

DESIGUALDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA

El 07 de agosto de 2014, el Presidente de la República, Juan Manuel Santos Calderón, en su discurso de posicionamiento pronunció las siguientes palabras: “Una paz total no es posible si no hay equidad”; frase que permite dirigir este documento a los decisores gubernamentales responsables de definir la agenda pública para lograr un desarrollo sostenible.

La información aquí registrada es tomada del sexto informe técnico del Observatorio Nacional de Salud (ONS): Informe Nacional sobre Desigualdades Sociales en Salud en Colombia.

Colombia vive una profunda y dramática situación de desigualdad social; y aunque la magnitud de la desigualdad del país es escandalosa, el problema es de orden mundial.

Según cifras del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Gini para Colombia en 2014 fue de 0,538; indicador que lo ubica en la posición número 14 de países con mayor desigualdad entre 134 países observados por el PNUD(1). De acuerdo con el informe de la Naciones Unidas sobre el Índice de Desarrollo Humano en el mundo, Colombia ocupó el puesto 98 en el año 2013; con respecto a equidad de género, con datos de 2013, Colombia ocupa el

puesto 92 con un Índice de Desigualdad de Género de 0,46 (2). Las desigualdades sociales en salud en Colombia son determinadas por algunos aspectos económicos, políticos y de tenencia de tierras, culturales, educativos, de empleo y trabajo, vivienda, servicios públicos y de salud; que impactan sobre el bienestar de la población colombiana y generan una estratificación social que determina las diferencias en la vulnerabilidad de las condiciones de salud.

En este marco es preciso exponer un panorama actualizado en el país sobre la magnitud de las desigualdades sociales en salud, en aras de facilitar la toma de decisiones.

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

• Expectativa de vida en Colombia

En el año 2014 Colombia tenía una población estimada de 47,7 millones de habitantes(3). El 12% de la población era mayor de 65 años, mientras en el año 2015 alrededor de 21,5 millones de colombianos eran menores de 25 años de edad (4). La expectativa de vida al nacer en Colombia en hombres varió de 72,05 años en 1998 a 76,51 años en 2013. Durante todos los años del mismo periodo (1998-2013) la esperanza de vida fue mayor entre mujeres con una diferencia a su favor de entre 6 a 8 años, variando el indicador entre los 80,2 y 82,7 años; sin

embargo, durante el periodo los hombres ganaron un mayor número de años de esperanza de vida al nacer (4,46 años versus 2,58 de ganancia en las mujeres). La misma tendencia de aumento se observa a nivel departamental y municipal, aunque hay casos como el de Córdoba, donde hay una reducción en la esperanza de vida para ambos sexos o el caso de Magdalena, Cesar y Casanare donde las mujeres reducen su esperanza de vida en el periodo de análisis.

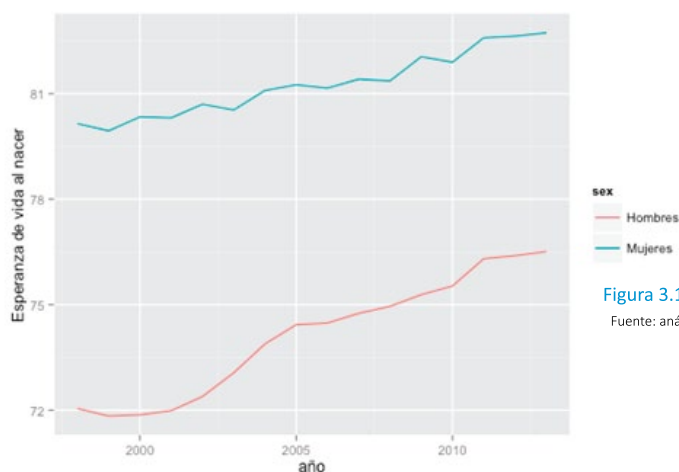


Figura 3.1. Expectativa de vida en Colombia por sexos, 1998-2012

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de Estadísticas Vitales DANE

Tabla 3.2. Expectativa de vida en Colombia por sexos, 1998-2012

SEXO	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hombres	72.05	71.84	71.87	71.99	72.39	73.06	73.88	74.43	74.48	74.75	74.95	75.28	75.53	76.31	76.39	76.51
Mujeres	80.15	79.94	80.34	80.31	80.70	80.54	81.09	81.25	81.16	81.41	81.36	82.05	81.89	82.59	82.64	82.73

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud,

De igual forma, se evidencia una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el Gini departamental y la esperanza de vida al nacer, de tal forma que los departamentos

más desiguales tienen también una menor esperanza de vida al nacer.

• Morbilidad

Según la Encuesta de Demografía y Salud (ENDS) en Colombia el bajo peso al nacer (BPN), definido como el peso por debajo de los 2.500 gramos (5), aumentó su prevalencia entre los años 2005 y 2010 tanto para niños como para niñas, siendo más relevante en las niñas. La edad de la madre tiene un efecto diferenciado entre niños y niñas: a mayores edades de

gestación en la madre, menor prevalencia de BPN en niñas; lo contrario sucede con los niños. Se evidencia una asociación inversa y estadísticamente significativa entre el índice de riqueza y el BPN, siendo las mujeres pobres más vulnerables a tener niños con BPN.

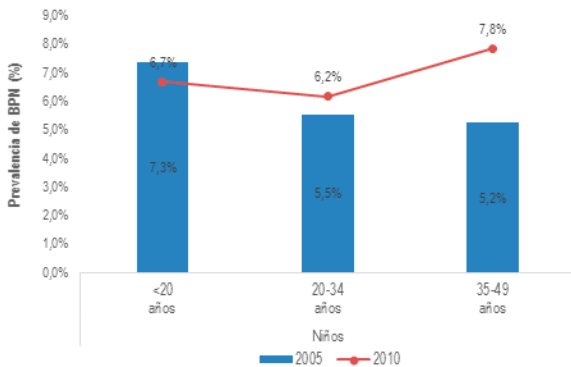


Figura 3.8. Prevalencia de BPN en niños, según edad de la madre. Colombia 2005, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

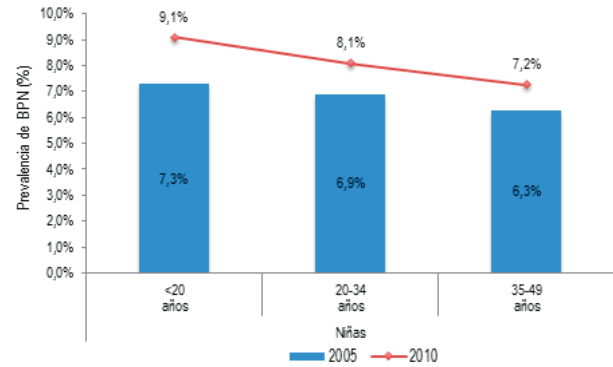


Figura 3.9. Prevalencia de BPN en niñas según edad de la madre. Colombia 2005, 2010

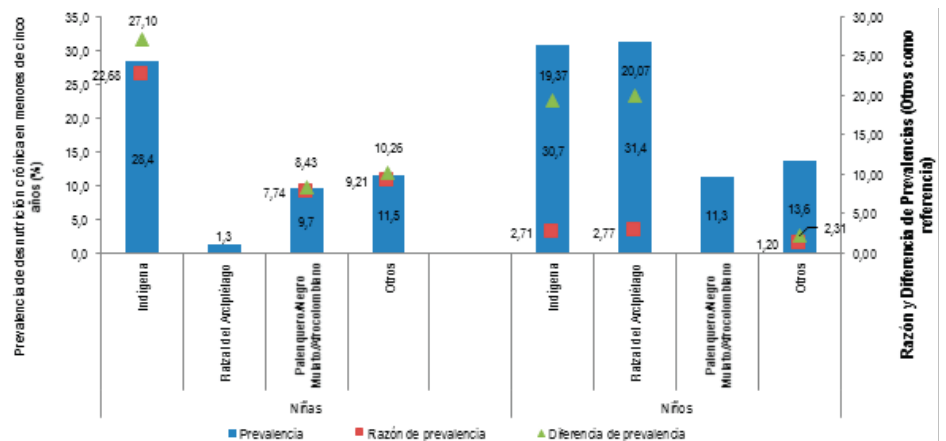
Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010

Así mismo, existe una prevalencia según el nivel educativo de la madre e índice de riqueza del hogar, donde los hijos de madres con menor nivel educativo e índice de riqueza tuvieron mayor prevalencia de DNT. Según la zona de residencia, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de cinco años fue

alrededor de 5,3% mayor en los niños y niñas del área rural comparada con el área urbana. Por último, si bien la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010 (ENSIN) no fue representativa por grupo étnico, los resultados evidencian prevalencia de DNT crónica en los hijos de madres

Figura 3.22. Prevalencia y medidas absolutas y relativas de desnutrición crónica en menores de cinco años, por pertenencia étnica. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010



que se autodefinieron como indígenas (28,4 entre niñas y 30,7 entre niños) y de los niños de las que se autodefinieron como raizales del Archipiélago de San Andrés y Providencia (31,45).

A partir de la información de la ENSIN 2010, la prevalencia de obesidad en menores de 5 años fue mayor en las niñas que en los niños mientras que en menores de 5 a 17 años son los niños los que presentan mayor prevalencia. En cuanto a la etnia, la mayor prevalencia se presentó en las comunidades indígenas. Según el área de residencia de la madre, la mayor prevalencia se centró en el área urbana tanto en niños menores de 5 años como en niños y jóvenes de 5 a 17 años. A medida que aumentó el índice de riqueza y el nivel educativo de la madre, también aumentó la prevalencia de obesidad y las medidas de brechas absolutas y relativas tanto en niños menores de 5 años como en niños y jóvenes de 5 a 17.

• Mortalidad

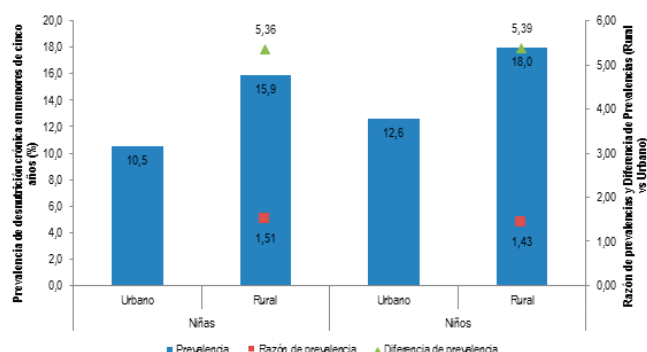
Según el ONS (6), durante el periodo 1998-2011 se reportaron en Colombia un total de 2'677.170 muertes, de las cuales 1'427.535 (53%) correspondieron a causas clasificadas como evitables y prematuras. Se evaluaron desigualdades para once (11) tipos de eventos, donde se observó una clara reducción de mortalidad en cada uno de ellos con excepción del cáncer de próstata.

- Accidentes de tránsito
- Cáncer de cuello uterino
- Suicidio
- Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)
- Materna
- Tuberculosis
- Infección Respiratoria Aguda (IRA)
- Mortalidad infantil en menores de cinco años
- Homicidio
- Desnutrición (DNT) en menores de cinco años
- Cáncer de Próstata

El sexto informe técnico del ONS evidencia desigualdades para algunos eventos en términos de mortalidad. Para el caso de cáncer de cuello uterino, se evidenció una correlación entre una mayor desigualdad y mayores tasas de mortalidad que dan

Figura 3.21. Prevalencia y desigualdad absoluta y relativa de desnutrición crónica en menores de cinco años, por zona de residencia. Colombia, 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de la ENDS 2005, 2010



indicios de una desigualdad social, en contra de los más vulnerables. La mortalidad por desnutrición en niños y niñas menores de 5 años se presentó de manera más marcada en los municipios con necesidades básicas insatisfechas (NBI) más altas. En términos de mortalidad materna, se presentó un gradiente a favor de quienes viven en cabeceras municipales y en contra de quienes habitan en áreas rurales y de quienes poseen niveles educativos más bajos. Respecto a la EDA, en los niños, la mayor brecha de desigualdad relativa (razón de tasas de mortalidad por EDA), se observó en los municipios pertenecientes al quintil 5 de NBI. En las niñas, para todos los años, la mayor brecha de desigualdad relativa se presentó en los municipios pertenecientes al quintil 4 de NBI. Las tasas de mortalidad por IRA fueron menores para 2000, 2005, 2010 y 2013, tanto en niñas como niños, comparado con los otros quintiles de pobreza. Para el año 2010, las TM por IRA en niños fueron aumentando de acuerdo al nivel socioeconómico de los municipios, es decir, la mortalidad por IRA fue menor en los quintiles, con mejor situación socioeconómica, y los de mayores NBI registraron tasas crudas más elevadas.

• Salud Percibida

La prevalencia global de salud percibida regular o mala en la población mayor de 18 años, disminuyó cerca de siete puntos porcentuales durante el periodo 2000 a 2005; no obstante, ésta prevalencia nuevamente se incrementó para el año 2010, alcanzando un valor similar al reportado en el año 2000. Una tendencia similar se observó en la prevalencia global de salud percibida regular o mala según sexo, en todos los grupos de edad y nivel educativo, tanto en el área urbana como rural y en residentes de las distintas regiones del país. En términos de territorio, las regiones Pacífica, Oriental, Orinoquía, Amazonía y Atlántica, han permanecido en los principales lugares de mayor prevalencia de salud percibida regular o mala a nivel nacional.

La brecha de desigualdad relativa (razón de prevalencia) de salud percibida regular o mala entre mujeres y hombres, mostró una leve disminución para el año 2010. No obstante, para el año 2010 la prevalencia de salud percibida regular o mala en mujeres continuó siendo 1,28 veces mayor que la prevalencia en hombres.

Tabla 3.24. Prevalencia global de la salud percibida regular o mala, en población mayor de 18 años, según condiciones socioeconómicas. Colombia, 2000, 2005 y 2010

Condición social	Prevalencia global de salud percibida regular o mala		
	2000	2005	2010
Prevalencia global	33,9	26,5	31,4
Sexo			
Mujeres	38,2	30,2	34,9
Hombres	29,0	22,3	27,3
Edad			
18-29 años	20,4	14,3	17,7
30-49 años	31,1	23,6	28,5
50 y más años	55,5	44,4	49,0
Índice de riqueza			
Muy pobre	-	41,1	47,0
Pobre	-	32,6	36,3
Medio	-	27,4	31,3
Ríco	-	22,5	26,6
Muy rico	-	14,3	19,3
Nivel educativo			
Sin Educación	60,8	50,1	57,7
Primaria	44,8	37,6	46,2
Secundaria	24,0	18,9	24,5
Superior	12,6	9,5	12,9
Pertenencia étnica			
Indígena	-	-	39,1
ROM	-	-	34,7
Raizales del archipiélago	-	-	23,01
Palenqueros de San Basilio	-	-	26,1
Negro, mulato, afrocolombiano, afrodescendiente	-	-	33,0
Otros	-	-	30,8
Zona de residencia			
Urbano	29,4	23,0	27,6
Rural	46,2	37,7	43,7
Región			
Atlántica	35,7	28,5	33,5
Oriental	37,6	36,4	35,4
Central	32,1	24,5	30,5
Pacífica	38,7	23,2	34,8
Bogotá	23,9	20,2	22,4
Orinoquía y Amazonía	-	28,6	37,0

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de encuestas Nacionales de demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

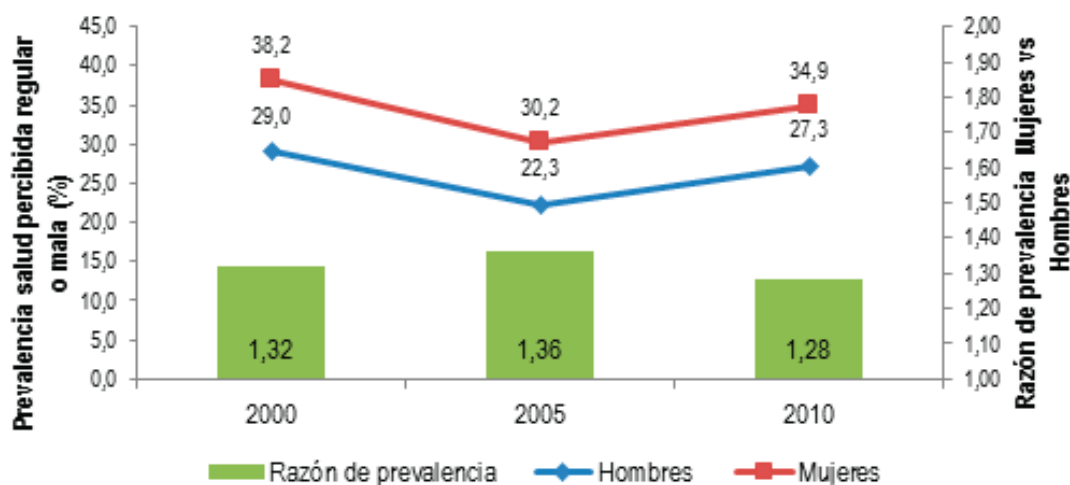


Figura 3.121. Prevalencia y razón de prevalencia de la salud percibida regular o mala en población mayor de 18 años, según sexo. Colombia 2000, 2005 y 2010

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de datos de las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) 2000, 2005 y 2010

• Condiciones de vida saludable

En Colombia solo un 26,6% de la población de 5 a 64 años reportó una frecuencia de consumo de tres o más veces al día de frutas y verduras. Las mayores prevalencias se hallaron en los departamentos de Córdoba (35,8%), Sucre (33,9%), Bolívar (33,5%) y Boyacá (32,8%), mientras que Vaupés (3,9%), Amazonas (8,3%), Guainía (8,7%) y Vichada (9,1%) reportaron las prevalencias más bajas. Tanto en hombres como en mujeres la prevalencia de la frecuencia de consumo de frutas y verduras se incrementó a medida que se tenía un mejor nivel educativo y un índice de riqueza más alto. La prevalencia de la frecuencia de consumo fue significativamente menor en el área rural y notoriamente inferior en hombres y mujeres que se autodefinieron como indígenas o como raizales.

La prevalencia de la práctica de actividad física, tanto en los dominios tiempo libre y como medio de transporte disminuyó en el periodo 2005 y 2010. La prevalencia en mujeres ha sido siempre más baja que la de los hombres y estas brechas han tendido a aumentar con el tiempo. Se encontró que a medida que la edad aumenta disminuye la prevalencia de uso de la bicicleta como medio de transporte en las mujeres y en el dominio de la práctica de actividad física en tiempo libre en los hombres, mientras que tanto en mujeres como en hombres, la prevalencia de caminar como medio de transporte aumenta.

Frente al uso de anticonceptivos, hay ciertos tipos de métodos que se usan más frecuentemente según el nivel de ingreso o de acuerdo al tipo de vivienda. El uso de la píldora y la inyección fue más frecuente en el área rural y en la población más pobre, mientras el dispositivo intrauterino, los implantes subdérmicos, el condón y la esterilización masculina fueron más frecuentes en la población urbana y en los quintiles más ricos.

Los ejes de desigualdad asociados con el embarazo y maternidad adolescente son diferentes según el área de residencia sea rural o urbana. Durante los periodos observados, se evidenció que existe una mayor probabilidad de embarazo y maternidad adolescente en la zona urbana. Así mismo, la asociación del área rural con el embarazo y maternidad adolescente se acentuó con bajos niveles educativos y de riqueza. Las tasas de fecundidad en el grupo de 15 a 19 años por departamentos tienden a ser mayores en los departamentos con menor cobertura en educación y con menor PIBpc.

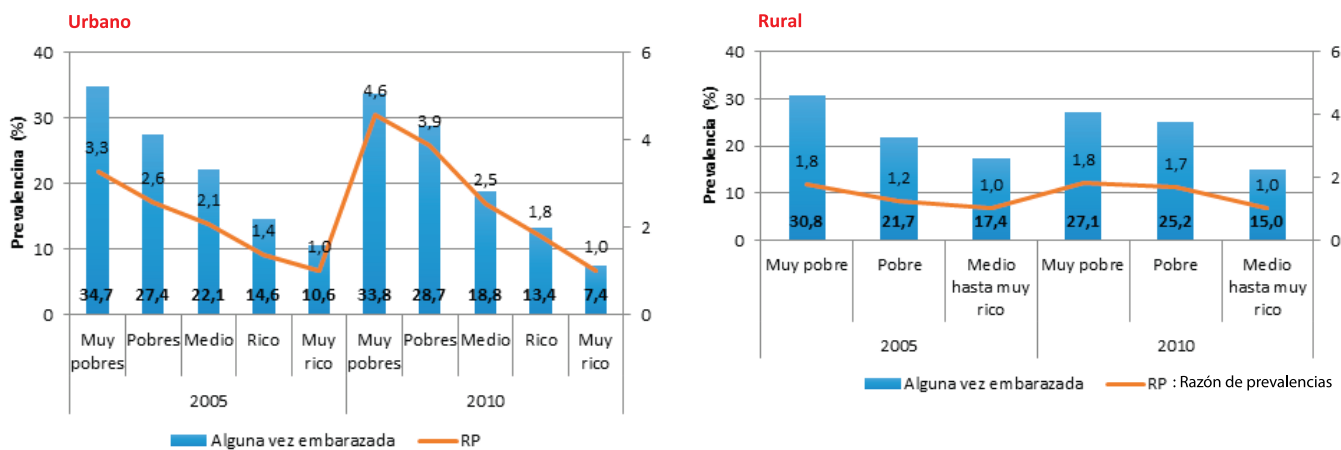


Figura 3.143. Prevalencia y razón de prevalencia de adolescentes alguna vez embarazadas entre 15 a 19 años, según nivel de riqueza, por zona de residencia. Colombia, 2000, 2005 y 2010

RP: Razón de prevalencias

Fuente: análisis equipo de trabajo Observatorio Nacional de Salud, a partir de ENDS 2000, 2005 y 2010

• Políticas de reducción de desigualdades

Mientras la inequidad en salud es un concepto normativo y por tanto, no puede ser medido ni monitoreado con precisión, las desigualdades en salud –aquellas diferencias observables entre subgrupos poblacionales– sí pueden ser medidas y monitoreadas, y sirven como un medio indirecto de evaluar la existencia de inequidades en salud entre dos o más grupos sociales. Cinco determinantes sociales de la desigualdad en salud son: desarrollo de la infancia, oportunidades para la educación y el primer empleo, condiciones de la vivienda y protección social para la familia y el adulto mayor vulnerable; los cuales son abordados a través de siete políticas para lograr reducir las inequidades durante transiciones generacionales:

- Programa de Gestión de la Maternidad Segura a nivel nacional.
- Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia de Cero a Siempre.
- Programa Ser Pilo Paga.
- Programa de 40 mil Primeros Empleos.
- Programa de Viviendas 100% Subsidiadas.
- Programa Más Familias en Acción.
- Programa Colombia Mayor.

DESAFÍOS

Destacando los avances de Colombia, siendo un país de ingreso medio, algunos autores [10, 11, 12] coinciden en que las experiencias intersectoriales en la lucha contra las desigualdades durante el curso de vida pueden tener sus limitaciones, y puede deberse especialmente a que las experiencias intersectoriales son muy sensibles al contexto, y no son fácilmente transferibles. Por tal razón, el país aún requiere que las decisiones de la CISP deban tomarse teniendo presente el contexto de una ciudad, territorio o región al interior del mismo país, en las cuales se espera tomar acción sobre los Determinantes Sociales de la Salud, dado que siempre pueden variar.

Colombia debe trabajar por mejorar las condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo de vida en relación con la infancia, los entornos saludables, la educación y las condiciones de trabajo y empleo; así mismo, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos teniendo en cuenta variables como género y etnia.

Es indispensable continuar avanzando en la comprensión de las

A partir del fortalecimiento de la gobernanza en el tema de los Determinantes Sociales en Salud (DSS), Colombia ha enfatizado en algunas de estas prioridades y áreas de acción, fomentando la participación multisectorial. Los avances incluyen desde la formulación y puesta en marcha del Plan Decenal de Salud Pública (PDSP 2012-2021) con enfoque de DSS (7), la implementación del Observatorio Nacional de Salud (ONS) y del Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud (ODES) (8); la creación de una Comisión Intersectorial de Salud Pública (CISP) (9), hasta el diseño de herramientas para lograr materializar éstas políticas del nivel nacional en el nivel local, como la Estrategia de PASE a la Equidad en Salud. Sin embargo, es importante tener claras las causas de las desigualdades para la formulación de políticas públicas para reducirlas.



diferentes decisiones de las autoridades públicas en materia de reducción de las desigualdades sociales examinando el papel de los diferentes sectores y la agenda política alrededor de los determinantes sociales de la salud, a través del seguimiento y monitoreo permanente a su proceso de implementación, desde un enfoque intersectorial que permita avanzar en la consolidación de resultados positivos para la sociedad colombiana.

Uno de los grandes desafíos que plantean los indígenas es la implementación del Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI), que aún no se ha hecho realidad debido a la falta de reglamentación. Las comunidades afro descendientes han padecido de forma fuerte los impactos de la guerra, plantean que aunque el Programa de Atención Psicosocial y en Salud a Víctimas de la Violencia (PAPSIVI), es un buen avance, hace falta que se ajuste a la visión y práctica

propia de estas comunidades. De igual forma, se considera la necesidad de que en Colombia sea creado un Ministerio de la Mujer, entidad que tendría un alcance mucho mayor que la actual Consejería para la Equidad de la Mujer.

El país ha avanzado efectivamente en la formulación y aprobación de normas, como leyes, decretos y resoluciones, y documentos CONPES, que reconocen las problemáticas sociales, económicas y políticas de los diferentes grupos sociales en términos de género y etnia, pero la materialización real de sus contenidos aún están en desarrollo y con muchas dificultades tanto institucionales, como económicas para mostrar importantes resultados.

LAS OPCIONES POLÍTICAS

Basados en una serie de recomendaciones generales establecidas por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (13), la Comisión para la Reducción de Desigualdades en Salud en España, así como las recomendaciones planteadas por otros organismos internacionales que han analizado el tema de desigualdades sociales; se presentan unas líneas de acción transversales a las propuestas por la OMS, que se pueden considerar para ser adoptadas por el país:

- Trabajar por mejorar las condiciones de vida y trabajo cotidianas a lo largo del ciclo de vida en relación con la infancia, los entornos saludables, la educación y las condiciones de trabajo y empleo; así mismo, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos teniendo en cuenta variables como género y etnia.

- Profundizar en la coordinación y la articulación intersectorial en el abordaje de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.
- Evaluar y hacer seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública en relación con la disminución de las desigualdades sociales de la salud y la pertinencia de las acciones planteadas.
- Sensibilizar en el tema de determinantes sociales de la salud en distintos niveles.
- Disponer de los recursos económicos y humanos necesarios para implementar las políticas orientadas hacia la actuación sobre los DSS en todos los sectores.
- Fortalecer los mecanismos de participación social que permitan impulsar en la agenda pública, el abordaje de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.

REFERENCIAS

1. Khalid Malik. Informe Sobre Desarrollo Humano. PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2014. p. 258.
2. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Sostener el Progreso Humano: reducir vulnerabilidades y construir resiliencia. Nueva York: PNUD; 2014.
3. Rivillas, J.C.; et.al. (2014). Desafíos del envejecimiento poblacional para el Sistema de Salud Colombiano. Necesidad de disponer de datos económicos y aumentar la investigación del adulto mayor. Rescatado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/Poster-Desafios-envejecimiento-pob-Cali-2015.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Sexto informe ONS: Desigualdades sociales en salud e Colombia [Internet]. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia; 2014. Rescatado de: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/6to%20informe%20ONS.pdf>
5. Salud MDE. Guía de atención del bajo peso al nacer.
6. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Tercer informe ONS: mortalidad evitable en Colombia para 1998-2011 [Internet]. Bogotá D.C: Imprenta Nacional de Colombia; 2014. Rescatado de: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/ons/SiteAssets/Paginas/publicaciones/Informe3-ME-ONS-Definitivo.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública Colombia PDSF 2012-2021 [Internet]. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Rescatado de: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/PDSF.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio para Medición de Desigualdades y Análisis de Equidad en Salud ODES Colombia [Internet]. Bogotá D.C: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Rescatado de: http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ODES_001_Gu%C3%ADa_ODES_07112013.pdf
9. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto número 859 de 2014 por la cual se reglamenta el parágrafo 1 del artículo 7 de la Ley 1438 de 2011 [Internet]. [6 de mayo de 2014]; 2014. Rescatado de: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Decretos/2014/Documents/MAYO/06/DECRETO>
10. Diez E, Camprubí L, Ferrelli R. Recomendaciones con los lineamientos técnicos y operativos para el fortalecimiento de la Comisión Intersectorial de Salud Pública en Colombia. Bogotá D.C: Eurosocial, Agencia de Salud Pública de Barcelona, Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
11. Van der Broucke S. Implementing Health in All Policies Post Helsinki. Heal Promot Int. 2013; 28(3):281-4.
12. Kickbush I. Health in All Policies. BMJ. 2013;(347):f4283. (15) Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Rescatado de: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>.
13. Tabacinic KR, World Health O, Comisión sobre Determinantes Sociales de la S. Subsanan las desigualdades en una generación alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Buenos Aires: Organización Mundial de la Salud; 2009. Available from: <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=579108>.



Somos una Dirección del INSTITUTO NACIONAL DE SALUD entidad adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social.
Avenida calle 26 No. 51-20 - Zona 6 CAN; Bogotá, D.C. Tel: 57 (1) 220 7700 - Fax: 57 (1) 220 0901.
Línea Gratuita: 018000113400

Contáctenos: Extensión 1389 - 1390
Horario de Atención: Lunes a Viernes 8:00 a.m. a 5:00 p.m
ons@ins.gov.co | www.ins.gov.co