos y deberes, entre otros
- Promover la educación y orientación al usuario como una característica de entrada al servicio en el marco del acceso potencial.
- Diseñar e implementar por parte de la Defensoría del Pueblo, la Personería y la Procuraduría un proyecto conjunto dirigido a los usuarios del sistema de salud cuyo objetivo sea dar a conocer, de manera pedagógica, todos los mecanismos con que cuentan para acceder efectivamente a los servicios de salud.
- Continuar el fortalecimiento de los registros de información de morbilidad y mortalidad que permita tener un panorama de los eventos de análisis, incluyendo variables que den cuenta del acceso al sistema de salud y la experiencia y satisfacción por parte de los usuarios.
- El Ministerio de Salud y Protección Social, a través del Observatorio Nacional de Salud Mental, debe generar mecanismos efectivos de monitoreo y supervisión de las acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental por parte de los diferentes actores adscritos a las redes integrales de servicios de salud mental en aras de dar cumplimiento a lo exigido en la Política Nacional de Salud Mental y las metas e indicadores establecidos en el Plan Nacional de Salud Mental y el Plan Decenal de Salud Pública.
- Incorporar un mecanismo en el Registro Único de Talento Humano en Salud (ReTHUS) a través del cual se caracterice y clasifique al talento humano en salud mental según tipo y nivel de atención (asistencial intramural, asistencial extramural, administrativo).

Migración y acceso a los servicios de salud

- Revisar desde el nivel central y territorial la financiación para afrontar el fenómeno de migración, en especial de la población proveniente de Venezuela.
- Promover mecanismos que permitan la regularización de la población migrante irregular y definir protocolos, planes y programas cada vez más claros para atender y brindar servicios a la población migrante, más allá de la normatividad dada para urgencias, y que involucre un aseguramiento según sus características particulares.

Del acceso efectivo y patrones de uso

- Promover el empoderamiento del usuario en el tema de salud, buscando una transición del concepto de enfermedad, uso de servicios y atención en salud. Principalmente en la utilización adecuada de los servicios de urgencia y del acceso a citas prioritarias de medicina general.

Generación de nuevo conocimiento

- Profundizar la medición y el análisis del acceso a los servicios de salud.
- Continuar con el análisis de otras barreras de acceso a los servicios de salud, tales como las físicas (infraestructura), geográficas, administrativas y culturales entre otras.
- Avanzar en el diseño y realización de estudios longitudinales que den cuenta de la experiencia de los usuarios en el continuo de los servicios y sus efectos sobre el uso posterior de los mismos, el cambio en las expectativas, creencias y la percepción de necesidad.
- Profundizar en la comprensión sobre el ámbito de las necesidades en salud, que supere los límites que establece la oferta de servicios.

Referencias

1. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;391(10136):2236–71.
2. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. Vol. 83, *Bulletin of the World Health Organization*. World Health Organization; 2005. p. 711–8.
3. Contreras Rengifo A. La promoción de la salud general y la salud oral: una estrategia conjunta. *Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral*. 2016 Aug;9(2):193–202.
4. Gulliford M. Access to primary care and public health. *Lancet Public Heal*. 2017;2(12):e532–3.
5. World Health Organization. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of services for Mental Health*. Ment Heal Policy Serv Guid Packag. 2003;
6. Ternera Pulido JH. Planificación de Talento Humano en Salud Oral en Colombia. *Acta Odontológica Colomb*. 2011;1(1):77–92.
7. World Health Organization. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human resources and training in mental health*. Ment Heal Policy Serv Guid Packag. 2005;1–123.

CAPÍTULO 12

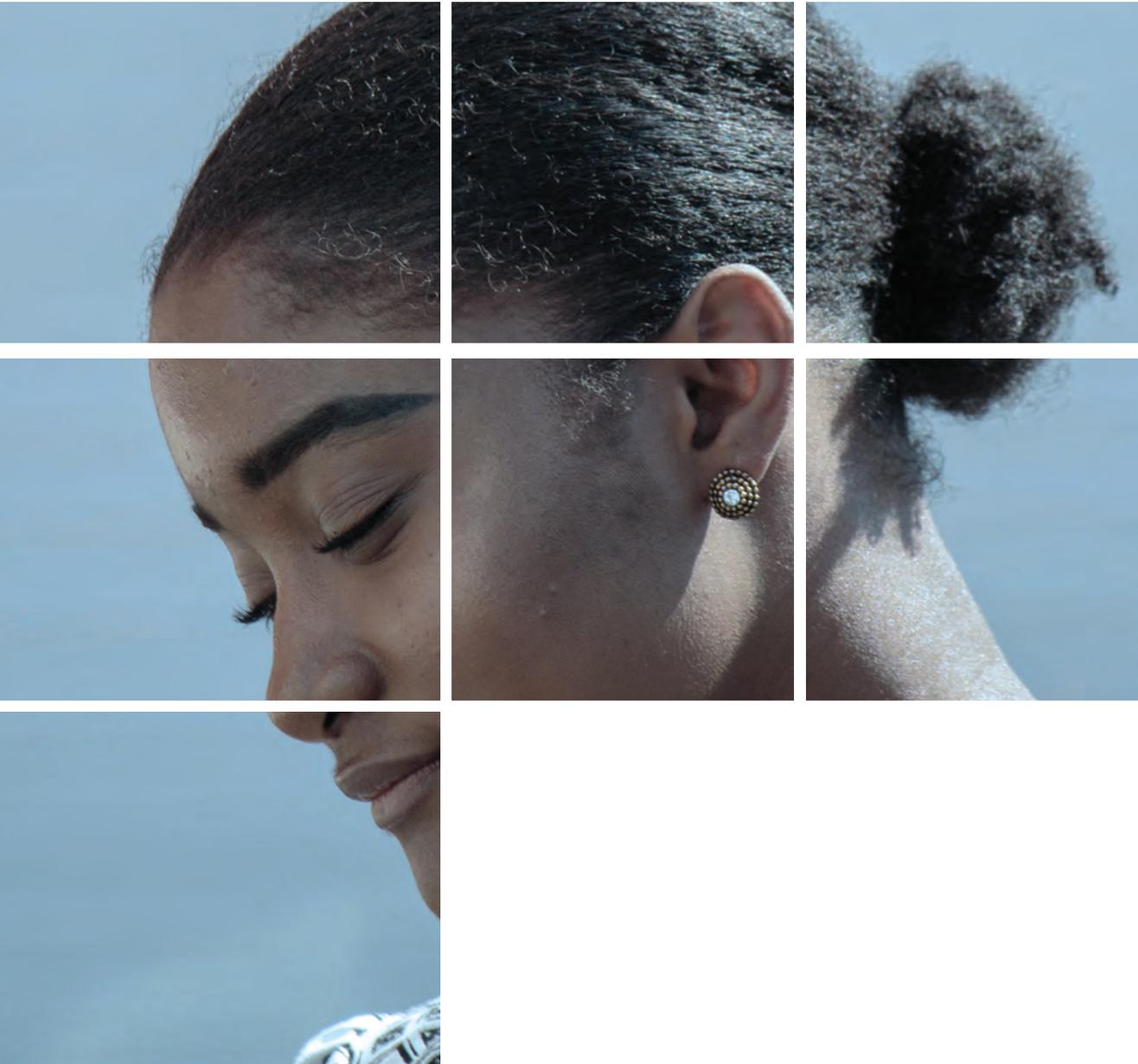
Metodología

12.1. Metodología Introducción

No aplica metodología

12.2. Metodología Modelo Conceptual de Acceso a los servicios de salud

No aplica metodología





Salomé Valencia-Aguirre
Liliana Hilarión-Gaitán

12.3. Metodología para la construcción de un índice de acceso a servicios de salud a nivel municipal

El objetivo de este análisis es estratificar a los 1122 municipios de Colombia de acuerdo con el grado de acceso a los servicios de salud, a través de la combinación de indicadores que caracterizan las dimensiones de acceso real y potencial. Para este fin se obtuvo una serie de indicadores compuestos a través de la metodología de análisis de componentes principales (ACP).

12.3.1. Marco conceptual

Para el diseño de los indicadores se siguió el modelo descrito en profundidad el apartado de elementos conceptuales del presente informe. Esto permitió construir una estructura jerárquica en la que se definieron dos grandes dimensiones (acceso real y potencial), y sus correspondientes subdimensiones (Tabla 1). La caracterización de este modelo también ayudó a establecer los criterios de selección de las variables a incluir y predecir sus posibles relaciones. La definición de estos criterios tuvo una retroalimentación externa por medio de discusiones con expertos, en torno a la pertinencia de los indicadores. El resultado de este proceso fue la operacionalización del modelo en categorías que fuesen susceptibles de ser medidas.

Tabla 1. Dimensiones y Subdimensiones de acceso a los servicios de salud para la construcción del índice de acceso a los servicios de salud.

Dimensiones	Sub dimensión 1	Sub dimensión 2
Acceso Potencial	Acceso potencial individuos	Capacitantes (individual/colectivo)
		Necesidad
	Acceso potencial sistema	Predisponentes
		Organización
Acceso Real	Acceso real objetivo	Recursos
		Intervalo tiempo
		Lugar
		Propósito
	Acceso real subjetivo	Tipo
		Calidad
		Conveniencia
		Cortesía
	Información	

Por otro lado, se identificaron otros ejercicios de estimación de medidas geográficas de acceso a servicios de salud, dentro de estos se encuentran: el índice de departamental en salud (1), Índice de acceso a la atención médica y de calidad basado en la mortalidad susceptible de atención médica en 195 y territorios (2), Índice de acceso global a la atención médica (3) y el Índice de cobertura de servicios CSU por regiones de la OMS y del Banco Mundial, 2015 (4). Con este proceso se identificaron diferentes abordajes metodológicos, indicadores trazadores y otras características del territorio tales como la proporción de habitantes en áreas rurales, la estructura poblacional o recursos económicos (5).

12.3.3. Selección de indicadores

Como unidad de análisis se tomaron los 1122 municipios de Colombia, de acuerdo con la División Político Administrativa de Colombia (DIVIPOLA) (6). Los años establecidos para identificación de variables fue entre 2016-2018.

12.3.3.1 Fuentes de información y preselección de indicadores

Una vez identificadas las dimensiones se realizó un inventario de posibles indicadores con fuente de información, años disponibles y niveles de desagregación regional. En esta primera selección se encontraron aproximadamente 300 indicadores. Con este inventario de variables se hizo un ejercicio grupal de depuración de indicadores a través

de consenso y ponderación, con un resultado de 111 indicadores preseleccionados (municipales y departamentales). Dentro de las fuentes de información se incluyeron: estadísticas vitales, Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) y Cuenta de Alto Costo.

12.3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión

En este punto se aplicaron criterios de exclusión e inclusión, obteniendo una matriz con un total de 25 indicadores (Tablas 2 y 3)

- Calidad: porcentaje valores faltantes mayor al 30%.
- Disponibilidad: nivel municipal.
- Validez: indicadores de orden territorial. Identificación de eventos poco prevalentes y servicios poco frecuentes o solo de un orden territorial.
- Disponibilidad geográfica: datos que están disponibles a nivel municipal. Esto permite que el índice muestre diferencias regionales.
- Concordancia: indicadores trazadores utilizados previamente en otros índices.

Tabla 2. Indicadores iniciales de acceso real a los servicios de salud en Colombia.

Variable	Numerador	Denominador	Fuente y observaciones	Años
Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia.	Número de mujeres que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia.	Número de mujeres con citología anormal	MSPS Observatorio de Calidad (Reporte directo del prestador al MSPS)	2016-2017
Coberturas de vacunación (DTP en menores de 1 año)	Número de niños vacunados	Población DANE	Ministerio de Salud-PAI	1998-2016
Porcentaje de nacimientos institucionalizado	Número de nacimientos vivos atendidos en institución de salud	Número de nacimientos vivos	Estadísticas vitales	2016-2018
Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental (ONSM)	Número de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental	Número total de personas que requieren atención en salud mental	Se calculó con base en la ficha de indicadores del ONSM del MSPS, el valor corresponde al consolidado de los 5 años por cada unidad de análisis / RIPS	2016-2018
Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo	Número de usuarios que respondieron "definitivamente si" o "probablemente si" a la pregunta: "¿recomendaría a sus familiares y amigos esta IPS?"	Número de usuarios que respondieron a la pregunta	Monitoreo de calidad de la atención resolución 256 de 2016	2016-2018
Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado	Número de nacimientos vivos atendidos por medico o enfermera	Número de nacimientos vivos	Estadísticas vitales	2016-2018

MSPS = Ministerio de Salud y Protección Social, DTP = vacuna Antidiftérica-Antitetánica-Antipertusis, DANE = Departamento Administrativo Nacional de Estadística, PAI = Programa Ampliado de Inmunizaciones, RIPS = Registro Individual de Prestación en Salud, IPS = Instituciones Prestadoras de Salud, ONSM = Observatorio Nacional de Salud Mental, MSPS = Ministerio de Salud y Protección Social.

Tabla 3. Indicadores iniciales de acceso potencial a los servicios de salud en Colombia.

Variable	Numerador	Denominador	Fuente y observaciones	Año
Gasto por persona al año	Gasto total en salud	Población DANE	DNP / DANE	2018
Número de oficinas o puntos de atención administrativos para afiliados	Número de oficinas o puntos de atención administrativos para afiliados			2018
Oportunidad (días promedio) para citas de medicina general	Sumatoria de la diferencia de los días calendario entre la fecha en la que se asignó la cita de Medicina general de primera vez y la fecha en la cual el usuario la solicitó	Número total de citas de Medicina General de primera vez asignadas en un periodo determinado.	MSPS Observatorio de Calidad (Reporte directo del prestador al MSPS)	2016-2018
Tiempo promedio de viaje	Promedio de minutos requerido desplazamiento entre la cabecera municipal y la capital del departamento a través del medio de mayor uso según condiciones geográficas (terrestre, fluvial o aéreo)		ASIS. Las capitales tienen valor cero	
Sexo (individual). Se toma la proporción de mujeres	Número de mujeres en la población general	Número total de la población de los últimos 5 años	Proyecciones de población del DANE	2018-2014
Edad (individual) Proporción de población menor de 5 años	Número de niños y niñas menores de 5 años	Número total de la población de los últimos 5 años	Proyecciones de población del DANE	2018-2014
Pertenencia étnica	Número de personas que pertenecen a un grupo étnico	Total de personas	Censo 2005	2005
Estado civil (Casado / soltero, separado, divorciado o viudo) (% casados)	Número de personas con estado civil casado	Total de personas	Censo 2005	2005
Prevalencia Discapacidad	Número de personas con discapacidad Población Censo	Total de personas	Censo 2005	2005
Mortalidad Infantil	Número de muertes en menores de 1 año	Número de Nacidos vivos	Estadísticas vitales (defunciones) DANE / Nacimientos DANE	2005
Mortalidad Materna (razón)	Número de muertes de mujeres durante el embarazo, parto o puerperio (42 días después del parto) por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales.	Número de Nacidos vivos	Estadísticas vitales (defunciones) DANE / Nacimientos DANE	2005
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita medicina general	Sumatoria de días de espera para asignación de cita de medicina general	Total de citas solicitadas a medicina general	SISPRO-Monitoreo Calidad de la Atención	2016-2018
Tiempo promedio de espera para la asignación de cita odontología	Sumatoria total de los días calendario transcurridos entre la fecha en la cual el paciente solicita cita para ser atendido en la consulta de odontología general y la fecha para la cual es asignada la cita	Número total de consultas odontológicas generales asignadas en la Institución del municipio	Monitoreo de calidad de la atención. Resolución 256 de 2016	2016-2018
Edad (individual) Proporción de población mayor de 65 años	Número de personas mayores de 65 años	Número total de la población de los últimos 5 años	Proyecciones de población del DANE	2014-2018
Porcentaje de población afiliada al régimen subsidiado	Número de personas afiliadas al régimen subsidiado	Población DANE	Proyecciones de población del DANE	2017-2018
Número de ambulancias por habitante (10.000 habitantes)	Número de ambulancias	Población DANE	REPS / DANE	2019
Camas por 10.000 habitantes	Número del inmueble hospitalario	Población DANE para año de estudio	REPS / DANE	2011-2018
Profesionales de medicina general por 10.000 habitantes (densidad)	Número de profesionales de medicina general	Población DANE	Ministerio de salud- SISPRO / DANE	2011-2018
Profesionales de enfermería por 10.000 habitantes (densidad)	Número de profesionales de enfermería	Población DANE	Ministerio de salud- SISPRO / DANE	2011-2018
Odontólogos por 10.000 habitantes (densidad)	Número de profesionales de odontología	Población DANE	Ministerio de salud- SISPRO / DANE	2011-2018

DANE =, Departamento Administrativo Nacional de Estadística, MSPS = Ministerio de Salud y Protección Social, DNP = Departamento Nacional de Planeación, SISPRO = Sistema Integrado de Información de la protección social, REPS = Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, ASIS = Análisis de Situación de Salud

12.3.4. Procesamiento de datos

Una vez seleccionados los indicadores de cada dimensión de acceso se hizo un análisis descriptivo para evaluar la distribución de los indicadores, y se aplicó una transformación potencia de Yeo-Johnson mediante la cual es posible modelar los valores extremos (7). Posteriormente, se hizo una imputación de valores faltantes a partir de datos disponibles como la edad, el sexo y la categoría de municipio (según población, área y variables socioeconómicas) (5). Dado que los indicadores tenían diferentes escalas, se hizo una normalización paramétrica (z-score), la cual simetriza las diferentes variables y asigna la misma importancia a todas.

12.3.5. Agregación

Con el fin de reducir el número de variables y obtener de los indicadores sintéticos se utilizó el método estadístico de análisis de componentes principales (ACP), técnica compuesta por diferentes pasos. En el primer momento se determinó la correlación de las variables y se creó la matriz de correlaciones, para identificar redundancias (correlaciones muy altas) o ausencia de relación (muy bajas). También se aplicó la prueba de KMO, la cual permite determinar la adecuación de las variables, este fue igual a 0,70 para acceso real y 0,80 para potencial.

Para lograr que todos los valores mas altos equivalieran un mayor acceso a los servicios de salud (donde cero equivale a un puntaje "malo" y 100 uno "bueno"), se hizo un redireccionamiento de algunas variables. En este punto se aplicó la técnica de ACP para obtener los autovalores de cada uno de los componentes, el cual se puede interpretar como el peso de cada indicador en relación con el total de variables del grupo (acceso potencial y real). Para facilitar la interpretación e identificar que sub dimensiones representaba cada componente se llevó a cabo el método Varimax, forzando los valores a valores mas cercanos a 0 y 1. En este punto se identificaron nueve indicadores en la dimensión de acceso potencial y seis en la dimensión de acceso real.

Finalmente, para obtener una estimación de acceso real y una de acceso potencial se promediaron los puntajes de los tres primeros componentes de cada dimensión y se convirtieron en una escala de cero a cien. Para agrupar los municipios por nivel de acceso se organizaron de menor a mayor en el índice de acceso, y se agrupó por quintiles con el 20% de la población de 2017.

Referencias

1. Royo M, Rivillas JC, López DM, Santos AC, Mendoza C. Guía metodológica para la medición del índice departamental en salud.
2. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231–66.
3. Economist T. Global Access to Healthcare Index Methodology. Econ Intell Unit Ltd 2017 [Internet]. 2017;(May):1–18. Available from: <http://accesohealthcare.eiu.com/>
4. Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017 [Internet]. 2017. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. DNP. Tipologías Departamentales y Municipales: Una propuesta para comprender las entidades territoriales colombianas. Dirección de Desarrollo Territorial Sostenible Grupo de Estudios Territoriales. 2015;35.
6. DANE. Consulta de la Codificación Divipola - Geoportal [Internet]. [cited 2019 Oct 1]. Available from: <https://www.datos.gov.co/widgets/gdxc-w37w>
7. YEO, IN-KWON RAJ. A new family of power transformations to improve normality or symmetry. *Biometrika*. 2000;87(4):954–9.

12.3.2. Métodos del análisis de acceso real a los servicios de salud en función del acceso potencial

Dado que se espera que el acceso real se relaciona con el acceso potencial a los servicios de salud, se realizó un análisis de regresión lineal con el objeto de predecir el comportamiento del índice de acceso a servicios real en relación con las dimensiones del índice de acceso potencial.

Análisis de datos:

Se realizó un análisis descriptivo de los índices y regresiones lineales simples del índice real en función del índice de acceso potencial, de cada uno de sus componentes y de los indicadores incluidos en cada componente. Se presentaron los resultados de la regresión y gráficos de dispersión, el poder explicativo del modelo se evaluó mediante el coeficiente de determinación (R²) y se presentaron los coeficientes de regresión y sus intervalos de confianza al 95%. La composición de los índices por componentes e indicadores se presenta en la tabla 1. Para el análisis de datos se usó el programa Stata ® versión 11.

Tabla 1. Componentes e indicadores de los índices de acceso real y potencial a los servicios de salud.

Índice de acceso real		
Acceso efectivo nivel primario	Acceso efectivo nivel especial	Satisfacción
Coberturas de vacunación (DTP en menores de 1 año)	Proporción de mujeres con citología cervicouterina anormal que cumplen el estándar de 30 días para la toma de colposcopia.	Proporción de usuarios que recomendaría su IPS a un familiar o amigo
Porcentaje de nacimientos atendidos por personal calificado	Porcentaje de personas que requieren y son atendidas al menos una vez en los servicios en salud mental (ONSM)	
Embarazo adolescente		
Índice de acceso potencial		
Oferta	Composición de la población	Oportunidad
Camas por 10.000 habitantes	Edad (individual) Proporción de población menor de 5 años	Oportunidad (días promedio) para citas de medicina general
Médicos generales por 10.000 habitantes (densidad)	Prevalencia Discapacidad	Proporción de población habitante en área rural
Enfermeras por 10.000 habitantes (densidad)	Edad (individual) Proporción de población mayor de 65 años	



Silvia Camila Galvis R.

12.4. Metodología acceso Salud Mental

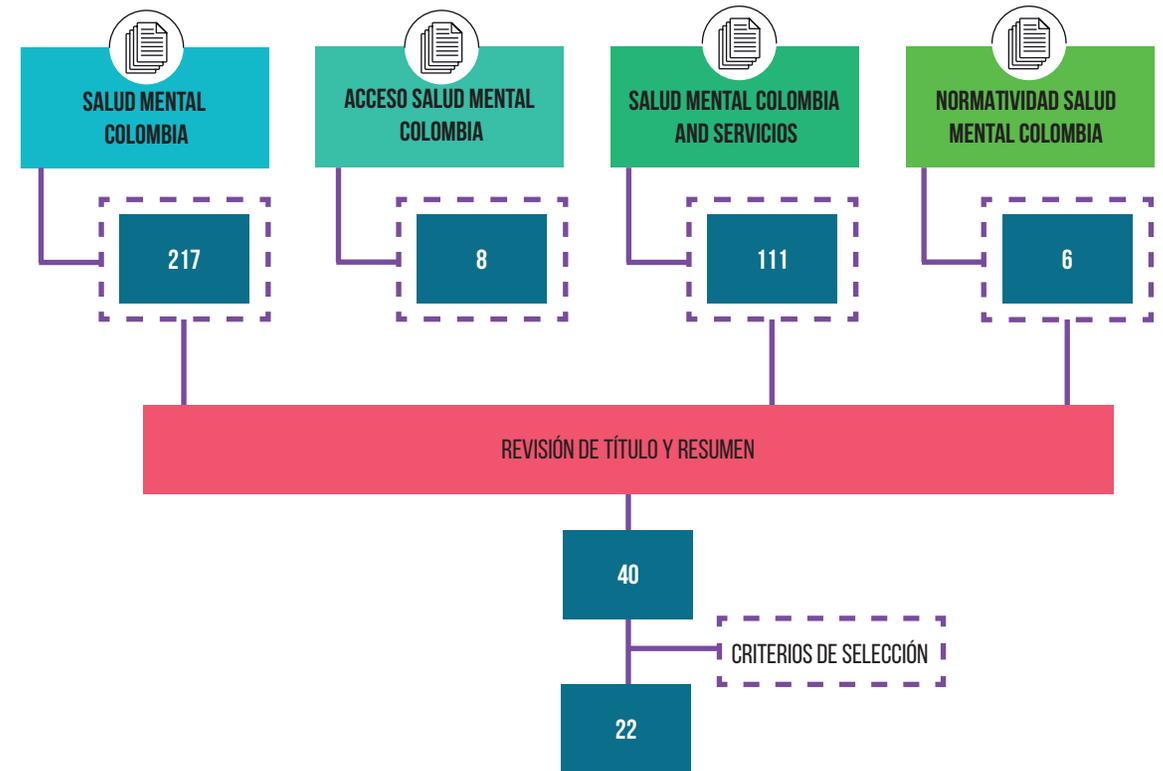
12.4.1. Metodología para el panorama de la salud mental en las políticas públicas de Colombia

Para el análisis presentado en la sección, se combinaron diferentes metodologías que permitieran: 1) identificar y seleccionar literatura científica y gris de corte analítico-crítico sobre la situación de salud mental en el territorio colombiano; 2) delimitar el marco normativo y contextual bajo el cual Colombia ha generado sus políticas públicas en materia de salud mental; 3) Comparar los hallazgos mencionados en los textos científicos con los componentes analizados en los documentos de la política pública con el objetivo de determinar avances y desafíos en el acceso a los servicios de salud mental en Colombia; y 4) Generar conclusiones y recomendaciones a partir del análisis de las fuentes secundarias mencionadas.

12.4.1.1. Revisión de la literatura

Se realizó una revisión de la literatura científica sobre la normatividad y el acceso a la salud mental en las bases de datos EBSCO, ScienceDirect, Scopus, Realy con las palabras clave: "salud mental Colombia", "Acceso salud mental Colombia" "salud mental Colombia AND servicios", "Normatividad salud mental Colombia". (1). La delimitación de la búsqueda se realizó por: fecha, idioma, geografía y tipo fuente (Figura 1).

Figura 1. Flujograma para la selección de artículos que permitieron la narrativa sobre la contextualización de la salud mental en Colombia.



Fuente: Elaboración Equipo ONS

Se incluyó la revisión de textos científicos con los siguientes criterios: 1. Objetivo del estudio, aquellos que refirieron: a. Revisión histórica de normatividad en salud mental; b. análisis crítico de políticas públicas en salud mental; c. análisis de variables de acceso a los servicios de salud mental; y 2. Enfoque metodológico: investigación con población colombiana, trabajo de campo, estudio de caso. Se seleccionaron aquellos textos cuyo título y resumen se asociaron con los criterios de inclusión. También se incluyó literatura gris que se extrajo de Google académico y de la biblioteca digital de la Universidad Nacional de Colombia. Esta exploración inicial permitió realizar la narrativa que contextualiza el desarrollo de las políticas públicas en salud mental en Colombia, sin embargo, el análisis de contenido de las políticas implicó otra metodología que se explica a continuación.

12.4.1.2. Búsqueda de la normatividad nacional en materia de política pública

Se utilizó una metodología basada en la identificación de fuentes documentales que se buscaron directamente de las páginas web de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Ministerio de Salud y Protección Social, y aquellas cuya búsqueda utilizando el logaritmo de “acceso a los servicios” y “salud mental”, “políticas de salud mental” y “acceso a la salud mental”, arroja el buscador Google.

Se consideraron y revisaron documentos normativos como leyes, decretos y reglamentos que orientan la política pública en salud mental en el periodo de tiempo comprendido desde 1991 a 2019, se seleccionaron aquellos documentos que bajo decreto se describiera sus objetivos, población, enfoque, responsables, acciones, financiamiento y su relación con el acceso a los servicios de salud (2). Los documentos fueron tenidos en cuenta considerando su relación con el acceso y los resultados en salud mental. La Tabla 1 muestra el resultado de la revisión de los principales instrumentos normativos con los que cuenta el país en materia de salud mental que a su vez recogen decretos y circulares identificadas pero que no se mencionan en detalle al estar contenidas en estos documentos más grandes. Los principales instrumentos normativos que se mencionan son clasificados de acuerdo a su fecha de publicación.

Tabla 1. Principales políticas sobre salud mental en Colombia

	Plan Nacional de Salud pública 2007-2010	Plan Nacional de Salud pública 2010-2012	Política Nacional de salud mental 2013-2014	Política Nacional de salud mental 2018
Objetivos hacia el acceso	Contiene	Contiene	Contiene	Contiene
Población objetivo	Contiene	Contiene	Contiene	Contiene
Enfoques	Contiene	Contiene	Contiene	Contiene
Responsables	Contiene	Contiene	Contiene	Contiene
Concepto	No contiene	Contiene	Contiene	No contiene
Financiamiento	Contiene	Contiene	Contiene	No contiene
Acciones hacia el acceso	Contiene	Contiene	Contiene	Contiene

12.4.1.3. Contraste

Se realizó contraste entre los datos suministrados por los textos científicos y la normatividad, se identificaron coincidencias e inconsistencias en los resultados arrojados se redacta una narrativa a manera de conclusión y recomendaciones a tener en cuenta en las políticas sobre el acceso a los servicios de salud mental en Colombia.

Referencias

1. Sistemáticas R, Rocío E, Garabito M, Tamames Gómez S, López González M, Macías LM, et al. Revisiones Sistemáticas Exploratorias Scoping review. Med Segur Trab. 2009;55(216):12-9.
2. Molina G, Cabrera G. Políticas públicas en salud aproximación a un análisis. 2008;102. Available from: http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo2/politicas_publicas_en_salud_aproximacion_a_un_analisis.pdf

12.4.2. Metodología del análisis de indicadores en salud mental y acceso a los servicios de salud mental en Colombia

En análisis de acceso a los servicios de salud mental integró tres bloques teóricos del modelo de Aday y Andersen (1)(necesidades, capacidad instalada y utilización), con el objeto de encontrar desde un enfoque cuantitativo la existencia de posibles desigualdades en el acceso e identificar posibles explicaciones. La estrategia de análisis fue cuantitativa a partir de registros secundarios (Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM 2015, Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud – RIPS, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud - REPS, Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud - ReTHUS)(2-4) en el periodo 2015 – 2017 y 2019. Las variables empleadas para realizar el análisis se presentan en la Figura 1.

Figura 1. Variables empleadas en el análisis de acceso a servicios de salud mental en Colombia



ENSM: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015
 REPS: Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud
 RIPS: Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
 (*) El cálculo de los indicadores en salud mental en conducta suicida incluyó fuentes complementarias de información (SIVIGILA, DANE)

El universo de estudio corresponde a la población colombiana adolescente (12–17 años) y adulta (> 18 años) con cualquier trastorno mental, cualquier trastorno de ansiedad, trastorno de depresión mayor, ideación, planeación e intento suicida. Se adoptó el nivel regional como unidad de análisis geográfica con base en la máxima estratificación realizada en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM)(2).

La necesidad evaluada en salud mental de la población se estimó a partir de la prevalencia de eventos trazadores tomando la información consignada en los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud Mental – ENSM 2015, a partir de los estos se calculó la disparidad y desigualdad en las prevalencias regionales empleando el índice de Pearcy-Keppel ponderado (Figura 1)(5,6), con la siguiente fórmula:

$$I_{PK}^* = \sum_{i=1}^K W_i |T_i - T_{ref}|$$

En el análisis de capacidad instalada de servicios de salud mental se calcularon las razones de servicios de salud mental habilitados, camas en salud mental y talento humano interdisciplinario (fuerza laboral activa y fuerza laboral potencial) x 100.000 habitantes a nivel regional (agrupación de departamentos) y categoría de acceso potencial (municipios agrupados según categoría de acceso dada por el índice de acceso potencial a los servicios de salud (IAPSS), a partir de los cuales se calculó el índice de disimilitudes de Hoover (5,6) para identificar desigualdades sanitarias vinculadas a la distribución de los recursos físicos y de talento humano según región y categoría de acceso, de acuerdo a la siguiente fórmula:

$$I_H = \frac{1}{2} \sum_{i=1}^K |d_i|$$

El análisis de utilización de servicios de salud regional se realizó calculando el promedio de personas atendidas en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con diagnóstico de patología mental en el período 2015 – 2017 (listado CIE 10: F00 a F99, X60 a X84, Z55-Z65, G40 y G41) en todos los servicios y la proporción de personas atendida en servicios específicos de salud mental (SSM) con base en el listado de procedimientos establecidos en el Plan de beneficios (Tabla 1); a partir de los cuales se estimó el porcentaje de población canalizada y población no tratada (brecha terapéutica) con cualquier trastorno mental.

Tabla 1. Códigos CUPS – Procedimientos en salud mental

Código CUPS	Procedimiento
890108	Atencion (visita) domiciliaria, por psicología
890208	Consulta de primera vez por psicología
890308	Consulta de control o de seguimiento por psicología
890408	Interconsulta por psicología
890608	Asistencia intrahospitalaria por psicología
943101	Psicoterapia individual por psiquiatria
943102	Psicoterapia individual por psicología
944001	Psicoterapia de pareja por psiquiatria
944002	Psicoterapia de pareja por psicología
944101	Psicoterapia familiar por psiquiatria
944102	Psicoterapia familiar por psicología
944201	Psicoterapia de grupo por psiquiatria
944202	Psicoterapia de grupo por psicología
944902	Intervencion en salud mental comunitaria, por psiquiatria
944904	Intervencion en salud mental comunitaria, por psicología

Se estimó la frecuencia de derivación a servicios específicos de salud mental en los departamentos y municipios calculando el porcentaje de población con trastorno mental atendida en las IPS a las cuales se les realizó atención específica en salud mental por sexo, grupo de edad (adolescente - adulto), área de residencia (urbano - rural) y régimen de afiliación.

Por último, se realizó análisis de correspondencia entre la frecuencia de derivación por trastornos mentales, la tasa de intento de suicidio y la tasa de mortalidad según categoría de acceso potencial (diagrama de caja y bigotes).

Referencias

1. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;
2. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. 2015. 1-242 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/encuesta-nacional-salud-mental-ensm-2015.zip>
3. Ministerio de salud. Resolución 3374 de 2000. Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud. 2000.
4. Colombia C de. Ley 1164 de 2007 [Internet]. 3 de octubre. 2007. p. 30. Available from: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY_1164_DE_2007.pdf
5. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de la desigualdad por índices de dispersión: en los accidentes de motos en Colombia, 2012-2014. Vol. 5, Boletín ASIS. 2017. p. 1-6.
6. Saude. Es G. Medición De Desigualdades En Salud -Epidat 4. 2010. p. 67.

Paula Andrea Sosa Higinio
Luz Stella Cantor Poveda
Karol Patricia Cotes-Cantillo

12.4.3. Estudio de caso: suicidio en comunidades indígenas de Vaupés, una aproximación desde el acceso a los servicios de salud mental

Este apartado responde a un estudio de caso de carácter exploratorio-interpretativo (1) acerca del fenómeno del suicidio en población indígena y el acceso a los servicios de salud mental, que se ha convertido en una problemática de carácter prioritario en la agenda pública (2). Este estudio fue desarrollado a partir de la revisión de fuentes secundarias relacionadas con el suicidio en pueblos indígenas en Colombia, y primarias mediante entrevistas semi-estructuradas y grupos focales dirigidos a actores clave con conocimiento y experiencia en el tema de salud mental, suicidio y acceso a servicios de salud en comunidades indígenas del departamento del Vaupés.

Dado que este estudio se realizó bajo un método cualitativo de investigación (3), si bien se describen a continuación los momentos del proceso, estos no responden a un estricto paso a paso sino que se retroalimentan constantemente entre sí. De esta manera, en un primer momento se hizo una indagación a nivel de fuentes secundarias de información con respecto al fenómeno del suicidio en pueblos indígenas tanto de producción académica como por parte de entes gubernamentales.

Selección del departamento del Vaupés como estudio de caso

La selección del caso se apoyó en la revisión documental, en consulta a expertos del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) y miembros de la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC), y con base en la revisión de las tasas de suicidio a nivel departamental. Se evidenció que entre los departamentos con mayor porcentaje de población indígena y alta tasa de suicidio, se encontraba el departamento del Vaupés. El Vaupés además ha sido objeto de diversas intervenciones y propuestas de trabajo en salud con enfoque diferencial étnico; tales razones llevaron a definir este territorio como pertinente para el estudio de caso.

A partir de la revisión de la literatura sobre el suicidio en pueblos indígenas y del modelo de acceso (4) tomado como base para el informe, se identificaron las categorías deductivas de análisis presentadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Categorías preliminares de análisis con relación suicidio en pueblos indígenas y el acceso a servicios de salud mental

Categoría deductiva	Subcategorías
Suicidio y Conducta suicida	Significado
	Causas
	Prácticas protectoras
	Prácticas de riesgo
	Respuesta institucional
Acceso a servicios de salud mental	Acceso potencial (Acalidad) Enfoque diferencial étnico
	Acceso real (Acciones desde la institucionalidad) Enfoque diferencial étnico
	Barreras de acceso

Fuente: Elaboración propia equipo de análisis ONS

Las categorías analíticas orientaron la construcción de las preguntas incluidas en los instrumentos de recolección de información, y se definieron los grupos de actores a entrevistar para dar cuenta de estos conceptos.

Recolección de información

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales y grupos focales a miembros de organizaciones indígenas, funcionarios del Gobierno nacional, departamental y municipal tanto del sector salud como de otros sectores, e investigadores. El trabajo de campo se realizó en el casco urbano de Mitú. La concertación de las entrevistas y grupos focales realizados se hizo con el apoyo de la referente de salud mental de la Secretaría Departamental de Salud del Vaupés. Teniendo en cuenta la sensibilidad del tema y el alcance exploratorio del estudio, no se planteó el abordaje en comunidades ni casos individuales de conducta suicida. En la Tabla 2 se relacionan las fuentes primarias de información.

Tabla 2. Relación de actores entrevistados en el Estudio de caso: suicidio en comunidades indígenas de Vaupés, una aproximación desde el acceso a los servicios de salud mental

Grupos Focales	Entrevistas semi-estructuradas
1. Integrantes Grupo Salud Mental – Dirección de Promoción y Prevención (Ministerio de Salud y Protección Social)	Fuente 1. Referente de Salud Mental Municipal – Secretaría Municipal de Salud del Vaupés
	Fuente 2. Coordinador de la EPS Mallamás
2. Integrantes Equipo Salud Mental – Área de Salud Pública (Secretaría Departamental de Salud del Vaupés)	Fuente 3. Coordinador de la EPS Nueva EPS
	Fuente 4. Funcionarios de la ESE del departamento del Vaupés
3. Integrantes Organización Indígena Gobierno Propio	Fuente 5. Psicóloga (Asistencial) de la ESE del departamento del Vaupés
4. Funcionarios Secretaría de Educación Municipal	Fuente 6. Integrantes ONG Sinergias presentes en el departamento del Vaupés

Fuente: Elaboración propia equipo de análisis ONS

Análisis e interpretación

A partir de la transcripción de las entrevistas, la información se clasificó en categorías y fuentes de información, y se elaboraron matrices para la sistematización y análisis. Las categorías inductivas corresponden al análisis de la información organizada y la emergencia de otras categorías a partir de esta, propias del conocimiento, percepción y experiencia de los actores entrevistados respecto a los temas enunciados. A partir de esos primeros hallazgos y en reuniones de trabajo con el equipo a cargo de este estudio, se fueron decantando y redefiniendo las categorías tanto deductivas como inductivas, mediante la triangulación y el grado de saturación de la información. Las categorías que finalmente guiaron el análisis para la interpretación y escritura del apartado se presentan en la Tabla 3.

Tabla 3. Categorías finales de análisis del Estudio de caso: suicidio en comunidades indígenas de Vaupés, una aproximación desde el acceso a los servicios de salud mental

Categorías deductivas	Subcategorías	Categorías inductivas	
Suicidio y Conducta suicida	Significado	-Concepción frente al proceso salud-enfermedad -Concepción frente al suicidio	
	Causas	-Pérdida de la identidad cultural -Discriminación, estigmatización, exclusión -Contradicciones entre la cultura tradicional y la occidental (limbo-vacío) -Falta de confianza -Influencia grupos religiosos -Conflictos de pareja y con otros miembros de la comunidad, desamor, violencia intrafamiliar	
	Prácticas protectoras	-Ritualidad, rezos de protección	
	Prácticas de riesgo	-Ruptura de normas culturales (dinámicas relacionadas con las causas mencionadas antes) -Consumo de alcohol y otras sustancias	
Acceso a servicios de salud mental	Acceso potencial	Características del servicio	-Política pública -Talento humano (disponibilidad y capacidades para la atención intercultural) -Disposición de la red de prestación (zonas rurales dispersas) -Funcionamiento del sistema (UPC diferencial, relación entre asegurador y prestador)
		Características de la población	-Características sociodemográficas (ponerlo en diálogo en el marco del acceso) -Construcción de identidad (población permeada por lo institucional, contexto histórico, influye en el acceso -ponerlo en diálogo en el marco del acceso-) -Recursos económicos - costos del transporte -Aseguramiento -Necesidad sentida (búsqueda de atención médica o de recursos propios en salud)
	Acceso real	Uso de los servicios	-Ruta de acceso (Notificación de casos, seguimiento)
		Satisfacción del paciente	-Experiencia frente al uso (adherencia) -Acción con daño, acciones sin pertinencia cultural

Fuente: Elaboración propia equipo de análisis

Referencias

1. Neiman G, Quaranta G. Los estudios de caso en la investigación sociológica. In: Gedisa, editor. Estrategias de Investigación Cualitativa. 1era ed. Barcelona; 2006. p. 57–78.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Orientaciones técnicas con enfoque intercultural para la promoción de la salud mental, la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la conducta suicida en población indígena. Bogotá; 2016.
3. Bonilla-Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en Ciencias Sociales. Grupo Edit. Bogotá; 2005.
4. A A, R. A. A Framework for the Study of Access to Medical Care. . Health S. 1974.



Lorena Maldonado Maldonado
Sandra Misnaza Castrillón

12.5. Metodología del análisis de acceso a servicios preventivos de salud bucal en Colombia

El acceso a servicios sanitarios es parte esencial en la garantía del derecho fundamental a la salud. En salud bucal (SB) particularmente, los lineamientos políticos de las últimas dos décadas en Colombia, se han orientado principalmente a garantizar servicios preventivos en el marco del aseguramiento, como principal estrategia para mejorar la SB del país, sin embargo, no existe un seguimiento sistemático que permita evaluar la implementación y el impacto de estos lineamientos.

El principal objetivo del capítulo fue describir y analizar el avance en el acceso a los servicios preventivos de salud bucal (SB) a la luz de las directrices de política pública que los soportan, e identificar los principales retos que tiene el país en esta materia.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo mixto del acceso a servicios preventivos de SB en Colombia, a partir del contenido de las políticas públicas que incorporan la SB y de indicadores de acceso obtenidos de fuentes secundarias oficiales.

En primer lugar, se realizó análisis de contenido de las directrices de política pública relacionadas con acceso a servicios preventivos en SB, formuladas desde que inició a operar el actual sistema de salud en 1994 y hasta las reformas recientes. En segundo lugar, tomando como marco teórico de referencia el modelo de Aday y Andersen (1,2), se seleccionaron algunos indicadores para aproximarse al acceso real y potencial a los servicios preventivos de SB. Los indicadores seleccionados según la información disponible fueron los siguientes (Tabla 1):

Tabla 1. Indicadores para analizar el acceso a servicios preventivos de salud bucal en Colombia

Dimensión	Sub-dimensión	Indicador	Fuente
Acceso potencial	Características de los servicios	Densidad de odontólogos por 10000 habitantes	Observatorio de talento humano en salud
		Densidad de servicios de odontología general habilitados por 10000 habitantes	REPS* Población DANE**
		Tiempo de espera para asignación de cita odontológica por departamentos	Observatorio Nacional de Calidad en Salud
	Características de la población	Edad (Ciclo de vida)	ENSAB IV***
		Proporción de población que nunca ha asistido a consulta odontológica.	ENSAB IV
Acceso real	Uso de servicios	Tiempo de última consulta odontológica (Proxi, de frecuencia de uso de servicios odontológicos)	ENSAB IV
		Motivo de última consulta odontológica	ENSAB IV
		Lugar de última consulta odontológica	ENSAB IV
		Proporción de personas que no han recibido servicios preventivos en SB por más de un año	ENSAB IV
		Proporción de personas que han recibido algún servicio preventivo en SB en el último año.	ENSAB IV RIPS **** Población DANE
	Resultados en salud	Prevalencia de caries activa en dentición temporal, mixta y permanente, según criterio ICDAS (clasificación que permite identificar caries desde etapas incipientes)	ENSAB IV
		Prevalencia de caries avanzada en dentición temporal, mixta y permanente.	ENSAB IV
		Índice COP (cariado, obturado y perdido)	ENSAB IV
		Índice de dientes perdidos por caries	ENSAB IV
		Prevalencia de periodontitis leve	ENSAB IV
		Prevalencia de periodontitis moderada	ENSAB IV
		Prevalencia de periodontitis avanzada	ENSAB IV

* Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud, ** Departamento Administrativo Nacional de Estadística, ***Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal, ****Registro Individual de Prestación de Servicios

Población

Población general colombiana, discriminada por etapas del ciclo de vida, enfoque incorporado en el actual Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, para identificar y entender las vulnerabilidades en cada etapa del desarrollo humano e intervenir oportunamente entendiendo que el mayor beneficio que se puede lograr en un momento de la vida puede derivarse de intervenciones en etapas vitales previas (3). La clasificación de las etapas de ciclo de vida, que se tuvo en cuenta fue: primera infancia (0-5 años), infancia (6 - 11 años), adolescencia (12-18 años), juventud (19 - 26 años), adultez (27 - 59 años) y vejez (60 años y más). Esta clasificación no es absoluta, ya que existen diversas situaciones individuales, sociales y culturales que pueden generar variaciones.

Fuentes de información

Para el establecimiento y análisis de los indicadores de acceso, se incorporaron fuentes de información con datos representativos de la población y de los eventos de interés. Éstas fueron:

- El último Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB IV (2013-2014), que recogió datos tanto clínicos como de algunos determinantes sociales entre ellos el acceso a servicios sanitarios. Fue un estudio con un diseño muestral probabilístico, estratificado, multietápico y de elementos, que alcanzó un nivel de respuesta general del 88,2%. Del total de encuestas y exámenes realizados el 80% se realizó en áreas urbanas y el restante 20% en áreas rurales (4).
- Los datos de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS), obtenidos de los cubos del Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO) (5). Esta fuente brinda información de prestación de servicios a nivel nacional para toda la población afiliada. Los filtros utilizados para la búsqueda fueron: año (2014 a 2018), etapas del ciclo vital y edades simples y Códigos Únicos de Procedimientos en Salud (CUPS) (Tabla 2):

Tabla 2. Códigos de servicios preventivos en SB reportados al SISPRO

Código CUPS	Denominación
997300	Detartraje supragingival
997310	Control de placa dental
997102	Aplicación de sellantes de fotocurado
997101	Aplicación de sellantes de autocurado
997103	Topicación de flúor en gel
997106	Topicación de flúor en barniz
990203	Educación individual en salud, por odontología
990112	Educación grupal en salud, por higiene oral

- La información proyectada por el Observatorio de Talento Humano en Salud y el Observatorio Nacional de Calidad en Salud que tienen cálculos de algunos de los indicadores de interés desagregados por departamentos.
- El Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS) (6), que brinda información referente al número de servicios de odontología general habilitados por Departamentos actualizados para el año 2019.

Los indicadores obtenidos a partir de los micro datos del ENSAB IV fueron ajustados por los factores de expansión correspondientes y se usó la misma población muestral como denominador para el cálculo de los indicadores señalados.

Para el cálculo de los niveles de cobertura poblacional efectiva de servicios preventivos de SB y de la densidad de servicios de odontología general habilitados por Departamento, se utilizó como denominadores la población DANE 2014 - 2019 de acuerdo al indicador (7). La información cuantitativa fue sistematizada y procesada en Excel 2016 y en el lenguaje de programación R versión 3.6.1.

Triangulación de información

Una vez identificados los diferentes lineamientos políticos relacionado con acceso a servicios preventivos en SB y su evolución, y descritos los indicadores de acceso potencial y real, se realizó un proceso de triangulación de información (8) con el objetivo de contrastar los lineamientos políticos con su realización empírica y de esta manera dar cuenta en alguna medida de la eficacia y capacidad de acción y ejecución de la política pública (9), ubicando algunos vacíos existentes para plantear recomendaciones, que permitan mejorar el acceso a los servicios preventivos de SB en toda la población.

Consideraciones éticas

Este análisis es considerado una investigación sin riesgo acorde con la normatividad colombiana (Resolución 8430 de 1993), no hubo intervención de sujetos y los resultados serán un insumo para los tomadores de decisiones en cuanto a la actualización de política pública en salud bucal.

Referencias

1. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;9(3):208–20.
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* [Internet]. 1995;36(1):1–10. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7738325>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. 2013. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos y Publicaciones/Plan Decenal - Documento en consulta para aprobación.pdf>
4. Unión Temporal Sistemas Especializados De Información Sei S.A. – Pontificia Universidad. Metodología y Determinación Social de la Salud Bucal [Internet]. Bogotá D.C.; 2015. Available from: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Metodologia.pdf>
5. Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO - Sistema Integrado de Información de la Protección Social [Internet]. [cited 2019 Sept 13]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. REPS - Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud [Internet]. [cited 2019 Sept 13]. Available from: <https://www.sispro.gov.co/central-prestadores-de-servicios/Pages/REPS-Registro-especial-de-prestadores-de-servicios-de-salud.aspx>
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población [Internet]. [cited 2019 Sept 13]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
8. Creswell JW, Fetters MD, Ivankova N V. Designing a mixed methods study in primary care. *Ann Fam Med* [Internet]. 2004 Jan 1 [cited 2019 Oct 29];2(1):7–12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15053277>
9. Salazar Vargas C. La evaluación y el análisis de políticas públicas. *Opera.* 2009;9:23–51.



12.6. Metodología acceso Salud Sexual y Reproductiva

12.6.1. Metodología desigualdades en acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva

Aplican los métodos de la sección 12.7

Adriana Pacheco-Coral

12.6.2. El estudio multimétodo para medir el acceso a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo

La combinación de métodos es como lo dice Paula Gunn Allen (1992) “cruzar los límites de múltiples disciplinas” y “los límites son lugares de innovación” (Higonett, 1994, pp. 2-3) (1)

Un estudio multimétodo es aquel que utiliza diversas técnicas en una serie de sub-estudios, en los cuales se van respondiendo sub-preguntas que dan cuenta de los análisis realizados y se triangulan únicamente los resultados, bien sea en el análisis o en la discusión de los mismos (1).

Para caracterizar el acceso a los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo, se utilizó un estudio multimétodo usando principalmente dos técnicas: a) una cualitativa en la que se realizó una descripción de las normas y un análisis retórico de las mismas; b) una cuantitativa en la que se hizo un análisis epidemiológico para estimar prevalencias de asistencia a este tipo de controles y se calcularon las razones de prevalencia para ciertas variables relacionadas con el acceso. Así mismo, el proceso de triangulación se realizó en la discusión de resultados; proceso que hace referencia a “búsqueda de patrones de convergencia” que permitan contrastar o ampliar un hallazgo global que dé cuenta del objetivo del estudio (2).

El objetivo principal del estudio fue caracterizar el acceso de las madres gestantes y menores de cinco años a dos servicios preventivos de salud materno-infantil: los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo, a través de una mirada a las normas y un ejercicio epidemiológico con datos de dos encuestas nacionales para los años 2010 y 2015.

¿Cuáles fueron los sub-estudios planteados?

- Sub-estudio 1: Análisis de las normas que contienen los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo en Colombia.
- Sub-estudio 2: Aproximación epidemiológica a las prevalencias de asistencia a Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo en Colombia.
- Sub-estudio 3: Triangulación en la discusión de resultados.

Sub-estudio 1:

Se hizo una revisión de las normas, desde 1990, que contienen los servicios preventivos de salud materno-infantil y los Controles Prenatales y de Crecimiento y Desarrollo. Después de realizar un breve recuento, se utilizó un análisis retórico (3) sobre las normas para describir su relación con la población y los profesionales de la salud. Para describir la relación entre las madres gestantes y los menores de cinco años. Se utilizó la figura de las Redes Integradas de Atención en Salud (RIAS) y cómo ha estado presente en las diversas normas que enmarcan dichos servicios.

Sub-estudio 2:

Este análisis consistió en un estudio epidemiológico descriptivo utilizando datos de fuentes de información secundaria; la cual se obtuvo de dos encuestas nacionales, la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ENCV) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS). Se incluyeron datos anónimos electrónicos recolectados sistemáticamente relacionados con acceso a los servicios preventivos de salud materno-infantil. La información disponible se obtuvo principalmente del Instituto Nacional de Salud y del Departamento Administrativo de Estadísticas Nacionales (DANE).

Población incluida en el sub-estudio

La ENCV 2010 utilizó una muestra de 14.801 hogares y un total de 4653 (31,4%) hogares respondieron que tenían menores de 5 años (4). Mientras que la ENCV de 2015 (5), utilizó una muestra de 23.005 hogares y el 24,79% (n=5704) del total de hogares tenía menores de 5 años. Respecto a la ENDS, la 2010 incluyó un total de 53,521 mujeres en edades de 13-49 años (6); y en 2015 incluyó 38,718 mujeres en el mismo rango de edad (7).

Variables

De la ENCV, se analizaron datos usando información del módulo Atención integral a menores de cinco años. Se utilizó el factor de expansión al momento de realizar las estimaciones de prevalencia para las variables de interés (4,6,8,9). La variable dependiente fue control de Crecimiento y Desarrollo y las variables independientes fueron sexo, edad y afiliación al SGSSS para niños y niñas. De la ENDS, se utilizó el módulo de salud materno-infantil (ENDS 2010) y el de salud materna (ENDS 2015). Para el análisis de variables, se usaron los datos ponderados después de aplicar el factor final de ponderación.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, se utilizó el programa R versión 3.6.1 y RStudio Version 1.1.463. Para todas las variables de interés se estimaron las prevalencias y las razones de prevalencia brutas con intervalos de confianza al 95%. Las razones de prevalencia ajustadas se estimaron con el modelo de Poisson robusta, para los cuales se utilizaron los Modelos Lineales Generalizados (MLG) y MLG con la familia Poisson (10).

Sub-estudio 3:

El proceso de triangulación de los resultados consistió en, discutir los resultados

derivados de la revisión sintética de las normas y contrastarlos con los hallazgos más relevantes derivados del análisis epidemiológico. Para esto, se fueron nombrando los resultados cuantitativos más relevantes, y se pusieron en diálogo con los puntos más relevantes del análisis de las normas relacionadas con dichos resultados. Se apoyó también en evidencia encontrada en la literatura para soportar estos análisis en el que se mezclan resultados cuantitativos y cualitativos.

Referencias

1. Hesse-Biber SN, Rodriguez D, Frost N. A qualitative driven approach to multimethod and mixed methods research. In: Hesse-Biber SN, Johnson RB, editors. The Oxford handbook of multimethod and mixed methods research inquiry. Oxford University Press; 2015. p. 23–4.
2. Benavides MO, Gómez-Restrepo C. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Rev Colomb Psiquiatr. 2005;34(1):118–24.
3. Kelly GJ, Bazerman C. How students argue scientific claims: A rhetorical-semantic analysis. Appl Linguist. 2003;24(1):28–55+372.
4. Bustamante Roldán JR. Encuesta Nacional De Calidad De Vida 2010. 2011;45. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Boletin_Prensa_ECV_2010.pdf
5. Departamento Admnsitrativo Nacional de Estadística D. Boletín técnico Encuesta Nacional de Calidad de Vida – ECV 2015. 2016;1–52.
6. Ojeda G, Ordóñez M, Ochoa LH. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2011.
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Tomo I [Internet]. 2017. p. 1–430. Available from: <http://profamilia.org.co/docs/ENDS TOMO I.pdf>
8. Estadística. D de M y P. Archivo Nacional de Datos - Colombia Encuesta Nacional de Calidad de Vida - ENCV- 2010. 2014.
9. Ministerio de salud y proteccion social; profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud Encuesta Nacional de Demografía y Salud Componente de Salud Sexual y Salud Reproductiva. 2017;219.
10. Espelt A, Mari-Dell’Olmo M, Penelo E, Bosque-Prous M. Estimación de la Razón de Prevalencia con distintos modelos de Regresión: Ejemplo de un estudio internacional en investigación de las adicciones. Adicciones. 2016;29(2):105–12.

Nelson J. Alvis-Zakzuk
Diana Díaz-Jiménez
Carlos Castañeda-Orjuela

12.6.3. Cómo medir económicamente los gastos asociados a los controles prenatales en Cartagena de Indias, Colombia, 2018

Los estudios de costos son importantes herramientas que permiten cuantificar las diferentes actividades que se realizan para atender o prevenir una enfermedad (1,2). Son útiles en el sentido que brindan insumos necesarios para tomar decisiones informadas en salud pública. Este estudio estima desde la perspectiva de las pacientes y de sus familias a cuánto ascienden los gastos relacionados con la atención de los controles prenatales y las complicaciones durante el embarazo.

Se describieron los costos económicos (directos no médicos e indirectos) de gestantes que se realizaron controles prenatales en la Empresa Social del Estado Clínica Maternidad Rafael Calvo C. (ESE-CMRC). La ESE-CMRC es un hospital universitario público que presta servicios de salud en gineco-obstetricia, perinatología y neonatología de mediana y alta complejidad. Es un centro de referencia materno-infantil en Cartagena de Indias, zona norte del país, debido a que atiende aproximadamente uno de cada dos partos en la ciudad; además cuenta con un servicio de consulta externa con alta afluencia de gestantes cartageneras y de municipios aledaños. Por esta razón, es un escenario idóneo para medir los costos relacionados con los controles prenatales en mujeres gestantes.

El presente estudio se clasifica como “sin riesgo” para las participantes, según la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud (3). Las pacientes recibieron toda la información pertinente al proyecto y firmaron un consentimiento informado. Las participantes no fueron sometidas a riesgos ni daños a su integridad física. Los investigadores garantizaron la protección del anonimato y la confidencialidad de la información. Se utilizaron códigos para identificar a cada participante. Solo los investigadores tuvieron acceso a la información de identificación de las mujeres. Las bases de datos, electrónicas y físicas, fueron almacenadas solo por el equipo de investigación del Observatorio Nacional de Salud y son de acceso exclusivo a los investigadores.

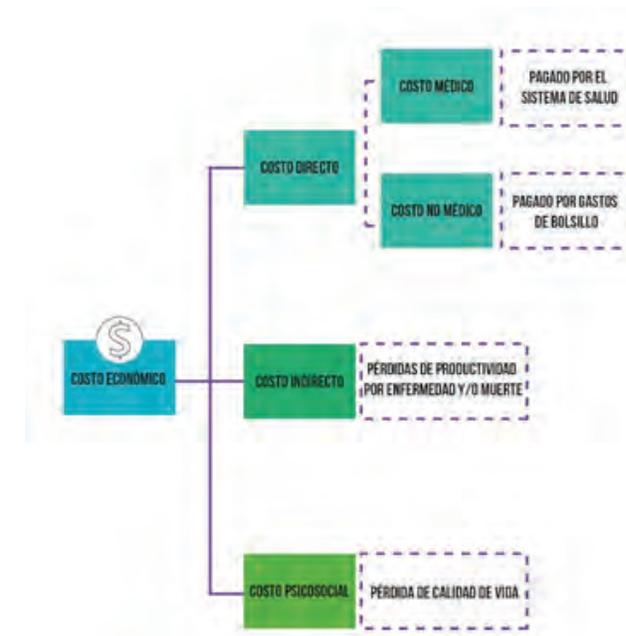
¿Quiénes participaron en el estudio?

Consecutivamente, gestantes de todas las edades que asistieron a su control prenatal los días 22 a 24 de enero de 2018 en la consulta externa de la ESE-CMRC, provenientes de Cartagena de Indias o de municipios circunvecinos. Las entrevistas fueron realizadas por tres investigadores del ONS.

¿Qué costos se estimaron?

En fármaco-economía, los estudios de descripción y análisis de costos estiman, esencialmente, costos directos e indirectos. Los primeros se dividen en costos directos médicos y costos directos no médicos. Los directos médicos valoran el consumo de recursos utilizados en la atención de la enfermedad, sea ambulatoria o en pacientes hospitalizados (2). Entre estos se encuentran rubros de estancia hospitalaria, medicamentos, procedimientos diagnósticos, consultas médicas generales y especializadas, entre otros rubros generadores de costos (4). Por su parte, los costos directos no médicos apoyan el proceso de atención, pero no van claramente relacionados con este. Entre estos se puede encontrar los gastos de bolsillo (GB) desencadenados por la enfermedad y que son asumidos por el paciente o sus familias (5,6). Por otra parte, los costos indirectos (7) se asocian a la pérdida de productividad debido a la enfermedad o a la muerte prematura; desde el punto de vista económico se puede asumir que el empleo es un recurso de gran valor para el individuo y la sociedad, entonces, la enfermedad ocasiona que la persona tenga pérdida de tiempo laboral, ya sea temporal o permanente; por tanto, es necesario incluir en el análisis la pérdida de productividad al calcular el costo de la enfermedad (6) (Figura 1).

Figura 1. Tipología de los costos en fármaco-economía



Fuente: adaptado de Pisu y colaboradores (8)

Esta investigación implicó la construcción de un instrumento de recolección de información, a fin de estimar el GB y los costos indirectos asociados a los controles prenatales y complicaciones en gestantes. Con dicha herramienta se preguntaba a la mujer por algunos atributos sociodemográficos, buscando caracterizar la población que asiste a los controles prenatales y sus hogares. Entre estos atributos, se indagó acerca del estado civil, fecha de nacimiento, municipio de procedencia, estrato socioeconómico de la vivienda, afiliación al sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) y nivel de escolaridad. A su vez, este instrumento indagó cuánto gasta la gestante de su bolsillo en la atención del control prenatal, relacionado con: medicamentos, transporte, pago a cuidadores de niños y niñas, cuotas moderadoras, exámenes diagnósticos, entre otros gastos. Esta indagación permitió estimar en promedio cuánto gasta una mujer en la atención de los controles prenatales. También, se exploró el GB relacionado con las complicaciones asociadas al embarazo, en caso de que fueran reportadas por las gestantes al momento de aplicar el instrumento. Se consideraron como complicaciones todas las anomalías relacionadas con la salud de la mujer o del bebé durante la etapa de gestación, que implicaran un contacto con el sistema de salud mediante una consulta de urgencias.

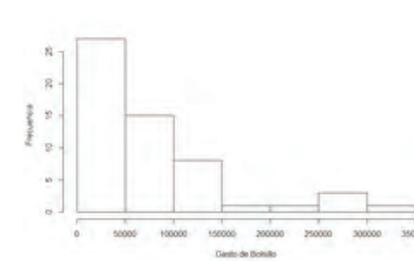
De otro lado, este estudio cuantificó el valor de la pérdida de productividad debido a la reducción del tiempo de trabajo asociado al tiempo dedicado a asistir al control prenatal. Para esto, se recopiló información de las gestantes respecto a su actividad laboral formal o informal, ingresos económicos, número de horas de trabajo perdidas durante la atención del control prenatal e ingresos monetarios del hogar. Las participantes con empleo y remuneración fija señalaron el número de horas de trabajo perdidas, costeadas según su nivel salarial. En mujeres que manifestaban no tener un empleo o que este era de carácter no formal, así como para las amas de casa, se consideró el salario mínimo mensual legal vigente (SMMLV) como patrón de referencia. Este fue para 2018 de \$781.242. En las gestantes que estudiaban, se estimó el tiempo de ausentismo generado por el control prenatal.

¿Qué análisis se realizaron?

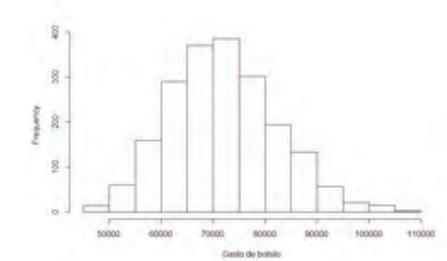
Los datos de cada formulario fueron recopilados en encuestas físicas y luego tabulados, almacenados y analizados en una base de datos utilizando Microsoft® Excel (Microsoft, Co.). Para caracterizar a la población estudiada, analizar los GB y los costos indirectos en gestantes se utilizaron frecuencias absolutas y relativas y promedios e intervalos de confianza. Estos últimos se estimaron a partir del método de percentiles. Se realizó un bootstrapping con el fin de reducir el sesgo dentro del análisis. El bootstrapping implica un re-muestreo de los datos obtenidos en una muestra, con reemplazamiento, y su principal utilidad es generar una estimación empírica de la distribución muestral completa de un estadístico. Se observó que los datos, al re-muestrearlos, se distribuyeron normalmente (Ver Anexo estadístico).

Anexo estadístico

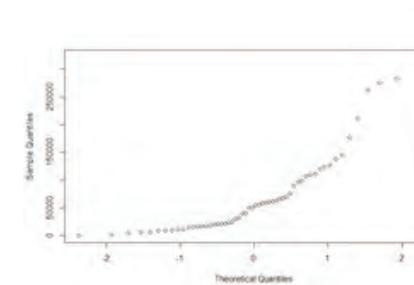
a) Histograma del gasto de bolsillo total



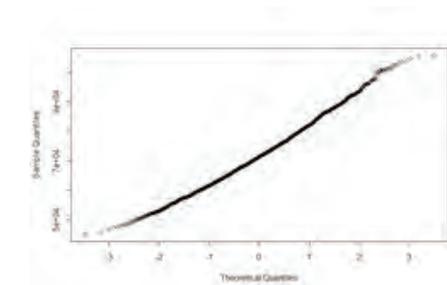
b) Gráfico cuantil-cuantil gasto de bolsillo total



c) Gráfico cuantil-cuantil gasto de bolsillo total



d) Gráfico cuantil-cuantil gasto de bolsillo (Bootstrapping 2000 iteraciones)



Lo anterior, explica la utilización del promedio como medida resumen de los datos de costos.

Referencias

1. Bernal-Aguirre C, Carvajal-Sierra H, Alvis-Zakzuk NJ. Costos económicos de la infección respiratoria aguda en un Municipio de Colombia Economic costs of acute respiratory infection in a municipality of Colombia.
2. Alvis-Zakzuk NJ, Díaz-Jiménez D, Castillo-Rodríguez L, Castañeda-Orjuela C, Paternina-Caicedo Á, Pinzón-Redondo H, et al. Economic Costs of Chikungunya Virus in Colombia. *Value Heal Reg Issues*. 2018;17(51):32–7.
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución Número 8430 de 1993.
4. Hutter N, Schnurr A, Baumeister H. Healthcare costs in patients with diabetes mellitus and comorbid mental disorders-a systematic review. *Diabetologia*. 2010;53(12):2470–9.
5. Puig-Junoy J, Ortún-Rubio V, Pinto-Prades JL. Los costes en la evaluación económica de tecnologías sanitarias. *Atención Primaria*. 2013;27(3):186–9.
6. Nasution RD. Análisis comparativo de los costos directos del tratamiento de la Diabetes mellitus en la ciudad de Sogamoso, Colombia. 2015;3(2):54–67.
7. Lenz-Alcayaga R. Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. *Rev Med Chil*. 2010;138:88–92.
8. Pisu M, Azuero A, McNees P, Burkhardt J, Benz R, Meneses K. The out of pocket cost of breast cancer survivors: A review. *J Cancer Surviv*. 2010;

12.6.4. Análisis de los componentes de la oferta en métodos anticonceptivos para las mujeres migrantes irregulares en la ciudad de Cúcuta

El presente análisis tiene por objetivo analizar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSR), siendo el objeto de estudio la oferta en métodos anticonceptivos para mujeres migrantes irregulares (MMI), teniendo en cuenta la oferta del sistema de salud, las agencias internacionales, las organizaciones privadas y su relación con las necesidades de esta población. Para lo cual se hizo uso de herramientas cualitativas que permitieron indagar la experiencia del personal sanitario, funcionarios del sector salud de la ciudad, del departamento, del orden nacional, al igual que funcionarios de organizaciones privadas y MMI.

Se eligió realizar una exploración amplia del tema en Cúcuta debido a que es una de las ciudades colombianas con mayor impacto a causa de la ola migratoria proveniente de Venezuela, resultado de su cercanía con el vecino país. Este fenómeno migratorio ha dejado como consecuencia una mayor demanda de los servicios de salud. Sumado a esto, Cúcuta es considerada una zona fronteriza de desarrollo mixto y densamente poblada (1), lo que implica retos para llevar a cabo una atención integral a la población migrante.

La revisión documental, acorde al objetivo de la investigación, se centró en documentos acerca de mujeres, migración y SSR, encontrando dos relaciones, la primera fue mujer o género y SSR; la segunda relación fue mujeres y migración. Cabe destacar que se encontró un amplio número de estudios que analizan el vínculo entre género, migración y SSR, lo que hizo evidente la importancia actual de estas investigaciones. Así se identificaron las categorías analíticas que permiten develar elementos de interés para el análisis del acceso a los métodos anticonceptivos en las MMI: la construcción de la sexualidad, la construcción de la identidad de la mujer, y las desigualdades e inequidades basadas en género (2-4).

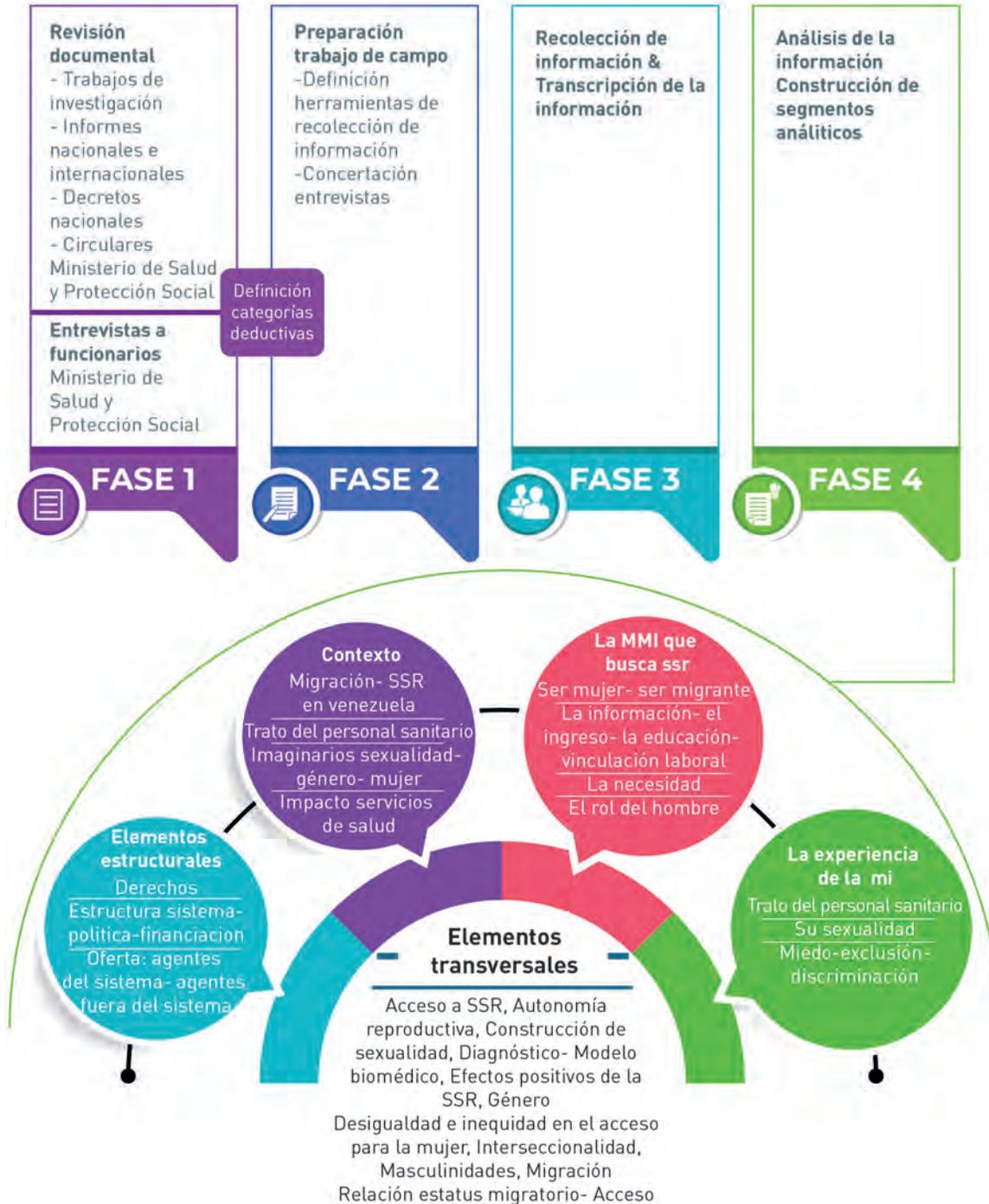
Se realizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas en formato digital y posteriormente transcritas en su totalidad. El objetivo de las entrevistas fue indagar la oferta de métodos anticonceptivos, sus características y la demanda efectiva de las MMI que acuden a la búsqueda de servicios de SSR, por lo que se exploró la búsqueda de atención, las emociones que enmarcan las decisiones, la construcción de identidad, entre otros temas, que constituyen la necesidad de acceder a servicios de SSR. En lo que respecta a la oferta de servicios de SSR, se incluye una exploración del impacto de la migración venezolana en los actores del SGSSS, la oferta de servicios de SSR en Cúcuta, y el papel de las agencias internacionales. Se realizaron entrevistas

a funcionarios del sector salud y a un grupo de mujeres mayores de edad (Tabla 1), a través de las cuales se exploraron categorías extraídas de la literatura en SSR. Para su análisis se tuvieron en cuenta las dimensiones cultural, psicológica, física y subjetiva, al considerarse son las que proveen los elementos a los individuos búsqueda de atención en salud.

Construcción del marco teórico

En aras de analizar la información recogida en el trabajo de campo se tomó como referente el modelo de Aday y Andersen (5), con el objetivo de analizar las características de la oferta de los servicios de salud, las características de la población y la experiencia de las MMI con los servicios de salud. La revisión a profundidad de las entrevistas permitió la construcción de segmentos analíticos, que consisten en grupos de conceptos y categorías que evidenciaron relaciones, distancias y concordancias entre los sujetos que se analizaron, estos segmentos se denominaron (a) Elementos Estructurales, (b) Elementos de contexto, (c) La búsqueda de SRR por parte de la MMI, y (d) La Experiencia de la búsqueda de la MMI. Su desarrollo y conexión con las fases del análisis se exponen en la Figura 1. Al hacer uso de entrevistas semiestructuradas se consiguen respuestas abiertas que posibilitan el desarrollo de temas de interés e incluso que los entrevistados marquen el rumbo de la entrevista en consonancia con el entrevistador, esto permite conservar un cuadro más afín a la realidad que perciben la población y los funcionarios.

Figura 1. Fases del análisis del análisis de caso de MMI y SSR en Cúcuta, Colombia



Fuente: Equipo Observatorio Nacional de Salud

La sección 6.3 del presente informe reporta los resultados de los análisis, con la siguiente estructura: se presenta el contexto migratorio en Colombia; la respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a la migración; el análisis de la vulnerabilidad de las MMI; el peso en salud física y mental que implica la migración para las mujeres, y la manera en que priorizan sus necesidades en salud; la experiencia de las mujeres migrantes al buscar servicios de SSR; y finaliza con una serie de recomendaciones que surgen de los análisis realizados.

Tabla 1. Personas entrevistadas

Roles	Número de personas
Mujeres migrantes	3
Mujeres connacionales	3
Funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social	3
Funcionarios de la Secretaria de Salud	1
Funcionarios del Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander	1
Funcionarios de Profamilia	4
Funcionarios de Oriéntame	1
Personal Sanitario	2
Universidad de Santander	1
Funcionarios ESE ImSalud	3

Fuente: Elaboración equipo Observatorio Nacional de Salud

Referencias

1. Grupo Banco Mundial. Migración desde Venezuela a Colombia. 2018.
2. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. 2018.
3. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Tu cuerpo, tu sexualidad, tus derechos: Guía sobre salud sexual y reproductiva. 2010.
4. Navarro Enrique F, Fátima. El género como determinante social de inequidad en salud en mujeres. 2018;1-29.
5. Aday LA, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res [Internet]. 1974;9(3):208-20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>



*Liliana Hilarión-Gaitán
Diana Díaz-Jiménez
Gina Vargas-Sandoval
Carlos Castañeda-Orjuela*

12.7. Estimación de indicadores de salud y su relación con el índice de acceso

Selección de indicadores y fuentes de información

Para el análisis en mortalidad evitable atribuible al sistema de salud se usó la lista de causas susceptibles de atención médica generada en el estudio de carga global de enfermedad construida a partir de la codificación desarrollada por Nolte y Mckee (1,2).

Por medio de consulta a expertos académicos¹, se identificaron para morbilidad, eventos en salud que tuvieran una posible relación o impacto con el acceso potencial o real a los servicios de salud en Colombia.

Como fuentes de información se utilizaron: las estadísticas vitales y proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (3,4) y la información reportada al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) (5). El periodo de análisis fue 2013 a 2017, las Tablas 1 y 2 muestran los eventos e indicadores seleccionados, así como las fuentes de información y los códigos de la clasificación internacional de enfermedades, décima revisión (CIE-10), según corresponda.

1. Agradecemos los conceptos y discusiones de los profesores Jaime Ramírez de la Universidad Javeriana y Fernando De la Hoz de la Universidad Nacional

Tabla 1. Causas de mortalidad incluidas en el análisis de acceso a servicios de salud

CAUSAS		INDICADOR	CIE 10
 <p>Enfermedades transmisibles, maternas, neonatales y nutricionales</p>	Tuberculosis	Tasa de mortalidad de tuberculosis	A10-A14, A15-A19.9, 90-B90.9, K67.3, 93.0, M49.0, P37.0
	Enfermedades diarreicas	Tasa de mortalidad por enfermedad diarreica	A00-A00.9, A02-A04.1, A04.3, A04.5-A07, A07.2-A07.4, A08-A09.9, R19.7
	Infecciones respiratorias de vías bajas	Tasa de mortalidad por infección respiratoria de vías bajas	A48.1, A70, J09-J15.8, J16-J16.9, J20-J21.9, P23.0-P23.4, U04-U04.9
	Infecciones respiratorias de vías superiores	Tasa de mortalidad por infección respiratoria de vías superiores	J01-J01.91, J04.0, J05-J05.0, J05.11, J36-J36.0
	Difteria	Tasa de mortalidad por difteria	A36-A36.9
	Tosferina	Tasa de mortalidad por tosferina	A37-A37.91
	Tétanos	Tasa de mortalidad por tétanos	A33-A35.0
	Sarampión	Tasa de mortalidad por Sarampión	B05-B05.9
	Desórdenes Maternos	Tasa de mortalidad por desórdenes maternos	N96, N98-N98.9, O00-O07.9, O09-O16.9, O20-O26.93, O28-O36.93, O40-O48.1, O60-O77.9, O80-O92.79, O96-O99.91
	Desórdenes Neonatales	Tasa de mortalidad por desórdenes neonatales	P00-P04.2, P04.5-P05.9, P07-P15.9, P19-P22.9, P24-P29.9, P36-P36.9, P38-P39.9, P50-P61.9, P70, P70.3-P72.9, P74-P78.9, P80-P81.9, P83-P84, P90-P94.9, P96, P96.3-P96.4, P96.8-P96.89

CAUSAS		INDICADOR	CIE 10
 <p>Enfermedades no transmisibles</p>	Neoplasias	Tasa de mortalidad por cáncer de colon y recto	C18-C21.9, D01.0-D01.3, D12-D12.9, D37.3-D37.5
		Tasa de mortalidad por cáncer de piel no melanoma [carcinoma de células escamosas]	C44-C44.99, D04-D04.9, D49.2
		Tasa de mortalidad por cáncer de mama	C50-C50.929, D05-D05.92, D24-D24.9, D48.6-D48.62, D49.3, N60-N60.99
		Tasa de mortalidad por cáncer cervical	C53-C53.9, D06-D06.9, D26.0
		Tasa de mortalidad por cáncer uterino	C54-C54.9, D07.0-D07.2, N87-N87.9
		Tasa de mortalidad por cáncer testicular	C62-C62.92, D29.2-D29.8, D40.1-D40.8
		Tasa mortalidad por linfoma Hodking	C81-C81.99
		Tasa mortalidad por leucemia	C91-C95.92
		Tasa mortalidad por cardiopatía reumática	I01-I01.9, I02.0, I05-I09.9
	Enfermedad Cardiovascular	Tasa mortalidad por enfermedad isquémica del corazón	I20-I25.9
		Tasa mortalidad por enfermedad cerebrovascular	I65-I66.9, I67.0-I67.3, I67.5-I67.6, I68.1-I68.2, I69.0-I69.398
		Tasa mortalidad por enfermedad hipertensiva cardiaca	I11-I11.9
		Tasa mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	D86-D86.2, D86.89-D86.9, G47.3-G47.39, J30-J35.9, J37-J47.9, J60-J63.8, J65-J68.9, J70-J70.1, J70.8-J70.9, J82, J84-J84.9, J91-J92.9
		Tasa mortalidad por ulcera péptica	K25-K28.9, K31, K31.1-K31.6, K31.8, K31.82-K31.89
	Enfermedades digestivas	Tasa mortalidad por apendicitis	K35-K37.9, K38.3-K38.9
	Tasa mortalidad por Hernia inguinal, femoral y abdominal.	K40-K42.9, K44-K46.9	
	Tasa de mortalidad por enfermedad de la vesícula biliar	K80-K83.9	
Desórdenes neurológicos	Tasa mortalidad por epilepsia	G40-G41.9	
Diabetes, enfermedades urogenitales, sanguíneas y endocrinas	Tasa mortalidad por diabetes	E10-E10.11, E10.3-E11.1, E11.3-E12.1, E12.3-E13.11, E13.3-E14.1, E14.3-E14.9, P70.0-P70.2, R73-R73.9	
	Tasa mortalidad por enfermedad renal crónica	D63.1, E10.2-E10.29, E11.2-E11.29, E12.2, E13.2-E13.29, E14.2, I12-I13.9, N02-N08.8, N15.0, N18-N18.9	
Otras enfermedades no transmisibles	Tasa mortalidad anomalías cardíacas congénitas	Q20-Q28.9	

CAUSAS	INDICADOR	CIE 10
 <p>Lesiones</p>	Efectos adversos del tratamiento médico	Y38.9-Y84.9, Y88-Y88.3
Lesiones no intencionales	Tasa mortalidad por efectos adversos del tratamiento médico	

Tabla 2. Eventos e indicadores de morbilidad incluidos en el análisis de acceso a servicios de salud

Eje	Evento	Indicador *	Fuente denominador
Enfermedades transmisibles	Tuberculosis pulmonar	Tasa de incidencia de tuberculosis (6)	Proyección población DANE
	Tuberculosis fármaco resistente	Tasa de incidencia de tuberculosis fármaco resistente (7)	Proyección población DANE
	Tuberculosis extra pulmonar	Tasa de incidencia de tuberculosis extra pulmonar (7)	Proyección población DANE
	Meningitis tuberculosa	Tasa de incidencia de meningitis tuberculosa (7)	Proyección población DANE
	Enfermedad de Chagas	Tasa de incidencia de enfermedad de Chagas (8)	Proyección población DANE
	Malaria por Plasmodium falciparum	Índice parasitario Anual por Plasmodium falciparum (9)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Malaria por Plasmodium vivax	Índice parasitario Anual por Plasmodium vivax (10)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Malaria por malaria mixta	Índice parasitario Anual por malaria mixta (10)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Malaria complicada	Índice parasitario Anual por Malaria complicada (10)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Letalidad por malaria complicada	Letalidad por malaria complicada (10)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Dengue	Tasa de incidencia por dengue (11)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Dengue grave	Tasa de incidencia por dengue grave (11)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Letalidad por dengue grave	Letalidad por dengue grave (11)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Zika	Tasa de incidencia por Zika (12)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Chikungunya	Tasa de incidencia por Chikungunya (13)	Población a riesgo-Ministerio Salud
	Salud infantil	Accidente ofídico	Tasa de incidencia por accidente ofídico (14)
Tétanos accidental		Tasa de incidencia por tétanos accidental (15)	Proyección población DANE
Letalidad leucemia linfocítica aguda en menores de 18 años		Letalidad leucemia linfocítica aguda (16)	Proyección población DANE menores de 18 años
Letalidad leucemia mielocítica aguda en menores de 18 años		Letalidad leucemia mielocítica aguda (16)	Proyección población DANE menores de 18 años
Letalidad cáncer infantil menores de 18 años		Letalidad cáncer infantil (16)	Proyección población DANE menores de 18 años

* Todos con fuente del numerador de Sivigila

Para el análisis en salud sexual y reproductiva se usaron los indicadores reconocidos en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (17) y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 (18) cuya fuente de información oficial permitiera el cálculo de indicadores por municipios. Como fuentes de información se utilizaron los registros de nacidos vivos y proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (3,19). El periodo de análisis fue 2013 a 2017. En la Tabla 3 se pueden observar los indicadores seleccionados para el análisis y las fuentes de información.

Tabla 3. Indicadores en salud sexual y reproductiva incluidos en el análisis de acceso a servicios de salud

Indicador	Municipio de análisis	Numerador	Fuente numerador	Denominador	Fuente denominador	Unidades
Tasa de fecundidad adolescente	Residencia permanente de la madre	Número de nacimientos (nn.vv.) en mujeres entre 15 a 19 años	Registros de nacido vivo (3)	Mujeres entre 15 a 19 años	Proyección población DANE (19)	por 1.000 mujeres
Cobertura de CPN	Residencia permanente de la madre	Número de nacimientos (nn.vv.) con cuatro o más consultas de control prenatal	Registros de nacido vivo (3)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 100 nn.vv.
Partos hospitalarios	Ocurrencia del nacimiento	Número de nacimientos (nn.vv.) atendidos en una institución de salud	Registros de nacido vivo (3)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 100 nn.vv.
Partos por cesáreas	Ocurrencia del nacimiento	Número de nacimientos (nn.vv.) por cesárea	Registros de nacido vivo (3)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 100 nn.vv.
Morbilidad materna extrema	Residencia permanente de la madre	Número de casos de morbilidad materna extrema	Sivigila (20)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 1.000 nn.vv.
Bajo peso al nacer	Residencia permanente de la madre	Número de nn.vv. con bajo peso al nacer	Sivigila (21)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 100 nn.vv.
Sífilis gestacional	Residencia permanente de la madre	Número de casos de sífilis gestacional notificados	Sivigila (22)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 1.000 nn.vv.
Sífilis congénita	Residencia permanente de la madre	Número de casos nuevos de sífilis congénita notificados	Sivigila (22)	Número de nn.vv.	Registros de nacido vivo (3)	por 1.000 nn.vv.

CPN: Control prenatal; nn.vv.: nacidos vivos

Cálculo de tasas municipales y análisis descriptivo

Para cada uno de los indicadores de mortalidad evitable, se calculó una tasa promedio anual (2013-2017) ajustada por edad, según sexo, para cada una de las poblaciones de los municipios ubicados en cada quintil de acceso a los servicios, de acuerdo al índice. El ajuste de tasas se realizó por el método directo y se tomó como referencia la población estándar OMS 2001 (23). Los denominadores se obtuvieron de las proyecciones poblacionales del DANE 2013-2017 (4), en los casos donde el denominador fue población a riesgo esta fue obtenida del Ministerio de Salud y Protección Social y se re-escaló a los subgrupos de edad y sexo según la estructura poblacional de cada municipio.

En los registros de mortalidad donde había valores perdidos en las variables sexo y edad, se realizó un proceso de imputación para completar los datos faltantes de las variables mencionadas, para esto se usó un modelo de predicción, donde las variables predictivas fueron: año, municipio, causa de muerte y, en el caso de la imputación de edad, se incluyó el sexo como variable predictiva. No se imputaron datos en los registros completos. Con el fin de identificar el modelo predictivo de mejor rendimiento se utilizó el enfoque de machine learning con modelos de clasificación de random forest implementados en el lenguaje de programación R con el paquete caret (este paquete permite realizar un pre-procesamiento, entrenamiento, optimización y validación de modelos predictivos. El modelo se ajustó en una muestra aleatoria del 70%, de los registros completos, y se realizó la validación cruzada del modelo seleccionado sobre el 30% restante de la muestra.

Para el caso de los porcentajes de los indicadores de salud sexual y reproductiva, se calculó el porcentaje promedio anual (2013-2017) para cada una de las poblaciones de los municipios ubicados en cada quintil de acceso a los servicios, de acuerdo al índice. Los indicadores fueron calculados según municipio de residencia permanente de la madre o de ocurrencia del nacimiento, según la naturaleza del evento. Para calcular el número de nacimientos del denominador, fueron excluidos aquellos que no registraron información específica de cada indicador.

Todos los indicadores fueron calculados según el quintil del índice de acceso y por sexo para el quinquenio 2013-2017 y se muestran con gráficos de barras, para evaluar posibles gradientes. Los resultados se describen por indicador en salud, identificando los quintiles de acceso a los servicios de salud con mayores y menores valores. Además se calculó la brechas relativas mediante la estimación de la razón entre el quintil con mayor valor en comparación con el de menor valor, para cada sexo, interpretado como un riesgo relativo (RR). El análisis se desarrolló primero con el IAPSS. En caso de no encontrar los gradientes esperados, se analizó con el IARSS para comprender mejor los resultados. La información obtenida se procesó y analizó con el lenguaje de programa estadístico R, versión 3.6.1 (24).

Referencias

1. Barber RM, Fullman N, Sorensen RJD, Bollyky T, McKee M, Nolte E, et al. Healthcare access and quality index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: A novel analysis from the global burden of disease study 2015. *Lancet*. 2017;390(10091):231-66.
2. Fullman N, Yearwood J, Abay SM, Abbafati C, Abd-Allah F, Abdela J, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2018;391(10136):2236-71.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Estadísticas vitales.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. Proyecciones de población. 2017.
5. Instituto Nacional de Salud. Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública -SIVIGILA. 2015.
6. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo Vigilancia en Salud Pública de Tuberculosis. 2017.
7. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia en Salud Pública. Tuberculosis. 2017.
8. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo de vigilancia Enfermedad de Chagas. 2010.
9. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Malaria. 2017.
10. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Guía protocolo para la vigilancia en salud pública de malaria. 2017.
11. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia Dengue. 2017.
12. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia Zika. 2017.
13. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia Chikungunya. 2017.
14. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia accidente ofídico. 2017.
15. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia tetanos accidental. 2017.
16. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo vigilancia cáncer menores de 18 años. 2017.
17. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible - Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2019 Oct 15]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
18. Ministerio de salud y Protección social. Plan Decenal de Salud Pública, 2012 - 2021. 2013;
19. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas D. Proyecciones de población [Internet]. [cited 2019 May 13]. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion>
20. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo Vigilancia en Salud Pública de Morbilidad Materna Extrema. 2017.
21. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública de bajo peso al nacer a término. Bogotá D.C;
22. Instituto Nacional de Salud.Sivigila. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública sífilis gestacional y congénita. 2017.
23. World Health Organization. Age standardization of rates: a new WHO standard. 2010.
24. R Core Team, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. R: A Language and Environment for Statistical Computing. 2019.



Rodrigo Ruiz-Lurduy

12.8. Metodología acceso y garantía de los servicios de salud en la política pública

12.8.1. Parámetros Metodológicos Para el Análisis del Acceso a la Salud desde las Redes Integrales de Prestadores de Servicios en Salud.

Para responder la pregunta de ¿Cuál es la experiencia en la implementación de las Redes Integrales de Prestadores Servicios en Salud de las Sub-Redes en Bogotá?, se realizó un estudio de caso descriptivo exploratorio (1), donde el caso fueron las Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud (RIPSS) implementadas por las cuatro Sub-Redes en Bogotá. El estudio de caso permitió acercarse a los actores involucrados desde diferentes fuentes de información con el propósito de dar una mirada panorámica de su implementación y de su contexto integrando desde sus experiencias. (2). Las etapas implementadas en el análisis se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Etapas implementadas en el análisis de política pública de ls RIPSS en Colombia

Descripción de la Etapa de investigación		Actividad
1	Selección de la política para analizar	<ul style="list-style-type: none"> - Política de Atención Integral en Salud (PAIS) - Redes Integrales de Prestadores Servicios en Salud (RIPSS)
3	Diseño Cualitativo	<ul style="list-style-type: none"> - Organización de las Entrevistas, actores relevantes a la luz de la Política en Bogotá (5) - Validación Instrumento de Entrevista Semi-Estructurada - Aplicación de Entrevista Semi-Estructurada - Codificación Inicial de las Entrevistas. - Categorización de los elementos codificados para el análisis de contenido fenomenológico. - Interpretación - Realización de Grupos Focales con funcionarios en Bogotá - Organización de Información - Verificación y Análisis
4	Resultados	Análisis de las Redes Integrales de Prestadores Servicios en Salud.

Diseño Cualitativo

El análisis de contenido fenomenológico busca caracterizar los datos narrativos de manera que sean capaces de mostrar los significados implícitos en las experiencias de los actores involucrados con las Políticas Públicas a través de sus discursos, resalta la importancia de las diferentes interpretaciones que se dan frente a las acciones gubernamentales identificando el hilo argumentativo y los elementos subjetivos que se configuran frente a las intervenciones del Estado. Su objetivo es encontrar el sentido latente que organiza las experiencias, sus producciones textuales y las prácticas de los sujetos como formas de comunicación, y que guardan en sí, los juicios de valor, las creencias, y las categorías socioculturales que median y se configuran en la interrelación de los sujetos con las Políticas Públicas (3-5)

Las entrevistas son uno de los recursos más usados para recolectar información de tipo cualitativo; en este caso, se trató de formular un encuentro semi-estructurado dirigido a recabar las experiencias que los funcionarios en Bogotá han tenido en la

implementación de la Política PAIS y del Modelo MIAS y configurar a través de sus relatos, los significados de dichas vivencias (Tabla 2). Los encuentros estuvieron centrados en conocer el punto de vista de los funcionarios de la Implementación de las RIPSS, las estrategias de coordinación, los cambios en el Acceso de la Salud de las personas, y los efectos de las RIPSS en el personal médico, administrativo y la infraestructura, entre otros. El instrumento contó con la revisión y validación por pares antes de entrar a campo. El consentimiento para la realización de las entrevistas se dio de manera verbal y quedó registrado en los archivos de la entidad. La recolección de información no tuvo conflictos de intereses, y estuvo direccionada por los compromisos éticos reconocidos nacional e internacionalmente para investigaciones sin riesgo.

Tabla 2. Actores Entrevistados en Bogotá

Actor	Dependencia
Ministerio de Salud	Prestación de Servicios
Entidad Territorial. RED Bogotá. SDS	Oficina de Provisión de Servicios de Salud.
Institución Prestadora de Salud	Subgerente de Prestación de Servicios de Salud de la Subred Norte
	Subgerente de Prestación de Servicios de Salud de la Subred Centro Oriente
	Subgerente de Prestación de Servicios de Salud de la Subred Sur Occidente
	Subgerente de Prestación de Servicios de Salud de la Subred Sur

De manera complementaria a las entrevistas, se realizaron dos grupos focales con algunos de los actores que conforman las SubRedes de Prestación de Servicios de Salud en Bogotá, en el marco del Encuentro de Experiencias en Salud Pública (Tabla 3). Los grupos focales son una técnica intermedia capaz de construir variables o discursos para el análisis de la información que un conjunto de sujetos es capaz de generar en torno a las experiencias y acciones que han tenido sobre un tema de interés común(6). Así, a través de una serie de preguntas se indagó de manera colectiva y general, en la experiencia vivida de los funcionarios a propósito de los avances y dificultades que han tenido en la conformación e implementación de las RIPSS; el enfoque territorial en la implementación; y el tipo de transformaciones que la implementación de las RIPSS ha tenido en el Acceso a la Salud. Los grupos focales, en un primer momento, tratan de reconstruir en conjunto las perspectivas, saberes y racionalidades que los sujetos tienen de sus propias acciones y experiencias; en este caso, fueron utilizados para verificar y complementar en el análisis, la información recolectada durante las entrevistas semi-estructuradas, más que en las interacciones de los sujetos entre sí (7). Los insumos de su realización alimentaron la discusión y las recomendaciones de la sección sobre el análisis de las RIPSS.

Tabla 3. Conformación de los Grupos Focales. Encuentro de Experiencias en Salud Pública con énfasis en Redes Integrales de pPrestadores de Servicios de Salud, Bogotá, 2019

Grupo focal 1	Grupo focal 2
Instituciones	
Subred distrital centro oriente	Compensar EPS
Centro distrital de educación e investigación en salud	Subred distrital norte
Oficina de servicio al ciudadano de la subred distrital norte	Asociación Colombiana de empresas de medicina integral ACEMI
Compensar EPS	Centro distrital de educación e investigación en salud
Personería de Bogotá	Subred distrital centro oriente
Dirección de análisis de entidades públicas distritales del sector salud	Subred distrital sur
Subred distrital norte	Subred distrital sur occidente

Sistematización y Análisis

Apoyados en la Fenomenología (5), se emplearon cuatro etapas básicas para el procesamiento de la información: reducción, intuición, análisis y descripción. Se hizo transcripción de las entrevistas y revisión de las mismas, para luego ser codificadas. Los códigos previos utilizados fueron seleccionados de las funciones de coordinación en la implementación de las RIPSS: Identificación de la Población en cada Territorio; Demandas en Salud; Definición del Portafolio de Servicios; Adecuación de los Procesos de Atención; Coordinación de los Sistemas de Referencia; Estrategias de Capacitación del Personal de la Salud; Mecanismos de Gestión de Riesgos Colectivos e Individuales; Recursos Físicos y Tecnológicos; Adaptación de Políticas; Funcionamiento Financiero.

Este primer paso, de marco de codificación, estuvo basado en los temas desarrollados y perfeccionados tras el análisis preliminar de las primeras transcripciones y de los documentos, buscando reducir la información a características relevantes. Esta revisión permitió la familiaridad con las narrativas de las experiencias, para buscar las relaciones entre los diferentes actores y la organización de temas para el análisis en un conjunto de datos que configuraron las experiencias de los actores. Las categorías analizadas estuvieron seleccionadas por el número de codificaciones en la información y la relevancia de las mismas, en este paso se identificaron tres nodos de significados importantes: Adaptación de Políticas, Definición del Portafolio de Servicios y Adecuación de los Procesos de Atención.

Los grupos focales fueron transcritos en su totalidad y luego organizados en una matriz temática por pregunta orientadora. La información fue filtrada por relevancia, densidad y claridad respecto a las experiencias y racionalidades de los funcionarios, posteriormente fue triangulada con los nodos de significados que surgieron de las entrevistas semi-estructuradas para verificar o complementar su contenido. Por último, las recomendaciones fueron transcritas por relevancia, densidad y claridad para ser trianguladas de forma particular con la información recolectada en las entrevistas semi-estructuradas y codificadas por similitud y significado en el contenido bajo el código: Recomendaciones. Esta información fue el principal insumo para construir esa sección del documento y darle voz a los participantes de la investigación (4,6,8).

Referencias

1. Yin RK. The Case Study as a Serious Research Strategy. *Sci Commun*. 1981;3(1):97-114.
2. Oaks T, Aberdeen T, Psychology E, Yin, R. K. (2009). *Case study research: Design and methods* (4th Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage. *Can J Action Res*. 2013;14(1):69-71.
3. Roth AN. Enfoques para el Análisis de Políticas Públicas. Universida. Roth AN, editor. 2010. 374 p.
4. Bernard HR. *Research Methods in Anthropology: Qualitative and Quantitative Approaches*. 4th ed. Vol. 77, *East African Medical Journal*. United States Of America: AltaMira Press; 2006.
5. Marí Mollà R, Bo Bonet RM, Climent CI. Propuesta de Análisis Fenomenológico de los Datos Obtenidos en la Entrevista. *Univ Tarraconensis Rev Ciències l'Educació*. 2010;1(1):113.
6. Manuel CC. *Metodología de la Investigación Social*. Introducción a los Oficios. Lom Ediciones. 2006. 593 p.
7. Guest G, Namey E, Taylor J, Eley N, McKenna K. Comparing Focus Groups and Individual Interviews: Findings From a Randomized Study. *Int J Soc Res Methodol* [Internet]. 2017;20(6):693-708. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/13645579.2017.1281601>

12.8.2. Metodología de Las tutelas: ¿puerta de entrada al acceso real de los servicios de salud?

El objetivo de la sección 8.2 es indagar por el uso de la acción de tutela para garantizar el acceso al derecho a la salud en Colombia, entre los años 2015 y 2018. Metodológicamente el enfoque que mejor se adapta para dar cumplimiento a este objetivo es el enfoque cualitativo, el cual se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados (1).

Desde el enfoque cualitativo se utilizó la investigación documental, la cual depende fundamentalmente de la información que se recoge o consulta en documentos. Entendiéndose este término como todo material de índole permanente, es decir, al que se puede acudir como fuente o referencia en cualquier momento o lugar, sin que altere su naturaleza o sentido, para que aporte información o rinda cuentas de una realidad o acontecimiento (2). La metodología basada en la identificación de fuentes documentales, reconoce un documento como cualquier material textual o escrito que no fue preparado específicamente para responder a las preguntas del investigador, sino que necesita ser ubicado y entendido en su contexto social (3).

Se utilizaron principalmente los informes anuales que elaboró la Defensoría del Pueblo sobre la acción de tutela y el derecho a la salud, las providencias de tutelas de interés en materia de protección al derecho a la salud y la normatividad base del sistema nacional de salud. La revisión documental cubrió un horizonte temporal de cuatro años, desde la promulgación de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) hasta el 2018 (Tabla 1). La búsqueda de estos documentos se hizo en las páginas web de la Defensoría del Pueblo (<http://publicaciones.defensoria.gov.co/desarrollo1/ABCD/opac/>), la Corte Constitucional (<http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/>) y la Secretaría General del Senado de la República (<http://www.secretariasenado.gov.co/index.php/leyes-de-la-republica>). Asimismo, la lectura de estos documentos permitió la identificación y selección de otros documentos pertinentes para el objetivo del análisis. Los documentos fueron revisados a la luz de las categorías de análisis establecidas en el modelo teórico de Aday y Andersen (4).

Tabla 1. Principales documentos analizados para la revisión de tutelas en salud en Colombia

Autor	Título del documento
Defensoría del Pueblo	La tutela y el derecho a la salud 2015
	La tutela y el derecho a la salud 2016
	La tutela: los derechos a la salud y la seguridad social en Colombia 2017
	La tutela y los derechos a la salud y a la seguridad social 2018
Corte Constitucional	Sentencia T-597 de 1993
	Sentencia T-016 de 2007
	Sentencia T-760 de 2008
	Sentencia T-388 de 2013
	Sentencia T-728 de 2016
	Sentencia T-357 de 2017
	Sentencia T-450 de 2016
	Sentencia T-423 de 2017
	Sentencia T-544 de 2017
	Sentencia T-579 de 2017
	Sentencia T-673 de 2017
	Sentencia T-210 de 2018
	Sentencia T-267 de 2018
Sentencia T-348 de 2018	
Congreso de la República	Ley 100 de 1993
	Ley 1751 de 2015

Fuente: Elaboración equipo ONS

Notas aclaratorias

En los casos en que un dato de una tabla estuviera solo en un año y no en la totalidad del período analizado, no se eliminó el dato. Los datos faltantes por año se diligenciaron con la sigla N.D. que significa “No Disponible”.

En el caso de las tablas Tutelas de salud según tipo de entidad demandada y Entidades más tuteladas en derecho a la salud, la Defensoría del Pueblo aclara que si en una misma tutela aparecía más de una entidad demandada plenamente identificada, se contabiliza nuevamente para efectos estadísticos, descartando los casos en que se mencionaba “otros”. Esto explica porque los totales anuales en estas tablas no coinciden con los valores que aparecen registrados en la figura Tutelas interpuestas para la protección del derecho a la salud. Colombia, 1999 – 2018.

Sistematización y análisis de la información

Se elaboró la siguiente matriz para la recolección y análisis de la información, atendiendo a las categorías de análisis del modelo de Aday y Andersen (4).

Tabla 2. Matriz de recolección de información

Documento	Acceso potencial									
	Características del servicio				Características de la población					
	Recursos		Organización		Predisponentes		Capacitantes		Necesidad	
Volumen	Distribución	Entrada	Estructura	No modificables	Modificables	Individuales	Colectivos - sociales	Percibida	Evaluada	

Referencias

1. Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 13]. p. 1–634. Available from: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
2. Cázares Hernández L, Christen M, Jaramillo Levi E, Villaseñor Roca L, Zamudio Rodríguez LE. Técnicas actuales de investigación documental. Trillas; 1990.
3. Uddin J. Documentary Research Methods: New Dimensions. *Indus J Manag Soc Sci.* 2010;4(1):1–14.
4. Aday A, Andersen R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res.* 1974;208–20.



*Nelson J. Alvis-Zakzuk
Liliana Castillo-Rodríguez
Diana Díaz-Jiménez
Mary Luz Cubillos*
Mónica Ochoa Alcántara*
Carlos Castañeda-Orjuela*

12.9. Métodos: revisión sistemática de la literatura de los estudios de gastos de bolsillo en salud en Colombia

La equidad del financiamiento de los sistemas de salud y la protección frente al riesgo financiero de los costos de la mala salud se sustentan en la noción de que cada hogar debe pagar una proporción equitativa de los gastos de salud (1). La equidad en el financiamiento comprende dos partes fundamentales: a) La mancomunación de los riesgos entre los individuos sanos y enfermos y b) La distribución del riesgo por los niveles de riqueza y renta. La primera, implica que las contribuciones de los sanos posibilitan la atención en salud a quienes enferman, protegiéndolos así de asumir la doble carga de la enfermedad y del gasto financiero asociado a la atención en salud. El segundo concepto aborda la premisa de que la equidad no significa que todas las personas contribuyan por igual, sin discriminar por sus niveles de ingreso y renta, si no que contribuyan más quienes dispongan de mayores recursos financieros. Asumir estos conceptos relacionados con la equidad del financiamiento resulta indispensable para evitar que los hogares incurran en gastos catastróficos cuando uno de sus miembros enferma (1).

A continuación, se presenta cómo se realizó la revisión sistemática de la literatura (RSL) de estudios de gastos de bolsillo (GB) en salud en Colombia.

Búsqueda electrónica y criterios de selección

Bases de datos consultadas. Las búsquedas se realizaron en las bases de datos electrónicas de PubMed-Medline, Scopus y Scielo hasta el 4 de junio de 2019. Además, se exploró en Google Académico, con el fin de ampliar el espectro de la pesquisa.

Términos de búsqueda. En las bases de datos electrónicas se utilizaron los términos MeSH o DeCS de gasto de bolsillo, salud y Colombia. También, se incluyó el descriptor de gasto catastrófico. La sintaxis de búsqueda utilizada se presenta en la Tabla 1.

Criterios de inclusión. Se consideraron artículos que analizaron el GB en salud o el gasto catastrófico en salud en Colombia y en sus territorios. También se tuvieron en cuenta publicaciones que analizaran el GB de algunas enfermedades. No hubo restricción de fechas en las búsquedas electrónicas.

* Pasantes de la especialización en Administración en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia.

Criterios de exclusión. Documentos no publicados en bases de datos de revistas científicas, además de aquellos que consideraron el gasto en salud en general sin hacer análisis específicos del GB en salud. También, se excluyeron estudios cualitativos, informes de caso, revisiones de evaluaciones económicas, análisis de costo-efectividad de tecnologías en salud, opiniones de expertos publicadas como editoriales o cartas al editor y artículos metodológicos. No se aplicaron restricciones por idioma.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda de la RSL de GB en Colombia

Fecha de búsqueda	Base de datos	Algoritmo de búsqueda
4 de junio de 2019	PubMed-Medline	{(out-of-pocket[All Fields] OR [catastrophic[All Fields] AND ("health expenditures"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "expenditures"[All Fields]) OR "health expenditures"[All Fields] OR ("health"[All Fields] AND "expenditure"[All Fields]) OR "health expenditure"[All Fields])) AND ("economics"[Sub-heading] OR "economics"[All Fields] OR "cost"[All Fields] OR "costs and cost analysis"[MeSH Terms] OR ("costs"[All Fields] AND "cost"[All Fields] AND "analysis"[All Fields]) OR "costs and cost analysis"[All Fields])) AND ("colombia"[MeSH Terms] OR "colombia"[All Fields])}
	Scopus	{out-of-pocket AND cost AND colombia}
	Scielo	out-of-pocket colombia AND in:{"spa"}

Selección de estudios

Los criterios de inclusión y exclusión se aplicaron al título y resumen de las referencias identificadas. Un revisor realizó las búsquedas electrónicas (NJAZ). Dos revisores independientemente realizaron el cribado de los estudios (MLC y MOA). Las discrepancias se resolvieron por un tercer evaluador (NJAZ). Para determinar la elegibilidad del estudio se realizó la búsqueda de textos completos y cuatro revisores realizaron la lectura de estos y la extracción de la información (NJAZ, LCR, MLC y MOA). El análisis de los resultados fue conducido por todos los autores.

Selección de variables y reporte de datos

Síntesis de información. Se diligenció una base de datos en Microsoft® Excel, en la cual se extrajo la información relacionada con GB y gasto catastrófico en salud, que incluyó datos del autor(es), año de publicación, periodo de análisis, área en la que se realizó el estudio, tipo de estudio, tipo de gasto, muestra, perspectiva y año de costeo y fuentes de información.

No se realizó una evaluación de la calidad de los estudios incluidos en este documento. En aras de la comparabilidad entre los datos derivados de las referencias seleccionadas, se tomaron dos parámetros: los datos reportados como porcentaje del Gasto Total en Salud (GTS) o como parte del Producto Interno Bruto (PIB). Estos se analizaron individualmente y como promedios del período.

Todos los costos mostrados en esta RSL fueron reportados en pesos colombianos (COP) de 2008, indexándolos con el índice de precios al consumidor (IPC) calculado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (2). Los GB reportados en pesos colombianos realizados en diferentes periodos de tiempo se llevaron a este año base (2008), con el fin de generar equivalencias entre las estimaciones de las publicaciones. Esto permitió aislar el efecto de la pérdida del valor del dinero en el tiempo, asociado al aumento generalizado del nivel de precios. Para ello, se multiplicó el costo descrito en los estudios por el IPC del año base (2008), dividido entre el IPC del año de la estimación del costo. Los datos expresados en dólares americanos (USD), fueron transformados a COP del año identificado en la metodología del respectivo estudio, utilizando la tasa representativa del mercado (TRM) disponible en el Banco de la República (3), y posteriormente indexados a COP de 2008, como se detalló anteriormente. Cuando en los estudios no se especificaba el año de costeo, se asumió el año de realización de la investigación para obtener los valores en COP.

Análisis y presentación de resultados. Se consideraron únicamente las variables relacionadas con el GB o gasto catastrófico en salud. Los documentos se clasificaron en grupos, a partir de variables similares, y se tomaron las características comunes o, que marcaran alguna diferencia en la fuente, la metodología o las variables consideradas. Los GB y gastos catastróficos fueron presentados en tablas y figuras. No se realizaron promedios en los costos reportados, debido a las diferencias metodológicas existentes entre los distintos estudios.

Los resultados se organizaron así. Primero se presentó un panorama del GB a nivel mundial, destacando los países con mayor gasto como porcentaje del gasto corriente en salud, según cifras del Banco Mundial (4). Luego se describieron las características generales de los estudios incluidos, donde se destacaron los principales atributos de cada investigación. Posteriormente, los hallazgos se mostraron por diferentes niveles de análisis, a saber: 1) análisis a nivel macroeconómico: se agruparon y describieron estudios realizados a partir de fuentes de información nacionales, como las Cuentas Nacionales de Salud (CNS), que reportaran el GB como proporción del GTS y del PIB. Este análisis permitió observar el peso que tiene el GB en Colombia sobre agregados macroeconómicos. 2) análisis a nivel microeconómico: se organizaron estudios con características similares realizados en regiones y ciudades colombianas. Se destacaron los GB en salud y algunas variables que los determinaban. 3) análisis

por enfermedades: se presentaron estudios que describían los costos directos no médicos por diversas patologías, como por ejemplo, en personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (PVVIH), en personas con hipertensión arterial; y en algunas infecciones como el virus del Chikungunya y hospitalizaciones en unidad de cuidados intensivos por infección de *Acinetobacter baumannii*.

Referencias

1. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología. Organización Mundial de la Salud; 2005.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Índice de Precios al Consumidor (IPC) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/precios-y-costos/indice-de-precios-al-consumidor-ipc>
3. Banco de la República de Colombia. Tasa Representativa del Mercado (TRM - Peso por dólar) [Internet]. 2019. Available from: <https://www.banrep.gov.co/es/estadisticas/trm>
4. The World Bank. Out-of-pocket expenditure (% of current health expenditure) [Internet]. [cited 2019 Oct 17]. Available from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.CH.ZS?end=2016&locations=ZJ&start=2016&type=shaded&view=map&year=2016>