

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA 2002-2007



TOMO V

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Bogotá, Diciembre de 2010

Título de la obra: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

ISBN obra completa: 978-958-8717-04-3

- Tomo I: Características sociodemográficas de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-05-0
- Tomo II: Relaciones familiares y salud sexual y reproductiva. ISBN: 978-958-8717-06-7
- Tomo III: Morbilidad y mortalidad de la población colombiana. ISBN: 978-958-8717-07-4
- Tomo IV: Situación de salud de la infancia. ISBN: 978-958-8717-08-1
- Tomo V: Prestación de servicios de salud. ISBN: 978-958-8717-09-8
- Tomo VI: Análisis de desigualdades e inequidades en salud. ISBN: 978-958-8717-10-4
- Tomo VII: Situación de salud de Colombia 2002-2007: Resumen. ISBN: 978-958-8717-11-1
- Tomo VIII: Análisis de la situación de salud de Colombia 2002-2007: Gestión de Datos.
ISBN: 978-958-8717-12-8

© Ministerio de la Protección Social y Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
© Los Autores.

Año de la publicación: 2010

Lugar y fecha de la edición: Imprenta Nacional de Colombia. Bogotá, diciembre de 2011

Queda prohibida la reproducción parcial o total de este documento, por cualquier medio escrito o visual, sin previa autorización del Ministerio de la Protección Social, quien autorizará la reproducción total o parcial siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

Interventoría: Dirección General de Salud Pública – Ministerio de la Protección Social

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director General de Salud Pública

VÍCTOR HUGO ÁLVAREZ CASTAÑO

Coordinador de Vigilancia en Salud Pública

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"

ALBERTO URIBE CORREA

Rector

ÁLVARO CARDONA SALDARRIAGA

Decano Facultad Nacional de Salud Pública U. de A.

LUIS ELISEO VELÁSQUEZ LONDOÑO

Vicedecano

CARLOS ROJAS ARBELÁEZ

Director Centro de Investigaciones

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA, PhD.

Directora General

CARLOS ALBERTO TANGARIFE VILLA

Coordinación de Bases de Datos

GLORIA MOLINA MARÍN

JUAN LUIS LONDOÑO FERNÁNDEZ

MARÍA PATRICIA ARBELÁEZ MONTOYA

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN

DIANA MARCELA MARÍN PINEDA

LUCELLY LÓPEZ LÓPEZ

YAMILE ANDREA BAENA HENAO

Edición Académica

LETICIA BERNAL VILLEGAS

Revisión de estilo

ALINA GIRALDO YEPES

Diagramación

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Participantes en el desarrollo del Proyecto ASIS Colombia 2002-2007

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Lenis Enrique Urquijo, Director General de Salud Pública, Comité Técnico ASIS
Víctor Hugo Álvarez Castaño, Coordinador de Vigilancia en Salud Pública - Coordinador de ASIS

María Alexandra Durán, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS
Patricia Cifuentes, Profesional Especializada Comité Técnico ASIS

FACULTAD NACIONAL DE SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

María Patricia Arbeláez Montoya, Directora del Proyecto
Germán González Echeverri, Decano 2006-2009
Gloria Molina Marín, Jefe Centro de Investigación 2007-2009
Carlos Eduardo Castro Hoyos, Jefe Centro de Extensión 2006-2009
Carlos Alberto Tangarife Villa, Coordinador Gestión de Datos
Félix Martínez, Investigador Social FEDESALUD

SISTEMAS ESPECIALIZADOS DE INFORMACIÓN SEI S.A.

Yimer Yezid Botiva Gutiérrez, Coordinador Integración ENS 2007- ENDS 2005
Hanner Sánchez García, Consultor en Estadística

RECONOCIMIENTOS

Ministerio de la Protección Social

Diego Palacio Betancourt, Ministro de la Protección Social 2003-2010
Gilberto Álvarez Uribe, Director General de Salud Pública 2006-2010

Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - COLCIENCIAS

Juan Francisco Miranda, Director General Colciencias 2006-2010
Clara Inés Vargas, Subdirectora de Investigaciones en Salud, Comité Técnico ENS 2007

CENDEX – Pontificia Universidad Javeriana

Jesús Rodríguez García, Director del Proyecto ENS 2007
Fernando Ruiz Gómez, Director de CENDEX, Coordinador de Análisis del Proyecto ENS 2007
Rolando Enrique Peñaloza Quintero, Coordinador Técnico del Proyecto ENS 2007

Observatorio de Salud Pública de Santander

Rafael Ortiz, Director OSPS, Coordinador Recolección RIPS Proyecto ENS 2007

Sistemas Especializados de Información SEI S.A.

José Rafael Arenas Mantilla, Gerente de Operaciones y Logística de encuestas ENS 2007
Luis Carlos Gómez Serrano, Consultor en Muestreo y Estimaciones del Proyecto ENS 2007
Marcela Valencia Suescum, Asesora Diseño y Ajuste de protocolo y formularios ENS 2007

Universidad Nacional de Colombia

Rosa Helena Flórez Mosquera, Directora Salud Pública, Facultad de Medicina UNAL 2003-2005
Carlos Arturo Sarmiento Limas, Coordinador UNAL Protocolo Proyecto ASIS 2003-2005

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

Investigadores y miembros de los equipos técnicos participantes

Profesores Universidad de Antioquia

Alexandra Restrepo H.
Blanca Miriam Chaves G.
Blanca Susana Ramírez P.
Carlos Mario Quiroz P.
Carlos Rojas A.
Eliana Martínez H.
Elkin Martínez L.
Erika María Montoya V.
Fabio León Rodríguez O.
Fernando Peñaranda C.
Germán González E.
Gloria Escobar P.
Gloria Molina M.
Héctor Byron Agudelo G.
Humberto Ramírez G.
Juan Fernando Saldarriaga F.
Leonardo Uribe A.
Lisardo Osorio Q.
Luis Eliseo Velásquez L.
Luz Nelly Zapata V.
María Isabel Lalinde A.
María Luisa Montoya R.
María Patricia Arbeláez M.
Miriam Bastidas A.
Mónica Lucía Soto V.
Nora Adriana Montealegre H.
Rubén Darío Gómez A.
Samuel Andrés Arias V.
Sergio Cristancho Marulanda
Yolanda Lucía López A.
Yomaira Higuaita H.

Otros participantes

Adriana Milena Espinosa L.
Adriana Rocío Roa P.
Alejandra Agudelo M.
Ana Daniela González E.

Andrés Agudelo S.
Andrés Camilo Jiménez H.
Aura Ruiz G.
Beatriz E. Arroyave P.
Bibiana Andrea Castro M.
Cindy Maryey Crespo S.
Carlos Mario Arcila E.
Catalina Lopera C.
Catalina María Arango A.
Clara Cecilia Zuluaga M.
Cristina Mejía M.
Dalila Patricia García R.
Diana Carolina Ocampo R.
Diana Catalina Mesa L.
Diana Marcela Marín P.
Diego León Bastidas L.
Diego Alejandro Jiménez D.
Diego Mauricio Montoya R.
Dillanelid Cañas B.
Doralba Aristizábal J.
Doris Cardona A.
Elsa María Vásquez T.
Esteban Páez Z.
Félix Martínez M.
Fredy Suárez P.
Gilma Stella Vargas P.
Hernando Guerrero M.
Ilduara Peña G.
Iván Darío Flórez G.
Jairo Ramírez G.
Janeth Pérez G.
Javier Mauricio Sierra A.
Jenifer C. Lopera C.
Jhojandelli Congote E.
Jhovanny Andrés Cañas P.
Jorge A. Pulgarín T.
Jorge Emilio Salazar F.

Julián Vargas J.
Laura Lucía Cano G.
Leidy Cristina Jaramillo M.
Lina María Martínez F.
Lorena Andrea Gómez G.
Lorena Sánchez D.
Lucas Restrepo M.
Lucelly López L.
Luis Fernando Duque R.
Manuel Antonio Céspedes S.
Marda Ucaris Zuluaga A.
Margarita Inés Quiroz A.
Margarita María Pérez O.
Margarita Rosa Díaz B.
María Isabel Jaramillo A.
María Osley Garzón D.
Martha Claudia González P.
Martha Lucía Olarte L.
Miguel Ángel Mafla P.
Mónica L. Vargas B.
Nilton E. Montoya G.
Nydia S. Caicedo M.
Omar Ramírez R.
Paula Andrea Díaz V.
Paula Andrea Uribe R.
Piedad Estrada A.
Piedad Roldan J.
Rosmary Aristizábal G.
Rubén Darío Manrique H.
Sandra Milena Agudelo L.
Verónica Romero A.
Walter Alonso Zuluaga R.
Yadira Estrada L.
Yamile Andrea Baena H.
Yaneth Pérez G.
Yomaira Viñas S.
Yuliana Castaño L.

PRESENTACIÓN

Con el propósito de satisfacer los requerimientos de información sobre la situación de salud de los colombianos, el Ministerio de la Protección Social, en asociación con Colciencias, se dio a la tarea de diseñar y ejecutar un estudio de cobertura nacional que brindara información sobre la morbilidad sentida e institucional, los factores de riesgo y la discapacidad que caracterizan la oferta y demanda de servicios de salud.

Para el efecto se encargó a un equipo de expertos de la Universidad Nacional el diseño del Modelo de Análisis de Situación de Salud, del que se obtuvo el protocolo de la Encuesta Nacional de Salud que la Unión Temporal SEI S.A. y el Centro de Proyectos para el Desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana aplicó durante el 2007 a lo largo de la geografía nacional, de lo cual se ofreció una publicación con los resultados más relevantes.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país correspondiente al período 2002-2007, el Ministerio de la Protección Social estableció el contrato interadministrativo de cooperación con la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 y la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN 2005, entre otros. Para ello se realizó un control de calidad a los datos y se organizaron bases de datos de tal modo que permitieran un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud.

Esta información, así como las bases de datos que quedan a disposición de la comunidad científica para realizar análisis adicionales, permitirá conocer el perfil de salud-enfermedad de la población colombiana, identificar los problemas de salud más relevantes del país, así como los factores asociados. Este análisis también facilitará el reconocimiento de las desigualdades que se presentan por razones de sexo, edad, raza, distribución geográfica, acceso, uso y calidad de los servicios de salud, lo cual permitirá orientar más efectivamente la política de salud en los diferentes niveles de gobierno, así como las acciones de las entidades públicas y privadas del sector, con el fin de reducir las inequidades existentes y garantizar los derechos en salud de los colombianos.

MAURICIO SANTA MARÍA SANCLEMENTE

Ministro de la Protección Social

INTRODUCCIÓN

El Análisis de la Situación de Salud ASIS¹ fue implementado por el Ministerio de la Protección Social como prioridad en el área de la salud pública en los Planes Estratégicos de Salud, formulados desde el año 2002, con el propósito de establecer y mantener un conocimiento actualizado e integral de la situación de salud de los colombianos.

Este enfoque metodológico propuesto por la OPS/OMS en 1999, como el mejor abordaje para comprender la situación de salud de una población, ha sido incorporado en Colombia con iniciativas que van desde la actualización y publicación periódica, desde el año 2000, de la serie de Datos Básicos de Salud, hasta el planteamiento de un sistema de encuestas periódicas dentro del nuevo Sistema Integral de Información de la Protección Social SISPRO, lo cual permite desarrollar un modelo de análisis basado en el conocimiento, caracterización y evaluación de la salud de la población colombiana y de los subgrupos de población que la constituyen, en función de tres dimensiones fundamentales: los daños a la salud, la funcionalidad y la discapacidad de la población, y el comportamiento y la distribución de los factores determinantes del perfil de salud en el país.

La adopción de la propuesta de ASIS como metodología de actualización permanente, sistemática y completa de la información en salud a nivel nacional ha contado con estudios integrales sobre las condiciones de salud de la población colombiana. Entre estos estudios se encuentran el Estudio de Recursos Humanos para la Salud y Educación Médica en Colombia e Investigación Nacional de Morbilidad, realizados por el Ministerio de Salud y ASCOFAME en 1965-1966, y el Estudio Nacional de Salud realizado por el Instituto Nacional de Salud, el Ministerio de Salud y

¹ El Análisis de Situación de Salud –ASIS– es un proceso analítico-sintético que abarca diversos tipos de fuentes de información y estrategias de análisis, que permite caracterizar, medir y explicar el perfil de salud-enfermedad de una población, incluyendo los daños y problemas de salud, así como sus determinantes, sean éstos competencia del sector salud o de otros sectores. Los ASIS se basan en el estudio de la interacción de las condiciones de vida y el nivel existente de los procesos de salud de un país u otra unidad geográfico-política, facilitando la identificación de necesidades y prioridades en salud, así como la identificación de intervenciones y programas apropiados y la evaluación de su impacto en salud (Definición tomada del Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud, volumen 20 número 3, septiembre de 1999).

ASCOFAME en 1977-80, seguidos en la década de los 90 por otras investigaciones como los Estudios Nacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas (ENFREC I en 1993 y ENFREC II en 1998), el III Estudio Nacional de Salud Bucal (ENSAB III en 1998), el Estudio Nacional de Salud Mental en 2003 y la serie de Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS 1990, 1995, 2000 y 2005), entre otros.

Como parte de este proceso, el Ministerio de la Protección Social propuso el Análisis de la Situación de Salud en Colombia para el período quinquenal 2002-2007, para lo cual se planteó la construcción de un modelo y plan de análisis, cuyo diseño estuvo a cargo de la Universidad Nacional de Colombia.

El modelo del ASIS, definido para dar soporte conceptual al análisis de salud planteado en la primera ilustración,² supone la aproximación sucesiva a la realidad a través de cuatro niveles de análisis de carácter descriptivo.

El primer nivel busca identificar y caracterizar los problemas de salud y los niveles de discapacidad de acuerdo con su magnitud, severidad y estructura demográfica, para priorizar los problemas de salud de cada subgrupo poblacional describiendo su comportamiento epidemiológico. A partir de la información contenida en este nivel se identificaron los problemas de mayor interés en salud pública que debían ser medidos, y se obtuvieron los elementos necesarios que luego sirvieron para definir los contenidos del protocolo y los formularios que fueron diseñados por la Universidad Nacional para la ENS-2007.

El segundo nivel parte de los modelos explicativos vigentes y del desarrollo del conocimiento a la fecha sobre los problemas de salud priorizados, para caracterizar los factores asociados a la incidencia de dichos problemas, las intervenciones sociales implementadas para afrontar el problema bajo análisis y el conocimiento y percepción que la población tiene sobre los problemas, los mecanismos de solución y las barreras existentes en su interacción con los servicios del sector de la salud.

El tercer nivel descriptivo de este estudio se refiere al análisis de desigualdades, que tiene relación con la existencia de diferencias en la manifestación de un problema de salud entre poblaciones de áreas geográficas diversas en función de un factor asociado a la presentación del mismo, sin que en la determinación de estas diferencias medie un criterio de justicia, como ocurre con categorías de importancia del individuo afectado (sexo, edad y factores raciales y genéticos), de la ubicación en un medio geográfico (regiones o departamentos), de concentración poblacional (urbana o rural), de factores de riesgo específicos del medio (la vivienda, el lugar de trabajo y la comunidad), de inclusión en salud (acceso y uso) y sociales (inclusión social).

Finalmente, el cuarto nivel de aproximación descriptiva que da cuenta del análisis de inequidades en materia de salud, se refiere a las disparidades sanitarias que se consideran injustas, injustificadas, evitables e innecesarias, y que sistemáticamente agobian a las poblaciones que se han vuelto vulnerables a causa de estructuras sociales fundamentales y de instituciones políticas, económicas y jurídicas que prevalecen, tales como las diferencias relacionadas con el género, el ingreso, el nivel educativo, la posición ocupacional, el estrato social y el nivel de desarrollo de las regiones.

² Tomado del documento **Encuesta Nacional de Salud 2007. Protocolo de la Encuesta. Bogotá, junio de 2006**, elaborado por el equipo de investigadores de la Universidad Nacional de Colombia.

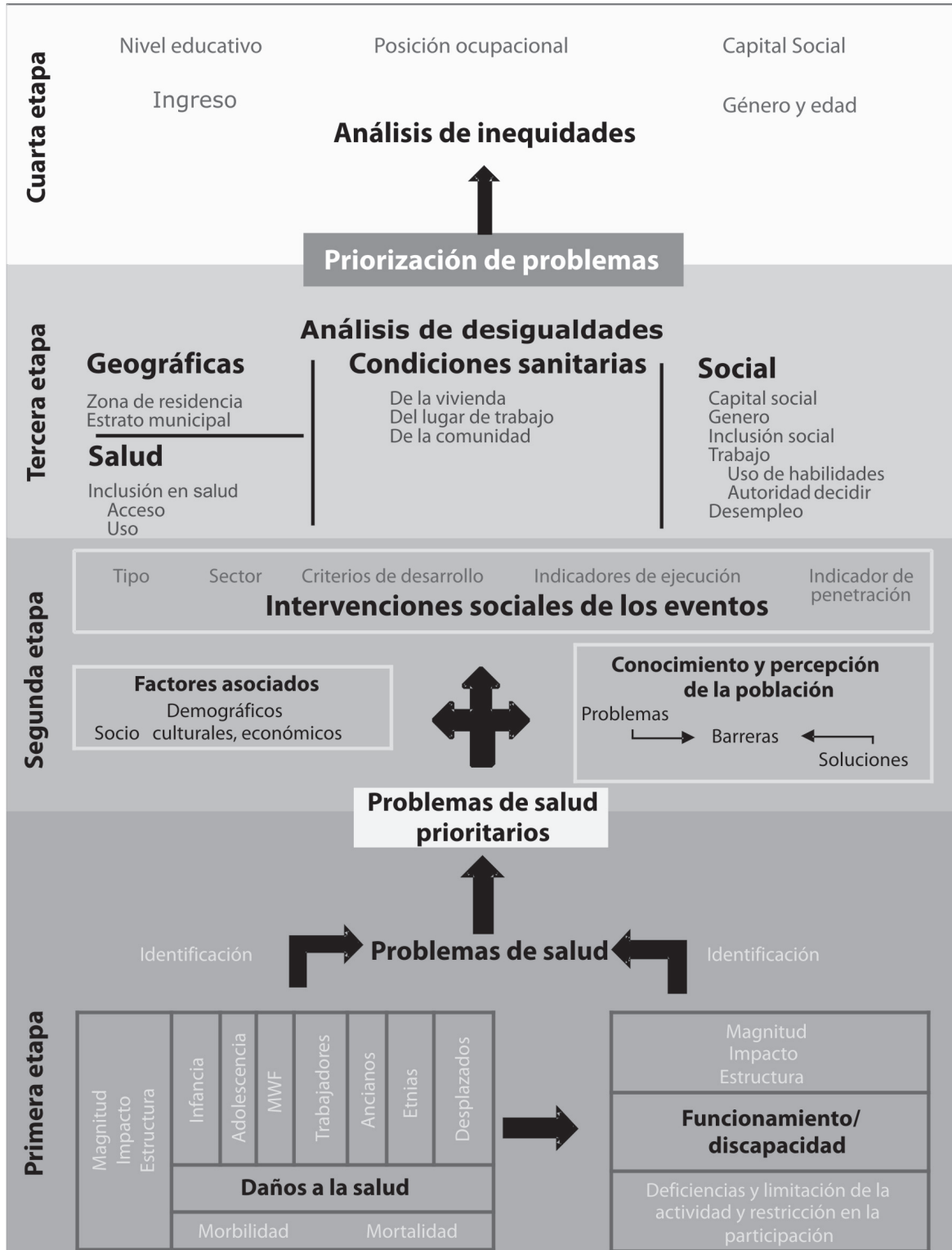


Ilustración 1. Modelo de análisis de la situación de salud

Fuente: Universidad Nacional de Colombia, 2006.

En este marco, la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007 fue concebida como una fuente más de información para el ASIS enfocada al levantamiento de datos poblacionales sobre morbilidad sentida e institucional, funcionamiento y discapacidad; caracterización de la oferta y la demanda de servicios de salud, para complementar el conjunto de información necesaria en la caracterización y análisis de la situación de salud en Colombia.

Para el efecto, el Ministerio de la Protección Social, mediante convenio con Colciencias, contrató con la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Sistemas Especializados de Información SEI S.A. de Bogotá la realización de la Encuesta Nacional de Salud ENS-2007, con el objetivo principal de recolectar y analizar información de los hogares, usuarios e instituciones del sistema colombiano de salud para la identificación de la situación de salud del país en los ámbitos nacional, regional y departamental.

Con el fin de lograr el propósito de realizar un análisis en profundidad de la situación de salud del país del 2002-2007 el Ministerio estableció el contrato interadministrativo de cooperación entre el Ministerio de la Protección Social y la Universidad de Antioquia-Facultad Nacional de Salud Pública número 519-2008. Dicho análisis se realizó con base en la información de la ENS-2007, la ENDS-2005, las estadísticas vitales, los RIPS, el censo de población de 2005, la Encuesta de Calidad de Vida, el Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003, la Encuesta Nacional de Situación Nutricional Colombia ENSIN-2005, entre otros. Previamente al análisis, se realizó un control de calidad a la información, se organizaron las bases de datos y se generó una base de datos que permite un análisis integral de los diferentes aspectos de la salud. Esta base de datos estará alojada en la plataforma informática del MPS y, mediante el aplicativo diseñado por la FNSP dentro de los términos del convenio, quedará a disposición de diferentes usuarios para obtener tanto los meta como los micro datos de cada fuente y generar archivos que pueden ser procesados en los paquetes estadísticos convencionales para así incentivar la generación de información y la investigación útil para el país.

El análisis de la ENS-2007 incluyó diferentes unidades de observación y su nivel de desagregación estuvo sujeto a la prevalencia de los problemas de salud priorizados por grupo étnico. Los hogares y sus habitantes formaron parte de muestras probabilísticas y para los análisis se aplicaron los correspondientes factores de expansión así como el cálculo de los errores estándar. Las IPS y los usuarios de los servicios de consulta externa, de urgencias y de hospitalización, estuvieron circunscritos a los entes territoriales que hicieron parte de la ENS-2007 y por lo tanto dichas muestras no fueron representativas de sus respectivos universos. Para este análisis también se utilizaron todas las estadísticas vitales proporcionadas por el DANE y la información de RIPS del año 2007.

El análisis se presenta en algunos casos desagregado por departamentos y/o por regiones con base en la distribución que se presenta a continuación:

Región	Subregión / Departamentos
1 Atlántica	1 Guajira, Cesar, Magdalena
	2 Barranquilla y el Área Metropolitana
	3 Atlántico, San Andrés, Bolívar Norte
	4 Bolívar Sur, Sucre, Córdoba
2 Oriental	5 Santanderes
	6 Boyacá, Cundinamarca, Meta
3 Central	7 Medellín y el Área Metropolitana
	8 Antioquia sin Medellín
	9 Caldas, Risaralda, Quindío
	10 Tolima, Huila, Caquetá
4 Pacífica	11 Cali y el Área Metropolitana
	12 Valle sin Cali ni el Litoral Pacífico
	13 Cauca y Nariño sin el Litoral Pacífico
	14 Litoral Pacífico
5 Bogotá	15 Bogotá
6 Orinoquia y Amazonía	16 Amazonas, Arauca, Casanare, Guainía, Guaviare, Putumayo, Vaupés, Vichada.

El análisis en profundidad de la situación de salud se presenta en ocho tomos: el primero se ocupa de las características socio-demográficas de la población, incluyendo el análisis de las condiciones de los hogares y su entorno, así como de los aspectos principales del acceso, la cobertura y la calidad de los servicios públicos domiciliarios. El segundo se centra en el análisis de la familia, principalmente en las relaciones de pareja, la violencia intrafamiliar y algunos aspectos de la salud sexual y reproductiva tales como la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual y el cáncer de Cérvico-uterino. El tercer tomo presenta las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población general, por grupos de edad y por regiones del país. Igualmente, las características de algunos eventos tales como accidentalidad vial, enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial y la obesidad. El cuarto tomo se ocupa de la situación de salud de la infancia en aspectos relacionados con el cuidado del menor, la vacunación y enfermedades tales como la Enfermedad Diarreica Aguda –EDA– y la Infección Respiratoria Aguda-IRA. El quinto analiza la prestación de servicios de salud de atención ambulatoria, obstétrica y de urgencias, así como las acciones de salud pública de los entes municipales; el sexto presenta un análisis de las desigualdades e inequidades en salud; el séptimo presenta una síntesis de los aspectos más relevantes de la situación de salud en Colombia 2002-2007. Finalmente, el tomo ocho presenta los documentos técnicos y metodológicos de la gestión de los datos.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD EN COLOMBIA, 2002-2007

TOMO V

PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

Investigadores y equipo técnico

CAPÍTULO 1: GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD

Investigadores

Blanca Miriam Chávez Guerrero
Marta Claudia González Pérez
Yolanda Lucía López Arango
Miguel Ángel Mafla Peña
Verónica Romero Arroyave
Luis Eliseo Velásquez Londoño
Walter Alonso Zuluaga Ramírez

Grupo Técnico

Diana Marín Pineda
Diego Montoya Restrepo
Lucelly López López

CAPÍTULO 2: ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y A LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

Investigadores

Hernando Guerrero Moreno
Adriana Rocío Roa Piedrahíta
Gilma Stella Vargas Peña
Gloria Molina Marín

Grupo Técnico

Diana Marín Pineda
Rosmary Aristizábal Guzmán

CAPÍTULO 3: SERVICIOS DE OBSTETRICIA

Investigadores

Gilma Stella Vargas Peña
Julián Vargas Jaramillo
Gloria Molina Marín

Grupo Técnico

Diana Marín Pineda
Rosmary Aristizábal Guzmán

CAPÍTULO 4: CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Investigadores

Julián Vargas Jaramillo
Gloria Molina Marín
Gilma Stella Vargas Peña

Grupo Técnico

Diana Marín Pineda
Rosmary Aristizábal Guzmán

CAPÍTULO 5: DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

Investigadores

Eliana Martínez Herrera
Andrés A. Agudelo Suárez
Yomaira Viñas Sarmiento

Grupo Técnico

Belibeth Valencia Flórez
Luz Stella Ruiz Múnera
Diego Bastidas
Sandra González Ariza
Sussana Rueda Rueda

TABLA DE CONTENIDO

CAPÍTULO 1: GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD

INTRODUCCIÓN	39
MARCO DE REFERENCIA	40
METODOLOGÍA	44
RESULTADOS	45
Administraciones territoriales..	45
Vigilancia de la morbi-mortalidad evitable en los municipios por categorías... ..	47
Programas especiales de salud pública	48
Vigilancia de los factores de riesgo del consumo.	50
Actividades realizadas por las administraciones municipales para reducir el riesgo de transmisión de malaria y dengue en Colombia.	54
<i>Componente malaria</i>	54
<i>Componente dengue</i>	61
DISCUSIÓN	71
CONCLUSIONES	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

CAPÍTULO 2: ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y A LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA.	85
INTRODUCCIÓN	85
HALLAZGOS	86
Caracterización de la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa.	86
Diferenciales en la atención de las personas que accedieron a los servicios de salud	97
Tiempo que gastó para llegar a la institución	97
Tiempo que pasó desde que llegó a la institución hasta que le prestaron el servicio que buscaba	98
Pago por los servicios.	101
Falta de ingresos o descuento del salario por el tiempo no trabajado.	102
Acceso al control prenatal.	104
Acceso planificación familiar	108
Acceso a medicamentos	109
PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA.	113
INTRODUCCIÓN	113
HALLAZGOS	115
Estructura de la atención	115
Características de la consulta ambulatoria	116
Tipo de profesional que atiende la consulta	116
Recurso humano disponible	116
Percepción sobre las condiciones críticas de atención	119
Condiciones críticas para la atención de las usuarias a consulta para detección temprana de alteraciones del embarazo	119
Condiciones críticas para la atención de los usuarios a consulta para detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años	119
Condiciones críticas para la atención de las usuarias a toma de citología cérvico-uterina	120
Condiciones críticas para la atención de los usuarios a consulta de protección específica de planificación familiar	120

Condiciones críticas para la atención de los usuarios a consulta de protección específica de vacunación	121
Proceso de atención	121
Resultados de la atención	121
Morbilidad sentida: causas de consulta, hospitalización e incapacidades.. . . .	122
Patologías objeto de vigilancia en salud pública: hipertensión, diabetes, VIH/SIDA, asma y tuberculosis	123
Morbilidad sentida por hipertensión	124
Morbilidad sentida por diabetes	125
Morbilidad sentida para la atención odontológica a mayores de 18 años.. . . .	126
Morbilidad sentida por infecciones de transmisión sexual...	127
Morbilidad sentida en atención de VIH/SIDA.	128
Morbilidad sentida en menores de 6 años.. . . .	129
Morbilidad sentida en salud bucal en los menores de 6 años	131
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	132
Acceso a los servicios de consulta externa	132
Programas de protección específica y detección temprana.	134
RECOMENDACIONES	140
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	141

CAPÍTULO 3: ATENCIÓN OBSTÉTRICA

INTRODUCCIÓN	145
HALLAZGOS	147
La estructura para la atención...	147
<i>Oferta de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios de hospitalización obstétrico. Módulo 1 de IPS</i>	147
Características de la consulta obstétrica ambulatoria.. . . .	149
<i>Servicios ambulatorios donde se realiza control prenatal</i>	149
Formas de contratación de los médicos y enfermeras en servicios ambulatorios públicos y privados	150

Gestión de los protocolos de atención: existencia, conocimiento, utilización y disponibilidad	151
Gestión de la norma técnica para la detección de alteraciones del embarazo: conocimiento y evidencia de la norma..	152
Características de los servicios obstétricos hospitalarios	152
Verificación de las características de servicios de obstetricia	153
Percepción de las condiciones críticas de la atención..	155
Percepción de los insumos disponibles en el área de atención obstétrica (material de curación o examen, guantes, papelería, material de educación, medicamentos)	157
Equipos disponibles en los servicios ginecoobstétricos..	158
Área de parto	160
Dotación de las salas de parto	162
La gestión de la referencia en las IPS con servicios obstétricos en 859 IPS... ..	162
Proceso de atención hospitalaria	163
Previo a la atención... ..	163
<i>Tiempo para acceder a los servicios obstétricos en las IPS..</i>	163
<i>Posibilidad de elección del profesional de la salud</i>	164
<i>Tiempo transcurrido desde el acceso a la IPS y la atención</i>	164
<i>Forma de acceso a los servicios de salud maternos</i>	164
Durante la atención... ..	164
Tipo de atención recibida	165
Posterior a la atención..	166
<i>Indicaciones dadas a las usuarias sobre las complicaciones, planificación familiar y consulta de control</i>	166
<i>Entidad o persona que asumió los gastos y causales de pago y otros gastos</i>	167
<i>Percepción de las usuarias sobre la calidad y el seguimiento de la atención.</i>	168
DISCUSIÓN	169
CONCLUSIONES	171
RECOMENDACIONES	173
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	175

CAPÍTULO 4: CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN	179
RESULTADOS	182
Caracterización de la estructura de los servicios de urgencias	182
Población atendida en los servicios de urgencias..	183
Dotación de personal de salud en los servicios de urgencias	185
Horas disponibles en urgencias según profesiones..	191
Caracterización del proceso de atención en los servicios de urgencias.	191
Oportunidad en la atención...	195
Causas de atención por urgencias...	196
Motivo de hospitalización o atención por urgencias	197
Información brindada a los pacientes durante la atención	202
Caracterización de los resultados de la atención por urgencias...	202
Molestias experimentadas por los usuarios durante su permanencia en el servicio de urgencias	203
Pago por los servicios...	205
Aproximación a la morbilidad sentida en los servicios de urgencias a partir de la ENS-2007	208
CONCLUSIONES	212
RECOMENDACIONES	214
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	217

CAPÍTULO 5: DEMANDA Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS ODONTOLÓGICOS, PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN SALUD BUCAL

INTRODUCCIÓN	221
MARCO DE REFERENCIA	223
Antecedentes	223
La equidad en salud para la salud bucal	224
Acceso a la prestación de servicios de salud en salud bucal..	225

METODOLOGÍA	228
RESULTADOS	228
Uso y utilización de los servicios odontológicos	229
DISCUSIÓN	233
CONCLUSIONES	236
RECOMENDACIONES	237
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	239

ÍNDICE DE CUADROS

CAPÍTULO 1.

Cuadro 1.1	Distribución porcentual de los municipios estudiados según categoría municipal. Colombia, 2007	45
Cuadro 1.2	Número promedio de instituciones públicas y privadas de salud según categoría del municipio. Colombia, 2007	46
Cuadro 1.3	Promedio de aseguradoras en salud según categoría del municipio. Colombia, 2007.....	46
Cuadro 1.4	Municipios que realizan actividades de vigilancia en salud pública de la morbi-mortalidad evitable, según categoría municipal. Colombia, 2007	47
Cuadro 1.5	Total de municipios que reportaron casos de mortalidad perinatal, materna, según IRA y EDA. Colombia, 2007.....	48
Cuadro 1.6	Actividades de vigilancia de factores de riesgo del consumo realizadas por los municipios. Colombia, 2007	50
Cuadro 1.7	Número y proporción de municipios en rangos de porcentajes de aceptabilidad del agua para consumo humano, según categoría municipal. Colombia, 2007	51
Cuadro 1.8	Proporción de municipios que registraron muestras de alimentos no aptas para el consumo, según categoría municipal. Colombia, 2007	52
Cuadro 1.9	Porcentaje de municipios que realizaron visitas de inspección sanitaria a los mataderos, según categoría municipal. Colombia, 2007.....	53
Cuadro 1.10	Proporción de municipios que registraron carne no apta para el consumo en las visitas sanitarias según categoría municipal. Colombia 2007.....	53
Cuadro 1.11a	Actividades reportadas por las administraciones municipales para la vigilancia entomológica según categoría municipal. Colombia, 2007	55

Cuadro 1.11b	Actividades reportadas por las administraciones municipales para la vigilancia entomológica según región. Colombia, 2007	55
Cuadro 1.12a	Actividades reportadas por las administraciones municipales para el control de focos de Anopheles, según categoría municipal. Colombia, 2007	56
Cuadro 1.12b	Actividades reportadas por las administraciones municipales para el control de focos de Anopheles, según región. Colombia, 2007	56
Cuadro 1.13a	Actividades para la identificación de síntomas de malaria y búsqueda de tratamiento oportuno por parte de la población, según categoría municipal. Colombia, 2007	57
Cuadro 1.13b	Actividades para la identificación de síntomas de malaria y búsqueda de tratamiento oportuno por parte de la población, según región. Colombia, 2007	57
Cuadro 1.14a	Actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural según categoría municipal. Colombia, 2007	58
Cuadro 1.14b	Actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural según región. Colombia, 2007	59
Cuadro 1.15	Población rural cubierta por la red de microscopía existente en los municipios, según categoría del municipio y región. Colombia, 2007	59
Cuadro 1.16a	Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de malaria, según categoría municipal. Colombia, 2007	60
Cuadro 1.16b	Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de malaria, según región. Colombia, 2007	61
Cuadro 1.17a	Actividades para la vigilancia entomológica de <i>Aedes aegypti</i> , según categoría municipal. Colombia, 2007	62
Cuadro 1.17b	Actividades para la vigilancia entomológica de <i>Aedes aegypti</i> , según región. Colombia, 2007	62
Cuadro 1.18a	Actividades para reducir la infestación de <i>Aedes Aegypti</i> según categoría municipal. Colombia, 2007	63
Cuadro 1.18b	Actividades para reducir la infestación de <i>Aedes Aegypti</i> según categoría municipal. Colombia, 2007	64
Cuadro 1.19a	Actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue, según categoría municipal. Colombia, 2007	65
Cuadro 1.19b	Actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue, según región. Colombia, 2007	66

Cuadro 1.20a	Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue, según categoría municipal. Colombia, 2007.....	67
Cuadro 1.20b	Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue, según región. Colombia, 2007.....	67

CAPÍTULO 2.

Cuadro 2.1	Distribución de IPS's privadas o mixtas e IPS's públicas con registro especial de prestadores de salud según región. Colombia, 2007	115
Cuadro 2.2	Promedio de recurso humano disponible para la atención de los usuarios por IPS. Colombia, 2007.....	116
Cuadro 2.3	Disponibilidad de recurso humano promedio en cada IPS's y horas programadas para atender los usuarios que requieren actividades de las normas de la Resolución 412 de 2000. Colombia, 2007	118

CAPÍTULO 3.

Cuadro 3.1	Distribución porcentual de las IPS por naturaleza jurídica y regiones. Colombia, 2007	148
Cuadro 3.2	Distribución porcentual de las IPS públicas y privadas según el número de camas. Colombia, 2007	148
Cuadro 3.3	Distribución porcentual del personal de los servicios de obstetricia según la forma de contratación y nivel de complejidad de las IPS públicas y privadas. Colombia, 2007	155
Cuadro 3.4	Actividades que se pueden realizar con las condiciones físicas actuales del área de atención obstétrica en IPS públicas y privadas según nivel de complejidad y región. Colombia, 2007.....	156
Cuadro 3.5	Actividades que se pueden realizar con las condiciones actuales de los muebles y equipos disponibles en el área de atención obstétrica en IPS públicas y privadas según nivel de complejidad y región. Colombia, 2007	157
Cuadro 3.6	Actividades que se pueden realizar con los insumos disponibles en el área de atención obstétrica en IPS públicas y privadas por niveles de complejidad y regiones. Colombia, 2007	158
Cuadro 3.7	Distribución porcentual de la frecuencia de realización de procedimientos o actividades de atención obstétrica con suficiencia y seguridad en las IPS. Colombia, 2007	165

CAPÍTULO 4.

Cuadro 4.1	Distribución de las IPS's con servicios de urgencias habilitados según naturaleza jurídica y región. Colombia, 2007	184
Cuadro 4.2	Personas atendidas por urgencias usuarias de los programas de demanda inducida. Colombia, 2007.....	185
Cuadro 4.3	Distribución de profesionales en los servicios de urgencias según región. Colombia, 2007	186
Cuadro 4.4	Distribución de profesionales en los servicios de urgencias, según naturaleza jurídica y región. Colombia, 2007	188
Cuadro 4.5	Personas encuestadas en urgencias según nivel del SISBEN y naturaleza jurídica de la IPS. Colombia, 2007	191
Cuadro 4.6	Afiliación a la Seguridad Social en Salud de las personas atendidas por urgencias. Colombia, 2007.....	193
Cuadro 4.7	Libre escogencia del profesional para las atenciones por urgencias. Colombia, 2007	195
Cuadro 4.8	Tiempo transcurrido para ser atendidos después del ingreso a urgencias, según regiones. ENS-2007	196
Cuadro 4.9	Cuatro principales motivos para las atenciones u hospitalizaciones por urgencias, según región. Colombia, 2007	197
Cuadro 4.10	Distribución porcentual del tipo de atención en urgencias recibida según naturaleza de las IPS's y región. Colombia, 2007	200
Cuadro 4.11	Incapacidades generadas por la atención en urgencias, según región. Colombia, 2007	203
Cuadro 4.12	Motivos para no consultar al servicio de urgencias. Colombia, 2007	210
Cuadro 4.13	Motivos para la negación de la atención en el servicio de urgencias. Colombia, 2007	211

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPITULO 1.

Gráfico 1.1	Distribución porcentual de los municipios con transmisión de malaria según región muestra (n=169). Colombia, 2007	54
Gráfico 1.2	Distribución porcentual de los municipios con transmisión de dengue según región muestra (n=183). Colombia, 2007	54
Gráfico 1.3	Reporte de algunas actividades realizadas en los hogares encuestados por parte de funcionarios de salud (n=29.446). Colombia, 2007	68
Gráfico 1.4	Razones de no uso de toldillos la noche anterior a la encuesta. Colombia, 2007	70

CAPÍTULO 2.

Gráfico 2.1	Distribución porcentual de la población de personas encuestadas en los hogares y las que accedieron a servicios de salud a través de Consulta Externa, según sexo. Colombia, 2007	86
Gráfico 2.2	Distribución porcentual de la población de personas encuestadas en los hogares y las que accedieron a servicios de salud a través de Consulta Externa, según área de residencia. Colombia, 2007	87
Gráfico 2.3	Relación entre las proporciones de usuarios y población de hogares según subregiones del país. Colombia, 2007	90
Gráfico 2.4	Distribución de la población de personas que accedieron a servicios de salud, a través de Consulta Externa, según edad y sexo, 2007	88
Gráfico 2.5	Relación entre las proporciones de personas del sexo femenino y del sexo masculino que accedieron a Consulta Externa y las encuestadas en el hogar. Colombia, 2007	89

Gráfico 2.6	Porcentaje de afiliados según régimen de seguridad social de las personas que accedieron a Consulta Externa, confrontado con la misma estructura en las personas encuestadas en el hogar. Colombia, 2007	90
Gráfico 2.7	Distribución porcentual de la población que accedió a Consulta Externa de cada uno de los grupos de edad según régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007	90
Gráfico 2.8	Porcentaje de personas que accedió a Consulta Externa que respondieron la encuesta de SISBEN en su hogar, Colombia, 2007	91
Gráfico 2.9	Colombia. Porcentaje de personas que accedió a Consulta Externa y porcentaje de personas encuestadas en el hogar, según nivel de SISBEN declarado. Colombia, 2007	91
Gráfico 2.10	Porcentaje de personas que accedió a Consulta Externa, según sexo y nivel educativo Colombia, 2007	92
Gráfico 2.11	Porcentaje de personas encuestadas en el hogar y personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, según sexo. Colombia, 2007	92
Gráfico 2.12	Porcentaje de personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, según edad y nivel educativo, 2007	93
Gráfico 2.13	Porcentajes de personas encuestadas en el hogar y personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007	94
Gráfico 2.14	Porcentaje de personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, por sexo, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007	94
Gráfico 2.15	Porcentajes de personas encuestadas en los hogares, por sexo, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007	95
Gráfico 2.16	Porcentajes de personas encuestadas en los hogares, por nivel educativo, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007	96
Gráfico 2.17	Proporción de mujeres y hombres que accedieron a servicios de salud, según estado civil. Colombia, 2007	96
Gráfico 2.18	Proporción de personas que accedieron a servicios de salud según el régimen de seguridad social y el tiempo empleado para llegar a la institución prestadora del servicio. Colombia, 2007	97
Gráfico 2.19	Tiempo promedio (minutos) empleado para llegar a la institución prestadora del servicio según régimen de seguridad social al que se encuentra afiliado el usuario. Colombia, 2007	98

Gráfico 2.20	Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según área de residencia del usuario, Colombia, 2007.....	99
Gráfico 2.21	Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según edad del usuario, 2007.....	99
Gráfico 2.22	Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según el régimen de seguridad social en el que está afiliado el usuario. Colombia, 2007	100
Gráfico 2.23	Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según el nivel del SISBEN del usuario. Colombia, 2007.....	100
Gráfico 2.24	Fuentes de financiación de los servicios recibidos por las personas que accedieron a los servicios de Consulta Externa, según zona de vivienda. Colombia, 2007.....	101
Gráfico 2.25	Proporción de personas en cada uno de los regímenes de seguridad social donde está afiliado el usuario, según la fuente o responsable del pago de la mayor parte de los gastos por la atención recibida. Colombia, 2007.....	102
Gráfico 2.26	Proporción de personas en cada uno de los sexos, según si le descontaron o no el salario correspondiente al tiempo no trabajado o dejaron de recibir ingresos. Colombia, 2007	102
Gráfico 2.27	Proporción de personas en cada uno de los niveles del SISBEN, según si le descontaron o no el salario correspondiente al tiempo no trabajado o dejaron de recibir ingresos. Colombia, 2007	103
Gráfico 2.28	Proporción de mujeres gestantes que accedieron al control prenatal según la edad gestacional. Colombia, 2007.....	104
Gráfico 2.29	Proporción de mujeres gestantes que accedieron al control prenatal según el número de controles prenatales recibidos. Colombia, 2007	104
Gráfico 2.30	Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según el nivel educativo. Colombia, 2007	105
Gráfico 2.31	Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según nivel del SISBEN. Colombia, 2007.....	106
Gráfico 2.32	Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según edad. Colombia, 2007.....	106
Gráfico 2.33	Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según el área de residencia. Colombia, 2007	107

Gráfico 2.34	Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según el régimen de seguridad social. Colombia, 2007 ..	107
Gráfico 2.35	Proporción de mujeres que accedieron a planificación familiar y que pudieron elegir libremente el método de planificación, según el régimen de seguridad social. Colombia, 2007	108
Gráfico 2.36	Proporción de madres o padres que expresaron que han llevado sus hijos a controles de crecimiento y desarrollo, según el régimen de seguridad social al que pertenecen los padres o madres. Colombia, 2007.....	109
Gráfico 2.37	Proporción de madres o padres que expresaron que han llevado sus hijos o hijas a controles de crecimiento y desarrollo, según el lugar de residencia. Colombia, 2007.....	109
Gráfico 2.38	Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud porque sufrieron un accidente de tránsito y declararon que los medicamentos que le formularon los tienen que comprar o se los dan, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007	110
Gráfico 2.39	Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por que sufrían dolor de espalda o cuello y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007.....	110
Gráfico 2.40	Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por hipertensión arterial y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007	111
Gráfico 2.41	Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por diabetes y declararon sobre el acceso a que los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007.....	112
Gráfico 2.42	Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por atención a lesiones causadas por agresión física y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007.....	112

CAPÍTULO 3.

Gráfico 3.1	Distribución de las IPS privadas y públicas según región. Colombia, 2007.....	147
Gráfico 3.2	Distribución porcentual de los servicios ambulatorios de IPS públicas y privadas donde realizan control prenatal, según el número de camas. Colombia, 2007.....	149
Gráfico 3.3	Distribución porcentual de los servicios de control prenatal de IPS según regiones y número de camas. Colombia, 2007	150

Gráfico 3.4	Distribución de los médicos de servicios ambulatorios según la forma de la contratación y naturaleza jurídica de la IPS. Colombia, 2007	150
Gráfico 3.5	Distribución de las enfermeras de servicios ambulatorios de la contratación en IPS privadas y públicas. Colombia, 2007	151
Gráfico 3.6	Distribución de IPS según nivel de complejidad de los servicios de obstetricia y naturaleza jurídica. Colombia, 2007.....	153
Gráfico 3.7	Distribución porcentual del personal según la forma de contratación en los servicios hospitalarios de obstetricia de las IPS. Colombia, 2007	154
Gráfico 3.8	Distribución del personal según la forma de contratación de servicios de obstetricia de IPS privadas y públicas. Colombia, 2007	154
Gráfico 3.9	Disponibilidad de los equipos en los servicios obstétricos de las IPS. Colombia, 2007.....	159
Gráfico 3.10	Disponibilidad de equipos según naturaleza de las IPS. Colombia, 2007.....	160
Gráfico 3.11	Disponibilidad de elementos de dotación en el área de parto. Colombia, 2007	161
Gráfico 3.12	Distribución de los elementos de dotación en el área de parto según la naturaleza jurídica de las IPS. Colombia, 2007.....	161
Gráfico 3.13	Distribución de la presencia del procedimiento para la referencia de usuarias según regiones y naturaleza jurídica de IPS. Colombia, 2007	162
Gráfico 3.14	Conocimiento del procedimiento de la remisión por regiones y según naturaleza jurídica de las IPS. Colombia, 2007	163
Gráfico 3.15	Causales de los pagos realizados por las usuarias de los servicios. Comparación IPS privadas y públicas. Colombia, 2007	167

CAPÍTULO 4.

Gráfico 4.1	Número de IPS's según región y por naturaleza jurídica. ENS-2007	182
Gráfico 4.2	Promedio de profesionales en los servicios de urgencias. Colombia, 2007	180
Gráfico 4.3	Horas disponibles por profesión en los servicios de urgencias, según naturaleza de la IPS. Colombia, 2007.....	192
Gráfico 4.4	Tipo de atención recibida en urgencias según naturaleza jurídica de las IPS. ENS-2007	199
Gráfico 5.5	Tipo de persona o entidad que asumió los gastos de la atención por urgencias. Colombia, 2007	206

CAPÍTULO 5.

Gráfico 5.1	Marco conceptual del modelo de acceso a los servicios de salud.....	226
Gráfico 5.2	Uso de los servicios de salud bucal según región del país. Colombia, 2007	230
Gráfico 5.3	Uso de los servicios de salud bucal según la naturaleza jurídica de la institución. Colombia, 2007	230
Gráfico 5.4	Actividades de prevención según lugar de atención. Colombia, 2007	231
Gráfico 5.5	Actividades de asistencia según lugar de atención. Colombia, 2007	231

INTRODUCCIÓN

El concepto de *accesibilidad a los servicios de salud* define el grado en que los individuos de una población están habilitados, impedidos o limitados en sus capacidades para entrar en contacto con los prestadores de dichos servicios y recibir atención de buena calidad para satisfacer sus necesidades y demandas en salud. Desde este punto de vista, este análisis busca identificar y establecer la frecuencia, importancia, trascendencia o impacto de cada una de las condiciones de las personas o situaciones de los prestadores de servicios que facilitan o limitan el acceso a los servicios de salud de los colombianos, a fin de identificar tanto las desigualdades entre grupos poblacionales, como las inequidades según la condición social.

Las barreras de acceso a los servicios de salud son de diversos tipos: geográficas, culturales, económicas, sociales y administrativas; estas últimas se refieren, por lo general, al tipo de aseguramiento, al modo como opera la prestación de los servicios de salud, a su calidad y a la disponibilidad y suministro de información sanitaria.

- **Condiciones geográficas:** el lugar de residencia –urbana o rural– y la infraestructura de vías de comunicación condiciona el acceso de la población a las instituciones que ofrecen servicios de salud.
- **Condiciones socioculturales:** aspectos como la percepción de la salud y de la enfermedad, los derechos y deberes en salud, la diversidad de conocimientos, la condición social y económica, las experiencias (positivas o negativas) con los servicios de salud, la capacidad de comprender el lenguaje y los códigos técnicos de los prestadores de servicios, influyen en el modo como las personas se relacionan con las instituciones de salud. Si bien las condiciones socioculturales de las personas representan un porcentaje importante de los problemas de salud, en las políticas públicas han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre la “causa de las causas”, como se ha denominado al entorno social.

- **Condiciones económicas:** El acceso a los servicios de salud se relaciona estrechamente con la capacidad de pago; dicho de otra manera, la falta de dinero para sufragar los gastos de transporte para desplazarse del lugar de residencia al servicio de salud, los pagos compartidos, los medicamentos y exámenes no incluidos en el sistema de aseguramiento y la papelería administrativa (es el caso, por ejemplo de las fotocopias), es una de las principales razones de la no utilización de los servicios de salud. A lo anterior se agrega la falta de ingresos que genera el abandono del lugar de trabajo.
- **Situaciones administrativas:** son aspectos críticos para el acceso a la salud: la organización y normatividad administrativa de las instituciones, la información sobre la red de servicios responsable de la atención, los procesos de asignación de citas, los tiempos de espera, el manejo del aseguramiento y disponibilidad de las bases derivadas del proceso de afiliación, los procesos administrativos para la realización de exámenes y entrega de resultados.

Calidad en la atención en salud

Uno de los objetivos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), o Ley 100 de 1993, es reducir las barreras de acceso a los servicios de salud, mediante el aseguramiento financiero de los riesgos de enfermar. Para el efecto, creó el régimen contributivo para la población con capacidad de pago y el régimen subsidiado para la población sin capacidad de pago.

Conforme al desarrollo normativo del SGSSS, el Decreto 1011 de 2006 del Ministerio de la Protección Social definió la calidad como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios” (Art.2: Definiciones). Y en el “Título II” (Art.3) del mismo Decreto define las características a las que debe responder toda institución de salud para garantizar la calidad en la prestación de sus servicios:

- **Accesibilidad:** entendida como “la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud”.
- **Oportunidad:** definida como “la posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere, sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud. Esta característica se relaciona con la organización de la oferta de servicios en relación con la demanda y con el nivel de coordinación institucional para gestionar el acceso a los servicios”.
- **Seguridad:** “es el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías, basadas en evidencias científicamente probadas que propenden por minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”

- **Pertinencia:** caracterizada como “el grado en el cual los usuarios obtienen los servicios que requieren, con la mejor utilización de los recursos de acuerdo con la evidencia científica y sus efectos secundarios son menores que los beneficios potenciales”.
- **Continuidad:** “Es el grado en el cual los usuarios reciben las intervenciones requeridas, mediante una secuencia lógica y racional de actividades, basada en el conocimiento científico”.

En sintonía con la necesidad de garantizar servicios seguros, en el 2008 el Ministerio de Protección Social formuló la estrategia de seguridad del paciente: con una mirada eminentemente técnica, aborda un modelo explicativo que se soporta en la comprensión de los eventos adversos y la respuesta institucional no punitiva ante su presencia, e involucra al paciente y a su familia en su comprensión y abordaje. Para lograrlo, hace uso de herramientas prácticas con las que busca alcanzar una cultura de seguridad en salud, y de un enfoque que permita evidenciar resultados (Restrepo, 2008:17-20).

A pesar de estos esfuerzos, “la calidad en la prestación de los servicios es un problema en el SGSSS, tanto en la estructura como en los procesos de gestión intra e interinstitucional, que se expresa en la falta de acceso oportuno, la disminución de la calidad del recurso humano, la fragmentación y pérdida de la integralidad en la atención, con responsabilidades que recaen sobre todos los actores que participan del sistema” (Vargas y Molina, 2009:90). Por otra parte, la interpretación que los aseguradores hacen de las normas según su interés, la tramitología, la negación del derecho de los pacientes a escoger el prestador, y los constantes traumatismos en los procesos de referencia y contrarreferencia son solo una muestra de las múltiples dificultades evidenciadas (Molina *et al*, 2009:113) que afectan el acceso y la calidad de los servicios.

Este tomo se centra en el análisis de la gestión territorial en salud y la prestación de servicios de consulta externa, de programas de protección específica y detección temprana, la atención obstétrica, de urgencias y los servicios de salud bucal.

REFERENCIAS

Restrepo, F (2008). "Los elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad del paciente". En: *Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del paciente en el SOGCAS*. República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Bogotá.

Molina, G, IF Muñoz, A Ramirez (eds) (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Bogotá.

Molina, G, J Vargas, A Berrío y D Muñoz. *Características de la contratación de los servicios de salud entre las Administradoras de Planes de Beneficio con las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Medellín, 2007-2008*. ANOTAR DATOS DE LA REVISTA

CAPÍTULO 1:

GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD

INTRODUCCIÓN

La reforma de los años 80 y 90 del siglo pasado redujo el tamaño del estado y transfirió algunas de sus funciones al sector privado y a la sociedad civil. En el caso particular del sector salud, esta descentralización dio a los entes territoriales no solo funciones y recursos, sino también la posibilidad de construir social, política, administrativa y técnicamente su sistema de salud. Sin embargo, y a pesar de las leyes y normas reglamentarias que establecen las áreas de competencia y el origen y distribución de los recursos, la existencia de múltiples actores que se superponen y operan sin coordinación ha limitado la capacidad local para la gestión del sistema de salud.

A partir de la información obtenida por la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007), formato “Administraciones Municipales”, este capítulo analiza la capacidad de gestión en salud de dichas administraciones en su territorio y caracteriza la infraestructura sanitaria disponible, la vigilancia de la salud pública y las intervenciones en malaria y dengue reportadas por los municipios encuestados. Las variables analizadas corresponden a la existencia de instituciones públicas y privadas de salud, administradoras del régimen contributivo y subsidiado, infraestructura sanitaria, instituciones educativas, vigilancia en salud pública y las intervenciones en malaria y dengue.

Los resultados de este estudio servirán al Ministerio de la Protección Social, a las autoridades sanitarias territoriales y a otros actores del sistema de salud, así como a los organismos de vigilancia y control para la toma de decisiones en las políticas y programas de salud pública que contribuyan al bienestar de sus poblaciones.

MARCO DE REFERENCIA

“El proceso de descentralización se caracteriza por su dinamismo y heterogeneidad, generando en algunas ocasiones contradicciones y disputas entre las diferentes instituciones y autoridades que participan en el mismo. Debido a la cantidad y complejidad de variables que están en juego permanentemente en este proceso, se puede considerar que éste es incierto, mantiene una tensión constante y está en construcción permanente” (Moreno *et al*, 1994:11-26)

Según Jaramillo (2004:1-2), “por descentralización se entiende el proceso de transferencia del poder desde los altos niveles directivos de una organización a los niveles inferiores, modificando el equilibrio de las relaciones intergubernamentales. Cuando hay descentralización territorial existe división del trabajo pero no jerarquía, se rompe los niveles del gobierno y por tanto se delega la autoridad y la responsabilidad. La descentralización territorial implica entonces una delegación radical, estable y permanente de competencias, funciones y recursos a los niveles intermedios y locales del Estado, generalmente es una delegación otorgado por la Constitución Política y leyes del más alto nivel, definiendo así la estructura básica de las relaciones intergubernamentales en un país”.

En 1986, con la elección popular de alcaldes y el decreto 77 de 1987 o “Estatuto de Descentralización”, empieza en Colombia este proceso. Se transfieren, entonces, recursos a los municipios para la construcción y dotación de hospitales y para el propósito general de agua potable y saneamiento básico. En 1990 la Ley 10 faculta a los municipios para que asuman la responsabilidad de la salud de su población, y en 1993 la Ley 60 define las competencias y recursos de las entidades territoriales, entre ellas las del sector salud.

A este respecto, dicha Ley establece los requisitos que deben cumplir los municipios para obtener la certificación sobre su capacidad para asumir la salud de su población, reserva para el nivel nacional funciones de dirección, asesoría y control y entrega las competencias operativas y de ejecución a las entidades territoriales, quedando los municipios y distritos como responsables del primer nivel de atención y los departamentos del segundo y tercer nivel.

La definición de las competencias en las normas mencionadas no dio, sin embargo, suficiente claridad a las administraciones territoriales. En efecto, la Ley 60 de 1993 no tuvo en cuenta las capacidades diferenciales de los entes territoriales, las fluctuaciones e inestabilidad de los recursos y las dificultades en el proceso de inspección, vigilancia y control, lo cual produjo tanto la duplicación de competencias entre departamentos y municipios, como el choque en sus competencias y la poca claridad en los mecanismos de responsabilidad y rendición de cuentas.

Con la sanción de la Ley 100 de 1993 termina el Sistema Nacional de Salud y se crea el Sistema General de Seguridad Social Integral, que introduce al sistema los intermediarios y deja inconcluso y con muchas deficiencias el proceso descentralizador.

En 2001, la Ley 715, en su componente “sector salud” (capítulos I y II, artículos 42 a 45), concreta las competencias de la nación y de los entes territoriales, en procura de subsanar una de las más grandes limitaciones de las leyes 60 y 100 de 1993: la política de salud pública y las responsabilidades de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. A pesar de estos intentos normativos, la infraestructura física y la capacidad administrativa, técnica y científica necesarias para soportar el sistema de salud a nivel territorial son inexistentes en algunos municipios y débiles en otros, lo cual impide obtener la autonomía propia de la descentralización.

La Ley 1122 de 2007, que modifica la Ley 100 de 1993, y su reglamentación (Decreto 3039 de 2007 y Resolución 0425 de 2008) crearon las herramientas jurídico-financieras para avanzar en el Plan de Salud Pública Municipal, al contemplar aspectos tales como la administración territorial de la salud, la vigilancia en salud pública, la coordinación intersectorial, la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, la vigilancia de las condiciones ambientales nocivas para la salud. Según esta Ley, las administraciones territoriales deben ejercer las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud para garantizar la protección de la población.

El Ministerio de Salud de Colombia, hoy Ministerio de la Protección Social, define la vigilancia de la salud pública “como un proceso de obtención de información, análisis e interpretación y divulgación, con clara intencionalidad de la toma de decisiones para orientar y generar acciones de promoción y prevención de la salud, en el momento mismo, en el mediano o en el largo plazo, de tal forma que impacten la salud pública” (Ministerio de Salud, 2000:2).

La OPS (2000:1) ha promulgado que la vigilancia en salud pública requiere de un sistema funcional que permita proporcionar información para la toma de decisiones, que involucre “el establecimiento de prioridades, las decisiones políticas, planificación, ejecución, asignación y movilización de recursos y la predicción y detección temprana de las epidemias [...] y la prevención y control de las enfermedades [...], es, por lo tanto, un componente crítico del sistema de salud ya que proporciona información esencial para la prestación óptima de la atención en salud y el desarrollo de estrategias de salud costo-efectivas”.

En Colombia, la vigilancia epidemiológica fue normada en el antiguo Sistema Nacional de Salud por la Ley 9 de 1979, correspondiente al Código Sanitario Nacional y, luego, reglamentada en el Decreto 1562 de 1984. La Ley 100 de 1993 asumió la vigilancia epidemiológica como componente del Plan de Atención Básica (PAB), y el Decreto 3518 de 2006 creó el Sistema de Vigilancia de la

Salud Pública (SIVIGILA), de obligatorio cumplimiento y aplicación en todo el territorio nacional por parte de los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El SIVIGILA tiene a su cargo tanto la vigilancia de eventos transmisibles y de fuente común como las enfermedades no transmisibles; vigila, además, la mortalidad evitable, la cobertura de las acciones de protección específica, la detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública; tiene también bajo su responsabilidad la vigilancia mediante pruebas de laboratorio, los factores de riesgo/protectores del ambiente, del consumo y del comportamiento y los eventos especiales en salud. La vigilancia de todos estos eventos se funda en su conocimiento, el cual hace posible movilizar las acciones de prevención y control en el ámbito local y vincular dichas acciones a la planificación de acuerdo con las competencias de cada ente territorial.

Sin embargo, aún hoy la implementación del sistema de vigilancia en salud pública tropieza con graves problemas: en primer lugar, la falta de regulación, financiamiento y control en el sistema de salud ponen de manifiesto la débil rectoría estatal; por otra parte, las autoridades sanitarias han reducido los recursos para asesoría, asistencia técnica, supervisión y control del proceso de la vigilancia; en tercer lugar, son grandes las deficiencias en aspectos administrativos, en cantidad y calidad del recurso humano, en dotación y recursos financieros para cumplir las responsabilidades que les han sido asignadas a los departamentos y municipios. La vigilancia en salud pública ha priorizado la notificación y registro de los casos, y su desarrollo ha estado sujeto al interés de algunos funcionarios –en particular, de los hospitales públicos–; existe, además, poco compromiso de alcaldes, empresas aseguradoras, instituciones prestadoras de servicios de salud y personal asistencial para participar en la vigilancia, y falta acción intersectorial para el desarrollo de la vigilancia en salud (López *et al*, 2009:580).

A lo anterior se suma que las responsabilidades de vigilar y controlar las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) fueron transferidas de la nación al departamento y en muchos casos al municipio (Decreto 1525 de 1994), si bien el Ministerio de la Protección Social conservó la función de definir políticas y normas en la materia, y se comprometió a transferir recursos de apoyo para el pago de nómina del personal descentralizado y para el funcionamiento de los programas de control, y a dar apoyo logístico con el suministro de insumos básicos. En unión con el Ministerio, los departamentos realizan, pues, las funciones de asesoría, vigilancia y control, mediante las cuales se busca garantizar el adecuado desarrollo de los planes de beneficios contemplados en la ley 100 de 1993, entre ellos el Plan de Atención Básica –hoy Plan de Salud Pública (Decreto 3039/07)–, que constituye el mecanismo para alcanzar la prevención de las ETV y la promoción de la salud en los sectores sociales más desprotegidos.

Con respecto a la malaria y el dengue, corresponde al estado –de acuerdo con las diferentes responsabilidades, capacidades técnicas y líneas de intervención– realizar actividades de promoción, prevención y control de estas enfermedades. Según las últimas regulaciones (Resolución 0425 de 2008 y 3039 de 2007), a las administraciones departamentales “les corresponde

desarrollar actividades de prevención y control en los municipios de categoría 4, 5 y 6, los cuales tienen menores ingresos para desarrollar dichas actividades, y en los municipios categoría 1, 2 y 3 es responsabilidad de las administraciones municipales todas las actividades de promoción, prevención y control de malaria y dengue, con el apoyo técnico del nivel departamental”.

La malaria y el dengue son enfermedades tropicales que afectan gran parte de la población mundial y, especialmente, a la población más pobre, por ser la más vulnerable. En el 85% del territorio rural colombiano situado por debajo de los 1600 m.s.n.m, la malaria representa un grave problema de salud; el dengue, por su parte, es una enfermedad urbana que afecta cerca del 95% del territorio situado por debajo de los 1800 m.s.n.m. La diversidad en las condiciones climáticas, geográficas y culturales del país propicia una gran variedad de hábitats para el *Anopheles* y el *Aedes aegypti*, vectores de la malaria y el dengue.

Para el año 2007, Colombia reportó 87.450 casos de malaria, el 88% de ellos en las regiones Occidental –en 27 municipios de los departamentos de Antioquia, Córdoba y Nariño se concentra cerca del 60%– y Atlántica (PAHO, 2007:227). Durante el mismo año, se reportaron 28.481 casos de dengue, provenientes en su gran mayoría de las regiones Oriental y Occidental (Base de datos SIVIGILA, 2007).

En el país, la intervención de las enfermedades transmitidas por vectores ha sufrido cambios importantes debidos tanto a la reforma del sistema de salud en 1993, como a las sugerencias internacionales sobre el abordaje que deben tener dichas enfermedades. En la actualidad, las estrategias de intervención tratan de hacer una combinación “inteligente” (manejo adecuado de la información) que involucre el manejo adecuado del enfermo –para lograr su cura y evitar la propagación de la enfermedad al servir como reservorios– y aquellas actividades dirigidas al control de los vectores –actividades basadas en una serie de estrategias de promoción, prevención y control, para lo cual se han diseñado manuales, protocolos y guías integrales de manejo de estos vectores, que sirven de orientación a los funcionarios de las direcciones departamentales y municipales según los riesgos y la capacidad técnica de cada región (Ministerio de Salud, 1996: Módulo 4).

El fortalecimiento de las redes de diagnóstico y tratamiento de malaria en las zonas rurales, y el manejo oportuno y adecuado de los pacientes para ambas enfermedades son dos actividades prioritarias de los programas de control de ETV. Entre los años 2000 y 2004, el Ministerio de la Protección Social (2004:26) reportó un aumento cercano a los 400 puestos de diagnóstico e información.

Si bien las actividades que se requieren para el control de la malaria y el dengue no han cambiado mucho, sí han variado las estrategias para su implementación. En los últimos años se ha reforzado el trabajo con la comunidad, con el objeto de entender mejor las razones por las cuales no se ha logrado vincular gran parte de la población a las actividades de control que están a su alcance; de este modo, día a día proyectos y programas como PLECOSER (Llinás, 2008:1) y COMBI (Mosquera *et al*, 2006:120; WHO, 2004:1) toman fuerza y comprometen a más comunidades.

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio: Se realizó un estudio descriptivo, transversal.
2. Población de referencia: Según la ENS-2007, la población de referencia para el estudio de las administraciones municipales fueron 1.101 municipios del país.
3. Población de estudio y muestra: De acuerdo con los procedimientos establecidos por la ENS-2007 para el cálculo de la muestra y el tipo de muestreo, la primera fue probabilística y correspondió a 238 municipios (entidades territoriales) del país; el muestreo fue por conglomerados y estratificado, tal como lo describen los documentos metodológicos de dicha encuesta.
4. Fuentes de información: Para la realización de este estudio se utilizó el instrumento de recolección de datos de la ENS-2007 denominado *Encuesta para Administraciones Municipales, Módulo 1- Encuesta para hogares* y SIVIGILA.
5. Variables: Las variables utilizadas para Administraciones Municipales en la ENS-2007 correspondieron en su mayoría a las categorías municipales, oferta de instituciones públicas y privadas de salud y de educación, programas especiales de salud pública, infraestructura sanitaria, la vigilancia de la salud pública (VSP) en lo que atañe a mortalidad evitable, programas y proyectos de salud pública municipales que tuvieran relación con la prevención de dicha mortalidad, vigilancia de la calidad del agua y de los alimentos e intervenciones realizadas en malaria y dengue.
6. Procedimientos y Plan de análisis: Para proceder a realizar el análisis del nivel de cumplimiento de la vigilancia en salud pública a partir de los datos de la ENS-2007: *Encuesta de Administraciones Municipales* y *Encuesta a hogares*, fue necesario determinar los municipios que respondieron las preguntas completas para cada una de las variables de este estudio, razón por la cual se llevó a cabo la depuración de la base de datos de cada ente territorial. Aunque la muestra fue de 238 municipios, solo 223 registraron la mayor parte de la información; no obstante, para cada una de las variables analizadas varía el número de municipios con datos válidos o completos.
7. Se realizó un análisis univariado y bivariado para todas las variables. En la administración territorial se analizó por categoría de municipios, sin agrupación. Para las variables de vigilancia en salud pública los municipios se conformaron en dos grupos: 1) categorías especiales, 1, 2 y 3; 2) categorías 4, 5 y 6. Para las intervenciones realizadas en malaria y dengue, los datos se organizaron por regiones del país y por categorías de municipios. Los análisis estadísticos se realizaron en el software SPSS versión 15.0, idioma español; para la generación de cuadros de salida y gráficos se utilizó Microsoft Office Excel y los informes respectivos se presentaron en el procesador de texto Microsoft Office Word 2007.

RESULTADOS

Administraciones municipales

De los 238 municipios incluidos en la muestra de la Encuesta Nacional de Salud (ENS-2007), el 68,9% pertenecen a la categoría 6, seguido por la categoría 1 con el 7,1%; a la categoría especial pertenecen cinco municipios con el 2,1 % de la muestra. De los 238 municipios respondieron 223 de las diferentes categorías (Cuadro 1.1).

Cuadro 1.1 Distribución porcentual de los municipios estudiados según categoría municipal. Colombia, 2007

Categoría del municipio	No.	%
1	17	7,1
2	15	6,3
3	13	5,5
4	13	5,5
5	11	4,6
6	164	68,9
Especial	5	2,1
Total	238	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Con relación a la oferta de instituciones de salud, públicas y privadas, existen en promedio 35,8 instituciones públicas hospitalarias en los municipios de categoría especial, 88 centros de salud, 22 puestos de salud, 51 clínicas privadas con hospitalización, 62,6 centros de atención ambulatoria de EPS y 1.721 profesionales independientes registrados en el sistema de habilitación. En los municipios de categorías 1, 2 y 3, la oferta de instituciones de salud, públicas y privadas, es amplia; y en los de categorías 4, 5 y 6 es, en promedio, mucho menor, predominando la oferta pública. En estas últimas categorías se observa un promedio de entre 17 y 23 profesionales independientes de la salud registrados en el sistema de habilitación (Cuadro 1.2).

Cuadro 1.2 Número promedio de instituciones públicas y privadas de salud según categoría del municipio. Colombia, 2007

Variable	Categoría municipal según DNP							
	1	2	3	4	5	6	Especial	Total
Hospitales y clínicas públicas	2,6	3,6	1,5	1,3	2,2	1,0	35,8	2,1
Centros de salud	9,5	8,0	2,0	2,6	2,5	1,7	88,0	4,6
Puestos de salud	11,3	4,9	10,5	3,4	3,6	4,6	22,4	5,7
Otras entidades públicas de salud	0,7	40,6	0,3	0,5	0,4	0,7	2,4	3,0
Clínicas privadas con hospitalización	6,3	4,7	1,8	1,3	0,8	0,3	51,2	2,3
Centros de atención ambulatoria de EPS o ARS	13,8	8,2	4,1	8,6	6,0	1,6	62,6	5,0
Profesionales de la salud independientes registrados el sistema de habilitación	229,4	253,7	189,0	23,8	22,4	17,2	1721,6	90,2

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

En los municipios categoría 1, 2 y especial existen, en promedio, entre 10 y 12 aseguradoras del régimen contributivo, y pocas en los municipios de categoría 6. Con relación a la presencia de oficinas de atención al usuario, se observa un número bajo en todos los municipios, con excepción de los de categoría especial donde todas las aseguradoras tienen oficinas. La presencia de las aseguradoras del régimen subsidiado es baja en todas las categorías de municipios, con excepción de los de categoría especial que en promedio tienen 9 aseguradoras (Cuadro 1.3).

Cuadro 1.3 Promedio de aseguradoras en salud según categoría del municipio. Colombia, 2007

Variable	Categoría municipal según DNP							
	1	2	3	4	5	6	Especial	Total
Aseguradoras del régimen contributivo	11,0	10,3	6,3	6,1	5,6	3,8	12,2	5,3
Aseguradoras del régimen contributivo con oficina de atención al usuario	6,6	5,0	4,1	3,8	3,6	1,1	12,2	2,4
Aseguradoras del régimen subsidiado	4,4	5,8	4,4	5,6	4,8	3,5	9,0	4,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Se encuentra una amplia oferta de instituciones de educación, públicas y privadas, en todas las categorías de municipios. Los establecimientos educativos privados se encuentran en mayor

proporción en el área urbana y en los municipios categoría especial, 1, 2 y 3. Los establecimientos educativos urbanos y rurales son en su mayoría municipales, si bien hay una presencia importante de establecimientos del orden departamental en todos los municipios estudiados (Anexo, Cuadro 1.1)

En cuanto a la oferta de guarderías y hogares de bienestar, públicos y privados, se encuentra que el promedio de hogares de bienestar en los municipios categoría 5 y 6 es bajo, y más bajo aun en la zona rural en todas las categorías de municipios, superados ampliamente en todas las categorías de la zona urbana. En promedio, las guarderías y jardines infantiles públicos y privados se encuentran en mayor proporción en la cabecera municipal, con excepción de los municipios categoría 5 y 6 donde es muy baja su presencia. En la zona rural es muy baja la presencia de estas instituciones, y en particular en los municipios categorías 2, 4, 6 y especial. Así, pues, los municipios más desarrollados concentran la infraestructura de hogares de bienestar, guarderías y jardines infantiles (Anexo, Cuadro 1.2)

Vigilancia de la morbi-mortalidad evitable en los municipios por categorías

No todos los 223 municipios que registraron la mayor parte de la información realizaron acciones de vigilancia de la salud pública para los eventos de mortalidad materna y perinatal, EDA, IRA y estado nutricional. De estos eventos, el más vigilado en los municipios es la mortalidad materna: 94,6%, y el menos vigilado la desnutrición: 83,4%. Los municipios en categoría especial reportaron el 100% en acciones de vigilancia de los cuatro eventos de mortalidad evitable, seguidos de los de categoría 2 que reportaron el 100% en la vigilancia de tres de estos eventos (Cuadro 1.4).

Cuadro 1.4 Municipios que realizan actividades de vigilancia en salud pública de la morbi-mortalidad evitable, según categoría municipal. Colombia, 2007

Categoría municipal	Total municipios en la categoría	Muerte perinatal		Muerte materna		Muerte por IRA		Muerte por EDA		Desnutrición	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Especial	5	5	100	5	100	5	100	5	100	4	80,0
1	16	15	93,8	15	93,8	16	100	15	93,8	12	75,0
2	13	12	92,3	13	100	13	100	13	100	11	84,6
3	12	11	91,7	10	83,3	11	91,7	10	83,3	9	75,0
4	13	12	92,3	11	84,6	12	92,3	12	92,3	13	100
5	11	10	90,9	11	100	10	90,9	8	72,7	9	81,8
6	153	146	95,4	134	87,6	127	83,0	128	83,7	128	83,7
Total	223	211	94,6	199	89,2	194	87	191	85,7	186	83,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

De los 223 municipios, el 96% reportó muertes perinatales (214) y maternas (213), porcentaje mayor a los reportes de mortalidad por EDA e IRA (Cuadro 1.5)

Cuadro 1.5 Total de municipios que reportaron casos de mortalidad perinatal, materna, según IRA y EDA. Colombia, 2007

Categoría municipal	Total municipios en la categoría	Mortalidad perinatal		Mortalidad materna		Mortalidad por IRA		Mortalidad por EDA	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Especial	5	5	100	5	100	5	100	5	100
1	16	16	100	16	100	14	87,5	14	87,5
2	13	13	100	13	100	11	84,6	12	92,3
3	12	12	100	11	91,7	11	91,7	11	91,7
4	13	13	100	13	100	12	92,3	13	100
5	11	11	100	11	100	11	100	11	100
6	153	144	94,1	144	94,1	140	91,5	141	92,2
Total	223	214	96.0	213	96.0	204	91,5	207	92,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Programas especiales de salud pública

La vigilancia en salud pública tiene como objetivo guiar las acciones de intervención que conduzcan a un mejoramiento de la salud de la población. Es importante, por lo tanto, analizar los programas, proyectos y acciones desarrolladas por los municipios para disminuir las muertes evitables y otras enfermedades de interés en salud pública.

Al respecto se encontró que los municipios realizan programas, proyectos y acciones tendientes a evitar accidentes, lesiones personales, violencia intrafamiliar, enfermedades de transmisión sexual y del VIH/SIDA (Anexo, Cuadro 1.3). A continuación se describen:

- En la ocurrencia de accidentes de tránsito, son pocos los programas, proyectos y acciones en la mayoría de municipios, con excepción de aquéllos de la categoría especial donde el 100% reportó su realización.
- Igual sucede con la ocurrencia de lesiones personales: los programas, proyectos y acciones son bajos en la mayoría de municipios en todas las categorías, solo en los de categoría especial el 80% realiza estas actividades.

- Con relación a los programas, proyectos y acciones sobre la violencia intrafamiliar se observa un cumplimiento del 90% en todas las categorías de municipios, con excepción de los de categoría 5 donde solo se realizan acciones en el 72% de ellos.
- Los programas, proyectos y acciones para evitar la transmisión del VIH/SIDA se realizan en el 100% de los municipios de categoría especial; en las otras categorías es del 90%.
- Los programas, proyectos y acciones para evitar la transmisión de las ITS las realizan entre el 90 y el 100% de los municipios.
- Los programas, proyectos y acciones dirigidos a reducir la mortalidad materna se realizan en un porcentaje mayor al 90% en la mayoría de las categorías de municipios, y en la especial en el 100%.
- Con relación a la mortalidad infantil, los programas, proyectos y acciones para reducirla están presentes en todas las categorías de municipios, en un rango que oscila entre el 80% y el 90%.

Para incentivar la consulta para la citología cérvico-uterina, el control prenatal, de crecimiento y desarrollo, la vacunación, la actividad física y la reducción del consumo de alcohol y cigarrillo, los municipios realizaron programas, proyectos y acciones (Anexo, Cuadro 1.4) que se describen a continuación:

- Para la citología cérvico-uterina, el 100% de los municipios de categoría especial y 4 realizan estas acciones; en las otras categorías de municipios el porcentaje se encuentra entre el 80% y el 87%.
- Para incentivar el control prenatal, el 100% de los municipios categoría 4 realizan estas actividades; en las demás categorías, entre un 75% y 88% de municipios.
- Promueven la consulta de control del crecimiento entre un 62,5% y 69,2% de los municipios categoría 1 y 2. En aquéllos categoría 5 y 6 el porcentaje es cercano al 82%. En las otras categorías, el 100% de los municipios realizan estas actividades.
- Se incentivó la vacunación en menores de 5 años en el 80% de los municipios categoría especial, y es mayor al 90% en las otras categorías de municipios.
- La realización de acciones, programas y proyectos para detectar o reducir la violencia sexual se hizo en el 72% de los municipios categoría 5, y en más del 80% en las otras categorías.
- Para promocionar la actividad física, entre el 54,5% y el 62,5% de los municipios categorías 5 y 1 realizaron actividades. En las demás categorías de municipios se desarrollaron intervenciones en más de un 90%.
- La intervención para reducir el consumo de alcohol y cigarrillo es baja en los municipios categoría 5: 54,5% de ellos lo hicieron, y en la categoría 1 el 68,8%. En el resto de categorías es mayor al 90%.

- Para mejorar las condiciones nutricionales de la población, el 100% de los municipios categoría 3 realizan intervenciones; en las otras categorías entre el 80% y el 92% de municipios.

Vigilancia de los factores de riesgo del consumo

De los 223 municipios que brindaron información acerca de la vigilancia de los factores de riesgo del consumo, el 89,7% realizaron dichas actividades sobre la calidad del agua, el 80,7% sobre los alimentos y la inspección de mataderos se llevó a cabo en el 57% de los que tenían matadero de bovinos con licencia sanitaria (Cuadro 1.6).

Cuadro 1.6 Actividades de vigilancia de factores de riesgo del consumo realizadas por los municipios. Colombia, 2007

Categoría municipal	Total municipios en la categoría	Agua de consumo humano		Alimentos		Inspección a mataderos	
		No.	%	No.	%	No.	%
Especial	5	5	100	5	100	3	60,0
1	16	16	100	15	93,8	8	50,0
2	13	13	100	12	92,3	11	84,6
3	12	11	91,7	12	100	8	66,7
4	13	13	100	10	76,9	10	76,9
5	11	10	90,9	9	81,8	7	63,6
6	153	132	86,3	117	76,5	80	52,3
Total	223	200	89,7	180	80,7	127	57,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Se encontró que el 100% de los municipios pertenecientes a las categorías especial, 1, 2 y 4 cumplieron con la vigilancia de la calidad del agua, y por encima del 90% los municipios de categorías 3 y 5. En la categoría 6, la vigilancia estuvo por debajo del 90% (Cuadro 1.6).

Con respecto al número de muestras de agua tomadas durante el año 2006 para la vigilancia de su calidad, 187 municipios brindaron información, y de éstos 3 no tomaron muestras. Llama la atención el número de muestras reportadas por algunos municipios de categoría 6: Cauca (Antioquia) con 1035 muestras, Quinchía (Risaralda) y Túquerres (Nariño) con 594 muestras cada uno, Caparrapí (Cundinamarca) con 408 muestras y Leticia (Amazonas) con 341 muestras, entre otros. Ahora bien, según el artículo 6 de la Ley 617 de 2000, estos municipios poseen población igual o inferior a diez mil habitantes e ingresos no superiores a 15.000 SMLV, lo que significa que son municipios pequeños donde el número de muestras para la vigilancia del agua no debería

superar las establecidas por la normatividad sanitaria. La categoría especial tuvo 5 municipios con datos válidos: 3 de ellos tomaron entre 400 y 905 muestras de agua, los 2 restantes, Medellín y Bogotá –ciudades capitales que cuentan con alto número de población y diversos acueductos–, tomaron 2.000 muestras (Anexo, Cuadro 1.5).

Solo 175 municipios (78,5%) reportaron haber tomado muestras de agua para realizar el análisis de potabilidad. La cantidad de muestras tomadas por estos municipios fue 27.700, y de esta cantidad 42 municipios (24%) reportaron la totalidad de las muestras aptas para el consumo humano, 14 (8%) obtuvieron porcentajes de potabilidad del agua entre 95% y 100%, y 33 (18,9%) alcanzaron porcentajes por encima del 80%, lo que indica que estuvieron cercanos a alcanzar la meta establecida por la normatividad sanitaria; en contraste, 28 municipios (16%) pertenecientes a la categoría 6 tuvieron 0% de potabilidad, es decir, carecen de agua apta para el consumo humano (Cuadro 1.7).

Cuadro 1.7 Número y proporción de municipios en rangos de porcentajes de aceptabilidad del agua para consumo humano, según categoría municipal. Colombia, 2007

Categoría municipal según DNP	Porcentajes de aceptabilidad de agua para consumo humano agrupados según categoría														
	100%		99 - 95%		94,9 - 80%		79,9 - 50%		49,9 - 20%		19,9 - 0,1%		0%		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
1	4	25,0	2	12,5	0	0,0	6	37,5	4	25,0	0	0,0	0	0,0	16
2	4	33,3	1	8,3	6	50,0	1	8,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12
3	4	36,4	3	27,3	3	27,3	0	0,0	0	0,0	1	9,1	0	0,0	11
4	3	33,3	0	0,0	2	22,2	3	33,3	1	11,1	0	0,0	0	0,0	9
5	3	33,3	1	11,1	3	33,3	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9
6	24	21,2	4	3,5	18	15,9	26	23,0	10	8,8	3	2,7	28	24,8	113
Especial	0	0,0	3	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5
Total	42	24,0	14	8,0	33	18,9	39	22,3	15	8,6	4	2,3	28	16,0	175

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Sobre la vigilancia de la calidad sanitaria de los alimentos se encontró que, de los 223 municipios que suministraron información, el 80,7% lo hicieron, el 12,1% no y el 7,2% no sabía. Entre los que sí ejercieron la vigilancia, las categorías municipales 3 y especial reportaron el 100% de cumplimiento, las categorías 1 y 2 entre el 95,1% y 100%, y los municipios de categoría 4, 5 y 6 el 76,8%.

Con respecto a la toma de muestras de alimentos, de los 175 municipios el 78,5% reportó haberlo hecho durante el año 2006. En total se tomaron 17.949 muestras. El 20% de los municipios

tomó cero (0) muestras, el 41,1% entre 1 y 25, el 21,1% entre 26 y 100, y el restante 17,7% entre 100 y 2000 muestras. El 82,4% de los municipios que contestaron no haber tomado ninguna muestra de alimentos corresponde a aquéllos que pertenecen a la categoría 6; les siguen los de categoría 4 con un 11,4%. Los municipios que contestaron haber tomado 2000 muestras fueron 3 (1,71%): Bogotá D.C., Ipiales y Santander de Quilichao. La cantidad de muestras de estos dos últimos municipios llama la atención, pues su pertenencia a las categorías 4 y 5 implica que la competencia de la vigilancia sanitaria de los alimentos corresponde a los departamentos (Anexo, Cuadro 1.6).

De los 133 municipios que registraron información sobre las muestras tomadas, 34 (25,5%) reportaron que las muestras no llenaban los estándares sanitarios para el consumo humano. La categoría especial agrupó la mayor proporción de municipios con el 46,7%, seguida por la categoría 4 con el 40,5%. La categoría 1 presentó la menor proporción: 19,5% (Cuadro 1.8).

Cuadro 1.8 Proporción de municipios que registraron muestras de alimentos no aptas para el consumo, según categoría municipal. Colombia, 2007

Categoría municipal según DNP	Municipios con muestras de alimentos no aptas para el consumo	
	No.	%
1	13	19,6
2	12	20,6
3	10	23,4
4	6	40,5
5	8	25,3
6	80	25,1
Especial	4	46,7
Total	133	25,4

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

En relación con la vigilancia sanitaria de los mataderos, se encontró que de los 223 municipios registrados, 135 (69,1%) tenían matadero de bovinos con licencia y 47 (21,7%) no tenían. El 70% de los municipios de categorías 2, 4 y 5 poseen matadero de bovinos con licencia, y el 47,1% de categoría 1 no posee matadero bovino con licencia. El 94,8% de los municipios tienen un solo matadero, el 4,4% dos y el 1% tres mataderos, este último porcentaje corresponde a Bogotá D.C. En total hay 143 mataderos. En el 94,07% de los municipios se hicieron visitas de inspección sanitaria, y en las categorías 1, 2, 3, 4 y especial se realizaron visitas de inspección sanitaria al 100% de los mataderos (Cuadro 1.9).

Cuadro 1.9 Porcentaje de municipios que realizaron visitas de inspección sanitaria a los mataderos, según categoría municipal. Colombia, 2007

Categoría municipal según DNP	No. municipios en la categoría	No. municipios realizaron inspección	Porcentaje de cumplimiento visitas inspección
Especial	3	3	100
1	8	8	100
2	11	11	100
3	8	8	100
4	10	10	100
5	8	7	87,5
6	87	80	92,0
Total	127	127	94,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Los municipios de la categoría 5 fueron los que presentaron el mayor porcentaje de visitas con carne no apta para el consumo: 51,9%, seguidos de los de la categoría 3 con un 47,5%. La categoría municipal 2 fue la que menor porcentaje reportó: 2%. Los municipios de las categorías especial y 1 presentan porcentajes entre el 35,2% y 29,6%, a pesar de tener mayor desarrollo de la infraestructura sanitaria para el sacrificio de bovinos (Cuadro 1.10).

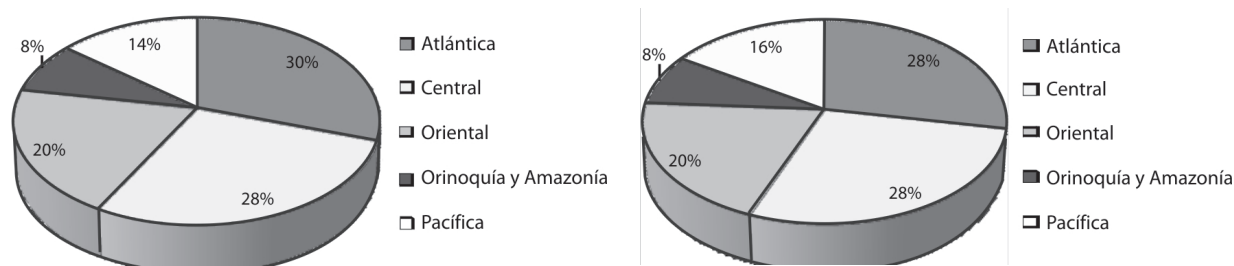
Cuadro 1.10 Proporción de municipios que registraron carne no apta para el consumo en las visitas sanitarias, según categoría municipal. Colombia 2007

Categoría municipal según DNP	Municipios que registraron carne no apta para el consumo	
	No.	%
1	8	29,6
2	10	2,0
3	7	47,5
4	8	12,9
5	4	51,9
6	63	22,1
Especial	3	35,2
Total	103	23,3

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Actividades realizadas por las administraciones municipales para reducir el riesgo de transmisión de malaria y dengue en Colombia

De los 223 municipios que dieron información, solo 169 reportaron la realización de actividades de intervención para la prevención y control de la malaria, y 183 para el dengue. En los Gráficos 1.1 y 1.2 se aprecia la participación porcentual de los municipios con transmisión de malaria y dengue incluidos en la muestra, de acuerdo con la región geográfica a la que pertenecen.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.1. Distribución porcentual de los municipios con transmisión de malaria, según región (n=169). Colombia, 2007.

Gráfico 1.2. Distribución porcentual de los municipios con transmisión de dengue, según región (n=183). Colombia, 2007.

Componente malaria

De acuerdo con la consulta realizada a las administraciones municipales del país, solo el 43% de los municipios reportó la realización de actividades para la vigilancia entomológica de *Anopheles* en el año 2007. En la región de la Orinoquia-Amazonía se observó un mayor cumplimiento en la vigilancia entomológica de vectores con el 71,4%, mientras que en la región Oriental el porcentaje de cumplimiento fue más bajo. Por categorías se encontró que en los municipios de categoría 1, 2 y 3 el porcentaje de cumplimiento fue del 53,1%, y en los de categoría 4, 5 y 6 del 40,6% (Anexo, Gráfico 1.1).

Un porcentaje importante de las respuestas relacionadas con la vigilancia entomológica no correspondían a actividades específicas para malaria, razón por la cual en el análisis aparecen como “no aplica”; otro grupo importante de actividades se refirieron al programa de ETV. En menor proporción, las actividades de caracterización de criaderos y captura de *Anopheles* adultos fueron realizadas por región y por categorías de municipios (Cuadros 1.11a y 1.11b).

Cuadro 1.11a Actividades reportadas por las administraciones municipales para la vigilancia entomológica según categoría municipal. Colombia, 2007

Vigilancia Entomológica	Categoría municipal							
	1-2-3		4-5-6		7		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No aplica	8	38,1	29	40,8		0,0	37	39,4
Programa de ETV	6	28,6	14	19,7		0,0	20	21,3
Caracterización de criaderos	5	23,8	13	18,3	1	50,0	19	20,2
Captura de <i>Anopheles</i> adultos	2	9,5	12	16,9	1	50,0	15	16,0
Identificación de vectores		0,0	2	2,8		0,0	2	2,1
Vigilancia de la resistencia		0,0	1	1,4		0,0	1	1,1
Total	21	100	71	100	2	100	94	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.11b Actividades reportadas por las administraciones municipales para la vigilancia entomológica según región. Colombia, 2007

Vigilancia Entomológica	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No aplica	10	40,0	10	31,3	4	40,0	6	50,0	7	46,7
Programa de ETV	5	20,0	6	18,8	3	30,0	2	16,7	4	26,7
Caracterización de criaderos	5	20,0	7	21,9	2	20,0	2	16,7	3	20,0
Captura de <i>Anopheles</i> adultos	5	20,0	6	18,8	1	10,0	2	16,7	1	6,7
Identificación de vectores		0,0	2	6,3		0,0		0,0		0,0
Vigilancia de la resistencia		0,0	1	3,1		0,0		0,0		0,0
Total	25	100	32	100	10	100	12	100	15	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Con relación a las actividades para el control de focos de *Anopheles*, solo el 41,4% de las administraciones municipales respondieron haberlas realizado. En la región Pacífica y en los municipios categoría 1, 2 y 3 se observa, aunque levemente, una mayor ejecución (Anexo, Gráfico 1.2). La mayoría de las actividades para el control de focos de *Anopheles* hace referencia a la “Estrategias IEC” (Información, Educación y Comunicación en salud); le siguen la aspersión con insecticida y el control físico. Las demás actividades de intervención son escasas en las regiones y en las categorías de municipios (Cuadros 1.12a y 1.12b).

Cuadro 1.12a Actividades reportadas por las administraciones municipales para el control de focos de *Anopheles*, según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para controlar los focos de <i>Anopheles</i>	Categoría municipal							
	1-2-3		4-5-6		Especial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estrategias IEC	4	12,9	21	21,0		0,0	25	18,8
Aspersión con insecticidas	2	6,5	15	15,0	1	50,0	18	13,5
Control físico	4	12,9	13	13,0		0,0	17	12,8
Programa ETV	8	25,8	8	8,0		0,0	16	12,0
No aplica	2	6,5	13	13,0		0,0	15	11,3
Control de criaderos	4	12,9	9	9,0		0,0	13	9,8
Control biológico de criaderos	2	6,5	9	9,0		0,0	11	8,3
Control químico de criaderos	2	6,5	3	3,0	1	50,0	6	4,5
Impregnación de toldillos	2	6,5	3	3,0		0,0	5	3,8
Entrega de toldillos	1	3,2	3	3,0		0,0	4	3,0
Priorización de viviendas		0,0	3	3,0		0,0	3	2,3
Total	31	100	100	100	2	100	133	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.12b Actividades reportadas por las administraciones municipales para el control de focos de *Anopheles*, según región. Colombia, 2007

Actividades para controlar los focos de <i>Anopheles</i>	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estrategias IEC	5	13,5	9	21,4	6	31,6	3	25,0	2	8,7
Aspersión con insecticidas	4	10,8	5	11,9	3	15,8	2	16,7	4	17,4
Control físico	4	10,8	7	16,7	1	5,3		0,0	5	21,7
Programa ETV	5	13,5	2	4,8	4	21,1	1	8,3	4	17,4
No aplica	3	8,1	6	14,3	3	15,8	1	8,3	2	8,7
Control de criaderos	6	16,2	3	7,1		0,0		0,0	4	17,4
Control biológico de criaderos	4	10,8	5	11,9		0,0	2	16,7		0,0
Control químico de criaderos	2	5,4	2	4,8		0,0	1	8,3	1	4,3
Impregnación de toldillos	1	2,7		0,0	1	5,3	2	16,7	1	4,3
Entrega de toldillos	1	2,7	2	4,8	1	5,3		0,0		0,0
Priorización de viviendas	2	5,4	1	2,4		0,0		0,0		0,0
Total	37	100	42	100	19	100	12	100	23	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Menos de la mitad de las administraciones municipales (solo el 39%, correspondiente a 66 municipios) realizaron actividades para el mejoramiento del desempeño de la comunidad en lo relacionado con el reconocimiento de signos de infección y la búsqueda oportuna para el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (Anexo, Gráfico 1.3). Las actividades realizadas fueron la estrategia IEC y las capacitaciones a grupos de la comunidad (Cuadros 1.13a y 1.13b).

Cuadro 1.13a Actividades para la identificación de síntomas de malaria y búsqueda de tratamiento oportuno por parte de la población, según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de la población sobre los signos de infección por malaria	Categoría municipal					
	1-2-3		4-5-6		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Estrategias IEC	5	21,7	22	30,1	27	28,1
No aplica	5	21,7	12	16,4	17	17,7
Capacitación a grupos de la comunidad	3	13,0	10	13,7	13	13,5
Charlas y talleres en la comunidad	3	13,0	9	12,3	12	12,5
Programa de ETV	4	17,4	5	6,8	9	9,4
Programas para el diagnóstico oportuno	2	8,7	6	8,2	8	8,3
Vigilancia epidemiológica	1	4,3	4	5,5	5	5,2
Visitas domiciliarias		0,0	4	5,5	4	4,2
Reuniones institucionales		0,0	1	1,4	1	1,0
Total	23	100	73	100	96	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.13b Actividades para la identificación de síntomas de malaria y búsqueda de tratamiento oportuno por parte de la población, según región. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de la población sobre los signos de infección por malaria	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Estrategias IEC	6	27,3	8	27,6	3	16,7	4	40,0	6	35,3
No aplica	4	18,2	3	10,3	5	27,8	1	10,0	4	23,5
Capacitación a grupos de la comunidad	2	9,1	6	20,7	2	11,1	2	20,0	1	5,9
Charlas y talleres en la comunidad	4	18,2	3	10,3	2	11,1	1	10,0	2	11,8
Programa de ETV	3	13,6	1	3,4	3	16,7	1	10,0	1	5,9
Programas para el diagnóstico oportuno	1	4,5	5	17,2	1	5,6		0,0	1	5,9
Vigilancia epidemiológica	1	4,5	2	6,9	1	5,6	1	10,0		0,0
Visitas domiciliarias	1	4,5	1	3,4	1	5,6		0,0	1	5,9
Reuniones institucionales		0,0		0,0		0,0		0,0	1	5,9
Total	22	100	29	100	18	100	10	100	17	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Solo el 17,7% (30) de las administraciones municipales realizaron actividades para mejorar la red de microscopía y tratamiento en la zona rural. Ninguno de los municipios categoría especial realizó actividades en este sentido (Anexo, Gráfico 1.4). El diagnóstico oportuno, la capacitación a microscopistas, las asesorías, las actualizaciones y la ampliación de la red son algunas de las actividades que se realizan en el país (Cuadros 1.14a y 1.14b).

Cuadro 1.14a Actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural	Categoría municipal					
	1-2-3		4-5-6		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
No aplica	1	20,0	5	14,3	6	15,0
Ampliación de la red de microscopía	1	20,0	4	11,4	5	12,5
Asesorías y actualizaciones	1	20,0	4	11,4	5	12,5
Capacitación a microscopistas		0,0	5	14,3	5	12,5
Diagnóstico oportuno		0,0	5	14,3	5	12,5
Fortalecimiento de la red		0,0	4	11,4	4	10,0
Implementación Proyecto PAMAFRO		0,0	2	5,7	2	5,0
Programa de ETV	2	40,0		0,0	2	5,0
Suministro de insumos		0,0	2	5,7	2	5,0
Asistencia técnica		0,0	1	2,9	1	2,5
Capacitación a promotores		0,0	1	2,9	1	2,5
Entrega de kits para pruebas rápidas		0,0	1	2,9	1	2,5
Visitas de campo		0,0	1	2,9	1	2,5
Total	5	100	35	100	40	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.14b Actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural, según región. Colombia, 2007

Actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquía y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No aplica		0,0	3	25,0	2	33,3	1	10,0		0,0
Ampliación de la red de microscopía		0,0	1	8,3		0,0	3	30,0	1	20,0
Asesorías y actualizaciones		0,0	2	16,7		0,0	1	10,0	2	40,0
Capacitación a microscopistas		0,0	1	8,3	2	33,3	1	10,0	1	20,0
Diagnóstico oportuno	3	42,9	1	8,3		0,0		0,0	1	20,0
Fortalecimiento de la red	1	14,3	1	8,3		0,0	2	20,0		0,0
Implementación Proyecto PAMAFRO		0,0		0,0		0,0	2	20,0		0,0
Programa de ETV	1	14,3		0,0	1	16,7		0,0		0,0
Suministro de insumos		0,0	2	16,7		0,0		0,0		0,0
Asistencia técnica	1	14,3		0,0		0,0		0,0		0,0
Capacitación a promotores		0,0		0,0	1	16,7		0,0		0,0
Entrega de kits para pruebas rápidas		0,0	1	8,3		0,0		0,0		0,0
Visitas de campo	1	14,3		0,0		0,0		0,0		0,0
Total	7	100	12	100	6	100	10	100	5	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

El porcentaje de población rural cubierta con la red de microscopía es muy bajo. En efecto, solo el 37,8% (17) de los municipios tienen una cobertura superior al 80% (Cuadro 1.15).

Cuadro 1.15 Población rural cubierta por la red de microscopía existente en los municipios, según categoría del municipio y región. Colombia, 2007

Población rural que cubierta por la red de microscopía existente		Categoría del municipio			Región					
		1, 2 y 3	4, 5 y 6	Especial	Atlántica	Central	Oriental	Orinoquía y Amazonía	Pacífica	Total
< 20%	No.	3,0	10,0	0,0	2,0	6,0	3,0	0,0	2,0	13,0
	%	30,0	28,6	0,0	22,2	40,0	50,0	0,0	22,2	28,9
20 - 39%	No.	0,0	5,0	0,0	3,0	1,0	0,0	1,0	0,0	5,0
	%	0,0	14,3	0,0	33,3	6,7	0,0	16,7	0,0	11,1
40 - 59%	No.	1,0	4,0	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	3,0	5,0
	%	10,0	11,4	0,0	0,0	6,7	16,7	0,0	33,3	11,1
60 - 79%	No.	0,0	5,0	0,0	0,0	3,0	1,0	1,0	0,0	5,0
	%	0,0	14,3	0,0	0,0	20,0	16,7	16,7	0,0	11,1
> 80%	No.	6,0	11,0	0,0	4,0	4,0	1,0	4,0	4,0	17,0
	%	60,0	31,4	0,0	44,4	26,7	16,7	66,7	44,4	37,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

El 27,8% (47) de las administraciones municipales reportaron haber realizado actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de la malaria. Por regiones, se observa una mayor frecuencia en la Orinoquia-Amazonía y en la Central; por categorías municipales, las 1, 2 y 3 realizan más actividades con las IPS (Anexo, Gráfico 1.5).

En general, las capacitaciones y los talleres de actualización son las actividades que más se realizan en el país. La supervisión y vigilancia institucional no se reportó en ninguno de los municipios categoría 1, 2 y 3 (Cuadros 1.16a y 1.16b).

Cuadro 1.16a Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de malaria, según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de malaria	Categoría municipal					
	1-2-3		4-5-6		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Capacitaciones y talleres de actualización	6	46,2	19	41,3	25	42,4
No aplica	1	7,7	8	17,4	9	15,3
Supervisión y vigilancia institucional		0,0	5	10,9	5	8,5
Disponibilidad de insumos	1	7,7	3	6,5	4	6,8
Vigilancia epidemiológica	1	7,7	3	6,5	4	6,8
Asesoría técnica	1	7,7	2	4,3	3	5,1
Programa de ETV	2	15,4	1	2,2	3	5,1
Búsqueda activa de casos		0,0	2	4,3	2	3,4
Entrega de protocolos	1	7,7	1	2,2	2	3,4
Control de calidad de láminas		0,0	1	2,2	1	1,7
Coordinación institucional		0,0	1	2,2	1	1,7
Total	13	100	46	100	59	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.16b Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de malaria, según región. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de malaria	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Capacitaciones y talleres de actualización	4	30,8	8	40,0	7	70,0	1	16,7	5	50,0
No aplica	4	30,8	3	15,0	2	20,0		0,0		0,0
Supervisión y vigilancia institucional	1	7,7	1	5,0		0,0	2	33,3	1	10,0
Disponibilidad de insumos	1	7,7	1	5,0		0,0		0,0	2	20,0
Vigilancia epidemiológica		0,0	4	20,0		0,0		0,0		0,0
Asesoría técnica	1	7,7	1	5,0		0,0	1	16,7		0,0
Programa de ETV	1	7,7		0,0	1	10,0		0,0	1	10,0
Búsqueda activa de casos		0,0	1	5,0		0,0	1	16,7		0,0
Entrega de protocolos		0,0		0,0		0,0	1	16,7	1	10,0
Control de calidad de láminas		0,0	1	5,0		0,0		0,0		0,0
Coordinación institucional	1	7,7		0,0		0,0		0,0		0,0
Total	13	100	20	100	10	100	6	100	10	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Componente dengue

El 70,4 % (129) de las administraciones municipales (n=183) reportaron realizar actividades para la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti* durante el año 2007. Los municipios de las regiones Central y Orinoquia-Amazonía reportaron mayor frecuencia de estas actividades. En los municipios de categoría especial todos llevaron a cabo las actividades, y en el 85,2% (29) de los municipios categoría 1, 2 y 3 (Anexo, Gráfico 1.6).

El levantamiento de índices de infestación larvarios de *Aedes aegypti* es la actividad que se realiza con mayor frecuencia en el país. Más del 50% de los municipios reportaron actividades que no tenían nada que ver con la vigilancia entomológica para el control de dengue (Cuadros 1.17a y 1.17b).

Cuadro 1.17a Actividades para la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti*, según categoría municipal. Colombia, 2007

Vigilancia Entomológica	Categoría municipal							
	1-2-3		4-5-6		Especial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No aplica	19	40,4	73	56,6	3	37,5	95	51,6
Levantamiento de índices larvarios	15	31,9	29	22,5	4	50,0	48	26,1
Programa de ETV	6	12,8	23	17,8		0,0	29	15,8
Instalación de larvitrapas	4	8,5	3	2,3		0,0	7	3,8
Levantamiento de índices de adultos	1	2,1	1	0,8		0,0	2	1,1
Pruebas de resistencia a insecticidas	1	2,1		0,0	1	12,5	2	1,1
Identificación de especies	1	2,1		0,0		0,0	1	0,5
Total	47	100	129	100	8	100	184	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.17b Actividades para la vigilancia entomológica de *Aedes aegypti*, según región. Colombia, 2007

Vigilancia Entomológica	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
No aplica	33	57,9	27	49,1	17	58,6	6	33,3	12	48,0
Levantamiento de índices larvarios	13	22,8	17	30,9	6	20,7	4	22,2	8	32,0
Programa de ETV	4	7,0	9	16,4	6	20,7	5	27,8	5	20,0
Instalación de larvitrapas	3	5,3	2	3,6		0,0	2	11,1		0,0
Levantamiento de índices de adultos	1	1,8		0,0		0,0	1	5,6		0,0
Pruebas de resistencia a insecticidas	2	3,5		0,0		0,0		0,0		0,0
Identificación de especies	1	1,8		0,0		0,0		0,0		0,0
Total	57	100	55	100	29	100	18	100	25	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Las intervenciones para reducir la infestación de vectores de dengue fueron reportadas en la mayoría de los municipios encuestados (70,4%), siendo mayor en la región Central y en los municipios de categoría 1, 2, 3 y especial (Anexo, Gráfico 1.7). La recolección de inservibles, actividades

de control social y la aspersión de insecticida representaron el 21%, el 17% y el 11% del total de actividades reportadas. El control químico en los municipios categoría especial representó un alto porcentaje (Cuadros 1.18a y 1.18b).

Cuadro 1.18a Actividades para reducir la infestación de *Aedes Aegypti* según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para reducir la infestación de <i>Aedes aegypti</i>	Categoría municipal							
	1-2-3		4-5-6		Especial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Recolección de inservibles	14	17,5	46	22,4	2	22,2	62	21,1
Control social	14	17,5	37	18,0	1	11,1	52	17,7
Aspersión con insecticidas	8	10,0	26	12,7	1	11,1	35	11,9
Abatización	6	7,5	23	11,2		0,0	29	9,9
No aplica	8	10,0	19	9,3	1	11,1	28	9,5
Visitas domiciliarias	7	8,8	11	5,4		0,0	18	6,1
Programa ETV	6	7,5	10	4,9	1	11,1	17	5,8
Vigilancia epidemiológica	5	6,3	10	4,9	1	11,1	16	5,4
Control biológico	2	2,5	8	3,9		0,0	10	3,4
Control químico	2	2,5	6	2,9	2	22,2	10	3,4
Estrategia IEC	2	2,5	4	2,0		0,0	6	2,0
Impregnación de toldillos	3	3,8	1	0,5		0,0	4	1,4
Control físico	2	2,5	1	0,5		0,0	3	1,0
Lavado de tanques o canecas		0,0	3	1,5		0,0	3	1,0
Control de criaderos	1	1,3		0,0		0,0	1	0,3
Total	80	100	205	100	9	100	294	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.18b Actividades para reducir la infestación de *Aedes Aegypti*
según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para reducir la infestación de <i>Aedes aegypti</i>	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Recolección de inservibles	19	21,6	21	21,0	10	20,4	5	27,8	7	17,9
Control social	11	12,5	23	23,0	10	20,4	3	16,7	5	12,8
Aspersión con insecticidas	14	15,9	8	8,0	7	14,3	2	11,1	4	10,3
Abatización	11	12,5	8	8,0	5	10,2	2	11,1	3	7,7
No aplica	4	4,5	14	14,0	4	8,2		0,0	6	15,4
Visitas domiciliarias	6	6,8	6	6,0	3	6,1	2	11,1	1	2,6
Programa ETV	5	5,7	4	4,0	4	8,2		0,0	4	10,3
Vigilancia epidemiológica	6	6,8	5	5,0	1	2,0	3	16,7	1	2,6
Control biológico	6	6,8	3	3,0		0,0		0,0	1	2,6
Control químico	1	1,1	5	5,0	2	4,1		0,0	2	5,1
Estrategia IEC	4	4,5	1	1,0	1	2,0		0,0		0,0
Impregnación de toldillos		0,0		0,0	1	2,0		0,0	3	7,7
Control físico		0,0	1	1,0		0,0	1	5,6	1	2,6
Lavado de tanques o canecas	1	1,1	1	1,0	1	2,0		0,0		0,0
Control de criaderos		0,0		0,0		0,0		0,0	1	2,6
Total	88	100	100	100	49	100	18	100	39	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

El 74,8% de las administraciones municipales respondieron afirmativamente a la pregunta sobre la realización de actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue. Por regiones, la Central alcanza el 86,5% en la realización de estas actividades, y la Orinoquia-Amazonía el 85,7% (Anexo, Gráfico 1.8). Las actividades con mayor peso porcentual corresponden a las charlas, talleres y capacitaciones a la comunidad y la movilización social. La Orinoquia-Amazonía reportó la mayor proporción de actividades de movilización social (Cuadros 1.19a y 1.19b).

Cuadro 1.19a Actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue, según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue	Categoría municipal							
	1-2-3		4-5-6		Especial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Charlas, talleres y capacitación en la comunidad	15	26,8	35	19,0	3	27,3	53	21,1
Movilización social	9	16,1	22	12,0	3	27,3	34	13,5
Difusión de afiches, cartillas, mensajes y programas radiales	7	12,5	24	13,0	2	18,2	33	13,1
Actividades educativas	2	3,6	24	13,0	1	9,1	27	10,8
Visitas domiciliarias	3	5,4	18	9,8	1	9,1	22	8,8
Recolección de inservibles	3	5,4	16	8,7	1	9,1	20	8,0
No aplica	2	3,6	8	4,3		0,0	10	4,0
Programa de ETV	3	5,4	7	3,8		0,0	10	4,0
Capacitación en instituciones educativas	4	7,1	5	2,7		0,0	9	3,6
Estrategias IEC	1	1,8	8	4,3		0,0	9	3,6
Vigilancia epidemiológica	3	5,4	6	3,3		0,0	9	3,6
Aspersión con insecticidas	2	3,6	3	1,6		0,0	5	2,0
Abatización	1	1,8	3	1,6		0,0	4	1,6
Siembra de peces		0,0	2	1,1		0,0	2	0,8
Talleres en IPS	1	1,8	1	0,5		0,0	2	0,8
Distribución de toldillos		0,0	1	0,5		0,0	1	0,4
Lavado de tanques		0,0	1	0,5		0,0	1	0,4
Total	56	100	184	100	11	100	251	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.19b Actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue, según región. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Charlas, talleres y capacitación en la comunidad	13	17,8	18	19,8	12	28,6	3	20,0	7	23,3
Movilización social	9	12,3	11	12,1	6	14,3	5	33,3	3	10,0
Difusión de afiches, cartillas, mensajes y programas radiales	12	16,4	11	12,1	3	7,1	3	20,0	4	13,3
Actividades educativas	4	5,5	13	14,3	5	11,9	2	13,3	3	10,0
Visitas domiciliarias	7	9,6	11	12,1	4	9,5		0,0		0,0
Recolección de inservibles	5	6,8	8	8,8	2	4,8	1	6,7	4	13,3
No aplica	2	2,7	5	5,5	1	2,4	1	6,7	1	3,3
Programa de ETV	4	5,5	2	2,2	2	4,8		0,0	2	6,7
Capacitación en instituciones educativas	4	5,5	4	4,4	1	2,4		0,0		0,0
Estrategias IEC	3	4,1	3	3,3	3	7,1		0,0		0,0
Vigilancia epidemiológica	3	4,1	4	4,4	1	2,4		0,0	1	3,3
Aspersión con insecticidas	2	2,7		0,0		0,0		0,0	3	10,0
Abatización	2	2,7		0,0	1	2,4		0,0	1	3,3
Siembra de peces	1	1,4	1	1,1		0,0		0,0		0,0
Talleres en IPS	1	1,4		0,0		0,0		0,0	1	3,3
Distribución de toldillos		0,0		0,0	1	2,4		0,0		0,0
Lavado de tanques	1	1,4		0,0		0,0		0,0		0,0
Total	73	100	91	100	42	100	15	100	30	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Un alto porcentaje de los municipios con dengue reportaron realizar actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad (57,9%), siendo mayor la proporción en la región Central y en los municipios categoría 1, 2 y 3 (Anexo, Gráfico 1.9). Entre las actividades para mejorar el desempeño de las IPS, los talleres, las charlas y capacitaciones tienen el mayor peso porcentual. La socialización en los Comité de Vigilancia Epidemiológica representa un peso porcentual importante en los municipios categoría especial y en la región Pacífica (Cuadros 1.20a y 1.20b).

Cuadro 1.20a Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue, según categoría municipal. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue	Categoría municipal							
	1-2-3		4-5-6		Especial		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Talleres, charlas y capacitaciones en IPS y hospitales	11	29,7	34	29,6	1	16,7	46	29,1
Actualización en vigilancia epidemiológica y manejo de SIVIGILA	7	18,9	20	17,4		0,0	27	17,1
Actualización en guías y protocolos de atención	5	13,5	19	16,5	1	16,7	25	15,8
Toma de muestra a casos sospechosos y notificación de casos	1	2,7	13	11,3	1	16,7	15	9,5
Proyectos y planes de choque	3	8,1	6	5,2		0,0	9	5,7
Socialización en COVE	2	5,4	5	4,3	2	33,3	9	5,7
Supervisión directa e indirecta	1	2,7	6	5,2	1	16,7	8	5,1
No aplica	2	5,4	5	4,3		0,0	7	4,4
Asistencia técnica	1	2,7	5	4,3		0,0	6	3,8
Programa de ETV	4	10,8	2	1,7		0,0	6	3,8
Total	37	100	115	100	6	100	158	100

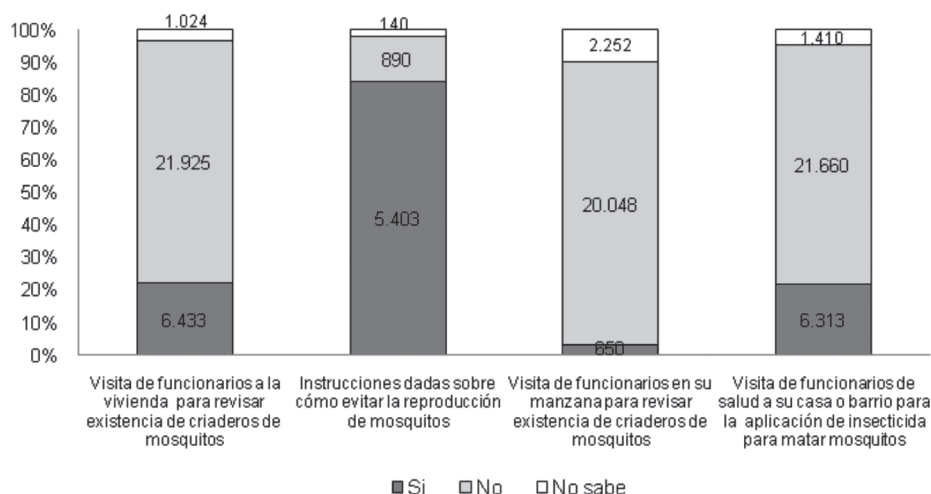
Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Cuadro 1.20b Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue, según región. Colombia, 2007

Actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue	Región									
	Atlántica		Central		Oriental		Orinoquia y Amazonía		Pacífica	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Talleres, charlas y capacitaciones en IPS y hospitales	12	31,6	14	23,7	9	29,0	5	41,7	6	33,3
Actualización en vigilancia epidemiológica y manejo de SIVIGILA	8	21,1	10	16,9	5	16,1	2	16,7	2	11,1
Actualización en guías y protocolos de atención	6	15,8	9	15,3	6	19,4	2	16,7	2	11,1
Toma de muestra a casos sospechosos y notificación de casos	2	5,3	7	11,9	3	9,7	2	16,7	1	5,6
Proyectos y planes de choque	2	5,3	4	6,8	3	9,7		0,0		0,0
Socialización en COVE	1	2,6	3	5,1	2	6,5		0,0	3	16,7
Supervisión directa e indirecta		0,0	5	8,5	2	6,5		0,0	1	5,6
No aplica	3	7,9	2	3,4	1	3,2		0,0	1	5,6
Asistencia técnica	2	5,3	3	5,1		0,0	1	8,3		0,0
Programa de ETV	2	5,3	2	3,4		0,0		0,0	2	11,1
Total	38	100	59	100	31	100	12	100	18	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Con relación a la participación del estado en actividades de intervención en malaria, según el punto de vista de la comunidad, el Gráfico 1.3 muestra comparativamente el número y porcentaje de hogares que reportaron haber sido visitados por funcionarios de salud para revisar la existencia de criaderos y realizar algunas actividades específicas de fumigación, inspección de criaderos e información.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.3. Reporte de algunas actividades realizadas en los hogares encuestados por parte de funcionarios de salud (n=29.446). Colombia, 2007

De los 29.446 hogares pertenecientes a municipios con transmisión de malaria, solo el 21,8% (6433) refirió haber recibido la visita de funcionarios de salud para revisar la existencia de criaderos de mosquitos. La proporción de hogares visitados es notoriamente más alta en la región de la Orinoquia-Amazónica. El menor porcentaje de visitas a las viviendas se encontró en las áreas rurales dispersas y en los municipios categoría especial (Anexo, Gráfico 1.10).

Durante el 2007, el 53% de los hogares visitados por parte del personal de salud recibió dicha visita solo una vez, el 26,3% dos veces, y 11,2% tres veces. En las visitas, la instrucción dada por el personal de salud sobre la manera de evitar la reproducción de mosquitos fue recibida en el 83,1% de los hogares. Proporcionalmente el comportamiento fue muy similar por región, por ubicación de la vivienda y por categoría municipal (Anexo, gráfico 1.11).

El porcentaje de los hogares visitados para aplicar insecticida y reducir la infestación de mosquitos es del 21,4% (6.313). En los hogares de la Orinoquia-Amazónica la proporción de viviendas donde se aplicó insecticida es superior a las demás regiones del país; según el lugar de la vivienda, en el área "rural disperso" se encontró la menor proporción de viviendas intervenidas (Anexo, Gráfico 1.12).

Con respecto a la presencia de criaderos y la aceptación que da la comunidad a los programas de intervención impulsados por el estado para disminuir los factores de riesgo relacionados con la transmisión de malaria y dengue, la ENS-2007 encontró los siguientes resultados:

Malaria

El 32,6% de los hogares encuestados reportaron que en los alrededores de su vivienda (menos de 100 metros) existían caños, quebradas, lagunas o algún depósito de agua sucia o pantanosa, lo cual constituye un riesgo para la cría y reproducción del mosquito transmisor de malaria. La mayor proporción de presencia de estos depósitos fue reportada por los hogares de la región Pacífica y en los municipios categoría 4, 5 y 6 (Anexo, Gráfico 1.13).

En general, en el país son pocos los hogares que realizan limpieza de caños y depósitos de agua en los alrededores de las viviendas. La menor proporción de hogares que realizan dicha actividad se encuentra en la región Oriental, en las cabeceras municipales y en los municipios categoría especial (Anexo, Gráfico 1.14). Las principales razones dadas por las personas para no realizar la limpieza son: el 33% aduce que no es su responsabilidad, el 16,1% que otras entidades o personas lo hacen, el 13% que son muy grandes y no tienen equipos para hacerla, el 12% que sus vecinos no colaboran y el 9,7% que no se le ha ocurrido o no sabe cómo hacerlo.

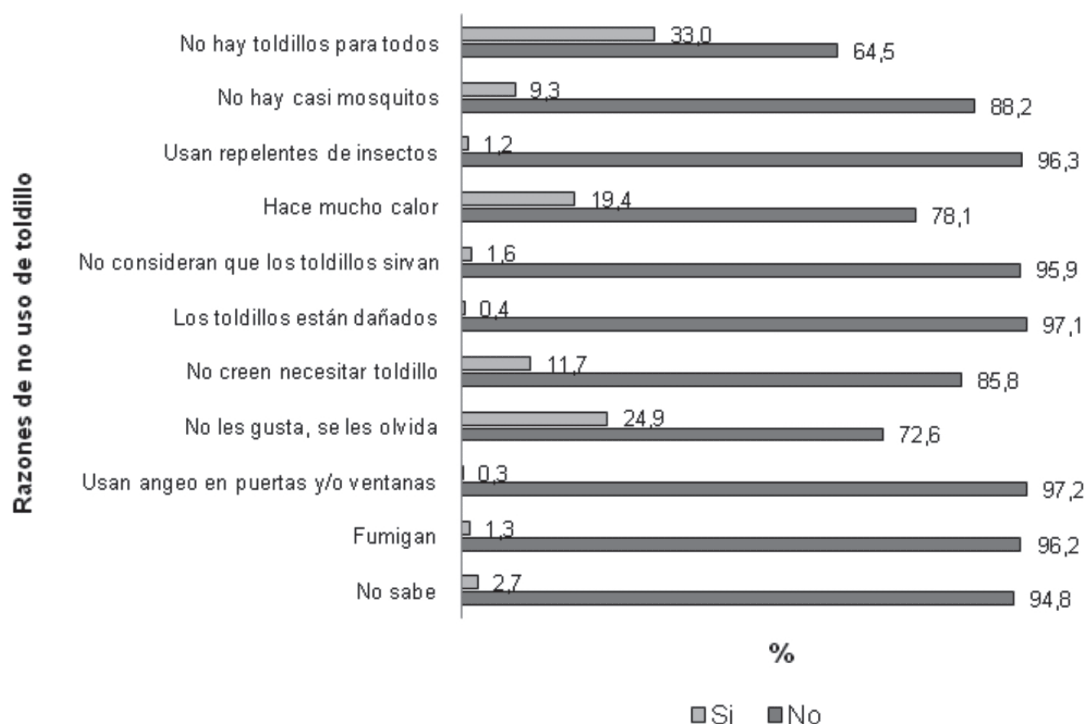
Con relación al uso de toldillos, se encontró que solo el 22,1% tiene al menos un toldillo en su casa que usa para dormir; la proporción de hogares con toldillos es menor en la región Central, en las cabeceras municipales y en los municipios categoría especial (Anexo, Gráfico 1.15).

Al indagar sobre el uso del toldillo en la noche anterior a la encuesta, se encontró que el 23,4% (4.239) de los hogares lo utilizó. La frecuencia de uso más baja proporcionalmente se encontró en la región Central, las cabeceras municipales y en los municipios categoría especial (Anexo, Gráfico 1.16).

En el 60,1% de los hogares con toldillos, todos los miembros de la familia lo usaron la noche anterior a la encuesta, y en el 38% restante al menos una persona no durmió con toldillo. En la Orinoquia-Amazonía y en los municipios categoría 4, 5 y 6 la protección de todos los miembros del hogar alcanza el mayor porcentaje (Anexo, Gráfico 1.17). Las razones más frecuentes que dan las personas que no durmieron con toldillo son: no tener los necesarios para todo el grupo familiar, no les gusta y el calor que produce (Gráfico 1.4.).

En términos generales son muy bajas las proporciones de uso de toldillos impregnados con insecticida en los hogares colombianos. La mayor frecuencia de uso se encuentra en la región Central, en los centros poblados y en los municipios categoría 1, 2 y 3 (Anexo, Gráfico 1.18).

Cuando se indagó sobre la frecuencia de la impregnación de toldillos con insecticida, el 30% de los encuestados respondieron que cada mes hacían el tratamiento y el 42,2% no sabían cuándo se había realizado. La impregnación fue realizada en la mayoría de los casos (51,9%) por algún miembro del hogar, seguido por funcionarios de la secretaría de salud o del hospital (37,7%), funcionarios de otras entidades como ONG's (3,8%), empleados de un negocio particular (1,9%) y por un amigo, vecino, familiar o conocido (1,3%). El 3,4% no supo quién realizaba la impregnación.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2007

Gráfico 1.4. Razones de no uso de toldillos la noche anterior a la encuesta. Colombia, 2007.

Las principales razones por las cuales en muchos hogares no realizan la impregnación y re-impregnación de toldillos son, en su gran mayoría, el desconocimiento sobre la necesidad de realizarlo, la irregularidad del programa y la falta de dinero por los costos que implica.

Dengue

El 65,3% (19.245) de los hogares encuestados en los municipios identificados con transmisión de dengue, tienen en su casa una alberca o tanque en el lavadero. Por regiones, la mayor proporción de hogares con este tipo de depósito se encuentra en la Orinoquia-Amazónica y la Oriental (Anexo, Gráfico 1.19).

De los hogares donde se encontraron tanques para el almacenamiento de agua, la gran mayoría dice haber realizado su limpieza en los últimos 7 días, y solo el 20,6% dijo haber hecho dicha actividad en los últimos 15 días.

En relación al lavado adecuado de la alberca, restregando el fondo y las paredes, el 88,3% (18.316) de los entrevistados dicen hacerlo; las proporciones son muy similares tanto por regiones, como por área de la vivienda y la categoría municipal (Anexo, Gráfico 1.20).

En el 36% (10.670) de los hogares de Colombia se cuenta con tanques adicionales usados para almacenar agua. En la región Pacífica y municipios categoría especial esta proporción es más baja: 61,7% tiene un solo tanque, y 20,6% dos (Anexo, Gráfico 1.21).

Con relación al lavado del tanque adicional, el 52,8% (6.587) lo lavaron en los últimos 7 días, observándose una mayor frecuencia de este proceso en la región Atlántica y en los centros poblados (Anexo, Gráfico 1.22). El lavado adecuado, restregando paredes y piso, del tanque adicional se realizó en el 76,9% de los casos (Anexo, Gráfico 1.23).

En el 52,3% (4.390) de los hogares colombianos encuestados, los tanques adicionales permanecen tapados todo el tiempo. En la región Oriental, las cabeceras municipales y los municipios categoría 1, 2 y 3 se observan los mayores porcentajes de tanques adicionales cubiertos todo el tiempo (Anexo, Gráfico 1.24).

La implementación de campañas de recolección de inservibles en el hogar o el barrio, dirigidas por personal de salud en el último año, fue reportada tan solo en el 10,2% (3.024) de los hogares. En la región de la Orinoquia-Amazonia se observó, proporcionalmente, un mayor acompañamiento de los funcionarios de salud para estas actividades (Anexo, Gráfico 1.25). Se evidencia una muy baja participación de la comunidad en dichas actividades: solo el 46,6% de los hogares (Anexo, Gráfico 1.26).

DISCUSIÓN

El nivel de desarrollo y la capacidad institucional de los municipios son factores determinantes en el proceso de descentralización política, administrativa y fiscal iniciado en el país desde el año 1986. Razón por la cual, a largo plazo este proceso ha dado como resultado un incremento de la inequidad entre los municipios: aquéllos con mayor capacidad de gestión y recursos, tienen mayores probabilidades de desarrollo (Moreno *et al*, 1994:11-26). En el capítulo de “Administraciones Municipales”, de la ENS-2007, que se construye mediante la autoevaluación realizada por los directores de las administraciones municipales en salud, se muestran logros importantes que contrastan con la situación de salud de Colombia. Sería necesario darle una mirada más integral y objetiva para apreciar sin arreglos intencionados la realidad del país.

La existencia aparente de una buena oferta de instituciones de salud, públicas y privadas, no resuelve el problema central del acceso a los servicios debido a la fragmentación y desarticulación de los prestadores de salud que conlleva el modelo implementado por la Ley 100 de 1993 y las leyes que la han modificado y reformado. Según Moreno, “los opositores a la municipalización de la salud plantean motivaciones y argumentos que señalan que con ella se afectó el adecuado funcionamiento del sistema de salud por la atomización de las redes de servicios de salud, la baja capacidad de rectoría de la salud a nivel municipal y la baja participación social” (Moreno *et al*, 1994:11).

Los municipios más desarrollados concentran la oferta de instituciones públicas y privadas en salud, y los menos desarrollados cuentan solo con una escasa oferta pública. Lo mismo sucede

con la presencia de las aseguradoras y la infraestructura educativa y, además, se presentan inequidades al interior de los municipios entre la zona urbana y rural.

Uno de los grandes desafíos para la acción del estado es el acceso de la población de los municipios a la infraestructura sanitaria. En efecto, a pesar de los esfuerzos del gobierno nacional y local, en muchos municipios el desarrollo de la infraestructura sanitaria es insuficiente, especialmente en aquéllos de menor población. Si bien es cierto que los municipios deben gestionar el desarrollo integral comunitario –en el que la atención al medio ambiente, el saneamiento básico, la provisión y potabilidad del agua, el alcantarillado, los mataderos y la recolección de las basuras sean componentes fundamentales de la salud pública–, también lo es que necesitan contar con el apoyo decidido del estado a nivel nacional y departamental. Mientras esto no sea así, el desarrollo del sistema de salud municipal seguirá siendo una falacia para la mayoría de los municipios colombianos.

En la encuesta a las administraciones locales de salud no se obtuvieron datos sobre las funciones correspondientes a la rectoría del sistema de salud a nivel municipal. Las reformas sucesivas al sistema general de seguridad social, y el hecho de ser un sistema regulado por la lógica del mercado, han deteriorado la función rectora del estado en todos los niveles, permitiendo que otros actores asuman dichas funciones con intereses económicos diferentes al bienestar de la población.

Según la ENS-2007, los programas especiales de salud pública se llevan cabo en todos los municipios, sin embargo no se conoce el impacto que generan en la salud y, en particular, en la morbilidad y mortalidad de los eventos prevenibles. Es conocido que la salud y la enfermedad obedecen a determinantes tales como la pobreza, la violencia, la globalización, el deterioro ambiental y los estilos de vida, sin embargo por lo general los programas de salud se enfocan en la lucha contra enfermedades específicas y no en sus determinantes, lo cual aseguraría mejores y más eficaces resultados sobre la salud de la población.

La vigilancia en salud pública –esto es, el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud– es otra función esencial, asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud. Mediante la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 3518 de 2006 se organiza la vigilancia en salud pública en el país, y se asignan responsabilidades a los municipios y a las instituciones de salud, públicas y privadas, para garantizar el bienestar de las colectividades y las condiciones sanitarias necesarias para su desarrollo personal, familiar, social y productivo. Sin embargo, a pesar de contar con la normatividad y conocer su importancia en la prevención de eventos específicos de morbilidad y mortalidad evitables, factores de riesgo del consumo y enfermedades transmitidas por vectores, el sistema de vigilancia es aún incipiente en todo el país, si bien en los municipios se observan esfuerzos importantes en la vigilancia de la salud pública –principalmente de las muertes perinatales y maternas y de aquéllas producidas por IRA y EDA–.

Aunque la vigilancia de la salud pública es de obligatorio cumplimiento por los actores del sistema de salud, en muchos municipios colombianos –y de forma notable en los de categoría 4, 5 y 6– son todavía insuficientes las acciones de vigilancia, intervención, prevención y control, debido a la escasez de recursos para inversión y funcionamiento, la falta de capacitación para la gestión en salud, el desconocimiento de las políticas, las funciones y las competencias en salud por parte de los alcaldes y funcionarios (Muñoz *et al*, 1996:202).

Las múltiples dificultades que han tenido los municipios de Colombia para asumir sus funciones corresponden, en su mayoría, a problemas surgidos desde la implementación de la Ley 100 de 1993, tales como el cambio en el modelo y en los sistemas de información en salud y en el modo como se distribuyen los recursos para asumir la salud pública de las localidades (Hernández, 2002:5). En la ENS-2007 se hicieron evidentes las falencias de los sistemas de información: en la mayoría de los municipios los datos fueron ambiguos, incompletos y, en algunos casos, inexistentes, a pesar de ser el registro de los eventos estudiados de obligatoriedad para todos los actores del sistema.

Con relación a la vigilancia de los factores de riesgo del ambiente, la ENS-2007 encontró que más del 80% de los municipios realizó la vigilancia de la calidad del agua. Sin embargo, las grandes diferencias entre categorías municipales puede deberse a las competencias que en salud pública confirió la Ley 715 de 2001, en la que se otorga a los entes departamentales las acciones de inspección, vigilancia y control de los factores de riesgo del ambiente y del consumo que afectan la salud de la población de los municipios de su jurisdicción adscritos a las categorías 4, 5 y 6.

No se tuvo información completa sobre la vigilancia de la calidad del agua con relación al análisis fisicoquímico y microbiológico. La ENS-2007 (formulario “Administraciones Municipales”) solo preguntó por el número de muestras de agua realizadas y de éstas cuántas resultaron no aptas para el consumo, por lo que no fue posible establecer si las muestras estaban asociadas a uno o varios sistemas de suministro; éste es un dato fundamental al momento de analizar el cumplimiento del número de muestras que debe realizar cada ente territorial a cada uno de los sistemas de suministro de agua de su municipio para, así, poder correlacionar el número de análisis realizados con los exigidos para vigilancia y control de la calidad del agua, tal como lo establecen los artículos 42 y 43 del Decreto 475 de 1998. La ausencia de esta información impidió llevar a cabo el análisis del cumplimiento de la vigilancia de la calidad del agua, y debió limitarse solo a relacionar el número de muestras tomadas con el número de muestras no potables.

Según los hallazgos de este estudio, en el 2006 solo el 32% de los municipios encuestados tenía agua potable. Para este mismo año, un estudio realizado por la Defensoría del Pueblo (2006:11-12) sobre la calidad del agua de consumo humano en el país, con base en la información suministrada por las Secretarías de Salud Departamentales de 955 cabeceras municipales, en las que se analizaron 17.059 muestras para parámetros microbiológicos y 12.119 para fisicoquímicos, dio como resultado que el 84% de los municipios no suministraban agua apta para el consumo humano, en el 83% se incumplía la norma en los parámetros fisicoquímicos y en el 76% los mi-

crobiológicos. Solo el 7,5% de las muestras alcanzaban entre el 80% y el 95% de cumplimiento en ambos parámetros (según las normas establecidas en el Decreto 475 de 1998).

Los datos reportados por la Contraloría General de la República (2006:195-203), en su informe “Estado de los Recursos Naturales y del Ambiente 2005-2006”, son similares a los hallazgos de la ENS-2007, a partir de los cuales se realiza este estudio. En dicho informe se relata que según información reportada por la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios, al realizar una relación entre la calidad del agua y las categorías de los municipios se presentó un mayor cumplimiento de los parámetros de calidad en los municipios de categoría especial 1, 2 y 3, mientras que se presenta un bajo cumplimiento en aquéllos de categorías 4, 5 y 6 –en esta última categoría el porcentaje de municipios con agua no apta para el consumo humano alcanza el 84,6%–. El informe también describe que de los 867 municipios que registraron la información, el 63,2% de ellos no cumplen el parámetro de coliformes totales, en tanto que el 35,5% supera los valores establecidos para la bacteria *Escherichia coli*.

Dado que de acuerdo con la Ley 142 de 1994, sus normas reglamentarias y las que expidan las Comisiones de Regulación, en el país es la Superintendencia de Servicios Públicos Domiciliarios la encargada de ejercer el control, la inspección y la vigilancia de las entidades prestadoras de estos servicios, y que corresponde al SIVICAP (Sistema de Información para la Vigilancia de la Calidad del Agua) del Instituto Nacional de Salud consolidar la información de la calidad del agua que reportan las Secretarías Departamentales de Salud, es fundamental que en una próxima Encuesta Nacional de Salud se tengan en cuenta estas instituciones, encargadas de acopiar los datos oficiales en todo el territorio nacional y, por lo tanto, de brindar información confiable que permita establecer políticas públicas frente al problema de la calidad del agua.

De acuerdo con la ENS-2007, un gran porcentaje de los municipios, realizaron vigilancia de la calidad sanitaria de los alimentos. En el año 2007, la vigilancia de la calidad sanitaria de los alimentos se realizaba de acuerdo con lo establecido en la normatividad sanitaria vigente y en la Circular 018 de 2004, la cual definió los lineamientos del Plan de Atención Básica (PAB). Uno de estos lineamientos puso bajo la responsabilidad de la Nación y de los entes territoriales las acciones para la vigilancia y el control sanitario de los alimentos de interés en salud pública. También estableció que los municipios serían apoyados por la Red Nacional de Laboratorios y por el Instituto de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA). Por otra parte, el Decreto 3075 de 1997 asigna a las autoridades sanitarias la obligación de practicar mínimo cuatro visitas al año a los establecimientos de mayor riesgo en salud pública, y al menos dos al año a los de menor riesgo. Sin embargo, la ENS-2007 solo preguntó por la vigilancia de los alimentos y no por el número de visitas realizadas.

En su artículo 34, la Ley 1122 de 2007 le confiere la competencia exclusiva para la inspección, vigilancia y control de la producción y procesamiento de alimentos, centros de acopio y procesamiento de la leche, las plantas de beneficio de animales, el transporte asociado a estas actividades y la vigilancia y control de los puertos, aeropuertos y pasos fronterizos para verificar la inocuidad

de los alimentos de importación y exportación al Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA).

Con respecto a la vigilancia de los mataderos, el Decreto 3075 de 1997 los considera como una fábrica de alimentos y la carne como uno de los alimentos de mayor riesgo en salud pública. El Decreto 2278 de 1984 definió las condiciones para el sacrificio de animales, el procesamiento, transporte y comercialización de la carne, y el Decreto 1500 de 2007 estableció el sistema oficial de inspección, vigilancia y control de la carne y de los productos y derivados cárnicos destinados para el consumo humano, y en el artículo 60 ratificó las competencias del INVIMA para la vigilancia y control, al tiempo que definió la frecuencia de las visitas que esta entidad debe realizar a los sitios de producción y plantas de beneficio.

Los municipios reportaron un número elevado de visitas de inspección a los mataderos, y aunque para el año 2006 no habían entrado en vigencia las normas que responsabilizan al INVIMA, sí existían lineamientos para la vigilancia de los mataderos, los cuales debían ser visitados –para verificar sus condiciones de funcionamiento y el cumplimiento de las normas sanitarias– con la misma periodicidad que las fábricas de alimentos de alto riesgo en salud pública.

Sin embargo, los resultados de la ENS-2007 revelan que en algunos municipios pequeños se realizaban más de dos visitas al día, situación que genera interrogantes tanto sobre la confiabilidad de la información, como sobre la presencia del médico veterinario o de un responsable de realizar la inspección de los bovinos, ante-mortem y pos-mortem, para emitir su dictamen sobre la inocuidad y destino del animal sacrificado y, si el caso lo ameritaba, tomar las medidas sanitarias correspondientes. Los porcentajes de visitas donde se encontró carne no apta para el consumo permiten suponer que aún no se habían establecido los mecanismos necesarios para garantizar la máxima calidad en el proceso del sacrificio de animales.

La vigilancia entomológica de vectores de malaria fue reportada por el 43% de las administraciones municipales del país. Esta cifra resulta baja, máxime si se tiene en cuenta que los municipios con transmisión de la enfermedad de las regiones Atlántica y Central reportaron, en año 2007, más del 89,6% de los casos de malaria y 79,3 % de los casos de dengue del país (SIVIGILA, 2007). Es posible que esta situación se presente porque gran parte de la transmisión se da en las zonas rurales, y en muchos municipios no se tiene el personal disponible y capacitado para el desarrollo de la vigilancia entomológica. Según la ENS-2007, los municipios de categoría 1, 2 y 3 hacen mayor vigilancia –debido, tal vez, a la responsabilidad directa que les asigna la administración nacional–; en los municipios de categoría 4, 5 y 6 la responsabilidad es del departamento, y dependiendo de la carga de la enfermedad se distribuyen los recursos humanos y técnicos para su prevención.

La caracterización de criaderos, captura de adultos e identificación de vectores son, en su orden, las actividades que más se realizan en los municipios encuestados; sin embargo, se observa un gran desconocimiento sobre la vigilancia entomológica por parte de las administraciones municipales: más del 35% reportaron actividades que no son propias de este tipo de vigilancia, tales como la actualización de gota gruesa, entrega de toldillos y búsqueda de casos. En otros

municipios no se especificó el tipo de actividad y solo hicieron referencia a las realizadas por el programa de ETV municipal o departamental. La estrategia IEC (Información, Educación y Comunicación) es la más utilizada para el control de focos de *Anopheles*, sin embargo no garantiza la existencia de una comunidad informada, educada y conocedora de los riesgos de la presencia de criaderos de este vector y la realización de actividades para su control.

Las actividades para mejorar el desempeño de la población en la identificación de síntomas de malaria y búsqueda de tratamiento oportuno –que incluye la estrategia IEC y las capacitaciones a grupos de la comunidad– se realizó en el 39% de los municipios, lo que representa un porcentaje bastante bajo.

Solo el 17,7% de los municipios realizaron actividades para el mejoramiento de la red de microscopía y tratamiento de malaria en la zona rural. La menor cobertura la tienen los municipios categorías 4, 5 y 6, esto es, los más pobres en términos de recursos y, con frecuencia, los más golpeados con relación a la transmisión de malaria. Las actividades para mejorar el desempeño de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en el diagnóstico y tratamiento de malaria fueron las capacitaciones y talleres de actualización, actividades que se realizaron en un bajo porcentaje de municipios.

Con relación al dengue, el 70,4% de los municipios reportaron actividades de vigilancia entomológica para *Aedes aegypti*. Se esperaba que lo hicieran más municipios, pues los lineamientos del Ministerio de la Protección Social recomiendan que todos los municipios que se encuentren por debajo de los 1.800 m.s.n.m. deben realizar 4 levantamientos entomológicos (índices de infestación de *Aedes aegypti*) al año, y los municipios por encima de los 1.800 m.s.n.m. dos. El bajo cumplimiento de la norma se observa en la región Central, y en los municipios categoría 1, 2, 3 y especial se encuentra la mayor la vigilancia entomológica.

El levantamiento de índices de infestación larvarios de *Aedes aegypti* es la actividad que se reporta con mayor frecuencia, debido a que existe un mayor consenso y vigilancia desde el orden departamental y nacional. La realización de actividades para reducir la infestación de *Aedes aegypti* en los municipios también tuvo un alto porcentaje de cumplimiento y, en su mayoría, se refiere a la recolección de inservibles, actividades de control social y al uso de insecticidas para el control de la población de adultos. Las actividades de fumigación son usadas para cortar la cadena de transmisión de dengue, y no son actividades rutinarias de control para bajar densidades de mosquitos. Los municipios utilizan con frecuencia las charlas, los talleres, la capacitación y la movilización de la comunidad para tratar de mejorar el desempeño de la población en la prevención y control de dengue. Al alto porcentaje de cumplimiento de estas actividades se debe el que el dengue sea una enfermedad urbana cuyo control, al menos en parte, está en manos de la comunidad que, con medidas simples, puede eliminar los criaderos que se forman en sus viviendas.

Se observa también un alto porcentaje en el cumplimiento de las actividades para mejorar el desempeño de las IPS en el diagnóstico y tratamiento de dengue mediante talleres, charlas, capacitaciones, actualizaciones en vigilancia epidemiológica y manejo de SIVIGILA. Estas activida-

des son importantes porque existen serios problemas de diagnóstico de esta enfermedad, lo que hace que en muchas oportunidades los pacientes sean atendidos con sintomatología compatible para dengue sin tomarles las respectivas muestras de laboratorio que confirmen el diagnóstico. Otro aspecto importante es el manejo de un paciente complicado con dengue, el cual requiere de una adecuada preparación del médico tratante dado el deterioro súbito que puede tener el enfermo. Es necesario, además, llamar la atención sobre las serias deficiencias que se presentan en el llenado de las fichas de los pacientes con dengue: en muchos casos no se relaciona la información completa del paciente, lo cual afecta todo el proceso del análisis de los casos y vigilancia epidemiológica que se deriva de la atención al usuario.

CONCLUSIONES

- La oferta de instituciones de salud, públicas y privadas, es más amplia en los municipios de categoría especial, 1, 2 y 3 que en las categorías 4, 5 y 6. En estas últimas predomina la oferta de instituciones públicas y la escasa presencia de prestadores privados y, en particular, de aquellos que cuentan con servicio de hospitalización.
- En cuanto al aseguramiento en salud, se observa una alta presencia de EPS's del régimen contributivo en los municipios de categoría especial, 1, 2, 3, 4 y 5. En los municipios de categoría 6 están establecidas en promedio 3,8 EPS's del régimen contributivo, pero solo hay 1,1 EPS con oficinas de atención al usuario en los municipios de esta categoría. Este hallazgo sugiere que en municipios pequeños, con mayor pobreza relativa y con más barreras de acceso (geográficas, económicas, funcionales, entre otras), los afiliados al régimen contributivo tienen mayores dificultades para recibir información y orientación de la EPS a la cual están afiliados.
- En promedio, la presencia de EPS's del régimen subsidiado es mayor de 3 en todas las categorías de municipios, lo que genera dificultades importantes de coordinación y mayores costos de transacción, sobre todo en los municipios más pequeños (categorías 5 y 6).
- Se encuentra una amplia oferta de instituciones educativas, tanto en la zona urbana como rural, en todas las categorías de municipios, lo cual es una fortaleza poco aprovechada hasta ahora en el país para un trabajo conjunto y de largo plazo con el sector salud. En el caso de las cabeceras de los municipios más grandes (categorías especial, 1, 2, 3, 4, 5) existe una combinación de oferta de instituciones educativas públicas y privadas. Esta situación es diferente en los municipios categoría 6, en los que predominan las instituciones educativas públicas tanto del orden departamental como municipal.
- Una fortaleza del país es la presencia de guarderías, jardines infantiles y hogares comunitarios de bienestar, la cual puede ser usada para extender la protección social en salud en la niñez.

Los hogares comunitarios están presentes en todas las categorías de municipios –incluso en los de categoría 6 donde, además, se dispone de un número promedio mayor de 2 guarderías infantiles y jardines–, y tanto en las zonas rurales como urbanas.

- En la mayoría de los municipios estudiados se dispone de un protocolo para el registro y análisis de las muertes perinatales, y en más de un 90% se hace vigilancia en salud pública de esas muertes. Sin embargo, cuando se trata de la investigación de las causas de las muertes perinatales se encuentran problemas en varias categorías de municipios. Llama la atención la insuficiente proporción de muertes perinatales investigadas en municipios de categoría especial (66%) –a pesar de disponer de mayor infraestructura y recursos en salud pública–; se encuentran también problemas de desempeño de esta actividad en municipios categoría 2 (56,4%) y 5 (83,7%).
- Si bien el 83% de los municipios de la muestra reportaron la realización de vigilancia en salud pública y acciones para reducir la muerte materna, entre el 5% y el 17% de los municipios estudiados no realizaron estas actividades. Situación que refleja una gran debilidad, dado que la reducción de la mortalidad materna es una prioridad nacional de salud pública. Es necesario, además, verificar la calidad de la vigilancia y las acciones preventivas que se desarrollan en los municipios que reportaron acciones regulares en este campo.
- En la mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) se hace vigilancia en más del 80% de los municipios estudiados, pero es baja la investigación sobre esas muertes, pues aunque en algunas categorías de municipios sí se realiza, aún es insuficiente para su nivel de desarrollo general e infraestructura en salud pública: en la categoría especial se investigan en promedio el 81,37% de las muertes por IRA, siendo mayor en municipios de categoría 1, con el 84,17%.
- La vigilancia en salud pública de la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) se hace en más del 72,7% de los municipios de la muestra, y las muertes por este problema de salud se investigan en más del 86% de los municipios. A pesar de ello, los hallazgos en la ENS-2007 reflejan ausencia de la vigilancia de la mortalidad por EDA en cerca de un 30% de los municipios categoría 5, y cerca de un 17% de los municipios categoría 3.
- La vigilancia del estado nutricional de la población menor de 5 años se hace en cerca del 75% de los municipios estudiados, y alrededor del 25% no la realizan. Este porcentaje es alto, pues se trata de un problema prioritario de salud pública en el país y de un factor determinante de otras enfermedades y problemas de salud.
- Con relación al cumplimiento de la vigilancia de la calidad del agua, se encontró que el 100% de los municipios categoría especial, 1, 2 y 4 la realizaron, y en las categorías 3 y 5 lo hicieron por encima del 90%. En la categoría 6, la vigilancia estuvo por debajo del 90%.
- Solo el 78,5% de los municipios reportaron haber tomado muestras para el análisis de la potabilidad del agua. De éstos, el 24% reportaron la totalidad de las muestras aptas para el

consumo humano, el 8% tenían porcentajes de aceptabilidad entre el 95% y el 100%, y el 18,9% por encima del 80%. El 16% presentaron 0% aceptabilidad, es decir, sin agua apta para el consumo humano, todos concentrados en la categoría municipal 6.

- La situación de los mataderos en los municipios estudiados es preocupante. Hay un bajo cumplimiento de la legislación sanitaria, tal es el caso, por ejemplo, de la falta de licencia de funcionamiento en un número significativo de municipios, especialmente en los de categoría 1 (50%) y especial (40%), municipios, sin embargo, con mayor desarrollo de infraestructura sanitaria y de vigilancia en salud pública. Es necesario evaluar también la calidad y efectividad de las visitas de inspección sanitaria que se realizan a los mataderos, pues si bien esta actividad se realiza en la casi totalidad de los municipios estudiados, la gran variabilidad en los resultados refleja una insuficiente estandarización, supervisión y evaluación de las visitas de fiscalización sanitaria.
- Con respecto a la vigilancia de la calidad de los alimentos, se encontró que alrededor del 23% de los municipios categoría 4 y 6 no la realizan. En esas dos categorías también está el mayor número de municipios que no reportan acciones correctivas o preventivas cuando se identifican alimentos que no llenan los estándares sanitarios exigidos. Estos hallazgos reflejan debilidad de la autoridad sanitaria municipal en la fiscalización de riesgos y daños.
- En cuanto a la presencia de programas especiales para reducir riesgos y eventos importantes en salud pública, se evidencia un avance importante en el establecimiento de programas preventivos para la transmisión de ITS, reducción de mortalidad materna, violencia intrafamiliar, mortalidad infantil y transmisión de VIH/SIDA en todas las categorías de municipios. Existe menos desarrollo de acciones y programas para reducir la ocurrencia de accidentes de tránsito, la ocurrencia de lesiones por agresión, el consumo de alcohol y cigarrillo y la violencia sexual.
- También se observa un avance significativo de las acciones y programas para incentivar la citología cérvico-uterina, la utilización del control prenatal, la vacunación en población menor de 5 años y el mejoramiento de las condiciones nutricionales de la población en la mayoría de las categorías de municipios estudiados. El menor avance se encuentra en la categoría 1, y en las acciones y programas que promueven la actividad física y la consulta para el control del crecimiento y desarrollo.
- Con relación al control de enfermedades como la malaria y el dengue, se encontró una diferencia notable en la realización de las actividades de intervención. La mayoría de los municipios realizaron más intervenciones en dengue a través de la vigilancia entomológica, el control de la infestación del vector, actividades para mejorar tanto el desempeño de la población para la prevención de la enfermedad, como el desempeño de las IPS para el diagnóstico y tratamiento oportuno.

- Es preocupante las pocas acciones realizadas por las administraciones municipales para mejorar la red de microscopía de malaria en la zona rural: solo el 17,7% de aquéllas reportó algún tipo de actividad. También es baja la proporción de hogares que refirieron haber sido visitados por funcionarios de salud para revisar la existencia de criaderos de mosquitos y para la aplicación de insecticida en las viviendas. En contraste, hay una alta recordación de las instrucciones recibidas sobre la manera de evitar la reproducción de mosquitos.
- Entre los factores de riesgo que influyen en la transmisión de malaria y dengue, se encontraron la presencia de criaderos de zancudos a menos de 100 metros de las viviendas y la baja adherencia de la comunidad a algunos programas impulsados por el estado, tales como el control de criaderos y el uso adecuado de toldillos impregnados con insecticida. Este último uso fue bajo en la población estudiada, y las razones que se aducen en la mayoría de los casos para no hacerlo es el desconocimiento sobre su necesidad, la falta de dinero y la falta del servicio.
- Se observó una alta presencia de albercas o tanques para el almacenamiento de agua en los hogares encuestados –y en muchos de ellos, tanques adicionales–, sobre todo en los centros poblados y cabeceras municipales, con baja frecuencia del lavado o tapado, lo cual constituye un riesgo importante para la cría de vectores de dengue y, por ende, para la transmisión de la enfermedad.
- La participación de la comunidad en las actividades del programa de intervención en dengue para el control de criaderos, estuvo alrededor del 50%, lo cual es una cifra bastante baja, si se tiene en cuenta que son actividades con un gran despliegue publicitario y una inversión importante en recursos humanos y técnicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2008). Resolución 0425 de 2008, por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá. [Sitio disponible en]: www.minproteccionsocial.gov.co/

_____ (2007). Decreto 3039 de 2007. Por medio del cual se aprueba el Plan Nacional de salud Pública. Bogotá.

_____ (2006). Decreto 3518 de 2006, octubre, por el cual se crea el Sistema de Vigilancia de la Salud Pública. Bogotá.

_____ (2004). "Regiones del país con mayor incidencia de malaria". [Sitio disponible en]: <http://www.presidencia.gov.co/sne/2005/octubre/08/resultadossalud.pdf>

Colombia, Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud (2007). "Base de datos SIVIGILA". Bogotá.

Colombia, Ministerio de Salud (2000). *La vigilancia en salud pública de eventos transmisibles y de fuente común: documentos generales y protocolos de enfermedades transmitidas por alimentos*. Bogotá.

_____ (1996). Guía integral de manejo de las enfermedades transmitidas por vectores. Módulo 4. 88 páginas.

Congreso de la República de Colombia. Ley 10 de 1990. "Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones".

_____. Ley 60 de 1993. "Por la cual se dictan normas orgánicas sobre la distribución de competencias de conformidad con los artículos 151 y 288 de la Constitución Política y se distribuyen recursos según los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones".

_____. Ley 100 de 1993. "Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones".

_____. Ley 715 de 2001. "Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros".

_____. Ley 1122 de 2007. "Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones".

Contraloría General de la República (2006). "Estado de los recursos naturales y del ambiente 2005 – 2006". Bogotá, D.C: La Contraloría, Agosto.

Control Social de Dengue en dos Ciudades Turísticas: Girardot y Melgar (2007). [Sitio disponible en]: <http://www.asivamosensalud.org/descargas/Dengue.pdf>

Defensoría del Pueblo (2006). "Diagnóstico sobre calidad del agua para consumo humano, Segundo informe defensorial". [Sitio disponible en]: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/02/informe_123.pdf

Hernández, M (2002). "Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia". En: *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4):991-1001. [Sitio disponible en]: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:BkH4nPNWkLQJ:medicina.udea.edu.co/SYS/paginaweb/Documentos%2520003/REFORMA%2520SANITARIA.doc+reforma+sanitaria,+equidad+y+derecho+a+la+salud+en+colombia&hl>. Consultado El 19 de diciembre de 2010.

Jaramillo, I (2004). "La nueva descentralización y su impacto en las relaciones intergubernamentales". En: IX Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y la administración pública. Madrid, España. 2-5 Nov.

López, Y, M González, N Gallego y A Moreno (2009). "Rectoría de la vigilancia en salud pública en el sistema de seguridad social en salud de Colombia: estudio de casos". En: *Biomédica*, 29(4):567-581.

Llinás, A (2008). "El modelo PLECOSER: estrategia para el cambio conductual en dengue". En: *Revista Médica de la Costa*, 3(7):www.unisimonbolivar.edu.co/biomedica/index.php/RCM/artiele/view/44/46 (23-08-2011).

Moreno, C, W Herrera, C De Mattos, D Restrepo, A Vargas y D Morales (1994). *Laberintos de la descentralización*. Bogotá: ESAP y Sinapsis.

Mosquera, M, R Obregón, LS Lloyd, M Orozco y A Peña (2006). "Comunicación, movilización y participación: lecciones aprendidas en la prevención y control de la fiebre dengue". En: *Investigación y desarrollo*, 14(1):120-151. [Sitio disponible en]: http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/invest_desarrollo/141/5

Muñoz, F, L Zapata, M Contreras *et al* (1996). "La gerencia de la salud en los municipios menores del departamento de Antioquia. Aproximación a un modelo, 1994". En: *Boletín Epidemiológico de Antioquia*, XXI(2):200-205.

OPS: Organización Panamericana de la Salud (2000). "Un enfoque integrado para la vigilancia de las enfermedades transmisibles". En: *Boletín Epidemiológico*, 21(1):1-4.

PAHO (2007). *Salud en las Américas*. Volumen II: Países, Colombia. Washington D.C.

WHO. *Planificación de la movilización social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso*. Parks, W y L Lloyd. WHO/CDS/WMC/2004.2).

CAPÍTULO 2:

ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y A LOS PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

ACCESO A LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA

INTRODUCCIÓN

El servicio de consulta externa es, por lo general, el primer contacto de los usuarios con las instituciones de salud. En él ocurre la mayor parte de las atenciones en salud, bien sea a través de la demanda de consulta médica general o especializada, bien a través de consultas y controles de enfermería, psicología, fisioterapia, nutrición o trabajo social, entre otros. Puerta de entrada de los usuarios a los servicios de salud, en numerosas ocasiones de la consulta externa se deriva una cadena de servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Esta sesión hace el análisis del acceso a los servicios de consulta externa con base en la información suministrada por la ENS-2007 en sus Módulos 2, 3 y 4, “Cuestionario de hogares”, y el Módulo 1, “Cuestionario de usuarios”, aplicado entre los usuarios de 1170 IPS.

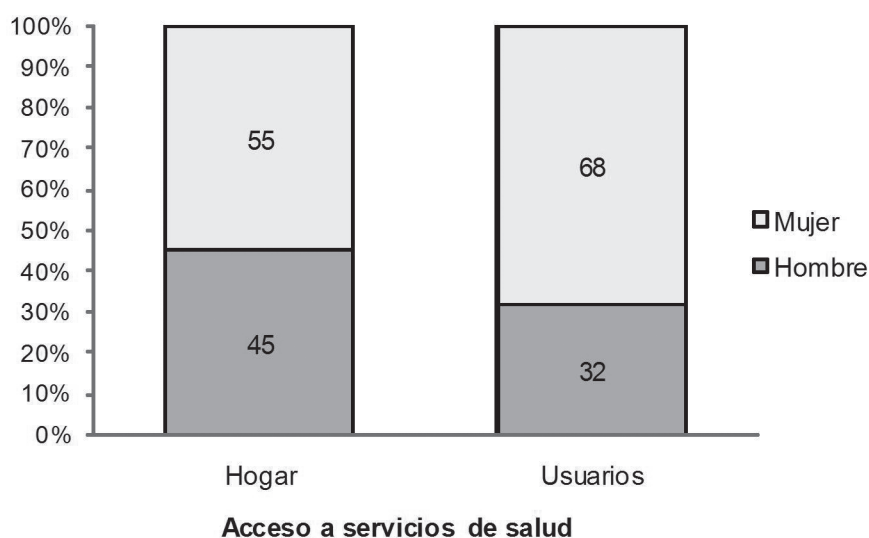
El análisis caracteriza la población que accedió a los servicios de consulta externa mediante variables de tipo social, tales como: área de residencia, tamaño del municipio, subregión, sexo, edad, afiliación a la seguridad social en salud, clasificación en el SISBEN, nivel educativo y la actividad que ocupó la mayor parte del tiempo de las personas. Con estas variables se busca identificar diferenciales de estructura entre la población general que accedió a servicios de salud y la encuestada en los hogares para, a continuación, relacionarla –de forma descriptiva– con la caracterización de las variables consideradas de interés en el acceso a los servicios de salud.

En la segunda parte se presenta una descripción de las condiciones o situaciones que limitaron o tuvieron algo que ver con el acceso a los servicios de salud.

HALLAZGOS

Caracterización de la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa

Aproximadamente 8 millones personas accedió a servicios de consulta externa en el año 2007; de éstas, el 68% corresponde al género femenino (ENS-2007, Módulo 1: “Encuesta de usuarios - consulta externa”). Contrasta este valor con el de la proporción de mujeres encuestadas en los hogares de las mismas unidades primarias (municipios) de muestreo, donde solo alcanza el 56%. Según la encuesta de hogares, entre la población que sufrió algún problema de salud, el 55% corresponde a mujeres. Esto indica que las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres (Gráfico 2.1).

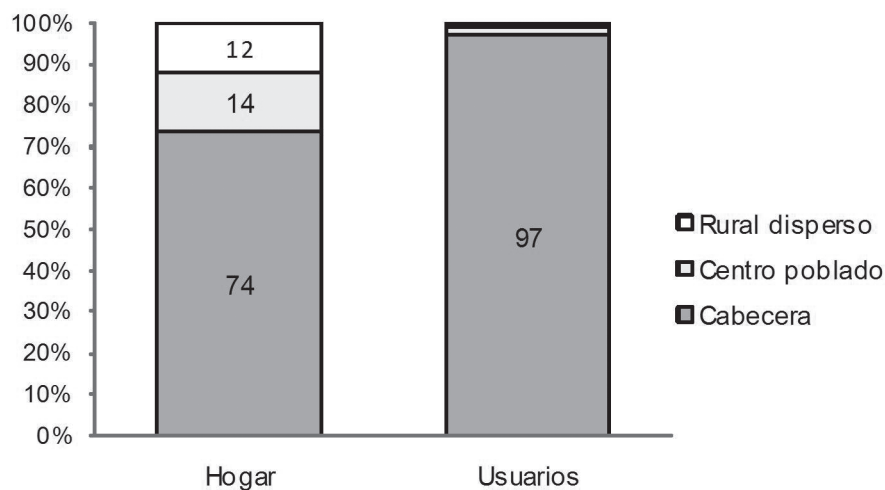


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.1. Distribución porcentual de la población de personas encuestadas en los hogares y las que accedieron a servicios de salud a través de Consulta Externa, según sexo. Colombia, 2007.

El 97% de las personas que accedieron a los servicios de salud procedían de la cabecera municipal, el 2% de centro poblado y solo un 1% del área rural dispersa. Al comparar la estructura de la población de los hogares encuestados que tuvieron algún problema de salud, dolor físico o malestar, con la de las personas que accedieron a consulta externa por área de residencia, las estructuras son muy diferentes: el 74% correspondió a la cabecera municipal, el 14% a centro poblado y el 12% al área rural. Esto muestra que la población del área rural accede en una muy baja proporción a los servicios de salud (Gráfico, 2.2).

En todas las subregiones se observa que la mayor proporción de personas que accedió a servicios de salud residen en la cabecera municipal, y que quienes residen en el área rural representan la más baja proporción; con excepción de la subregión que agrupa los departamentos de Cauca y Nariño, donde la participación de esta población es del 80% (Anexo, Gráfico 2.1).

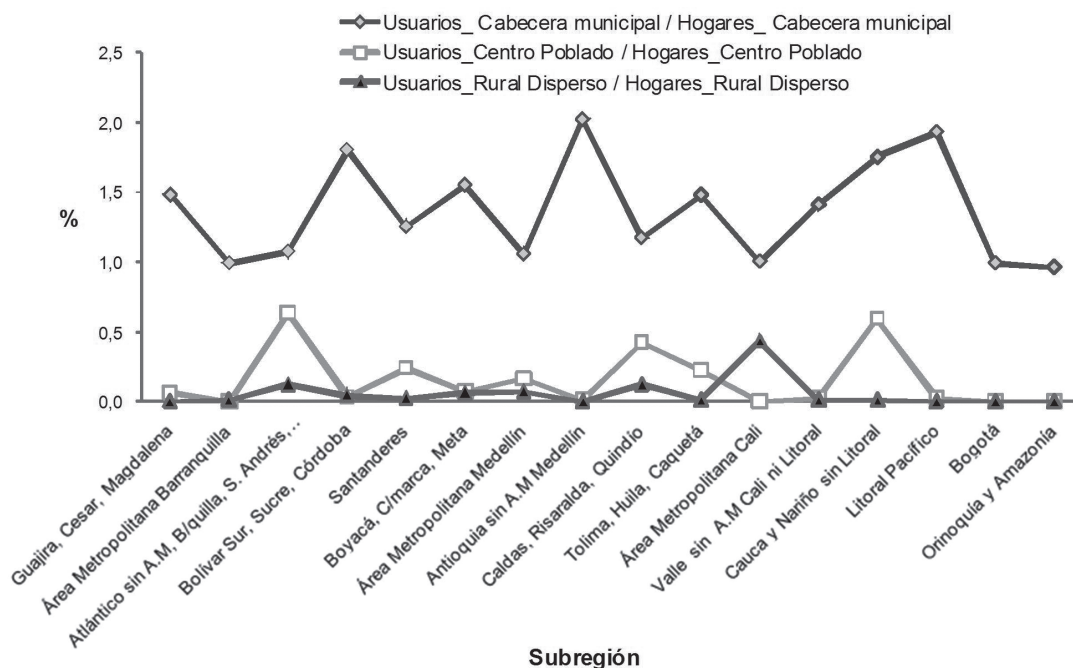


Acceso a servicios de salud

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.2. Distribución porcentual de la población de personas encuestadas en los hogares y las que accedieron a servicios de salud a través de Consulta Externa, según área de residencia. Colombia, 2007.

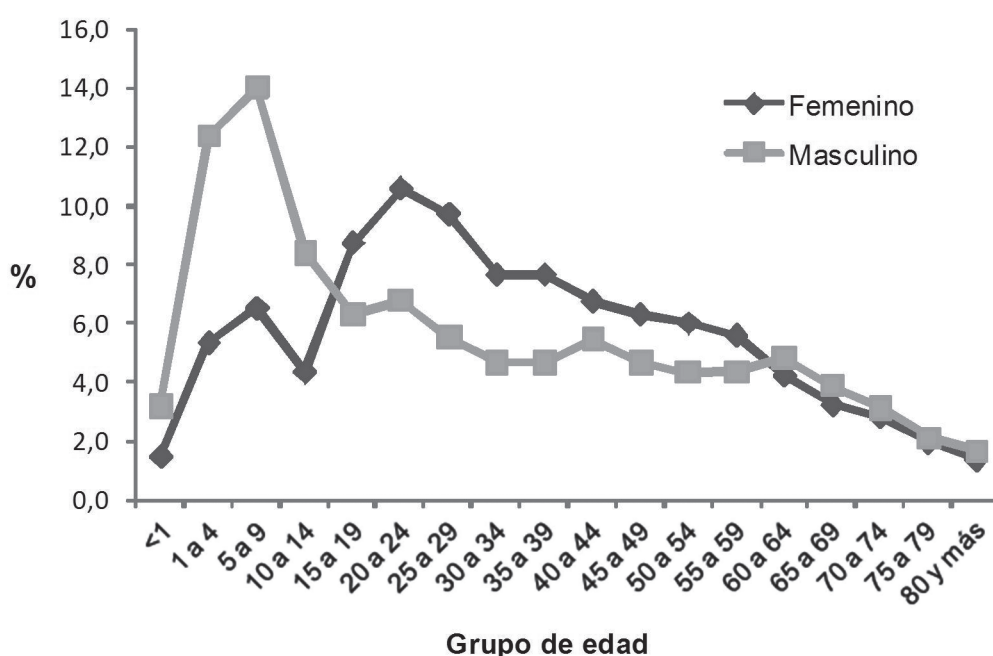
Al hacer la relación entre usuarios y población se confirma la mayor posibilidad de acceso de las personas que residen en la cabecera municipal, con independencia de la subregión del país donde habiten (Gráfico 2.3).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.3. Relación entre las proporciones de usuarios y población de hogares según subregiones del país. Colombia, 2007.

Al observar la estructura por edad y sexo de las personas que accedieron a servicios de salud se encuentran diferencias notables: la mayor proporción de acceso se encuentra entre la población masculina menor de 10 años; en la población de 10 años y más la mayor proporción corresponde al sexo femenino, con un pico en el grupo poblacional comprendido entre los 25 y 29 años de edad en el que por cada hombre acceden a los servicios de salud 3,76 mujeres, entre los 15 y 40 años es más de tres veces y a partir de los 40 años la relación es cercana a dos mujeres por un hombre (Gráfico 2.4).



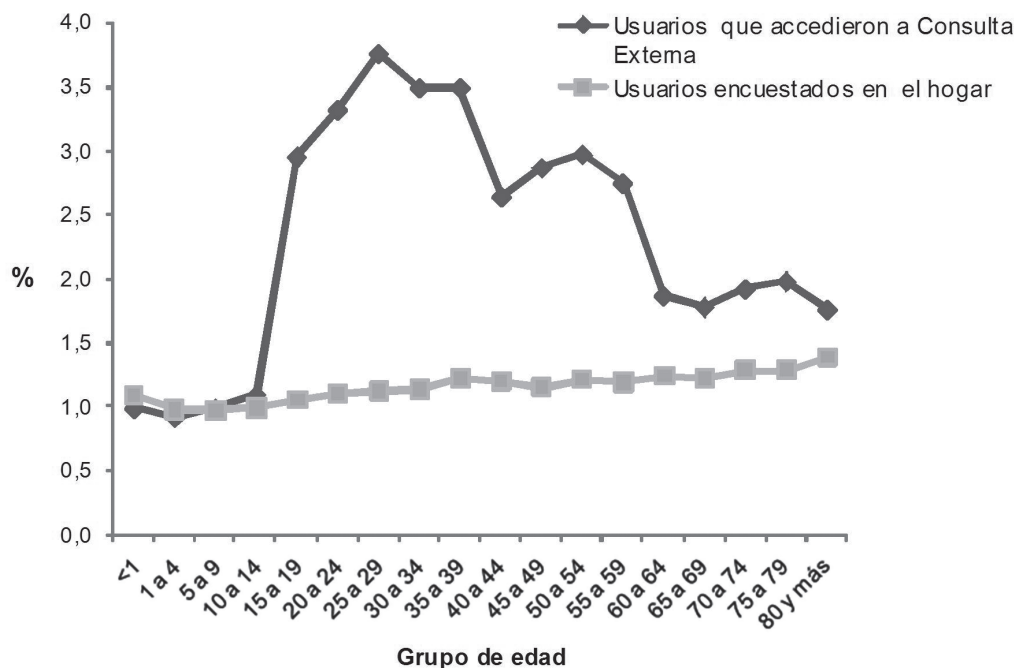
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.4. Distribución de la población de personas que accedieron a servicios de salud, a través de Consulta Externa, según edad y sexo, 2007.

Al hacer la relación entre las personas que accedieron a los servicios de salud y las encuestadas en el hogar se observa una proporción muy diferente: las mujeres acceden cerca de 4 veces más a dichos servicios que los hombres, particularmente entre los 15 y 50 años (Gráfico 2.5).

La distribución por sexo de la población de personas que accedió a servicios de salud a través de consulta externa no muestra diferenciales importantes entre las subregiones, puesto que la proporción de mujeres solo varía entre 64% y 72%; el límite inferior corresponde a la subregión conformada por los departamentos de Norte de Santander y Santander, y el superior a la subregión que comprende al departamento de Antioquia sin los municipios del Área Metropolitana de Medellín (Anexo, Gráfico 2.2).

En todas las subregiones del país, la relación entre las personas que accedieron a los servicios de salud y las encuestadas en los hogares es muy distinta según el sexo (Anexo, Gráfico 2.3).



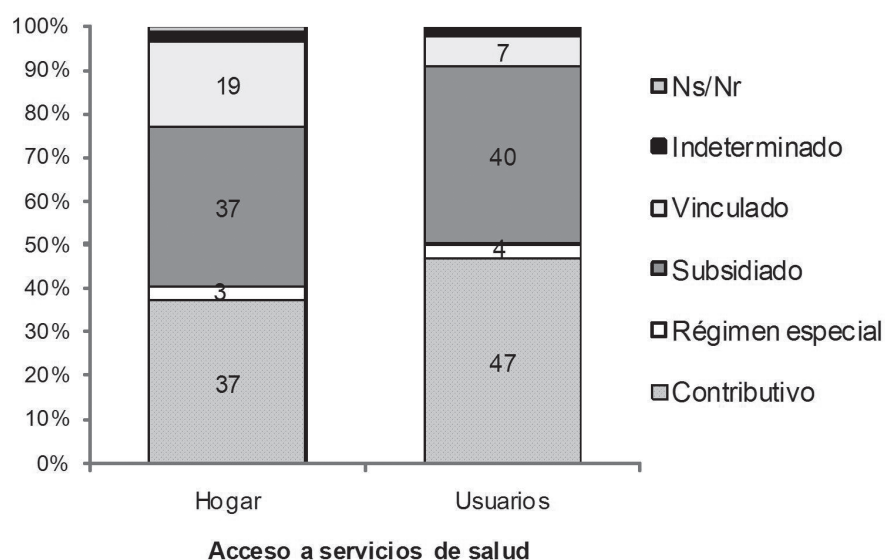
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.5. Relación entre las proporciones de personas del sexo femenino y del sexo masculino que accedieron a Consulta Externa y las encuestadas en el hogar. Colombia, 2007.

Según el tipo de aseguramiento, la distribución de la población que accedió a servicios de consulta externa indica que la mayor proporción corresponde al régimen contributivo con el 47%, seguida del régimen subsidiado con el 40%; en ambos casos la proporción es mayor que la de la población encuestada en los hogares. La población con más baja participación en el acceso es la de vinculados, con el 7%, pero en los hogares es de 19% (Gráfico 2.6).

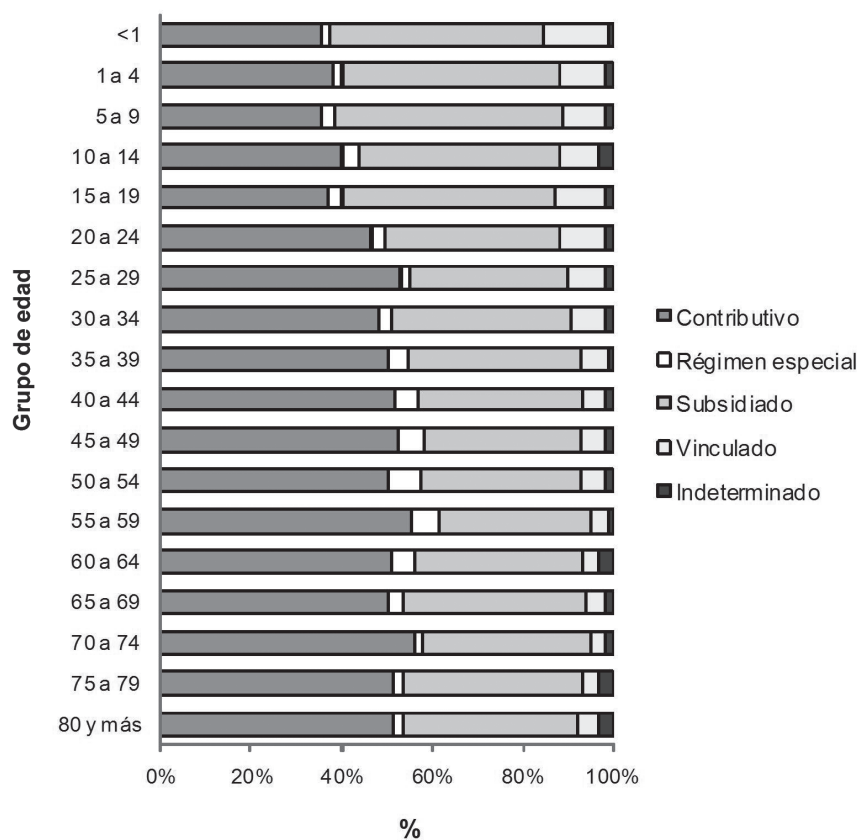
Para dar una idea en la forma como está distribuida la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa, según el régimen de seguridad social y el grupo de edad. En la población menor de 20 años predomina la afiliación al régimen subsidiado, en el resto de grupos de población el predominio es del régimen contributivo. La estructura por edad de los afiliados al régimen subsidiado es similar a la de los vinculados. Las estructuras de los regímenes especiales y de los “indeterminados” (que incluye otra entidad y carta de desmovilizado) son muy similares (Gráfico 2.7).

En la distribución de la población que accedió a la consulta externa, se encuentra una alta proporción de afiliados al régimen contributivo en las subregiones caracterizadas por la alta concentración de población (urbanas), con excepción del Área Metropolitana de Barranquilla, que tiene una mayor proporción de población afiliada al régimen subsidiado. En las subregiones de menor urbanización, la mayor proporción de personas que accedieron a servicios de salud están afiliadas al régimen subsidiado (Anexo, Gráfico 2.4).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.6. Porcentaje de afiliados según régimen de seguridad social de las personas que accedieron a Consulta Externa, confrontado con la misma estructura en las personas encuestadas en el hogar. Colombia, 2007.

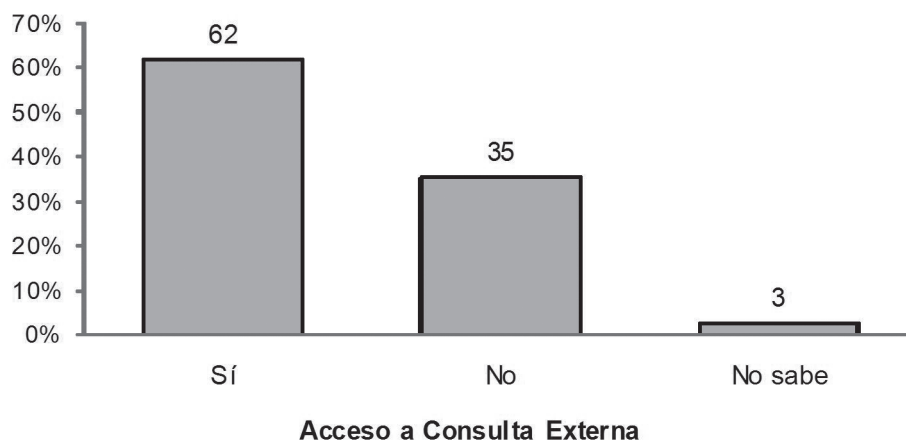


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.7. Distribución porcentual de la población que accedió a Consulta Externa de cada uno de los grupos de edad según régimen de seguridad social en salud. Colombia, 2007.

Según el régimen de seguridad social por regiones, la mayor parte de la población del régimen contributivo se encuentra ubicada en las áreas metropolitanas y algunas ciudades; la mayor parte de la población afiliada al régimen subsidiado se encuentra en los departamentos de menor desarrollo como Sucre, Córdoba, sur de Bolívar, Guajira, Cesar, etc. (Anexo, Gráfico 2.5).

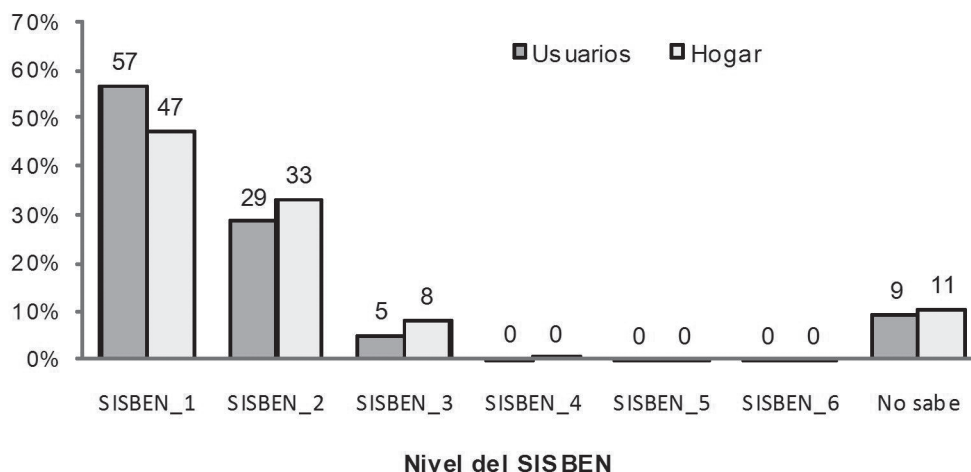
El 62% de las personas entrevistadas respondió que le han hecho la encuesta del SISBEN en su hogar; de este porcentaje, el 90% corresponde a los niveles de SISBEN 1, 2 y 3 (Gráfico 2.8).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.8. Porcentaje de personas que accedió a Consulta Externa que respondieron la encuesta de SISBEN en su hogar, Colombia, 2007.

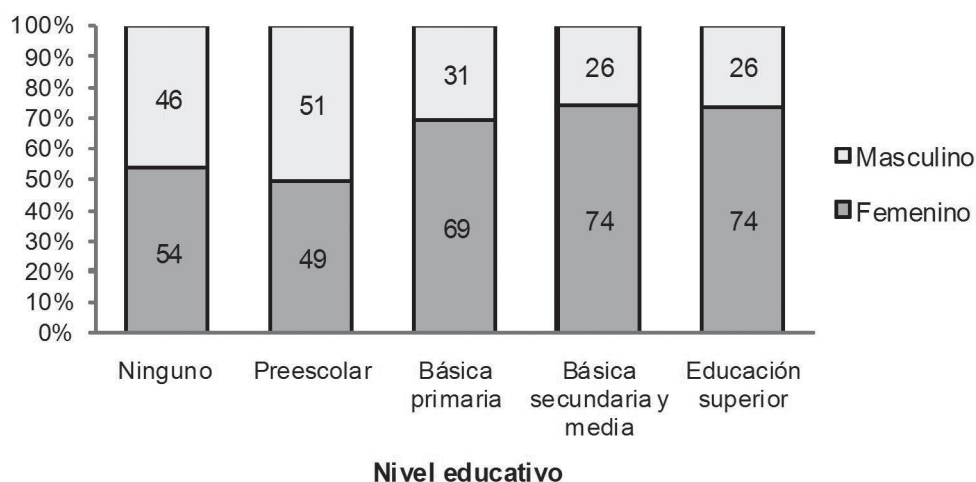
Si se compara con la proporción de población que pertenecía a estos niveles de SISBEN en la encuesta hecha en los hogares, la mayor proporción de personas que accedieron a los servicios de salud se encuentra en el nivel 1 del SISBEN (Gráfico 2.9).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.9. Colombia. Porcentaje de personas que accedió a Consulta Externa y porcentaje de personas encuestadas en el hogar, según nivel de SISBEN declarado. Colombia, 2007.

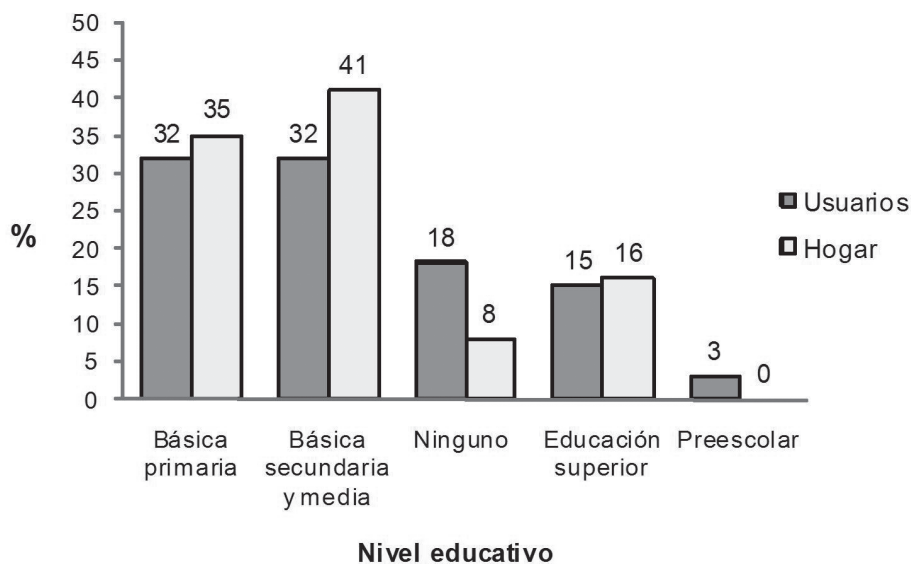
Según sexo y nivel educativo, la distribución de la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa muestra que a mayor nivel educativo es mayor la participación del sexo femenino (Gráfico 2.10).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.10. Porcentaje de personas que accedió a Consulta Externa, según sexo y nivel educativo Colombia, 2007.

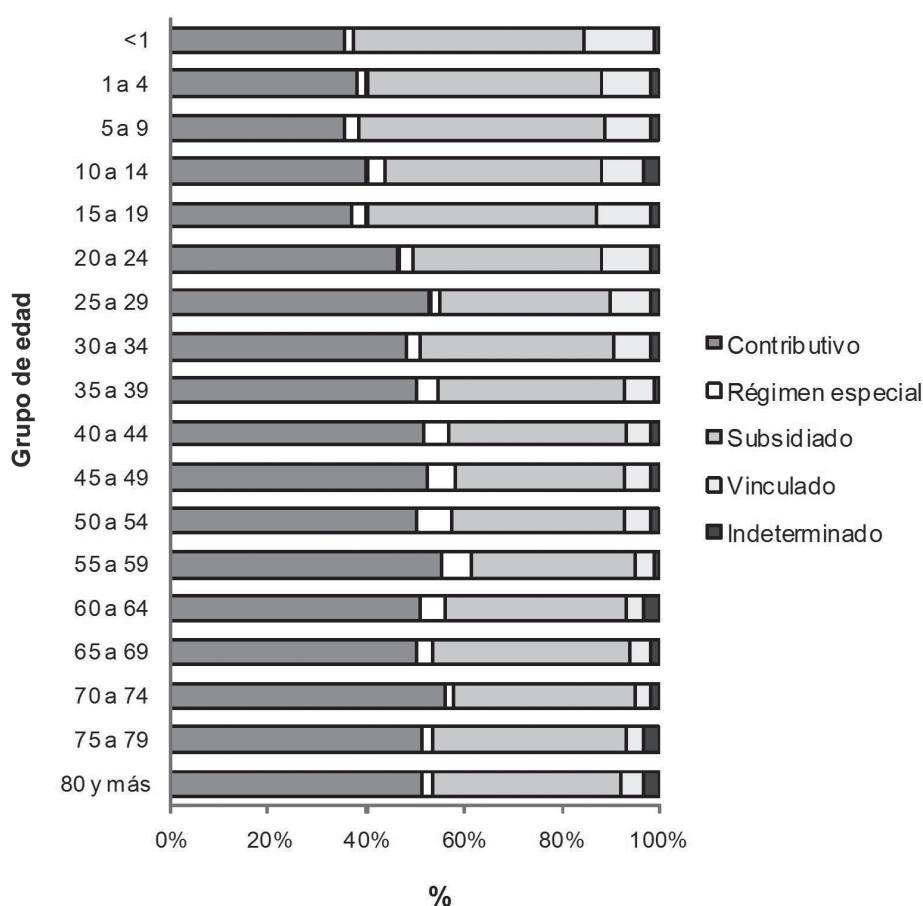
Pero al hacer la comparación entre la población que accedió a los servicios de salud y la encuestada en los hogares, según el tipo de afiliación a la seguridad social, se encuentran diferencias notables, entre ellas sobresale que la mayor demanda corresponde a la población sin ningún nivel educativo (Gráfico 2.11).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.11. Porcentaje de personas encuestadas en el hogar y personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, según sexo. Colombia, 2007.

Al observar la composición de cada uno de los grupos de edad según el nivel educativo, se encuentra que a partir de los 15 años hay una mayor proporción de población con educación básica primaria y básica secundaria, lo que indica que a medida que se incrementa la edad aumenta la participación en el acceso a servicios de la población con educación básica primaria, en detrimento de la población con educación básica secundaria, media y superior. Debe resaltarse que la población sin ningún nivel educativo tiene una importancia relativa en la población con edades superiores a los 50 años (Gráfico 2.12).

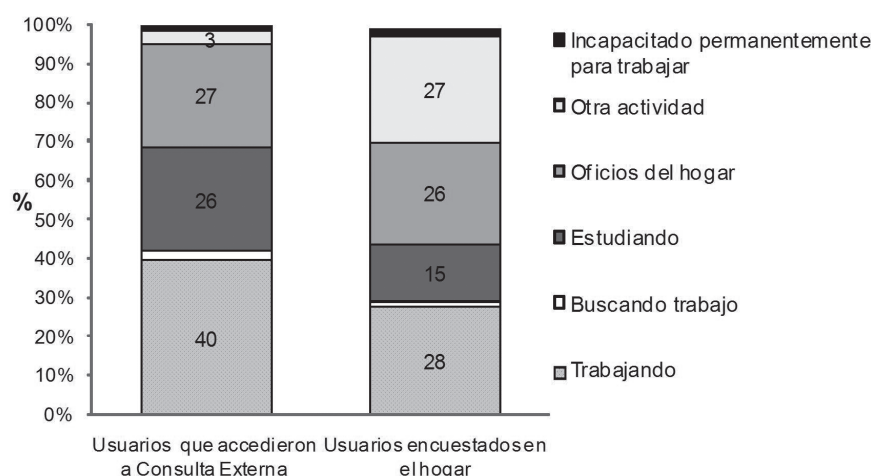


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.12. Porcentaje de personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, según edad y nivel educativo, 2007.

Según la actividad que ocupó la mayor parte del tiempo de las personas la semana anterior a la ENS-2007, la distribución de la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa indica que la mayor proporción se encontraba trabajando (28%), seguida de desempeñando oficios del hogar (26%), desarrollando otra actividad (27%) y estudiando (15%). Solo el 1% informó que estaba desempleado o que tenía trabajo pero no trabajó. Puede entonces afirmarse que el acceso a servicios de salud es igual para los tres primeros tipos de población. Al hacer la

comparación entre quienes accedieron a servicios de salud y quienes fueron encuestados en el hogar, tiene una participación importante en el acceso la categoría “otra actividad (rentista, pensionado)”: en la población de los hogares solo tiene un peso del 3%, mientras que en los que accedieron a servicios de salud representa el 27% (Gráfico 2.13).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.13. Porcentajes de personas encuestadas en el hogar y personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007.

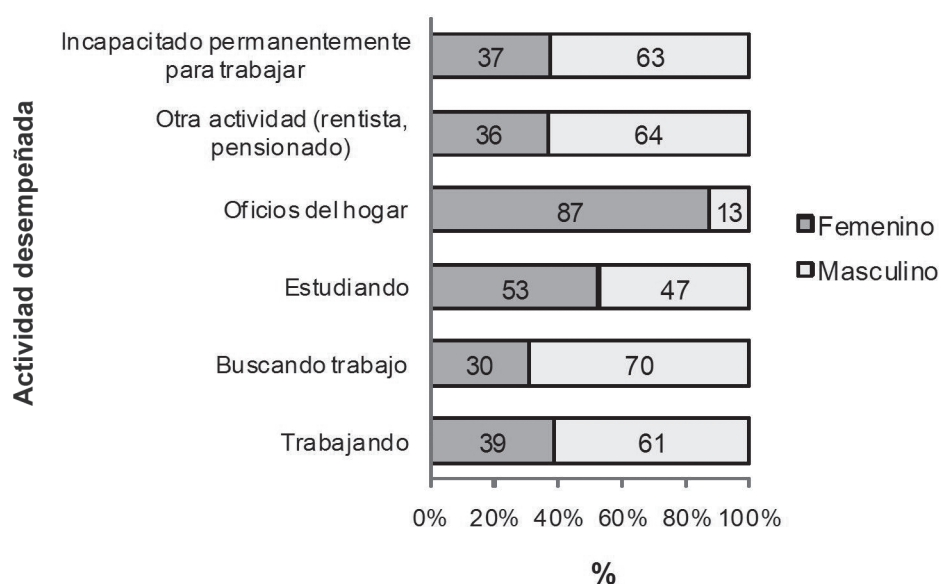
La participación por sexo de la población que accedió a servicios de salud según la actividad desempeñada la semana anterior es predominantemente femenina, en especial de quienes desempeñan labores u oficios domésticos (99%) y quienes estaban trabajando (60%) o buscando trabajo (60%) (Gráfico 2.14).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.14. Porcentaje de personas que accedieron a servicios de Consulta Externa, por sexo, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007.

Si se compara esta estructura con la del siguiente gráfico, se observa que las proporciones de población femenina en los hogares son inferiores a las de la población que accedió a servicios de salud (Gráfico 2.15)



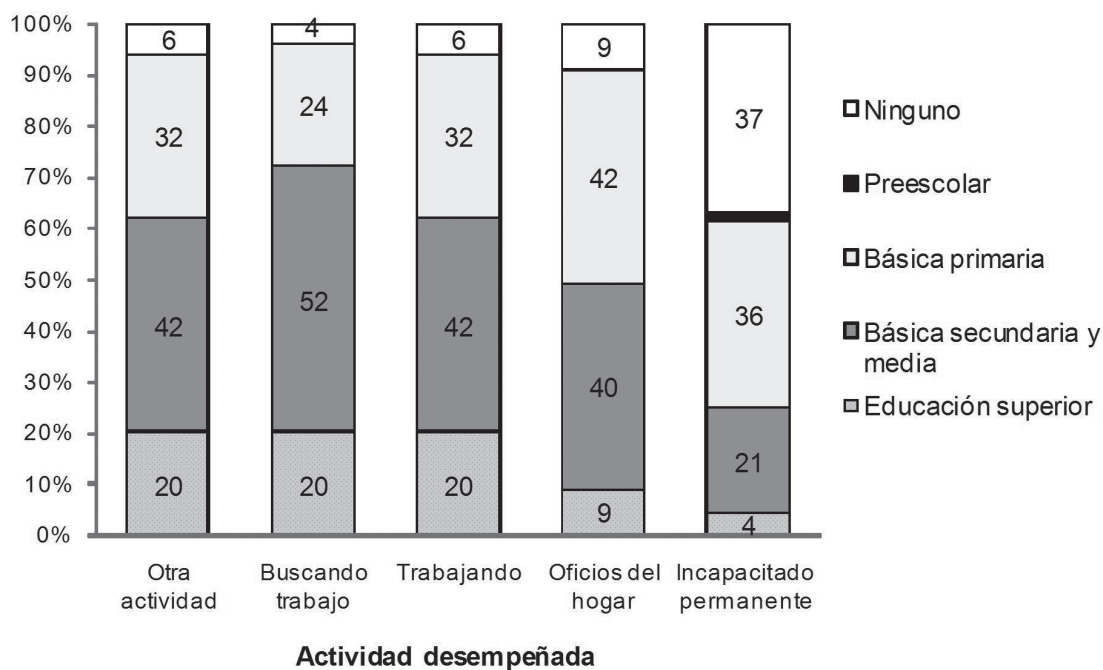
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.15. Porcentajes de personas encuestadas en los hogares, por sexo, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007.

Según la actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta y el nivel educativo, las proporciones de la población que estaba trabajando, buscando trabajo o que no trabajó pero tenía trabajo y que accedió a servicios de salud a través de consulta externa son muy similares en todos los niveles educativos. Entre la población que desempeña oficios del hogar predominan el nivel educativo de básica primaria y básica secundaria, con una proporción muy baja de población con educación superior. En su mayoría, quienes realizan actividades diferentes a las descritas son personas sin ninguna educación (Anexo, Gráfico 2.6).

Se presentan diferencias en las proporciones por nivel educativo y actividad realizada cuando se hace la relación entre las personas entrevistadas en el hogar y la población que accedió a servicios de salud (Gráfico 2.16).

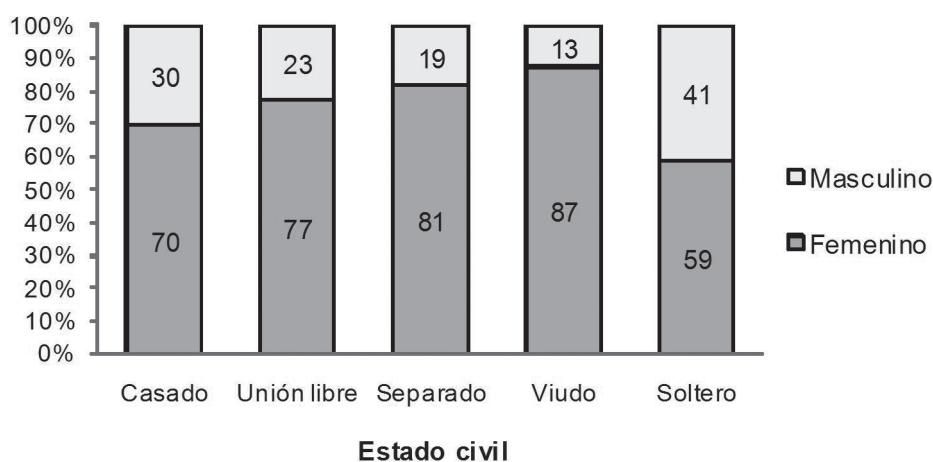
La proporción de personas que accedieron a servicios de salud a través de consulta externa es muy similar, según nivel educativo, para los estados civiles de casadas(os), unión libre y separadas(os). En los estados civiles viudas(os) y solteras(os) aumenta la participación de población sin ningún nivel educativo y con básica primaria (Anexo, Gráfico 2.7).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.16. Porcentajes de personas encuestadas en los hogares, por nivel educativo, según actividad desarrollada la semana anterior a la encuesta. Colombia, 2007.

En todos los estados civiles, hay una alta proporción de mujeres que accedieron a servicios de salud a través de consulta externa (Gráfico 2.17).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

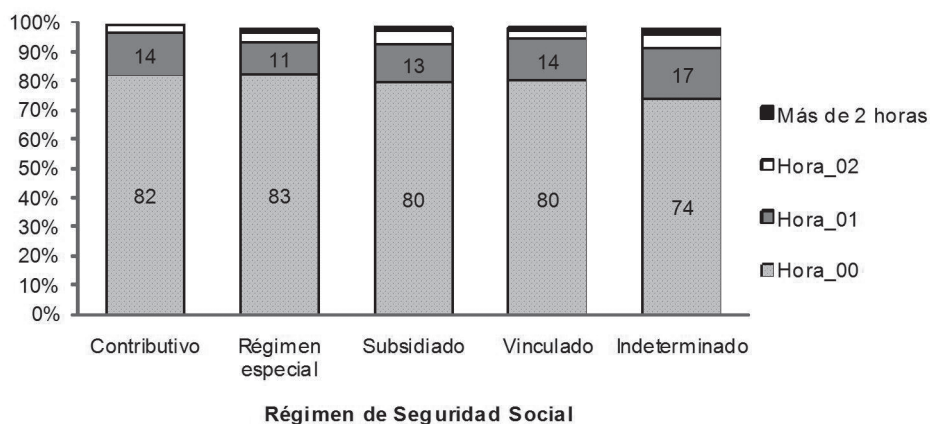
Gráfico 2.17. Proporción de mujeres y hombres que accedieron a servicios de salud, según estado civil. Colombia, 2007.

Diferenciales en la atención de las personas que accedieron a los servicios de salud

Tiempo que requirió para llegar a la institución

Alrededor del 80% de las personas que accedieron a los servicios de salud a través del servicio de consulta externa, gastó en llegar desde el lugar que se encontraba hasta la institución que lo atendió menos de una hora, el 14% empleó una hora y el 3% hasta dos horas. No hay diferencias entre sexos, debido probablemente a que la mayoría de los encuestados habitaban en las cabeceras municipales (Anexo, Gráfico 2.8).

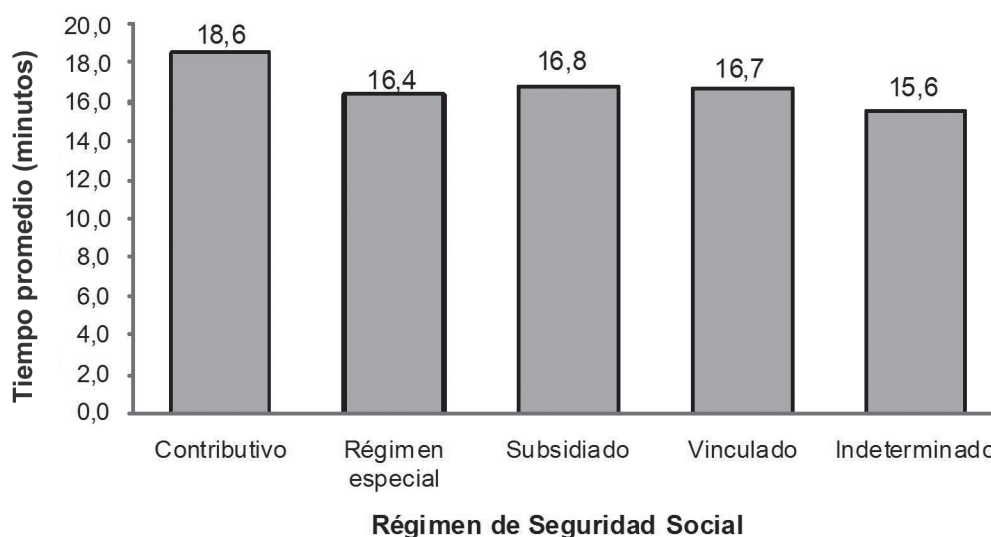
Por subregiones, más del 80% de las personas que accedieron a los servicios de salud emplearon menos de una hora en su desplazamiento entre el lugar de residencia y la institución, lo que concuerda con el hecho de que la mayoría de las personas entrevistadas residen en la cabecera municipal. No se encontraron diferencias significativas entre subregiones del país. Las personas que viven en la Orinoquia-Amazonía son quienes gastan menos tiempo en desplazarse (14 minutos), y las residentes en las subregiones Área Metropolitana de Barranquilla, Bogotá y Área Metropolitana de Medellín son quienes invierten más tiempo en su desplazamiento (Anexo, Gráficos 2.9 y 2.10). Según el nivel educativo, se observa que hay una diferencia apreciable entre la proporción de personas con básica primaria que accedieron en menos de una hora a la institución (78%) y quienes tienen educación superior (86%) (Anexo, Gráfico 2.11). No existe diferencia apreciable en el tiempo de desplazamiento de las personas que accedieron a servicios de salud cuando se comparan los regímenes de afiliación a la seguridad social: alrededor del 80% de las personas tardaron menos de una hora para llegar a la institución (Gráfico 2.18).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.18. Proporción de personas que accedieron a servicios de salud según el régimen de seguridad social y el tiempo empleado para llegar a la institución prestadora del servicio. Colombia, 2007.

El grupo de población que necesitó menor cantidad de tiempo para desplazarse a la institución de salud fue el de los afiliados al régimen especial (con un promedio de 16,4 minutos), y el que emplea más tiempo el de los afiliados al régimen contributivo (18,6 minutos) (Gráfico 2.19).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

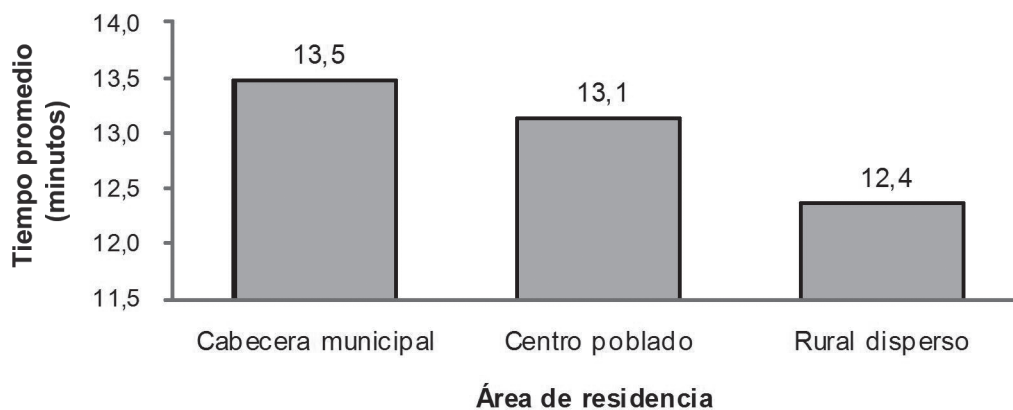
Gráfico 2.19. Tiempo promedio (minutos) empleado para llegar a la institución prestadora del servicio según régimen de seguridad social al que se encuentra afiliado el usuario. Colombia, 2007.

Desde el punto de vista de la actividad que realizaban las personas en la semana anterior a la encuesta, no se observan diferencias significativas en el tiempo de desplazamiento: en todas las categorías, alrededor del 80% gastan menos de una hora, con una variación entre las personas que no trabajaron pero tenían trabajo (76%) y quienes estaban estudiando (84%). En esta última actividad, el tiempo promedio empleado para desplazarse es de 16,6 minutos, y entre quienes estaban buscando trabajo de casi 20 minutos (Anexo, Gráfico 2.12).

El tiempo promedio empleado por las personas para acceder a la prestación de los servicios de salud fue de 13,3 minutos para las mujeres, y de 13,8 para los hombres (Anexo, Gráfico 2.13).

Tiempo que pasó desde que llegó a la institución hasta que le prestaron el servicio que buscaba

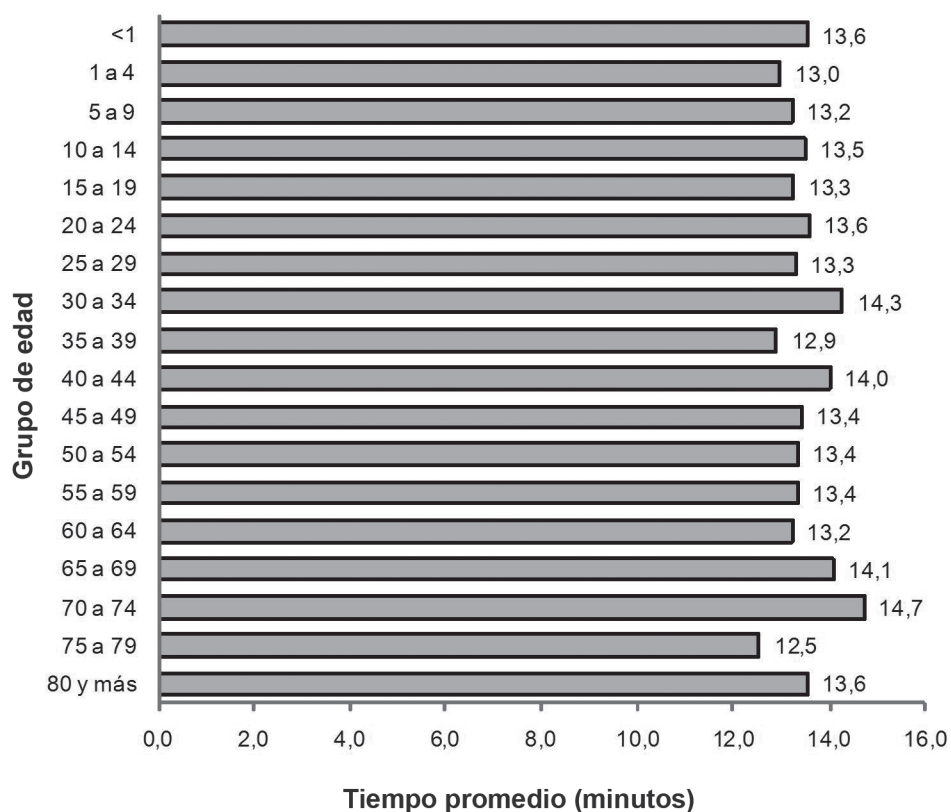
No hay diferencia significativa entre el tiempo promedio que deben esperar las personas para ser atendidas una vez llegan a la institución, sin embargo una pequeña diferencia favorece a las personas que residen en el área rural disperso y desfavorece a los residentes en el área urbana (Gráfico 2.20).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.20. Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según área de residencia del usuario, Colombia, 2007.

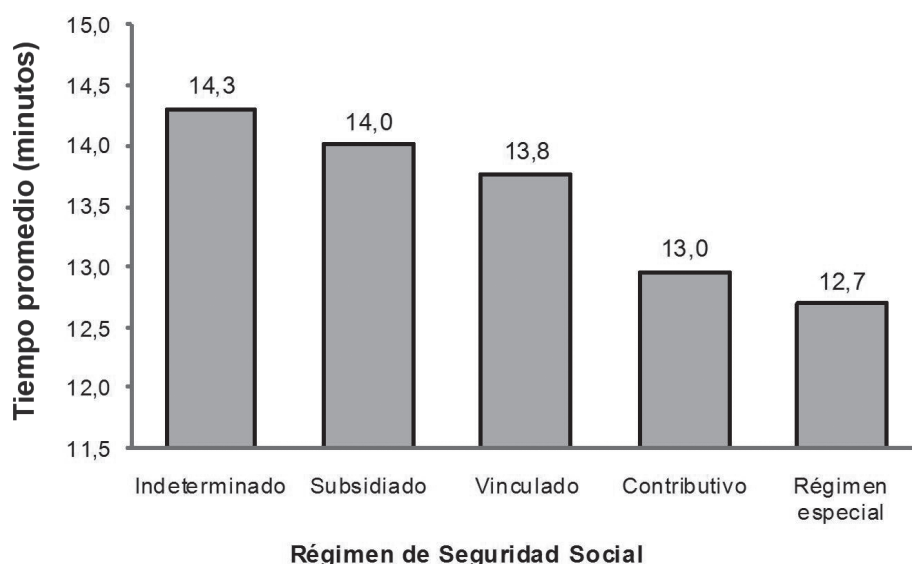
El promedio en el tiempo de espera de la atención, según los grupos de edad de la población, es cercano a 13 minutos, y entre ellos no hay diferencia (Gráfico 2.21).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.21. Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según edad del usuario, 2007.

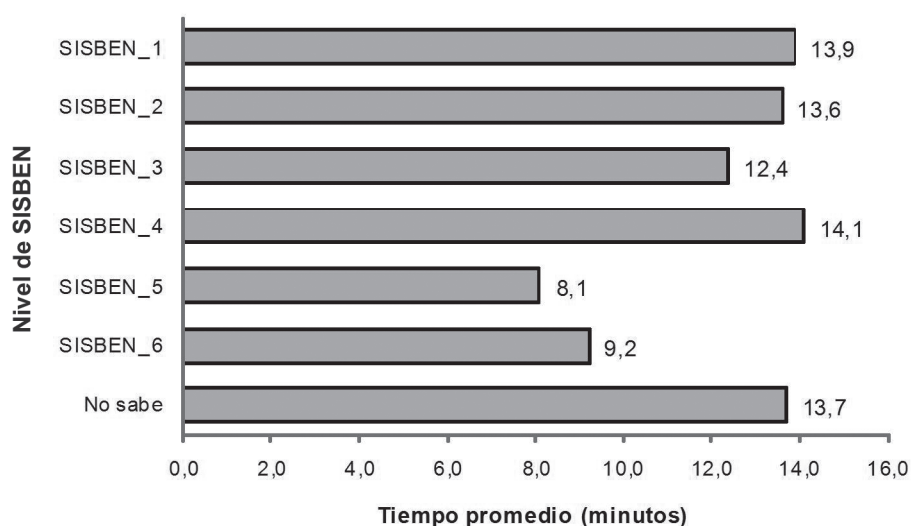
Entre los distintos regímenes de seguridad social no existe diferencia en la cantidad de tiempo que pasó desde que la persona llegó a la institución de salud hasta que le prestaron el servicio (Gráfico 2.22).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 2.22. Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según el régimen de seguridad social en el que está afiliado el usuario. Colombia, 2007.

Las personas pertenecientes a los estratos más altos del SISBEN (5 y 6) son atendidas con mayor oportunidad –4 minutos menos de espera– que quienes pertenecen a los otros niveles (Gráfico 2.23).



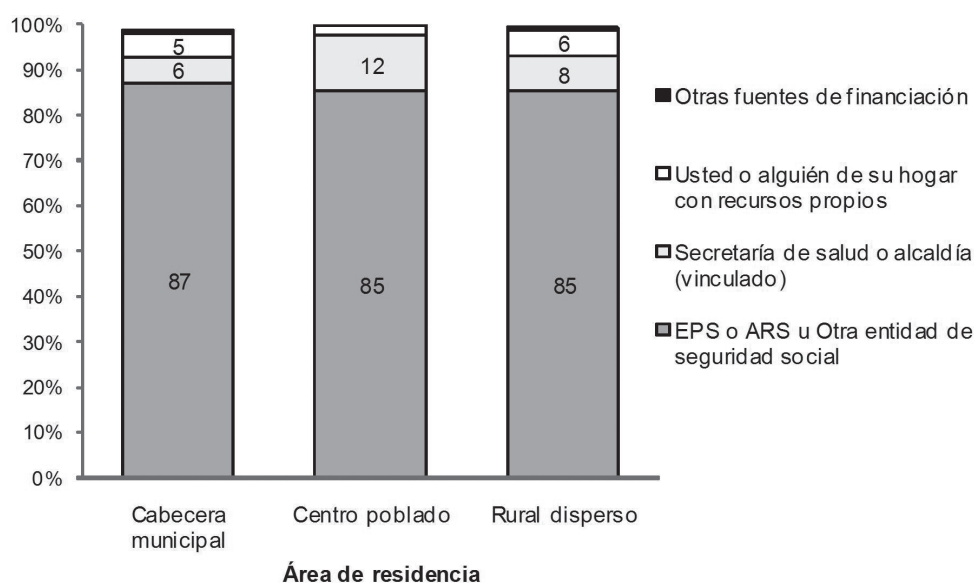
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.23. Tiempo promedio (minutos) que deben esperar las personas que llegan a la institución para ser atendidos, según el nivel del SISBEN del usuario. Colombia, 2007.

No existen diferencias en el tiempo de espera de la atención solicitada entre los diferentes niveles educativos (Anexo, Gráfico 2.14), ni según las categorías de actividad (Anexo, Gráfico 2.15).

Pago por los servicios

Los gastos por la atención dada a las personas que accedieron a la prestación de servicios de salud a través de la consulta externa fueron asumidos por tres fuentes de financiación: EPS (85%), Secretaría de Salud (9%) y recursos propios (5%). No se presen tan diferencias significativas según el área de residencia (Gráfico 2.24).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

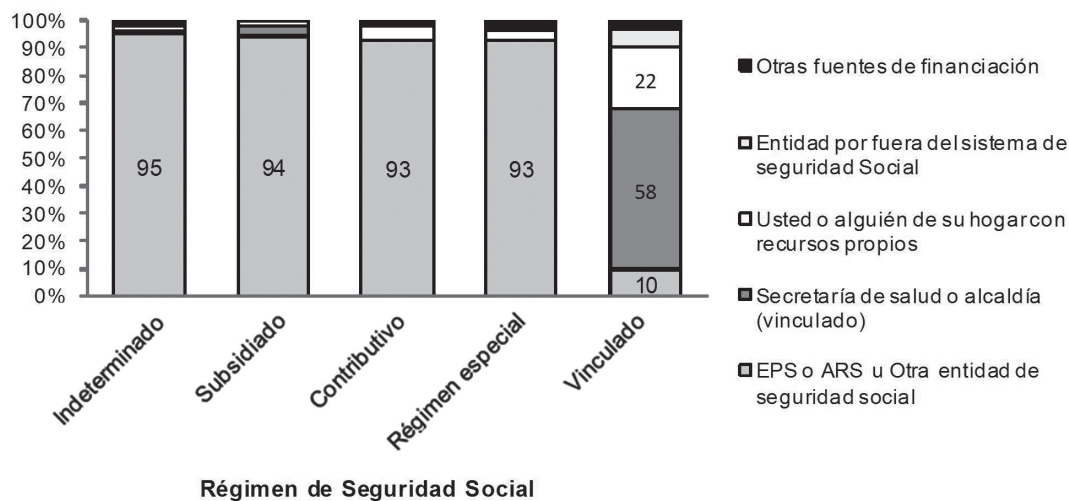
Gráfico 2.24. Fuentes de financiación de los servicios recibidos por las personas que accedieron a los servicios de Consulta Externa, según zona de vivienda+ Colombia, 2007.

No hay diferencia entre los sexos con respecto a las fuentes de pago de la mayor parte de los gastos por la atención (Anexo, Gráfico 2.16).

Alrededor del 90% de las personas entrevistadas, según grupo de edad, que accedieron a servicios de salud respondió que el pago de la mayor parte de los gastos originados por la atención estuvo a cargo de la EPS, ARS u otra entidad de seguridad social (Anexo, Gráfico 2.17).

Hay correspondencia entre los regímenes de seguridad social y la fuente que sufragó la mayor parte de los gastos por la atención (Gráfico 2.25).

Si bien en todos los casos la mayor parte de los gastos originados por la atención de las personas que accedieron a servicios de salud es asumida por EPS, ARS u otra entidad de seguridad social, existen diferencias apreciables según el nivel educativo y, en particular, para la fuente Secretaría de Salud (Anexo, Gráfico 2.18).



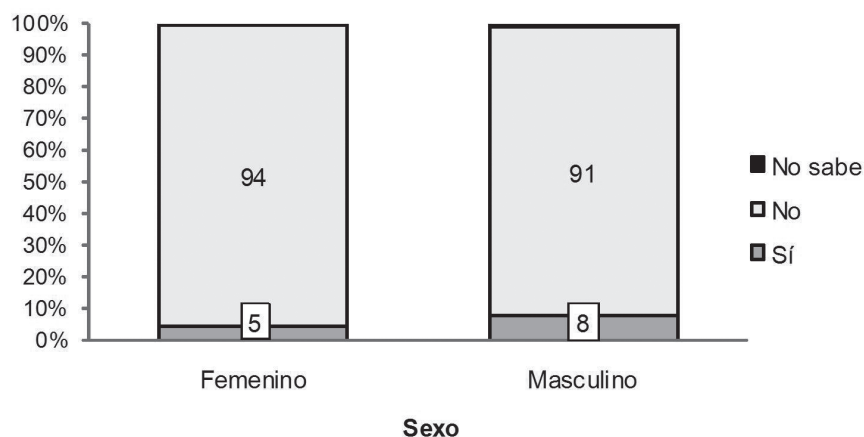
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.25. Proporción de personas en cada uno de los regímenes de seguridad social donde está afiliado el usuario, según la fuente o responsable del pago de la mayor parte de los gastos por la atención recibida. Colombia, 2007.

En todas las subregiones, la EPS, ARS u otra entidad de seguridad social constituye la principal fuente de pago de la mayor parte de los gastos por la atención de las personas que accedieron a servicios de salud (Anexo, Gráfico 2.19).

Falta de ingresos o descuento del salario por el tiempo no trabajado

Hay una diferencia muy pequeña entre los sexos en lo que tiene que ver con el descuento del salario por asistir a una atención en salud: 5% para el femenino y 8% para el masculino. Lo que equivale, sin embargo, a un descuento de 1,62 veces mayor para los hombres que para las mujeres ($0,61 < OSD < 0,63$, $p < 0,000000$) (Gráfico 2.26).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

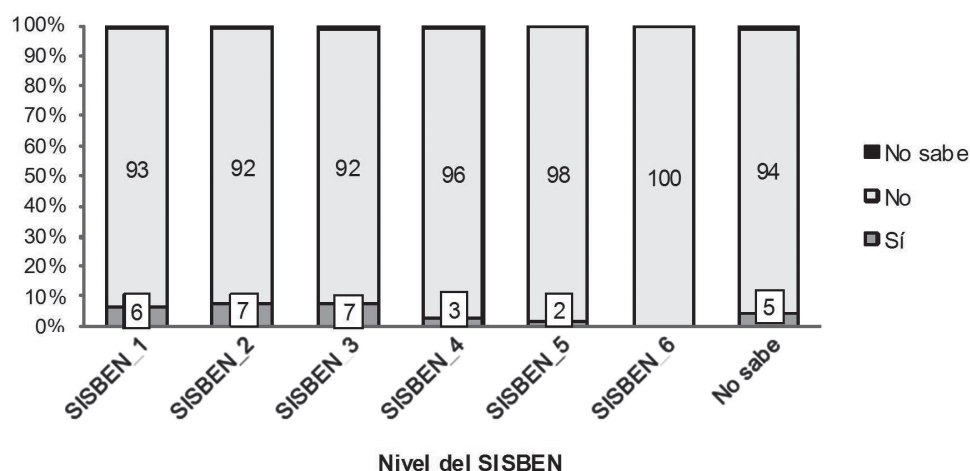
Gráfico 2.26. Proporción de personas en cada uno de los sexos, según si le descontaron o no el salario correspondiente al tiempo no trabajado o dejaron de recibir ingresos. Colombia, 2007.

Por grupos de edad, no hay diferencia en el descuento de que fueron objeto las personas que accedieron a los servicios de salud: solo entre el 2% y el 8% de las personas tuvo dicho descuento (Anexo, Gráfico 2.20).

En todos los regímenes de seguridad social hay descuento del salario del tiempo no trabajado por razones de salud o las personas dejaron de recibir ingresos; en los regímenes subsidiado y vinculado esta situación afecta al 7% de la población.

Sin embargo no existen diferencias significativas entre los regímenes de seguridad social al que pertenece la persona (Chi-cuadrado = 4,906, $p=0,02676$) (Anexo, Gráfico 2.21).

En todos los niveles del SISBEN existen diferencias significativas en la proporción de personas a las que se les hace descuento del salario del tiempo no trabajado o que dejaron de recibir ingresos por acceder a los servicios de salud; sobresalen los grupos de población más pobre –SISBEN 1, 2 y 3– (ODS de 1,00, 1,12 y 1,17 respectivamente, Chi-cuadrado de 804,55 y $p>0,000000$) (Gráfico 2.27).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

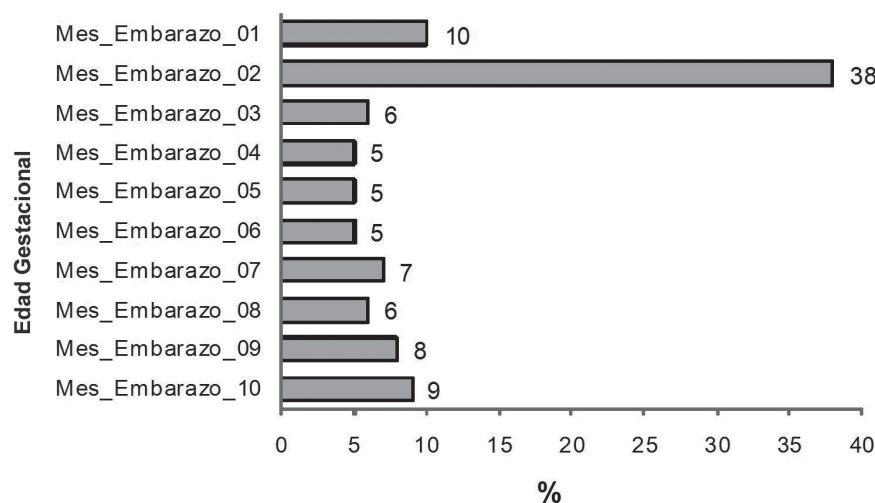
Gráfico 2.27. Proporción de personas en cada uno de los niveles del SISBEN, según si le descontaron o no el salario correspondiente al tiempo no trabajado o dejaron de recibir ingresos. Colombia, 2007.

Al revisar las proporciones de personas a quienes les descontaron el salario correspondiente al tiempo no trabajado según el nivel educativo, no se aprecia diferencia. Sin embargo, la prueba estadística con alta significancia señala que sí existen diferencias: el grupo más afectado es el de básica secundaria, con una participación 1,17 veces mayor que el que no tiene ninguna educación, y 10 veces más que el que tiene básica primaria (Anexo, Gráfico 2.22).

Al 11% de las personas que accedieron a servicios de salud y que estaban trabajando se les hizo descuento del salario del tiempo no trabajado o dejaron de recibir ingresos. Igual sucedió con las personas que tienen incapacidad permanentemente para trabajar: al 7% de ellas se les hizo dicho descuento o dejaron de recibir ingresos suyos o de un familiar. El grupo poblacional más afectado es el de personas que estaban trabajando, con una afectación del doble con respecto a los demás grupos (Chi-cuadrado = 401,13 y $p<0,000000$) (Anexo, Gráfico 2.23).

Acceso al control prenatal

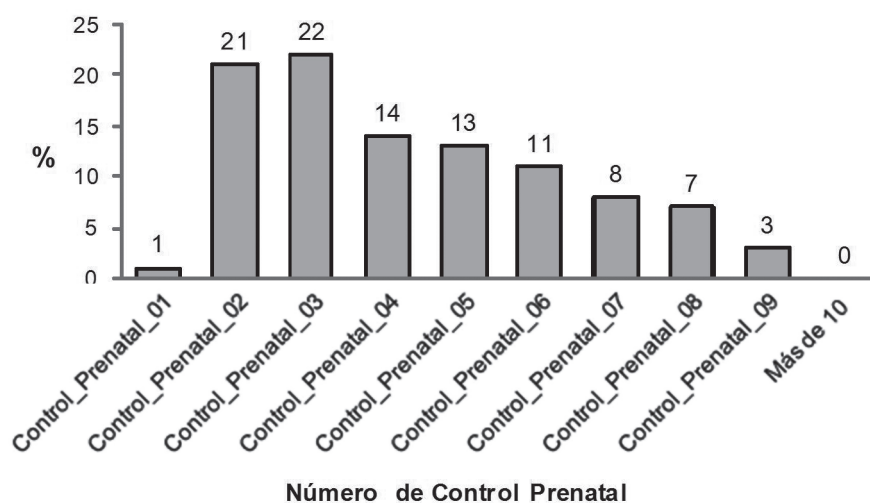
La distribución de las mujeres que accedieron a control prenatal es uniforme para las distintas edades gestacionales, y oscila entre el 5% y el 10%, con excepción de las mujeres que tienen una edad gestacional de dos meses, que acudieron en mayor proporción (el 38% de todos los embarazos). Las mayores proporciones se encuentran al comienzo y al final del embarazo (Gráfico 2.28).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.28. Proporción de mujeres gestantes que accedieron al control prenatal según la edad gestacional. Colombia, 2007.

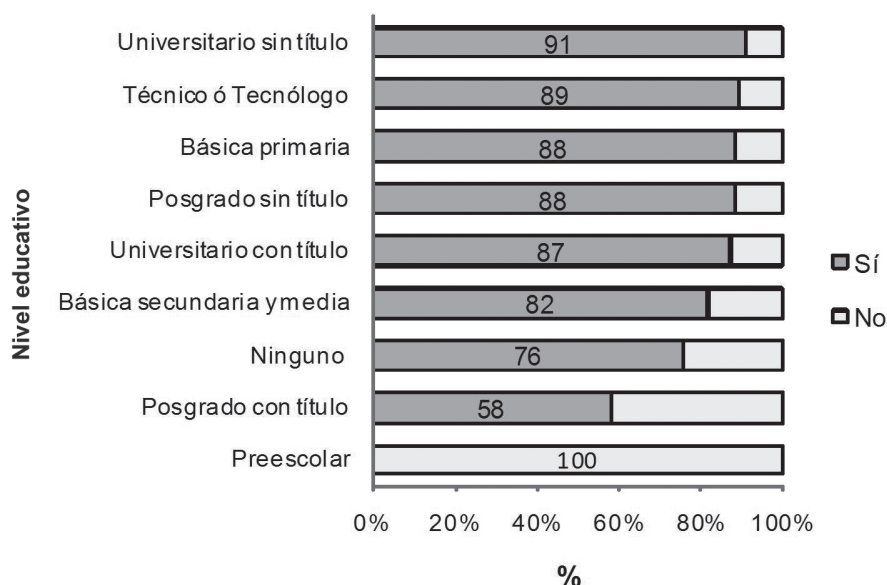
El 81% de las embarazadas tuvieron entre 2 y 6 controles; la cantidad más frecuente es 3 controles (22%), seguida de 2 controles (21%) (Gráfico 2.29).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.29. Proporción de mujeres gestantes que accedieron al control prenatal según el número de controles prenatales recibidos. Colombia, 2007.

No se presentan diferencias en las proporciones de embarazadas a las que se les practicó una ecografía obstétrica según los niveles educativos: entre el 80% y 90% de ellas tuvo este examen, salvo en el nivel de postgrado con título donde solo al 58% de las embarazadas se les hizo la ecografía (Gráfico 2.30).



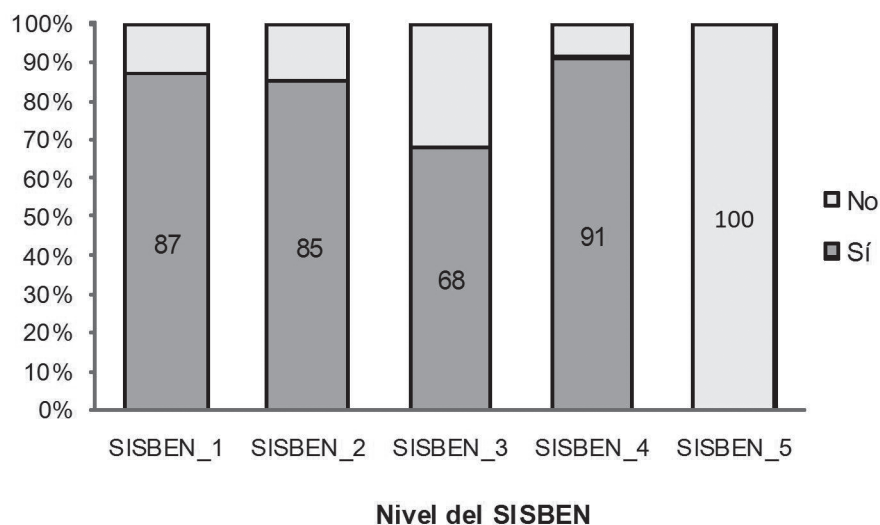
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.30. Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según el nivel educativo. Colombia, 2007.

Según los niveles del SISBEN, existen diferencias entre las gestantes a quienes se les practicó una ecografía obstétrica con ocasión del control prenatal, sin embargo no se observa una relación entre el nivel del SISBEN y la proporción de gestantes con ecografía obstétrica. A las gestantes del nivel 4 del SISBEN se les practica 1,56 más ecografías obstétricas que a las del nivel 1. Resulta extraño que al 100% de las gestantes del nivel 5 del SISBEN no se les haya realizado una ecografía (Chi-cuadrado = 859,76 y $p < 0,000000$) (Gráfico 2.31).

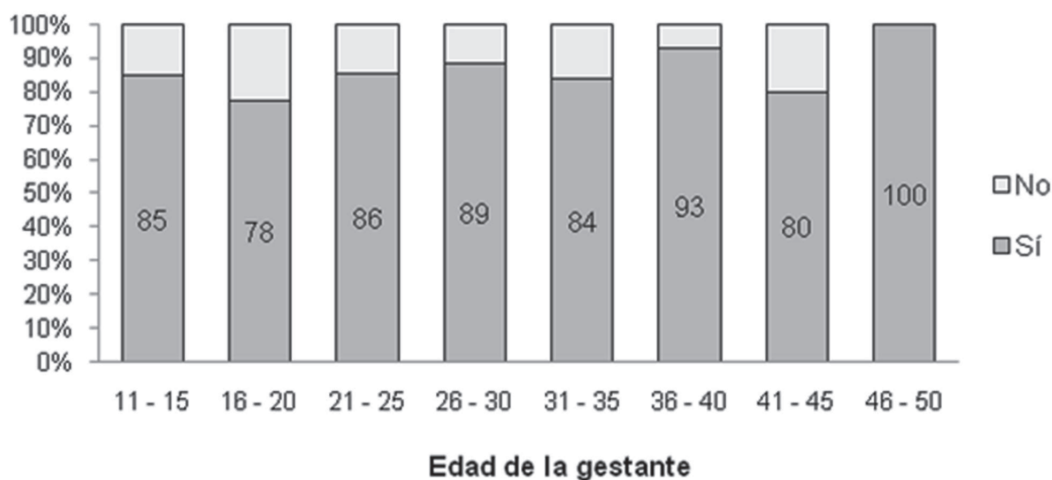
Si bien en la realización de la ecografía obstétrica existen diferencias según la edad de la gestante, no se observa una tendencia clara en relación con el aumento de edad. A todas las gestantes mayores de 45 años se les hizo la ecografía obstétrica, lo que equivale a 45,3 veces más que a las de 15 a 19 años. También las gestantes con edades comprendidas entre los 35 y 39 años tienen 2,4 veces más acceso a este examen que las de 15 a 19 años (Chi-cuadrado = 1093,2 y $p < 0,000000$) (Gráfico 2.32).

Según el lugar de residencia, las diferencias son importantes: al 94% de las gestantes que habitan en el área rural dispersa se les practicó una ecografía obstétrica con ocasión del control prenatal, mientras que solo el 80% de las residentes en los centros poblados y el 84% de las residentes en la cabecera municipal recibieron este servicio. Las gestantes residentes en el área rural dispersa accedieron 2,67 veces más que las residentes en la cabecera municipal a una ecografía obstétrica (Chi-cuadrado = 76,6 y $p < 0,000000$) (Gráfico 2.33).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

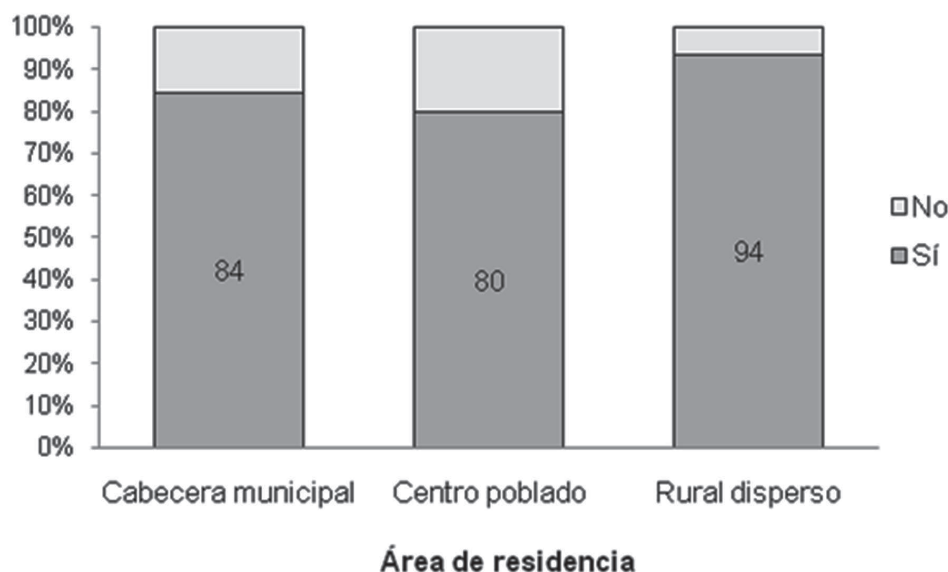
Gráfico 2.31. Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según nivel del SISBEN. Colombia, 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.32. Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según edad. Colombia, 2007.

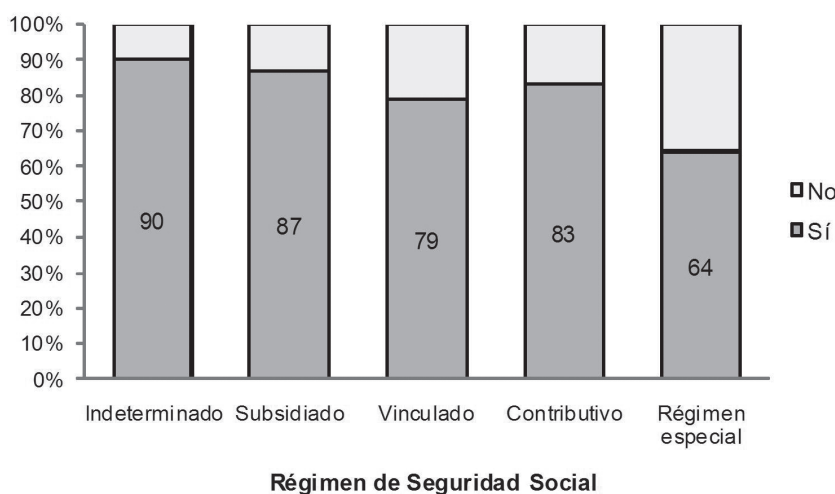
También son notables las diferencias cuando se hace el análisis por subregiones: el litoral Pacífico y el Valle (sin Área Metropolitana de Cali), ambas con el 57%, tienen la más baja proporción de ecografías obstétricas a las gestantes, y las más altas proporciones se encuentran en la subregión Atlántica sin Área Metropolitana de Barranquilla (95%), el Área Metropolitana de Cali (91%), los Santanderes (91%) y el Área Metropolitana de Barranquilla (90%) (Anexo, Gráfico 2.24).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.33. Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según el área de residencia. Colombia, 2007.

Existen diferencias entre los regímenes de seguridad social en el acceso a la ecografía obstétrica durante el control prenatal. El 87% de las gestantes del régimen subsidiado acceden a este servicio, porcentaje que contrasta con el 64% del régimen especial. Las gestantes del régimen subsidiado acceden 1,37 veces más a ecografías que las afiliadas al régimen contributivo (Chi-cuadrado = 2329,9 y $p < 0,000000$) (Gráfico 2.34).

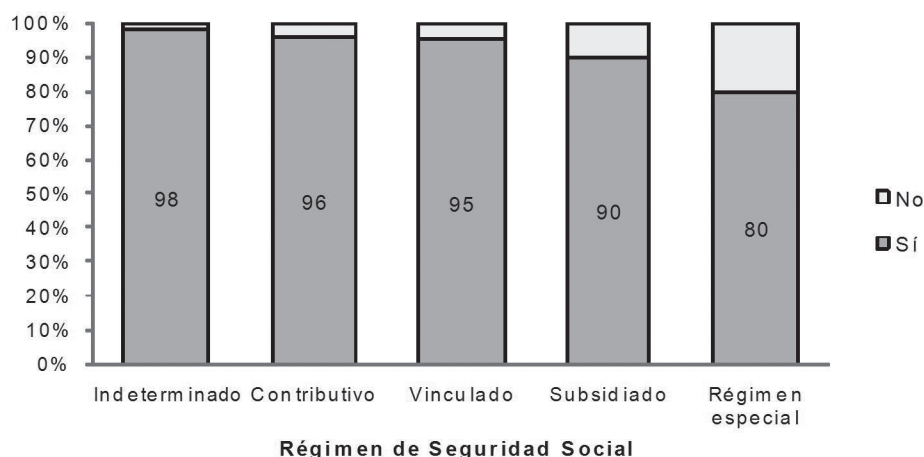


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.34. Proporción de mujeres gestantes que accedieron a control prenatal y que se les hizo una ecografía, según el régimen de seguridad social. Colombia, 2007.

Acceso a la planificación familiar

La mayoría de las mujeres que accedieron al servicio de planificación familiar expresaron que pudieron elegir libremente el método anticonceptivo. Las más beneficiadas fueron las del régimen contributivo (96%) y las menos beneficiadas las afiliadas al régimen especial (80%) (Chi-cuadrado=1389.5, $p<0.00001$) (Gráfico 2.35).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

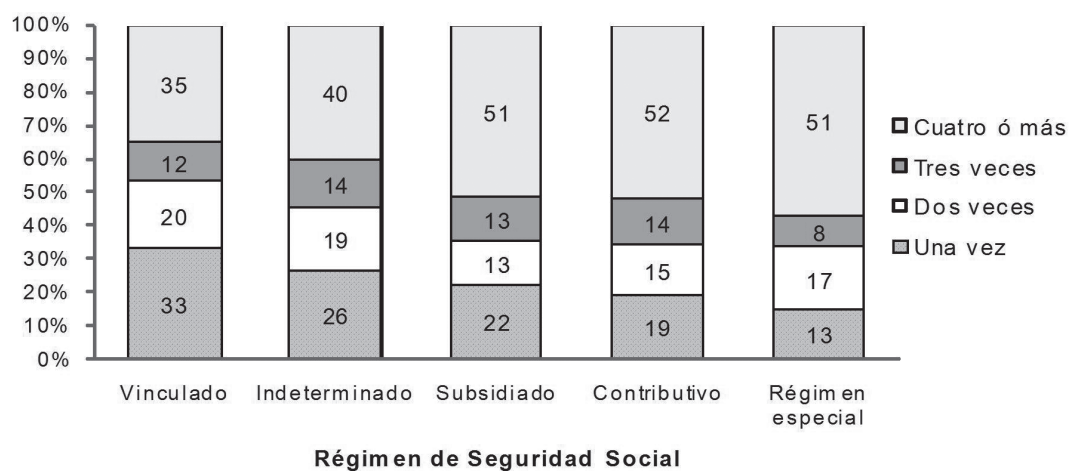
Gráfico 2.35. Proporción de mujeres que accedieron a planificación familiar y que pudieron elegir libremente el método de planificación, según el régimen de seguridad social. Colombia, 2007.

Acceso al control de crecimiento y desarrollo

No hay diferencias significativas entre los distintos regímenes de aseguramiento y el número de controles de crecimiento y desarrollo que han recibido los hijos de los padres y madres afiliados. Entre el 51% y el 52% de los afiliados a los regímenes contributivo, subsidiado y especial expresaron que han llevado cuatro veces o más a sus hijos a un control de crecimiento y desarrollo (Gráfico 2.36).

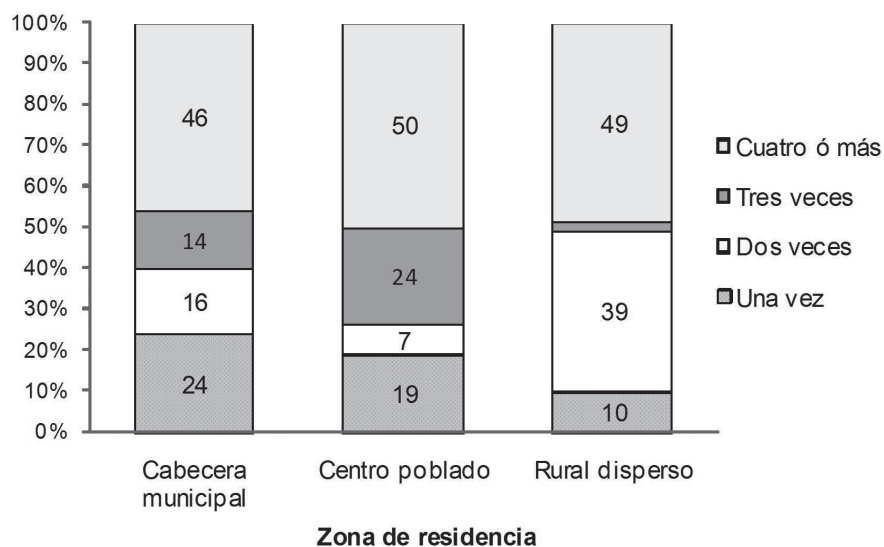
Aunque hay diferencias en la proporción de padres o madres que llevaron sus hijos a control de crecimiento y desarrollo según el régimen de seguridad social cuando es menos de cuatro controles, al llegar a éste todos se acercan al 50%. Los padres o madres residentes en la cabecera municipal muestran una mayor regularidad (Gráfico 2.37).

Hay diferencias significativas por subregiones: en la mitad de ellas los hijos han recibido más de cuatro controles de crecimiento y desarrollo, y en el caso del Valle sin Área Metropolitana de Cali ni litoral Pacífico alcanza el 75%. En el otro extremo se encuentran las Áreas Metropolitanas de Medellín y Barranquilla, Bogotá y los Santanderes, con el 35% o menos de cuatro controles de crecimiento y desarrollo (Anexo, Gráfico 2.25).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.36. Proporción de madres o padres que expresaron que han llevado sus hijos a controles de crecimiento y desarrollo, según el régimen de seguridad social al que pertenecen los padres o madres. Colombia, 2007.

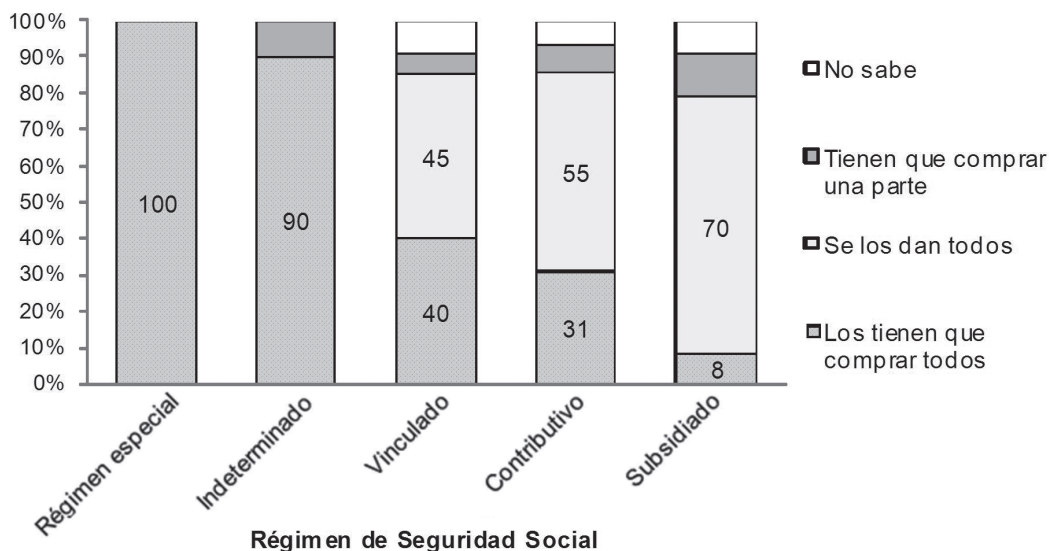


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.37. Proporción de madres o padres que expresaron que han llevado sus hijos o hijas a controles de crecimiento y desarrollo, según el lugar de residencia. Colombia, 2007.

Acceso a medicamentos

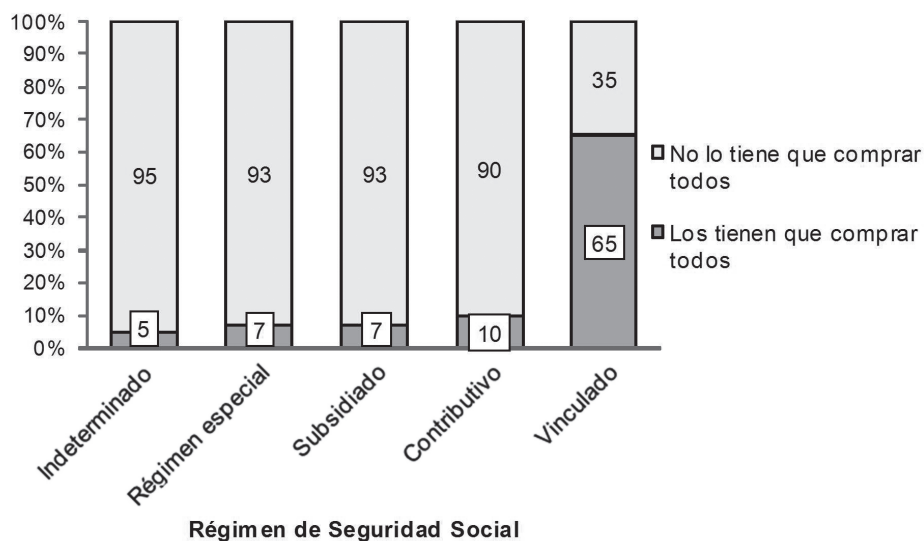
En el caso de accidentes de tránsito, y según la forma de aseguramiento, las personas afiliadas al régimen especial y los indeterminados tienen que comprar todos los medicamentos, en el régimen contributivo lo tienen que hacer el 31% de los afiliados, en el subsidiado solo el 8% y en el vinculado el 40% de las personas tienen que asumir la compra de todos los medicamentos (Gráfico 2.38).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.38. Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud porque sufrieron un accidente de tránsito y declararon que los medicamentos que le formularon los tienen que comprar o se los dan, según régimen de seguridad social. Colombia, 2007.

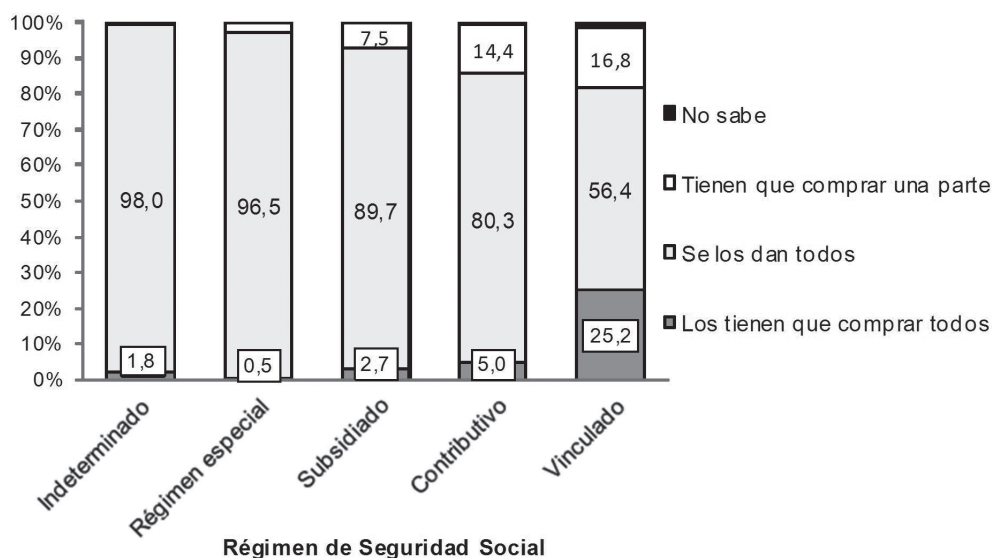
Cuando se trata de la atención para el dolor de espalda o de cuello, el 10% de las personas afiliadas al régimen contributivo tiene que comprar todos los medicamentos o parte de ellos, en el régimen subsidiado el 7% y en el vinculado el 65%. Diferencia estadísticamente significativa: los vinculados deben comprar sus medicamentos 17,46 veces más que los del régimen contributivo ($\text{Chi-cuadrado}=16.551$, $p<0.00001$) (Gráfico 2.39).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.39. Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por que sufrían dolor de espalda o cuello y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007

La mayoría de las personas que accedieron a servicios de salud por hipertensión arterial recibieron todos los medicamentos sin realizar un pago; sin embargo, llama la atención que el 20% de los afiliados al régimen contributivo y el 42% de los vinculados tuvieron que asumir el pago total o parcial de los medicamentos formulados para el control de la hipertensión. Los vinculados tienen que comprar los medicamentos en 6,43 veces más que el régimen contributivo ($\text{Chi-cuadrado}=2466,77$, con un $p<0,00001$) (Gráfico 2.40).

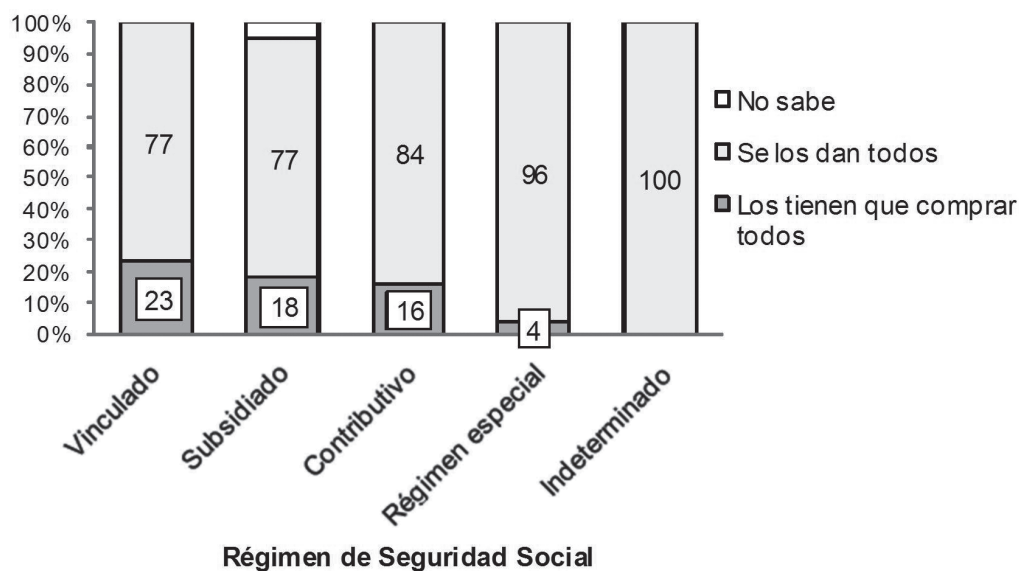


Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.40. Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por hipertensión arterial y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007

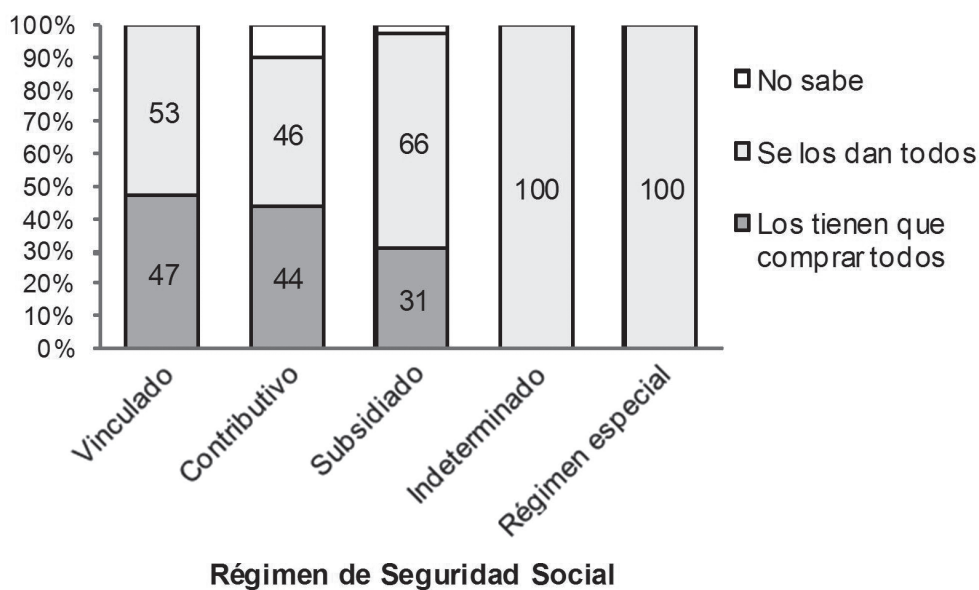
Al igual que en el caso de la hipertensión arterial, la mayoría de las personas que accedieron a servicios de salud por diabetes recibió todos los medicamentos sin realizar un pago; sin embargo, se destaca que el 16% de los afiliados al régimen contributivo, el 18% de las personas afiliadas al régimen subsidiado y el 23% de los vinculados tuvieron que asumir el pago total o parcial de los medicamentos formulados para el control de la diabetes. Los vinculados que accedieron a servicios de salud para atender la diabetes son las personas que tienen una limitación de acceso a medicamentos en 1,56 veces más que las personas del régimen contributivo ($\text{Chi-cuadrado}=2,6$, con un $p=0,10$, no significativo) (Gráfico 2.41).

Con respecto a la atención de lesiones causadas por agresión física, el 47% de los vinculados tiene que asumir la compra total o parcial de medicamentos, el 44% de los afiliados al régimen contributivo y el 32% en el subsidiado. En el régimen especial los afiliados no tuvieron que pagar los medicamentos. El grupo de población más afectado por este pago es el de vinculados: 1,12 veces más que los del régimen contributivo ($\text{Chi-cuadrado}=249,6$, $p<0,00001$ no significativo) (Gráfico 2.42).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.41. Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por diabetes y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 2.42. Proporción de personas que accedieron a los servicios de salud por atención a lesiones causadas por agresión física y declararon sobre el acceso a los medicamentos que le formularon. Colombia, 2007

El 49% de las personas que accedieron a servicios de salud lo hicieron para demandar consulta médica general, el 17% consulta médica especializada y el 11% consulta odontológica.

PROGRAMAS DE PROTECCIÓN ESPECÍFICA Y DETECCIÓN TEMPRANA

INTRODUCCIÓN

En su preámbulo, la ley 100 de 1993 dice: “La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias...” (Congreso de la República, Ley 100 de 1993:1). En esta Ley, son pilares fundamentales los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuyo fin es el de mejorar y modificar las condiciones de salud de los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

El entonces Ministerio de Salud, mediante la expedición de la Resolución 3997 de 1996, estableció las actividades y los procedimientos para el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en el SGSSS; no obstante, durante los años que estuvo vigente no se realizaron evaluaciones sobre su desarrollo ni se verificaron los cambios en las condiciones de salud de las comunidades beneficiarias de las mismas. En 1998, mediante el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social, se agrupan las actividades de la Resolución 3997 en actividades de detección temprana y protección específica, con el fin de buscar atención con calidad para el afiliado y su grupo familiar.

En el año 2000, la Resolución 412 establece “las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida de obligatorio cumplimiento, y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública” que deben cumplir los diferentes actores del SGSSS. La Resolución 3384 del mismo año modifica “parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y [...] deroga la Resolución 1078 de 2000”, con la finalidad de lograr una atención integral, individual y de mejor calidad para los usuarios.

Por otra parte, la Ley 715 de diciembre de 2001, en su Artículo 46 plantea: “Los distritos y municipios asumirán las acciones de promoción y prevención, que incluyen aquellas que a la fecha de entrar en vigencia la presente Ley hacían parte del Plan Obligatorio de Salud Subsidiado. Para tal fin, los recursos que financiaban estas acciones se descontarán de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado, en la proporción que defina el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, con el fin de financiar estas acciones”. En la reglamentación de este artículo, se realizaron los siguientes ajustes: se asumió que las normas de protección específica de vacunación (PAI), planificación familiar y detección temprana de cáncer de cuello uterino son de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y se trasladó a los distritos y municipios un porcentaje de la UPC (Acuerdo 229 de 2002) del régimen subsidiado para la prestación de servicios de protección específica y detección temprana, sin prever que muchos de ellos no cuentan con la

infraestructura ni la logística necesaria para cumplir con las metas propuestas en la Resolución 3384 de 2000, lo que a la postre no permite asegurar la calidad en la atención y prestación de los servicios, así éstos recaigan sobre las ESE municipales o distritales.

La Ley 1122 de 2007, en el Artículo 14, literal f, deroga el Acuerdo 229 de 2002 y la Resolución reglamentaria 968 del mismo año, al establecer que “El valor total de la UPC del régimen subsidiado será entregado a las EPS. Las actividades propias del POS’s, incluidas las de promoción y prevención, serán ejecutadas a través de las EPS’s”. Razón por la cual, a partir de 2007 la atención de las actividades, intervenciones y procedimientos de detección temprana y protección específica pasan nuevamente a ser responsabilidad de las EPS’s. Lamentablemente, hasta el día de hoy las actividades de evaluación y seguimiento se centran solo en las EPS’s del régimen subsidiado, y sobre ellas recaen tanto la implementación de las normas como todas las sanciones, con la justificación del manejo de recursos del estado para beneficio de los asegurados, sin tener en cuenta que las actividades, intervenciones y procedimientos de las normas y guías descritas en la Resolución 412 de 2000 son de obligatorio cumplimiento para todas las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) públicas y privadas.

El Decreto reglamentario 3039 de 2007, en su Capítulo I, establece las metas y programas del Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, encaminadas a: “1) Mejorar el estado de salud de la población colombiana; 2) Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad; 3) Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica; 4) Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana”. Dicho de otra manera, este Decreto pretende integrar las actividades colectivas de promoción de la salud y calidad de vida y la prevención de riesgos en salud, con las actividades individuales y comunitarias de protección específica y detección temprana, lo que implica garantizar de manera integral el mejoramiento continuo de las condiciones de salud, calidad de vida y desarrollo de la población.

Esta sesión se centra en el análisis de la oferta y calidad en la atención de las actividades, intervenciones y procedimientos de protección temprana, detección específica y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública. Para hacerlo, se parte de los siguientes datos suministrados por la ENS-2007: para la morbilidad sentida fueron encuestadas en los hogares 80637 personas. El análisis del proceso de atención se hace a partir de la información obtenida de 608 IPS’s de naturaleza privada o mixta y 562 de naturaleza pública que respondieron la encuesta (Módulos 1, 2 y 3) y de los 12553 usuarios encuestados en dichas IPS’s (Módulos 1 y 2). La morbilidad atendida se obtiene de los datos aportados por los RIPS y SIVIGILA. La estructura y los procesos de atención se analizan a partir de las condiciones físicas de los consultorios, los recursos disponibles para la atención, conocimiento, uso y/o disponibilidad de las normas o guías de atención. La atención se analiza a partir de las actividades realizadas según las normas o las guías de atención tales como: detección temprana de alteraciones durante el embarazo, crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, cáncer de cuello uterino, normas de protección específica de

atención del parto, atención del recién nacido, planificación familiar, salud bucal, aplicación de guías de manejo para enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, desnutrición, obesidad y sobrepeso, hipertensión, tuberculosis, diabetes y VIH/SIDA. También se tienen en cuenta las actividades de educación en y para la salud, recomendaciones brindadas durante la consulta, exámenes de laboratorio solicitados, medicamentos formulados, remisiones a otros profesionales, citación a control y las actividades posteriores a la consulta, tales como los responsables del pago, incapacidades y suministro de medicamentos.

HALLAZGOS

Estructura de la atención

El 82,1% (499) de las 608 IPS's de naturaleza privada o mixta y el 69% (388) de las 562 IPS de naturaleza pública cuentan con registro especial de prestadores de salud para ofertar atenciones, intervenciones y procedimientos contenidos en las normas y guías de atención de enfermedades de interés en salud pública de la Resolución 412 de 2000. Bogotá tiene el menor porcentaje de IPS's privadas (65,8%) y públicas (58,8%) con registro, y la región Central el mayor porcentaje (88,8% privadas y 72,1 públicas) (Cuadro 2.1).

Cuadro 2.1 Distribución de IPS's privadas o mixtas e IPS's públicas con registro especial de prestadores de salud según región. Colombia, 2007

Región	Naturaleza IPS							
	Naturaleza Privada o Mixta				Naturaleza Pública			
	Sí		No		Sí		No	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	116	88,5	15	11,5	82	74,5	28	25,5
Oriental	89	76,7	27	23,3	65	65,7	34	34,3
Central	135	88,8	17	11,2	111	72,1	43	27,9
Pacífica	67	78,8	18	21,2	61	63,5	35	36,5
Bogotá	48	65,8	25	34,2	40	58,8	28	41,2
Orinoquia y Amazonía	44	86,3	7	13,7	29	82,9	6	17,1
Total	499	82,1	109	17,9	388	69,0	174	31,0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Características de la consulta ambulatoria

Tipo de profesional que atiende la consulta

Tal y como lo establece la Resolución 412 de 2000, el control de crecimiento y desarrollo es realizado por médico general o enfermera. En las IPS's privadas, en el 45,5% de los casos dicho control lo realiza un médico, y en el 47,5% una enfermera. En las IPS's públicas lo realiza un médico en el 39,2% de los casos, y una enfermera en el 48,4%. Es importante anotar que en el 12,1% de IPS's públicas y en el 5,1% de las privadas el control es realizado por personal no profesional, lo que puede afectar la calidad de la atención e incumple con lo establecido en la norma.

En las IPS's privadas, las actividades de detección temprana de alteraciones del embarazo son realizadas por médico general, ginecoobstetra o enfermera en el 97,9% de los casos, en el 2,1% restante por personal no profesional. En las IPS's públicas, el 93,3% las realizan profesionales, y el 6,7% no profesionales.

La consulta de planificación familiar es realizada por profesionales en el 96,8% de las IPS's privadas y por personal no profesional en el 3,2%. En el 89,4% de las IPS's públicas esta consulta es realizada por profesionales y por no profesionales en el 10,4%.

En el 66,6% de las IPS's privadas la toma de citología cérvico-uterina es realizada por profesionales. En el 59,3% de las IPS's públicas es realizado por profesionales y en el 41,7% por no profesionales.

En el 100% de las IPS's privadas y públicas la vacunación es realizada por enfermera o auxiliar de enfermería.

Recurso humano disponible

El recurso humano disponible para atender los servicios de protección específica y detección temprana se analiza a partir de los datos reportados por la totalidad de IPS's públicas y privadas objeto de la ENS-2007 (Módulo 2) a IPS's (Cuadro 2.2).

Cuadro 2.2. Promedio de recurso humano disponible para la atención de los usuarios por IPS. Colombia, 2007

Personal que atiende	Programas									
	Crecimiento y Desarrollo		Control Prenatal		Planificación Familiar		Toma de Citología Cérvico-Uterina		Vacunación	
	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública
Médico general	2,9	1,9	3,1	2,2	3,2	2,0	1,4	1,4	0,0	0,2
Médico ginecoobstetra	0,2	0,0	2,9	3,3	4,8	3,3	2,3	2,7	0,0	0,0
Enfermera profesional	1,9	1,6	3,1	1,9	1,8	1,7	1,3	1,3	1,1	1,2
Odontólogo general	0,3	0,2	0,0	1,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Personal no profesional	1,6	1,5	2,3	2,6	1,5	1,3	1,3	1,1	0,9	0,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

En todas las regiones, el recurso humano disponible para atender a los usuarios de la consulta de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años, se distribuye como sigue: 2,9 médicos generales en las IPS's privadas y 1,9 en las IPS's públicas; 1,9 enfermeras en las IPS's privadas y 1,6 en las IPS's públicas. Es importante señalar que el control de crecimiento y desarrollo está siendo realizado por auxiliar de enfermería en la mayoría de las IPS's públicas y privadas –con un promedio de 1,6 auxiliares en las privadas y 1,5 en las públicas–, con excepción de Bogotá donde no se registran auxiliares en las IPS's privadas.

Para la consulta de detección temprana de alteraciones durante el embarazo, el recurso humano de ginecoobstetras en Bogotá es de 5,1 en las IPS's públicas y de 6,1 en las privadas, lo que contrasta con el 1,8 especialistas que tiene la región de la Orinoquia-Amazonía. En las regiones Atlántica, Oriental, Central y Pacífica se evidencia la falta de profesionales.

El recurso humano disponible para la consulta de planificación familiar muestra a las IPS's privadas con una mayor proporción de profesionales en relación con las públicas. En las IPS's privadas, el promedio de médicos ginecoobstetras es de 4,8. Bogotá es la región con mayor número de especialistas por IPS's: 9,0. Exceptuando Bogotá, en la mayoría de las regiones y tanto en las IPS públicas (1,3) como en las privadas (1,5), la realización de actividades de planificación familiar están a cargo del auxiliar de enfermería.

En la mayoría de las regiones, la toma de citología la realiza una enfermera o un auxiliar de enfermería; debe observarse, no obstante, que en las regiones Pacífica (5,3) y Bogotá (5,0) el procedimiento lo realiza el ginecoobstetra.

La aplicación de biológicos –de acuerdo con el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)– está a cargo de enfermeras y auxiliares de enfermería. El recurso humano disponible en las IPS's privadas es, en promedio, de 1,1 enfermeras y 0,9 auxiliares en cada institución; en las IPS's públicas es de 1,2 enfermeras y 0,8 auxiliares.

Tanto en las IPS's públicas como en las privadas las actividades de control prenatal las realizan no profesionales en horas previamente programadas. En todas las regiones, con excepción de Bogotá, la mayor oferta de este recurso se encuentra en las IPS's privadas.

En las regiones Atlántica, Oriental, Central y Pacífica, y en IPS's públicas y privadas, el control de crecimiento y desarrollo lo realiza un auxiliar de enfermería en horas previamente programadas. Se observa que la región Central cuenta, en promedio, con 6,7 auxiliares que realizan esta actividad en IPS's privadas.

Las actividades de planificación familiar muestran un mayor número de horas programadas para médico ginecoobstetra. Las IPS's públicas de la región Central tienen el mayor número de horas programadas (110) para este profesional. También hay participación de no profesionales en esta actividad, en mayor proporción (5,5) en las IPS's privadas de la región Pacífica.

La toma de citología cérvico-uterina muestra igual personal disponible con mayor número de horas programadas en las IPS's públicas, a excepción de las horas programadas para el médico ginecoobstetra en las IPS's privadas.

Las actividades de vacunación tienen mayor número de horas programadas en las IPS's públicas, y son realizadas, en general, por enfermera o auxiliar de enfermería (Cuadro 2.3).

Cuadro 2.3. Disponibilidad de recurso humano promedio en cada IPS's y horas programadas para atender los usuarios que requieren actividades de las normas de la Resolución 412 de 2000. Colombia, 2007

NORMA	Personal que atiende	Disponibilidad de recurso humano promedio en cada IPS			
		RH IPS Privada disponible promedio de cada IPS	Horas semana/ programadas	RH IPS Pública disponible Promedio de cada IPS	Horas semana/ programadas
Control Prenatal	Médico general	3	61	2	25
	Médico ginecoobstetra	3	42	3	27
	Enfermera profesional	3	40	2	28
	Odontólogo general	0	0	1	0
	Personal no profesional	2	30	3	24
Crecimiento y Desarrollo	Médico general	3	55	3	42
	Médico ginecoobstetra	0	0	0	0
	Enfermera profesional	2	39	2	40
	Odontólogo general	0	0	0	8
	Personal no profesional	2	18	2	34
Planificación Familiar	Médico general	3	61	2	41
	Médico ginecoobstetra	5	42	3	50
	Enfermera profesional	2	40	2	37
	Odontólogo general	0	0	0	0
	Personal no profesional	1	30	1	18
Toma de Citología	Médico general	1	25	1	53
	Médico ginecoobstetra	2	27	3	11
	Enfermera profesional	1	28	1	30
	Odontólogo general	0	0	0	0
	Personal no profesional	1	24	1	23
Vacunación	Médico general	0	53	0	8
	Médico ginecoobstetra	0	11	0	0
	Enfermera profesional	1	30	1	39
	Odontólogo general	0	0	0	0
	Personal no profesional	1	23	1	42

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Percepción sobre las condiciones críticas de atención

El análisis de las características de la consulta ambulatoria se realiza a partir de los datos obtenidos por la ENS-2007: Módulo 3, “Encuesta a IPS’s”, sobre infraestructura, muebles y equipos, insumos disponibles y tiempo definido para la realización de la consulta.

Condiciones críticas para la atención de las usuarias a consulta para detección temprana de alteraciones del embarazo

En el 24,3% de las IPS’s públicas las condiciones físicas para realizar la consulta de detección de alteraciones del embarazo no son apropiadas, y en el 16,6% de ellas no se garantiza la privacidad de las usuarias. La misma situación se encuentra en el 8,4% y el 2,5%, respectivamente, de las IPS’s privadas.

En el 17,5% de las IPS’s públicas los muebles y equipos disponibles para la consulta son insuficientes y de calidad inapropiada, comparado con el 5,6% de IPS’s privadas. Los insumos disponibles para la consulta de detección de alteraciones del embarazo son insuficientes en el 10% de las IPS’s públicas y en el 3,2% de las privadas. La falta de insumos incide en la calidad del servicio e impide que la consulta sea realizada oportuna y correctamente.

En el 23,2% de las IPS’s públicas y el 11% de las privadas, el personal de la salud manifestó que el tiempo definido para la consulta resulta escaso. Al preguntárseles en qué invertirían el tiempo adicional, el 53,2% de los funcionarios de las IPS’s públicas y el 53,9% de las privadas respondió que en explicarle a la usuaria qué hacer en casa para mejorar su salud.

El 96% de los funcionarios de las IPS’s públicas y privadas conocen el procedimiento de referencia.

Condiciones críticas para la atención de los usuarios a consulta para detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años

El 67,6% de las IPS’s públicas y el 86,7% de las IPS’s privadas cuentan con las condiciones físicas apropiadas para realizar correctamente las actividades de detección temprana de alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años. En el 18,2% de las IPS’s públicas no se garantiza la privacidad del usuario.

En el 23,9% de las IPS’s públicas los muebles y equipos para el control de crecimiento y desarrollo no son suficientes, en el 23,7% de ellas no son de la calidad apropiada, y son insuficientes en el 17,7%. En las IPS’s privadas las condiciones demuestran ser mejores en el 12,1% en promedio.

En el 18,9% de las 435 IPS’s públicas que realizan consulta de crecimiento y desarrollo, la falta de insumos impide la realización de las actividades oportuna y correctamente, en el 13,6% dificulta explicarle al usuario su situación y en el 11,5% explicar el tratamiento; situación que afectó la calidad de la atención en el 10,3% de las IPS’s. El 96% de las IPS’s privadas cuentan con los insumos adecuados para realizar las actividades propias de la consulta.

En el 89,4% de las IPS's privadas y el 79,1% de las públicas, el tiempo definido para la consulta permite a los funcionarios realizarla oportuna y correctamente.

En caso de tener un tiempo adicional para la consulta de crecimiento y desarrollo, en la totalidad de las IPS's el personal de la salud lo invertiría en la anamnesis, el examen físico y en recomendaciones a los usuarios.

El 94% del personal de las IPS's privadas manifestó conocer el procedimiento de referencia, frente al 91,9% del personal de las IPS's públicas. La principal razón para no conocerlo fue "no ser los responsables de la remisión de los usuarios".

Condiciones críticas para la atención de las usuarias a toma de citología cérvico-uterina

En el 30,9% de las IPS's públicas, las condiciones físicas del consultorio para la toma de citología cérvico-uterina no permiten realizar las actividades requeridas, y el 13,7% no garantizan privacidad. En el 11,6% de las IPS's privadas las condiciones no permiten realizar las actividades requeridas.

En el 3,2% de las IPS's privadas, los muebles y equipos disponibles para la toma de citología cérvico-uterina son insuficientes; en las IPS's públicas el porcentaje alcanza el 12,4%.

La falta de insumos para la toma de citología afectó la calidad de la atención en el 2,6% de las IPS's privadas y en el 7,1% de las públicas.

El tiempo definido para el procedimiento resulta escaso para el personal de la salud que lo realiza en el 8,5% de las IPS's públicas y en el 4,3% de las privadas, situación que afecta la calidad de la atención y las actividades que deben realizarse.

Si se tuviese un tiempo adicional para la consulta, la mayor proporción del personal (en las IPS's públicas el 49,7%, y en las privadas el 47,6%) lo invertiría en explicarle a la usuaria qué hacer en casa para mejorar su salud.

En el 92,9% de las IPS's públicas que realizan toma de citología tienen definido el procedimiento de remisión de pacientes, y es conocido en el 86,7% de las IPS's por el personal de la salud; en las IPS's privadas que cuentan con el procedimiento, el 88,7% del personal lo conoce.

Condiciones críticas para la atención de los usuarios a consulta de protección específica de planificación familiar

El 18,7% de las IPS's públicas y el 4,7% de las privadas carecen de las condiciones físicas apropiadas para la atención de la consulta de planificación familiar y no garantizan la privacidad de los usuarios, situación que demuestra fallas en la calidad de la atención.

Los muebles y equipos para realizar la consulta de planificación familiar son insuficientes en el 20,1% de las IPS's públicas, de calidad inadecuada en el 16,5%, e insuficientes para explicar la situación de salud al usuario en el 12,7%. Estas condiciones se evidencian, en promedio, en el 3,8% de las IPS's privadas.

Los insumos para realizar la consulta son insuficientes en el 11,3% de las IPS's públicas y en el 4,4 % de las privadas, lo cual afecta la calidad en la atención de los usuarios que demandan servicios de planificación familiar.

En promedio, el 16,1% del personal de la salud de las IPS's públicas y el 8% de las privadas manifiestan que el tiempo asignado es insuficiente para llevar a cabo todas las actividades que demanda la consulta de planificación familiar. Situación que se refleja en la falta de oportunidad para explicar al usuario su situación de salud y realizar de manera correcta o completa la atención.

En la totalidad de las IPS's (públicas 52,9% y privadas 46%), el personal de salud dedicaría mayor tiempo en explicarle a la persona el estado de su salud, qué hacer en su casa para mejorarla y, si es del caso, el tratamiento a seguir.

El 92% de las IPS's públicas y privadas cuentan con el procedimiento para la remisión de pacientes, y es conocido por el 95 % del personal.

Condiciones críticas para la atención de los usuarios a consulta de protección específica de vacunación

El 92% de las IPS's privadas y el 81% de las públicas cuentan con las condiciones físicas adecuadas para realizar los procesos de vacunación.

Los muebles y equipos para realizar la consulta muestran porcentajes promedio de suficiencia y calidad del 94% en las IPS's privadas, y en las públicas del 85%.

Los insumos para la vacunación permiten realizar de manera segura el procedimiento y proteger la integridad del paciente en porcentajes promedio del 98% en las IPS's privadas, y del 95% en las públicas.

El tiempo de consulta permite realizar las actividades propias de vacunación en porcentajes promedio del 97% en las IPS's privadas y del 96% en las públicas.

Con un tiempo adicional para la consulta, el personal de salud, tanto de las IPS's privadas (51%) como públicas (55%), lo utilizaría para explicarle a la persona qué hacer en su casa para mejorar su salud. Es importante señalar que en el 15,3% de las IPS's privadas y el 20,5% de las públicas se evidencia la elaboración de registros.

El 87,4% del personal de las IPS's privadas y el 78,9% de las públicas manifiestan que conocen el procedimiento de referencia. La principal razón para no conocerlo es "no ser responsable de la remisión de los usuarios".

Proceso de atención

El proceso de atención se describe en los cuadros 2.1 a 2.14 (ver Anexo), en los cuales se describen las características de la atención dada a los usuarios en cada uno de los programas de detección temprana, protección específica y enfermedades de interés en salud pública.

Resultados de la atención

Los resultados de la atención se evidencian en la percepción que de ella tienen las 80627 personas que respondieron a la encuesta de hogares (ENS-2007, Módulos 2, 3 y 4).

El análisis de la morbilidad sentida se realiza a partir de la percepción que las personas tienen sobre la enfermedad; para tal fin se tienen en cuenta el estado de salud, las condiciones crónicas, hipertensión, diabetes, atención odontológica, ITS, VIH/SIDA, morbilidad en menores de 6 años, condiciones especiales en menores de 6 años, vacunación en menores de 6 años y salud bucal en menores de 6 años.

Morbilidad sentida: causas de consulta, hospitalización e incapacidades

Para evaluar la morbilidad sentida se tienen en cuenta variables relacionadas con el motivo de consulta, personal de consulta, causas de no consulta, motivo y lugar de hospitalización o consulta e incapacidades.

De las personas que muestran un estado de salud alterado, el 72,2% no consultó ningún servicio de salud; del 27,8% que sí consultó, el 85% fue atendido por médico general. Las razones de consulta que prevalecieron fueron la enfermedad física no obstétrica (61%) y la consulta por prevención o chequeo médico y actividades de detección temprana o protección específica (27%).

De las personas que no consultaron, el 14% no lo hizo por aspectos relacionados con los servicios de salud (valor y la calidad de la atención), el resto no lo hizo por razones relacionadas con la actitud frente a las enfermedades, tales como esperar la resolución natural del problema (40%) o el descuido (16%). Situación preocupante, puesto que un problema de salud no solucionado a tiempo puede generar mayor morbilidad por complicaciones e implicar para el sistema de aseguramiento atenciones poco costo/efectivas.

De las 3990 personas que dijeron haber estado hospitalizadas, el 62% lo estuvo por enfermedad física, el 2,8% por situaciones derivadas de la obstetricia y el resto por accidentes o problemas mentales. Este comportamiento se corresponde con la orientación que, desde la oferta, se le ha dado a los servicios de salud. Para la atención hospitalaria, el 46% de los encuestados recurrió a la ESE pública, el 39% a centros de atención de las EPS y el 15,2% a la red privada. Estos porcentajes se relacionan con la disponibilidad de la oferta de servicios que contratan las aseguradoras o los entes territoriales.

Las incapacidades se generan como secuela de un problema de salud, y en ellas están involucrados las atenciones y/o tratamientos inoportunos o no adecuados. El 74% de las personas manifestaron haber requerido incapacidad.

Al analizar por regiones, se destacan los siguientes aspectos:

- Entre las principales razones para no consultar se encuentran: en la región Atlántica el 34,8% de las personas no asiste porque el problema se resuelve solo, y en la Orinoquia-Amazonía el 9,6% por mala atención.
- La región Atlántica muestra como principal razón de consulta la enfermedad física con el 67,9%; en Bogotá es el chequeo en persona sana con el 28,2%; en la región Pacífica la salud

bucal con el 6,4%; otras atenciones en la Orinoquia-Amazonía con el 5,9%. En todas las regiones, el 14,3% de personas consultan por chequeo general para la prevención oportuna de enfermedades crónicas y/o complicaciones.

- Las actividades de detección temprana y protección específica evidencian su baja cobertura por regiones: la Pacífica tiene el 0,4% en asistencia a consulta de protección específica de vacunación (PAI), atención de parto, puerperio y recién nacido; la región Atlántica el 1,4% en control de planificación familiar y alteraciones del embarazo; la región de la Orinoquia-Amazonía el 0,8% en control de planificación familiar y el 1,4% en alteraciones del embarazo; en la región Pacífica la citología tiene el 1,8%, y en la Oriental crecimiento y desarrollo en menor de 10 años tiene el 1,5%. Esto puede explicarse por inadecuadas estrategias de inducción a la demanda y captación inoportuna de usuarios para estos programas.
- Al realizar el análisis de los responsables de los pagos por las consultas médicas, se encontró que las EPS's asumen el 68,2% del valor total, observándose una participación mayor de éstas en la región Central, con el 74,7%. Los encuestados o sus familias asumen el 16,8% del valor total de la consulta. En la región Pacífica el 20,7% de la población objeto cubre los gastos de la consulta, lo que pone en evidencia la existencia de barreras para el acceso oportuno al servicio, tales como: valor de la consulta, horarios de atención que no se ajustan a las necesidades del usuario, trámites administrativos de las EPS's y lejanía de los sitios de atención.
- El pago por rubros diferentes a la consulta médica se observa en los siguientes porcentajes: el 36,7% de los usuarios deben pagar por medicamentos, el 9,3% por exámenes de laboratorio o rayos X, y el 30,3% por fotocopias. La hospitalización también evidencia pago por los mismos conceptos, aunque en porcentajes menores, con excepción de las fotocopias que asciende al 41,2%.

Patologías objeto de vigilancia en salud pública: hipertensión, diabetes, VIH/SIDA, asma y tuberculosis

En el análisis de la morbilidad sentida para condiciones crónicas se tienen en cuenta las patologías que son objeto de las Guías de Atención de Enfermedades de Interés en Salud Pública (Resolución 412 de 2000), tales como: hipertensión, diabetes, VIH/SIDA, asma y tuberculosis.

La población total objeto de análisis estuvo constituida por 80626 personas encuestadas en los hogares. La ENS-2007 encontró: 6659 casos de hipertensión arterial, 3460 casos de asma, 2173 casos de diabetes, 170 casos de tuberculosis y 29 casos de VIH/SIDA.

Al realizar el análisis se observa que de los 6659 casos de hipertensión arterial, el 29,9% de los pacientes manifiesta no haber recibido tratamiento, lo que a mediano o largo plazo puede conducir a complicaciones cardíacas tales como hipertrofia ventricular izquierda, angina de pecho o infarto agudo del miocardio, enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca y, también, a enfermedades

renales, vasculares y neurológicas que van desde la retinopatía hasta la encefalopatía hipertensiva. Efectos que incrementan la morbi-mortalidad por causas asociadas a la hipertensión.

Con respecto al asma, el 37,8% de los casos reportados recibió tratamiento, condición que puede explicarse porque la mayoría de pacientes asmáticos requiere de dos tipos de tratamiento: el denominado controlador, que debe ser usado a largo plazo, y el aliviador, que se utiliza cuando los síntomas se agudizan.

La morbilidad por diabetes muestra un porcentaje de no tratamiento del 39%.

Los porcentajes de tratamiento para tuberculosis y VIH/SIDA muestran coberturas que oscilan entre el 14% y el 66% para la primera enfermedad, y entre el 0% y el 75% para la segunda.

Al efectuar el análisis para la tuberculosis, se observa que de los 170 casos reportados el 77,6% de los pacientes manifestó no haber recibido tratamiento, lo que evidencia la grave situación de esta patología en el país. La falta de tratamiento a los pacientes diagnosticados implica no cortar la cadena de transmisión de la bacteria que, asociada a condiciones de pobreza, violencia y desnutrición hacen menos controlable su expansión en grupos vulnerables.

Se suma a lo anterior que, según las estadísticas de SIVIGILA, durante el año 2007 en Colombia fueron notificados (incluidos casos sospechosos, probables y confirmados) 64 casos de meningitis tuberculosa, 7079 de tuberculosis pulmonar y 1188 de tuberculosis extrapulmonar.

De los 29 casos reportados de VIH/SIDA, no hay evidencia de tratamiento en el 53,3% de ellos.

Morbilidad sentida por hipertensión

El análisis de morbilidad sentida para la hipertensión arterial se realiza a partir de las variables diagnóstico en más de dos consultas, tratamiento recibido, principales causas para no continuar el tratamiento.

La población total de la muestra fue de 5033 usuarios, quienes manifestaron que les fue informado en dos o más consultas que eran hipertensos. De éstos, el 76,6% (3855) recibió medicamentos, y el 79,2% los ha recibido durante un periodo de tiempo que oscila entre un año y más de cinco años, lo que demuestra la cronicidad de la patología en las personas encuestadas. Los medicamentos de elección más utilizados son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) como captopril (31,7%) y enalapril (31,5%), y los antagonistas del calcio como verapamilo (20%), todos incluidos en el Acuerdo 228 de 2002 (medicamentos POS).

De las 468 personas que decidieron suspender el tratamiento, el 62,2% adujo razones personales, y el 37,8% dificultad para acceder al medicamento.

Causas como la no disponibilidad del medicamento, sitios de entrega muy lejanos y exceso de trámites en las EPS's afectan la calidad de la atención. Situación preocupante, pues la falta de oportunidad y continuidad en el tratamiento pone en riesgo la salud de los usuarios.

Los controles médicos son realizados al 81,3% de los usuarios, en lapsos de tiempo que oscila entre 1 y 6 meses; el porcentaje restante recibe atención inoportuna o no la ha solicitado, condición que puede obedecer a falta de educación al usuario sobre las consecuencias de una hipertensión sin tratamiento y a que la patología, por ser considerada silenciosa, no refleja signos o síntomas que justifique la asistencia del paciente a control.

Por regiones se observan los siguientes hallazgos:

- En la región Central se encontró que el 36,5% de las personas hipertensas llevan más de cinco años medicadas, porcentaje alto si se compara con las demás regiones objeto de la encuesta.
- Las principales razones para suspender el tratamiento son: en Bogotá intolerancia al medicamento (35%); en la región Atlántica la creencia de haber superado el problema (18,4%); en la región Oriental el alto costo de los medicamentos (21,6%).
- Al extrapolar los resultados de la encuesta de hogares, se evidencia que en la región Pacífica la atención por psicología se realiza al 55,8% de las personas encuestadas, la región Oriental tiene el menor porcentaje de esta atención: 31%. En la región Pacífica la consulta de nutrición se realiza al 52,8% de los pacientes, lo que contrasta con el 58,2% de las personas encuestadas que manifestaron no haber recibido esta consulta en la región Oriental.
- En la región de la Orinoquia-Amazonía el 58% de las personas encuestadas no asiste a control porque piensa que no es necesario.
- En Bogotá, el 50% de las personas encuestadas afirmó haberse realizado el examen para detectar niveles de colesterol en sangre, sin embargo solo al 16% se le informó el resultado.

Morbilidad sentida por diabetes

El análisis de la morbilidad por diabetes se realiza a partir de las variables medio de diagnóstico, tiempo de diagnóstico, toma de laboratorios, entrega de resultados, cita de control e interconsultas.

De la muestra constituida por 57617 usuarios, 2011 son considerados diabéticos; de éstos, el 74,3% fueron diagnosticados en un lapso de tiempo que oscila entre un año y más de cinco años. Al 76,3% (1534) de los usuarios le han realizado examen de glicemia durante el último año, al 15,8% hace más de un año hasta cinco años, y al 8% hace más de cinco años. El 90,8% (1825) de los pacientes con diabetes conoce el resultado del examen. El 12% de los pacientes controla la glicemia en el domicilio, y no lo hace el 23,8%, lo que puede incrementar la aparición temprana de complicaciones y la muerte.

El 65,1% de los diabéticos objeto de la muestra asisten a consulta de control en periodos que oscilan entre 1 y 6 meses, entre 7 meses y un año el 8%, más de un año hasta más de cinco años el 18,7%; el 6,2% nunca ha asistido.

Las razones manifestadas por 501 encuestados para no asistir a control de diabetes en el último año son: motivos personales (no pensó que tenía que ir, el problema se resolvió solo y no ha sacado tiempo) el 65,6%, inoportunidad de la EPS (no le autorizaron la atención, no sabe dónde puede ir, sitio de atención muy lejano, no consiguió cita o se la dieron para fecha lejana, horarios no le sirven, mucho trámite, le hacen esperar mucho, no confía en las personas que lo atienden y no sabía a dónde ir) el 19,3%, y porque la consulta es muy cara el 7,1% restante. Estas razones evidencian las barreras de acceso y la inoportunidad en la atención por parte de IPS y EPS, lo que va en detrimento de la calidad de vida de los usuarios.

Por regiones se observan los siguientes hallazgos:

- Según el número de casos manifestados por las personas objeto de la encuesta, los porcentajes de tratamiento de las personas con diabetes varían entre el 40% y el 60%. En la región central el 60,7% de los pacientes toma medicamentos, en contraste con Bogotá, donde el 59,9% no los toma.
- El 18,6% de personas diabéticas encuestadas en la región de la Orinoquia-Amazonía reciben atención psicológica, el menor porcentaje de esta atención lo tiene Bogotá (9,8%). En la Orinoquia-Amazonía la interconsulta con nutrición se realiza al 58% de los pacientes, en Bogotá, por el contrario, el 62,2% de las personas encuestadas manifestó no haber asistido a esta consulta, lo que indica que en esta ciudad falta continuidad y oportunidad en la atención brindada a los diabéticos objeto de la encuesta.
- El 51,3% de los diabéticos que habitan en la región Oriental no asiste a control porque piensa que no es necesario. Esta inasistencia refleja la poca o ninguna información que se le ofrece al paciente durante la consulta, lo que va en contravía de la calidad y oportunidad de la atención, máxime cuando algunas EPS's hacen caso omiso de lo establecido en la Resolución 5261 de 1994, Artículo 97 –que a la letra dice: “el tiempo de la consulta médica general no debe ser menor de veinte (20) minutos”–, y llenan el tiempo de la atención médica con actividades más administrativas que asistenciales.

Morbilidad sentida para la atención odontológica a mayores de 18 años

Para el análisis de la morbilidad sentida de la atención odontológica se tienen en cuenta las variables hábitos, aplicación de flúor, problemas odontológicos objeto de consulta y principales razones para no consultar.

Con relación a la periodicidad en el cambio del cepillo de dientes –desde un mes hasta un año–, los porcentajes por regiones son:

- En la región Atlántica, el porcentaje de personas que cambian el cepillo de dientes cada mes es del 13%, y en Bogotá el 6,4%.
- El cambio de cepillo de dientes cada dos meses se realiza con mayor frecuencia en la región de la Orinoquia-Amazonía con un 21,2%, en Bogotá es el 13,6%.

- Bogotá es la región donde un mayor porcentaje de personas cambia el cepillo de dientes cada tres meses: 37,7%.
- El cambio de cepillo cada seis meses se realiza con mayor frecuencia en Bogotá: el 15,4% de la población encuestada.
- En el uso de seda dental por regiones se encontró que en la Orinoquia-Amazonía el 50,3% de los encuestados la utiliza cuando quedan restos de comida; en Bogotá la utiliza el 16,5% después del desayuno, y el 12,1% cada vez que come; en la Orinoquia-Amazonía después del almuerzo el 32,2 % y después de la comida el 20,1%.
- La aplicación de flúor, según la norma de protección específica de la salud bucal, tiene como población objeto las personas entre los 5 y los 19 años de edad. En la región de la Orinoquia-Amazonía la población ha recibido con mayor frecuencia la aplicación de flúor: 45,9%. Las principales razones para su no aplicación son: en Bogotá, con el 54,5%, no cree que la necesite, descuido y no sabe que es el flúor con el 14,9%, y no se lo han recomendado con el 9,9%; en la región Atlántica esta última razón alcanza el 18%; en la región Pacífica el 10,3% de la población encuestada manifiesta que es muy costoso.
- La aplicación de sellantes, según la norma de protección específica de la salud bucal, tiene como población objeto personas entre los 3 y los 15 años de edad. La población de la región Central es la que con mayor frecuencia dice haber recibido aplicación de sellantes: 39,1%.
- Los problemas odontológicos por los cuales consulta con mayor frecuencia la población encuestada son: en la región Oriental el dolor de muelas (71,4%) y caries dental (43,5%); en la región Central inflamación de la cara (13,4%) y pérdida de diente (15,5%); en Bogotá pérdida de calza (31,2%). Los datos evidencian que se consulta cuando ya existe el problema, lo que demuestra poca adherencia de los usuarios a las actividades de protección específica en salud oral.

Entre las razones para no consultar cuando existen problemas odontológicos se encuentran: en la región Oriental descuido, con un 33,1%, y los horarios no le sirven, con el 10,9%; en la región Atlántica el problema se resuelve solo, con el 11,7%, y el costo de la consulta, con el 15%; en la región Central pensó que no era necesario acudir a consulta, con el 9,2%.

Los hallazgos reportados y las razones para no consultar pueden evidenciar deficiencias en la educación brindada a los usuarios por parte del personal de salud, falta de autocuidado por parte del usuario y fallas en el acceso a los servicios de salud oral.

Morbilidad sentida por infecciones de transmisión sexual

La morbilidad sentida para las infecciones de transmisión sexual se analiza a partir de las variables modo de transmisión, maneras para evitar el contagio a la pareja y razones para no consultar.

De las 26168 personas encuestadas, el 0,7% (192) ha sufrido de ITS en el último año; de éstas, el 54,4% (103) manifiesta haberla adquirido por contacto sexual, el 23,3% no sabe, el 10,7% por contacto con personas infectadas sin tener relaciones sexuales, y el 12% restante por uso de baños públicos, descuido, desaseo personal, abuso sexual y contacto con objetos de personas infectadas. Estos datos evidencian desconocimiento sobre el modo de transmisión de las ITS's, observándose en la región Oriental (64,9%) la mayor proporción de desinformación.

De los 192 casos de ITS reportados, 143 (74,4%) informan a su pareja sobre su estado de salud; para evitar el contagio, 179 (93,3%) toman o usan medicamentos y 151 suspenden las relaciones sexuales. De las 41 personas encuestadas que no suspenden la actividad sexual, el 12% usa preservativos, el 40% asea bien los genitales, el 14% se rasura y el 31% elimina ladillas y piojos. La presencia de ladillas es más frecuente en jóvenes y está directamente relacionada con el uso de objetos y prendas contaminadas y el contacto sexual con personas infectadas.

El 100% de las razones para no consultar cuando se tiene síntomas de ITS obedece a creencias personales tales como: descuido, resolución del problema sin tratamiento, miedo, pena, desconfianza del personal que lo atiende o porque ya sabe qué hacer.

Morbilidad sentida en atención de VIH/SIDA

Se analizó la información relacionada con la realización de la prueba para VIH/SIDA, la asesoría brindada antes y después de la prueba y las razones para realizarse o no el examen. Se obtuvieron los siguientes resultados:

De las 23730 personas encuestadas que respondieron a estas preguntas, se han realizado la prueba para VIH 5853 (24,7%); de éstos, recibieron asesoría antes de la prueba 3394 (58%) y después de la prueba 1871 (36%).

Las razones que dan las 5853 personas que se realizaron la prueba son: el 35,1% lo hace porque está embarazada, el 17,5% por curiosidad, el 15% por exigencia para trabajar y el 12,8% por orden médica

Entre las razones para no realizarse la prueba se encontró que 11286 (51,9%) personas creen que no es necesaria, lo que indica desconocimiento o desinformación, si se tiene en cuenta que no existen grupos de riesgo, sino conductas de riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA

Por regiones se evidencian los siguientes hallazgos:

- Las razones más frecuentes por la cuales se realiza el examen de Elisa son: curiosidad, el 26,5% de la población objeto en la región de la Orinoquia-Amazónica; se lo exigieron en el trabajo al 16,6% de las personas en la región Pacífica; por orden médica el 20,3% en la región Oriental; y por embarazo el 36,4% en la región Central.
- La consejería posttest es realizada al 63,8% de los entrevistados en Bogotá; el menor porcentaje de esta consejería se encuentra en la región Atlántica, con el 46,3% de personas no informadas.

- En Bogotá, los resultados son informados al 91% de las personas objeto de la encuesta, frente al 13,2% en la región Atlántica.
- Como razones principales para no consultar se encuentran: en la región de la Orinoquia-Amazonía el 35,5% no lo hace por descuido o porque no sabe, y en la región Atlántica el 50,9% no lo considera necesario.

Morbilidad sentida en menores de 6 años

La morbilidad sentida del menor de seis años se analizó a partir de las variables motivo de consulta, razones para no consultar, motivo de hospitalización y sitio de hospitalización.

Según los datos de la ENS-2007, en todas las regiones de los 6122 menores de 6 años que han tenido algún problema de salud, consultaron 3808 (62,2%). Los 2313 (37,8%) que no consultan adujeron las siguientes razones: el problema se solucionó solo, la consulta era innecesaria y descuido el 72,3%, dificultad para acceder a los servicios (muchos trámites administrativos, horarios de atención que no le sirven al usuario, sitios de atención muy lejos, no cobertura de la atención, citas inoportunas, falta de dinero) y mala atención el 27,7%.

Estos resultados muestran desconocimiento de los padres y/o cuidadores sobre las enfermedades propias de la infancia y los signos de alarma que ameritan consulta, y fallas en la oportunidad, accesibilidad e integralidad de los servicios de salud, que violan las características de la calidad de la atención descritas en el Decreto 1011 de 2006.

De los 1751 menores que requirieron servicio de hospitalización, el 87,7% acudió por enfermedad física, el 6,9% por complicaciones al nacer y el 5,2% por otras causas. El lugar de hospitalización con mayor porcentaje de utilización es las IPS's públicas, con el 47%, le siguen las IPS privadas de EPS's y ARS's, con el 41%, y otras IPS's privadas con el 11,1%.

El motivo de consulta más frecuente son los problemas dentales con el 10,2%, y el mayor porcentaje por este motivo se encuentra en la región Pacífica; en segundo lugar están los accidentes o violencia con un 3,6%, y la región con mayor porcentaje es la Orinoquia-Amazonía; el tercer motivo de consulta son los problemas mentales, emocionales o de nervios con un 3,1%, y su incidencia mayor se encuentra en la región Pacífica.

Las principales razones para no consultar son: en la región Atlántica, con el 49,5% de los encuestados, porque el problema se solucionó solo; en la región Central, con el 31,8%, porque pensó que no era necesario; en la región Oriental con el 18,9%, por descuido, y en la Pacífica, con el 16,8%, porque la consulta es muy cara.

La principal causa de hospitalización en la región Atlántica es la enfermedad física, con el 91,9% de los casos; las complicaciones del nacimiento se reportan con mayor frecuencia en la región Central, con el 10,5%; y las lesiones por accidente o violencia en la región Pacífica, con el 7,2% de casos manifestados.

El lugar de hospitalización más utilizado por los usuarios es el hospital público, que alcanza el 69,8% en la región de la Orinoquia-Amazonía; en la región Oriental el 50,1% de las personas encuestadas manifestó que en caso de hospitalización acudiría a la clínica u hospital de la EPS, y en la región Atlántica el 17,1% de los encuestados al hospital privado.

De los 19045 menores objeto de la ENS-2007, consultaron por desnutrición durante el último año 1082 niños(as) y de éstos el 54% recibió tratamiento; por neumonía consultaron 1092, y recibió tratamiento el 78,4%; por asma consultaron 961, y recibió tratamiento el 62,5%; por retraso en el desarrollo psicomotor consultaron 548, y recibió tratamiento el 40%; por diabetes consultaron 21 y recibió tratamiento el 31%; y por VIH, de los 4 menores atendidos recibió tratamiento el 75%.

Por regiones el comportamiento de las enfermedades más frecuentes es:

- La desnutrición es la principal causa de consulta en la región Oriental, con el 61,6% de los casos manifestados por la población encuestada, frente a un 47,3% de los casos manifestados en la región Pacífica.
- La neumonía representa el 83,1% de los casos manifestados en la región Pacífica, frente al 71% de los casos manifestados en la región Atlántica.
- Los reportes para asma muestran un 75,5% de casos en la región Central, frente a un 63,7% en la región Pacífica.
- En el retraso motor se evidencia una mayor frecuencia de consulta en la región de Orinoquia-Amazonía con el 44,8%.
- El 54,7% de los casos manifestados de diabetes corresponden a la región Atlántica, frente al 0% en Bogotá.
- La inmunización en menores de 6 años se analiza a partir de los porcentajes de vacunación con todos los biológicos, con tres dosis de DPT, triple viral y fiebre amarilla. Del total de los usuarios menores de 5 años objeto de la encuesta, el 77% tienen esquema de vacunación completo para la edad.
- El porcentaje de niños con todas las vacunas es del 89,1% para la región de la Orinoquia-Amazonía, la totalidad de dosis de DPT (3) aplicadas reportan el 79% para Bogotá y el 40% para la región Atlántica. Las razones para no aplicar la vacuna DPT son: descuido con el 36,4% en la región Atlántica, no la necesita con el 28,2% en la región Oriental, no sabía que tenía que vacunarla con el 10,7% en la región Atlántica, fue y no lo atendieron con el 4,3% en la región Central.
- Las principales razones por las cuales no se han recibido los biológicos son: problemas personales –descuido, no cree que la necesite y no sabía que tenía que vacunarse entre otras– y problemas con las EPS/IPS –cuando fue no lo atendieron, no autorizaron, mala atención y no consiguió cita o se la dieron para fecha lejana–. Razones que evidencian desconocimiento

sobre la importancia de la vacunación por parte de los usuarios y fallas en la calidad de la atención a las personas que acuden a los servicios de salud.

- La aplicación de triple viral se realiza en el 91,2% en la región de la Orinoquia-Amazonía. Las razones para no aplicar la vacuna triple viral son: en la región de la Orinoquia-Amazonía descuido con el 42,5% y no lo atendieron con el 13,4%; en Bogotá no la necesita con el 22%; en la región Atlántica no sabía que tenía que vacunarlo con el 10,7%; y en la región Pacífica adujeron que el sitio era muy lejano el 30,7% de los encuestados.
- En la región de la Orinoquia-Amazonía se aplicó la vacuna contra la fiebre amarilla al 89,9% de menores de 6 años, frente al 68,4% en Bogotá. Las razones por las cuales no se aplica esta vacuna son: en Bogotá porque no lo necesita con el 45,1%; en la región de la Orinoquia-Amazonía por descuido con el 34,6% y porque fue al servicio pero no lo atendieron con el 6,3%; en la región Central porque no la necesita con el 56,4%; y en la región Pacífica porque el sitio era muy lejano con el 37,5%.

Morbilidad sentida en salud bucal en los menores de 6 años

La morbilidad sentida de la salud oral se analiza teniendo en cuenta la aplicación de flúor, la aplicación de sellantes y las razones que aducen los encuestados para no aplicarlos.

Los datos muestran que de los 3285 usuarios de 5 años, han recibido aplicación de flúor el 41,9% y sellantes el 30,9%. La principal razón para no haber recibido flúor o sellantes es el descuido, lo que sugiere la falta de información a los padres sobre la importancia del cuidado oral para evitar caries y/o pérdida de dientes en edades tempranas.

En la región Atlántica, el 59,1% de las personas manifiestan no haber recibido aplicación de flúor, frente al 40,9% de personas que expresan haberlo recibido. Las razones por las cuales los entrevistados no se aplican flúor son: en Bogotá, el 62,6% dice que no lo necesita; en la región de la Orinoquia-Amazonía el 25,4% que por descuido; en las regiones Atlántica y Orinoquia-Amazonía el 9% dice que no sabe qué es el flúor; y en la región Pacífica, el 6,8% porque el sitio de atención es muy lejano.

En la región Atlántica, el 81,1% de las personas expresan no haber recibido sellantes. Entre las razones por las cuales no se acude para la aplicación de sellantes se encuentran: en la Orinoquia-Amazonía el descuido con un 49,6%; en la región Central considera que no es necesario el 25,5% de los encuestados; en la región Atlántica no sabe qué son los sellantes el 19%; en la región Pacífica porque el sitio de atención es muy lejano el 6,8%; y en Bogotá porque los hacen esperar mucho con el 6,8%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Acceso a los servicios de consulta externa

- El 49% de las personas que accedieron a servicios de salud lo hicieron para demandar consulta médica general, el 17% consulta médica especializada y el 11% consulta odontológica.
- El 97% de las personas que accedieron a los servicios de salud procedían de la cabecera municipal, el 2% de centro poblado y solo un 1% del área rural dispersa. Al comparar la estructura de la población de los hogares encuestados que tuvieron algún problema de salud, dolor físico o malestar, con la de los usuarios que accedieron a consulta externa, se observan estructuras muy diferentes: en la ENS-2007, el 74% correspondió a la cabecera municipal, el 14% al centro poblado y el 12% al área rural.
- El 47% de la población que accedió a servicios de consulta externa pertenece al régimen contributivo y el 40% al régimen subsidiado. En ambos casos corresponde a una proporción mayor que la de la población encuestada en los hogares.
- Según sexo y nivel educativo, la distribución de la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa muestra que a mayor nivel educativo es mayor la participación del sexo femenino.
- En relación con la edad de las personas que accedieron a servicios de salud, se encontraron diferencias notables de acceso según el sexo: en los menores de 10 años la población masculina demanda y accede en mayor proporción a dichos servicios; en la población de 10 años y más, la mayor proporción de personas que acceden a servicios de salud son del sexo femenino. La relación mujeres vs. hombres llega hasta 3,76 mujeres por cada hombre en el grupo de población con edades comprendidas entre 25 y 29 años, es más de 3 veces entre los 15 y 40 años, y a partir de los 40 años es cercana a 2 mujeres por un hombre.
- Según el nivel educativo de la población que accedió a servicios de salud a través de consulta externa, no hay diferencias significativas entre los estados civiles de casadas(os), unión libre y separadas(os), mientras que en los estados civiles viudas(os) y solteras(os) aumenta la participación de población sin ningún nivel educativo y con básica primaria.
- Alrededor del 80% de las personas que accedieron a los servicios de salud a través de la consulta externa gastó en llegar desde el lugar en que se encontraba hasta la institución que lo atendió menos de una hora, el 14% empleó una hora y el 3% hasta dos horas. No hay diferencias entre sexos ni según el régimen de afiliación a la seguridad social.
- No hay diferencia significativa en el tiempo promedio que deben esperar las personas para ser atendidas una vez llegan a la institución de salud. Según el lugar de residencia, hay una pequeña diferencia a favor de las personas que residen en el área rural dispersa cuando se

compara con los residentes en el área urbana. No existen diferencias por sexo, por regímenes de seguridad social, por niveles educativos, por categorías de actividad o por grupos de edad de la población.

- Las personas que pertenecen a los niveles más altos del SISBEN (5 y 6) son atendidas con mayor oportunidad (4 minutos menos de espera) que quienes pertenecen a los otros niveles.
- La mayor parte de los gastos por la atención dada a las personas que accedieron a la prestación de servicios de salud a través de la consulta externa, fueron sufragados por tres fuentes de financiación: EPS (85%), Secretaría de Salud (9%) y recursos propios (5%). No hay diferencias significativas según el área de residencia ni el sexo.
- No se presentan diferencias según los niveles educativos en las proporciones de embarazadas –entre el 80% y el 90%– a quienes se les practicó una ecografía obstétrica, salvo en el nivel de postgrado con título donde solo al 58% de las embarazadas se les hizo la ecografía.
- La mayoría de las mujeres que accedieron al servicio de planificación familiar expresaron que pudieron elegir libremente el método anticonceptivo. Las más beneficiadas fueron las del régimen contributivo (96%) y las menos las afiliadas al régimen especial (80%).
- Según los distintos regímenes de aseguramiento, no hay diferencias significativas en la cantidad de controles de crecimiento y desarrollo que han recibido los hijos. El 51% y el 52% de los adultos de los regímenes contributivo, subsidiado y especial expresaron que han llevado cuatro veces o más a sus hijos a un control de crecimiento y desarrollo.
- Una proporción importante de usuarios de los servicios ambulatorios y de urgencias debe hacer pagos por medicamentos:
 - En el caso de accidentes de tránsito, las personas afiliadas al régimen especial y los indeterminados tienen que comprar todos los medicamentos; en el régimen contributivo lo tienen que hacer el 31%, en el subsidiado solo el 8% y en el vinculado el 40%.
 - El 20% de los afiliados al régimen contributivo y el 44% de los vinculados tuvieron que asumir el pago total o parcial de los medicamentos formulados para el control de la hipertensión. Los vinculados tienen que comprar los medicamentos 6,43 veces más que los del régimen contributivo.
 - El 16% de los afiliados al régimen contributivo, el 18% de los afiliados al régimen subsidiado y el 23% de los vinculados tuvieron que asumir el pago total o parcial de los medicamentos formulados para el control de la diabetes. Los vinculados que accedieron a servicios de salud para atender la diabetes tienen una limitación de acceso a medicamentos 1,56 veces mayor que las personas del régimen contributivo.
 - Las personas que accedieron a servicios de salud para atender lesiones causadas por agresión física tuvieron que asumir la compra total o parcial de medicamentos: los vinculados en un 47%, los del contributivo en un 44% y los del subsidiado en un 32%. Los del régimen especial no tuvieron que pagar los medicamentos. El grupo de población

más afectado por el pago de medicamentos es el de vinculados: 1,12 veces más que en el régimen contributivo.

Programas de protección específica y detección temprana

Estructura

Las instalaciones físicas en las IPS's públicas no cumplen con la calidad esperada para realizar las consultas de detección temprana y protección específica. En efecto: la ENS-2007 puso en evidencia que en el 27,4% de estas IPS's las condiciones físicas no permiten realizar las actividades de manera adecuada, en el 14,9% no permiten garantizar la privacidad del paciente, y en el 13,5% no protegen la salud del personal y del usuario; con respecto a las IPS's privadas, los porcentajes, en su orden, son: 9,1%, 3,4% y 4,2%. La región de la Orinoquia-Amazonía tiene la mayor proporción de incumplimiento en las IPS's públicas: 19,6%. Estos porcentajes demuestran que la Resolución 1043 de 2006, que define las condiciones físicas estándar que deben cumplir a cabalidad todas las IPS con el fin de garantizar la calidad de la atención, no se cumple en muchas de ellas.

Tampoco se cumple esta Resolución (Anexo técnico 1) en lo que concierne a la dotación y mantenimiento de muebles y equipos: en el 33% de las IPS's públicas son insuficientes para realizar la consulta con oportunidad, en el 29% son de calidad inapropiada, en el 17,7% son insuficientes para explicar al usuario su situación de salud y su tratamiento, y en el 12,2% insuficientes para proteger la salud del personal de salud y del usuario; en las IPS's privadas los porcentajes respectivos son: 7,7%, 6,4%, 4,8% y 12,2%. Las IPS's públicas de la región Pacífica tienen la mayor proporción de muebles y equipos insuficientes: 22,8%.

La falta de algún insumo crítico afectó la calidad de las consultas realizadas en el 9,1% de las IPS públicas y en el 3,8% de las privadas. Las regiones Pacífica (6,8%) y Bogotá (5,3%) tienen la mayor proporción de IPS privadas con esta debilidad, y la Atlántica (13,3%) y Bogotá (9,7%) los mayores porcentajes de IPS's públicas.

El tiempo definido para la consulta resulta insuficiente para el 17% del personal de la salud de las IPS's públicas, y para el 9,2% en las IPS's privadas. Las IPS's públicas de las regiones Central (21,7%) y Bogotá (24,7%) tienen los mayores porcentajes debido, en particular, a la insuficiencia del tiempo para las actividades de control prenatal, crecimiento y desarrollo y planificación familiar. Lo mismo ocurre en las IPS privadas de estas regiones, pero en porcentajes menores. La calidad de la atención se ve afectada con relación a la oportunidad y las actividades que se deben realizar en ella.

La razón principal que dio el personal de salud, al preguntársele en qué invertiría un tiempo adicional durante la consulta –tanto en las IPS's públicas (54,5%) como en las privadas (51,5%)–, fue explicarle al usuario qué hacer en casa para mejorar su salud, lo que demuestra que el tiempo es insuficiente para dar educación e información a los usuarios sobre su situación de salud y tratamiento.

El personal de la salud conoce el procedimiento de referencia en el 89,8% de las IPS's públicas y en el 93% de las privadas. El desconocimiento de este procedimiento puede influir en la continuidad del tratamiento de los usuarios.

Al comparar el recurso humano disponible con el estimado según la cantidad de los usuarios que fueron objeto de atención en los diferentes programas, se hace evidente que para la atención de detección temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo, control prenatal y planificación familiar las actividades son realizadas por auxiliares de enfermería, condición que va en contravía de lo expresado en la Resolución 412 de 2000 que estipula el personal que debe realizar estas actividades.

Las horas destinadas para la ejecución de las actividades por los diferentes profesionales parecen ser suficientes para cubrir la demanda, sin embargo no lo son para brindar la totalidad de las actividades contenidas en las diferentes normas.

Proceso

Las IPS's no están utilizando las normas y guías como derrotero durante la consulta, razón por la cual es probable que el profesional encargado de ella omita actividades que son claves para fomentar el autocuidado, evitar complicaciones e, incluso, la muerte. No hay, por ende, un servicio integral a los usuarios.

La ENS-2007 pone en evidencia que muchas consultas no cumplen con la atención que se debe brindar a los usuarios, falencias que van desde excluir del examen físico el control de peso y talla y la toma de altura uterina, hasta omitir las recomendaciones necesarias para evitar complicaciones. Según su naturaleza, toda consulta debe contemplar, al menos, los siguientes aspectos:

El control de peso, talla y perímetro cefálico son actividades obligatorias en la consulta del menor de 10 años para determinar su estado nutricional, máxime cuando estudios recientes evidencian anemia por desnutrición proteica en el grupo de niños menores de 5 años con una prevalencia del 32% para el total nacional (Vega, 2005:XXX).

La valoración nutricional incluye: historia clínica, valoración antropométrica, anamnesis alimentaria y solicitud de pruebas de laboratorio, actividades que permiten diagnosticar el grado de desnutrición proteico-calórica del menor; sin embargo los reportes de la ENS-2007 muestran que no se realiza control de talla a 14 usuarios, lo que representa el 31,1% de la población objeto de la muestra.

El control de la presión arterial es esencial en la consulta, debido a que el riesgo de hipertensión se incrementa hasta en un 50% en el paciente diabético, razón por la cual preocupa que, según lo encontrado por la ENS-2007, 54 pacientes entrevistados no recibieron este control, y por lo tanto la posibilidad de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

Preocupa que los resultados de los exámenes de laboratorio –en porcentajes significativos– no sean informados oportunamente a los usuarios; tal es el caso, por ejemplo, de la prueba para

tamizaje de hipotiroidismo congénito y hemoclasificación que se toma de la sangre del extremo placentario del cordón durante la atención neonatal realizada después del parto, razón por la cual la madre no se da cuenta de los procedimientos realizados al recién nacido.

Según la ENS-2007, a 131 usuarios no se les entregó el resultado del perfil lipídico –examen de control que se debe realizar a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial–, y este examen no se le solicitó a una proporción significativa de usuarios de las regiones Central y Pacífica, lo que denota falta de continuidad e integralidad en el seguimiento a los pacientes que asisten a consulta por hipertensión.

Los exámenes de control de glicemia y perfil lipídico deben realizarse a los pacientes con diagnóstico de diabetes. La ENS-2007 encontró, sin embargo, su no reporte en 87 usuarios, lo que denota falta de continuidad en el seguimiento de quienes asisten a consulta por diabetes.

Se encontró, también, que durante la consulta se obvia la entrega de información y recomendaciones. Así, por ejemplo, el tratamiento no farmacológico incluye la intervención en factores de riesgo como el tabaquismo, manejo de estrés, reducción de peso, moderación del consumo de alcohol, dieta moderada (baja en sal, alta en potasio y baja en calorías) y ejercicio controlado. Recomendaciones que no son brindadas de manera integral a los usuarios atendidos.

La norma de protección específica de atención del parto establece recomendaciones al egreso de la madre y del neonato, tales como: medidas higiénicas para prevenir infecciones en la madre y el neonato, signos de alarma de la madre, importancia de la lactancia materna como alimento exclusivo hasta los 6 meses, informar y suministrar métodos de planificación familiar y estimular el fortalecimiento de los vínculos afectivos, autoestima y autocuidado como factores protectores contra la violencia intrafamiliar. Los datos reportados evidencian que no siempre se entrega esta información (los menores porcentajes de cobertura se encontraron en la región Atlántica), lo que puede explicar el alto porcentaje de complicaciones que presentan las mujeres durante el post parto registradas en la Encuesta de Demografía y Salud de 2005 (Profamilia, 2005:XXX): 68,9%.

La desinformación de las madres con relación a la aplicación de vacunas y la no entrega de carnet evidencian incumplimiento de las actividades y procedimientos descritos en la norma de protección específica para la atención del recién nacido y, por ende, deficiencias en la calidad de la atención.

La remisión a otros profesionales muestra porcentajes bajos en todas las regiones, lo que demuestra atenciones que distan de la integralidad descrita en el Decreto 1011 de 2006.

La consulta de control permite evaluar de manera oportuna la efectividad del tratamiento, preocupa, por lo tanto, el porcentaje de usuarios que no son citados o informados sobre su importancia, lo que impide garantizar la continuidad, accesibilidad y oportunidad en la atención.

El suministro de medicamentos demuestra deficiencias en las regiones Atlántica y Bogotá, donde los usuarios tienen que comprar la totalidad o parte de ellos. Condición que no permite cumplir con las características de accesibilidad, oportunidad e integralidad en la atención.

La compra de anticonceptivos por los usuarios denota incumplimiento de las normas vigentes. En la Circular 018 de 2004, el Ministerio de la Protección Social se compromete a “proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario/a”.

El pago por rubros diferentes a la consulta médica que deben asumir los usuarios alcanza porcentajes significativos: por medicamentos el 36,7% de los pacientes, exámenes de laboratorio o rayos X el 9,3%, fotocopias el 30,3%. Este último rubro obedece a cargos administrativos que son responsabilidad de los prestadores de los servicios, y sin embargo es transferido a los usuarios o sus familiares, condición que se busca resolver mediante la expedición del Decreto 4747 de 2007.

Las incapacidades se generan como secuela de un problema de salud, y en ellas están involucradas las atenciones y/o tratamientos inoportunos o inadecuados. El 74% de las personas entrevistadas afirmó haber estado incapacitada en el último tiempo. Es de tener en cuenta el impacto negativo de este indicador en la vida económica y social de las personas y del país en general.

Resultado

La calidad en la atención en salud –descrita en el Decreto 1011 de 2006– se ve afectada cuando no se cumple con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad durante las atenciones realizadas a los usuarios.

El análisis de la percepción de los usuarios sobre la atención recibida evidenció que el 27,8% de las personas que consultan lo hacen cuando presentan algún problema de salud, y que la mayor proporción (40%) de quienes no acuden a los servicios médicos lo hacen por razones relacionadas, bien sea con la actitud frente a las enfermedades (esperar la resolución natural del problema y descuido), bien con la calidad de la atención (fue y no lo atendieron, la cita se la dieron en fecha muy lejana, muchos trámites administrativos en la EPS y sitios de atención muy lejanos). Condiciones que demuestran falta de conocimiento de los usuarios y problemas de acceso a los servicios, lo que ocasiona inoportunidad en la atención y no continuidad en las intervenciones requeridas.

En la percepción frente a las condiciones crónicas se evidencian casos de patologías de interés en salud pública, como la tuberculosis sin tratamiento (78,2%), situación que mantiene la cadena de transmisión del virus que, asociado a condiciones de pobreza y desnutrición, hacen menos controlable su expansión en grupos vulnerables.

A pesar de ser el VIH/SIDA una patología de interés en salud pública, se han realizado estudios que evidencian barreras de acceso a los servicios de salud, que van desde los trámites administrativos que hacen lento e inoportuno el servicio, hasta la falta de capacitación, entrenamiento y

sensibilización del personal de salud (Mejía, 2008:XXX). Ante este panorama, el paciente seropositivo opta por desistir de la atención y, por ende, de modificar su comportamiento de riesgo.

No es explicable por qué no se realiza asesoría al 100% de las personas que solicitan la prueba de VIH/SIDA o reciben su resultado, máxime cuando el principal objetivo de la consejería pre y postest es la educación para evitar el aumento en el número de personas infectadas, bien sea reforzando prácticas seguras en las personas diagnosticadas como VIH negativas, bien detectando las personas portadoras del VIH/SIDA para evitar que continúen infectando a otras y brindarles el apoyo necesario. Según la guía basada en la evidencia para el manejo del VIH/SIDA, la asesoría debe realizarse por un trabajador de la salud capacitado, entrenado y certificado, con características y destrezas que le permitan brindar actividades educativas sobre comportamientos de riesgo y la manera de disminuirlos, respetando la confidencialidad y el consentimiento informado por escrito, el cual debe ser voluntario, libre de coerción en lenguaje sencillo y fácil de entender.

Como razones para realizarse la prueba de VIH, se encuentra la exigencia laboral que, según el Decreto 1543 de 1997 en su Artículo 21, está prohibida como requisito obligatorio para acceder a cualquier actividad laboral. Lo que evidencia desconocimiento de las normas frente a los derechos que tienen los colombianos para obtener trabajo, y explica el hecho de que 882 personas se hayan realizado la prueba por esta razón.

Con la implementación de la Resolución 412 en abril de 2001 se esperaba que las condiciones de salud fueran mejores a las evidenciadas antes de la aplicación de la norma; sin embargo los indicadores de salud reportados por el Ministerio de la Protección Social durante los años 2005-2008 muestran comportamientos que no permiten comprobar un mejor estado de salud de los colombianos. A continuación se muestran algunos indicadores:

Los indicadores de mortalidad materna pasaron de 73 por 100.000 nacidos vivos (nv.) en 2007, a 75 por 100.000 nv. en 2008; la mortalidad perinatal pasó de 7,2 por 1.000 nv., a 7,5 por 1.000 nv. en los mismos años. Este incremento puede indicar que, a pesar de las políticas de choque implementadas en la mayor parte del país para disminuir las muertes maternas y perinatales, las actividades realizadas aún no muestran el impacto esperado. En cuanto a las defunciones registradas por EDA, los indicadores muestran un incremento significativo al pasar de 15% a 25,1% entre los años 2006 y 2007, con un marcado descenso en el año 2008 al 11,6% que puede corresponder a la efectividad de la vigilancia epidemiológica realizada a los casos presentados. Para los casos de IRA se evidencia el comportamiento contrario: el incremento en la tasa es del 6,23% entre 2007 y 2008 (pasa de 11,6% a 26%), cifra comparable con la tasa de 2005 que fue del 25% (Minprotección, 2008:11).

La mortalidad por enfermedades crónicas durante el periodo comprendido entre los años 2005 y 2008 muestra un descenso progresivo en el número de muertes por diabetes en mayores de 45 años. No obstante, la mortalidad por enfermedades del corazón, aparato circulatorio y cerebrovasculares ha venido en aumento debido, posiblemente, a las debilidades en la atención

tales como hipertensiones sin tratamiento o con tratamientos irregulares por el no acceso de los usuarios a los medicamentos, condición que seguramente incrementará las muertes por complicaciones (Minprotección, 2008:14).

La morbilidad por enfermedades transmisibles, como el SIDA y la tuberculosis con baciloscopia positiva, muestran durante los tres últimos años un comportamiento irregular que fluctúa entre incremento y decremento, lo que no permite establecer si las actividades en la búsqueda y seguimiento de los casos han sido efectivas (Minprotección, 2008:14).

Conclusiones principales

- Las deficiencias presentadas en las condiciones físicas, la dotación de equipos e insumos disponibles no garantizan la calidad en la atención de muchas IPS's, a pesar de estar habilitadas para brindar los servicios.
- Las actividades de detección temprana de complicaciones durante el embarazo, de control de crecimiento y desarrollo y de planificación familiar realizadas por auxiliar de enfermería van en detrimento de la calidad en la atención, máxime cuando el entrenamiento de este tipo de personal no aporta el conocimiento requerido para llevar a cabo el proceso y minimizar el riesgo de eventos adversos.
- La atención de las patologías descritas como de interés en salud pública evidencia barreras de acceso a los servicios de salud, que van desde los trámites administrativos que hacen lento e inoportuno este servicio, hasta la falta de capacitación, entrenamiento y sensibilización del personal de salud. Los hallazgos de la morbilidad sentida frente a las atenciones recibidas denotan las mismas deficiencias en cuanto a oportunidad, accesibilidad y continuidad de la atención, lo que va en detrimento de la calidad descrita en el Decreto 1011 de 2006.
- Los hallazgos reportados y las razones para no consultar sugieren debilidades en la educación brindada a los usuarios por parte del personal de salud, falta de autocuidado por parte del usuario y barreras en el acceso a los servicios de salud.
- El cumplimiento de la aplicación de las normas de detección temprana y protección específica, descritas en la resolución 412 de 2000, se ve afectado por la implementación de estrategias inadecuadas de inducción a la demanda y captación inoportuna de usuarios.
- En la región Pacífica un 20,7% de la población objeto cubre los gastos de la consulta médica, debido a barreras de acceso oportuno al servicio tales como horarios de atención que no se ajustan a las necesidades del usuario, trámites administrativos de las EPS y sitios muy lejanos para la atención.
- Los hallazgos por regiones evidencian que los pacientes con enfermedades crónicas tienen dificultades para acceder a los servicios, lo que pone en riesgo su estado de salud.

- El Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVIGILA) no permite establecer los casos confirmados por patología de notificación obligatoria, por tanto no se puede realizar un análisis concluyente frente a las patologías de interés en salud pública objeto de la ENS-2007.
- Como lo demuestra la región Atlántica –con la mayor proporción de pagos realizados por el usuario de todos o parte de los medicamentos formulados por el médico durante la consulta– existen barreras para el acceso a los servicios farmacéuticos.

RECOMENDACIONES

Evaluar la calidad en la atención mediante el seguimiento a las actividades, intervenciones y procedimientos de las normas de protección específica y detección temprana descritas en la Resolución 412 de 2000.

Más que evaluar la oportunidad en la prestación de los servicios, se debe evaluar la atención brindada durante la consulta.

Implementar las historias clínicas para la atención de los usuarios según las normas vigentes de atención, con el fin realizar consultas integrales que permitan realizar diagnósticos oportunos y tratamientos adecuados.

Aplicar encuestas de satisfacción a los usuarios, con base en la norma de protección específica y detección temprana, que permitan evaluar concurrentemente las actividades, intervenciones y procedimientos recibidos.

Facilitar el acceso de los usuarios a actividades, intervenciones y procedimientos mediante acciones efectivas de inducción a la demanda por parte de IPS's y EPS's.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Colombia, Congreso de la República (1993). Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2007). Decreto 3039 de 2007, agosto 10, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá.

_____ (2007). Decreto 4747 de 2007, diciembre 7, Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

_____ (2008). Resolución 3047 de 2008, agosto 14, Por medio de la cual se definen los formatos, mecanismos de envío, procedimientos y términos a ser implementados en las relaciones entre prestadores de servicios de salud y entidades responsables del pago de servicios de salud, definidos en el Decreto 4747 de de 2007. Bogotá.

_____ (2008). "La seguridad del paciente y la atención segura". [Sitio disponible en]: <http://www.unisinucartagena.edu.co/ObservatorioS/doc/La%20Seguridad%20del%20Paciente%20y%20la%20Atencion%20Segura.pdf>

_____ (2006). Decreto 1011 del 3 abril de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Bogotá.

_____ (2005). Política Nacional de prestación de servicios de salud. Bogotá.

_____ (2004). Circular 018 de 2004, febrero 18, Por la cual se establecen los lineamientos para la formulación y ejecución de los planes estratégicos y operativos del PAB 2005-2007 y de los recursos asignados para la salud pública. Bogotá.

_____ y Organización Panamericana de la Salud (2008). "Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 05, 06, 07, 08. Otras causas de mortalidad". Bogotá.

_____ y Organización Panamericana de la Salud (2008). "Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 05, 06, 07, 08. Mortalidad por enfermedades crónicas". Bogotá.

_____ y Organización Panamericana de la Salud (2008). "Situación de salud en Colombia. Indicadores Básicos 05, 06, 07, 08. Mortalidad por enfermedades transmisibles". Bogotá.

Higueta, Y, I Muñoz, D Sarasti, B Londoño y G Molina (2009). Condiciones laborales del personal de la salud. En: Molina, G, IF Muñoz y A Ramírez (eds.) (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público de las Procuraduría General de la Nación. Capítulo 8. pp.100-131.

Mejía, A y LF Benavides (2008). *Barreras de acceso a servicios de salud de las personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero de Bogotá D.C.* Bogotá: Secretaría Distrital de Planeación.

Molina, G, J Vargas, A Berrío y D Muñoz (2009). Características de la contratación de los servicios de salud entre aseguradoras y prestadoras de servicios de salud. Medellín, 2007-2008. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18):103-115.

Osorio, JJ (2004). "Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de mercado". En: *Revista CES Medicina*, 18(2):69-79.

Pimentel, IM del C y A Roa (2001). *Estudio de costos y normas de obligatorio cumplimiento de la Resolución 412 de 2000 en IPS's públicas de I y II nivel de Cundinamarca*. Bogotá: Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Profamilia (2005). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Bogotá.

Restrepo, F (2008). "Los elementos conceptuales de la estrategia institucional de seguridad del paciente". En: *Herramientas para promover la Estrategia de la Seguridad del paciente en el SOGCAS*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. pp.17-20.

Vargas J y G Molina (2009). "Calidad de los servicios y su relación con las decisiones en la atención en salud". En: Molina, G, IF Muñoz y A Ramírez (eds.). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Bogotá: Instituto de Estudios del Ministerio Público de las Procuraduría General de la Nación. Capítulo 5, pp.77-94.

Vega, R, J Martínez, R Arrieta, Z Estupiñán, Z Fonseca *et al* (2005). "Análisis de disparidades por anemia nutricional en Colombia" *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(15):46-76.

CAPÍTULO 3:

SERVICIOS DE OBSTETRICIA

INTRODUCCIÓN

En 1976, todas las naciones pertenecientes a la Organización de Naciones Unidas (ONU) firmaron el “Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” que, entre otras medidas, contempla el deber de “conceder especial protección a las madres durante un periodo de tiempo razonable antes y después del parto” (Art.10.2) y la necesidad de tomar las disposiciones convenientes para reducir la mortinatalidad (Art.12.2a). En el 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) de la ONU definió como elementos fundamentales del derecho a la salud la accesibilidad –esto es, la atención de manera oportuna y apropiada–, la disponibilidad –de los bienes y servicios–, la aceptabilidad –que incluye una información adecuada y pertinente– y la calidad. Por otra parte, la Observación 14 de dicho comité plantea como obligaciones de los estados –en relación con este derecho– el respeto, la protección y la satisfacción (CDESC, 2002) y convoca a las naciones para hacer de la reducción de los riesgos que afectan la salud de la mujer, y en particular de la reducción de las tasas de mortalidad materna, uno de sus principales objetivos (Merchán, 2007:3).

Siguiendo la directriz de la “Declaración de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”, las naciones que hacen parte de la ONU incluyeron, entre los ocho objetivos propuestos, la reducción en $\frac{3}{4}$ partes de las tasas de mortalidad materna entre los años 1991-2015 (OMS, 2002:3). Al asumir este compromiso, el gobierno colombiano se dio como meta “reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos” (CONPES Social 91, 2005:20).

En el periodo 1956-1998, la mortalidad materna (MM) en Colombia se redujo progresivamente: de 310 por 100.000 nacidos vivos en 1956, pasó a 171 en 1983, a 81 en 1995 y a 69,7 en 1998 (Torres *et al*, 2005:22). En los últimos años, sin embargo, “se observa una tendencia, sino a incrementar [la mortalidad materna], sí por lo menos a permanecer en una situación estable, con una media aproximadamente de 7 muertes semanales entre el 2001 y el 2004” (Gaitán, 2005:113). La mortalidad materna está relacionada con pobreza, bajo estatus de la mujer, escaso acceso a los servicios de salud, mala nutrición, problemas de transporte de las pacientes y servicios inadecuados, todo lo cual explica que, a pesar de los logros alcanzados, en el país esta cifra sea hasta

20 veces mayor que en los países desarrollados, donde la menor mortalidad se relaciona con un acceso más rápido a servicios de atención de urgencias mejor calificados (Gaitán, 2005:113).

Por otra parte, se considera que entre el 1% y el 6% de los embarazos pueden presentar complicaciones médicas, y que entre el 66% y 89% de las muertes maternas institucionales pueden evitarse, lo que hace necesario “contar con servicios de atención de urgencias obstétricas debidamente dotados y con el personal capacitado para su adecuada atención” (Gaitán, 2005:114).

Con la Política de Salud Sexual y Reproductiva, desarrollada por el Ministerio de la Protección Social a partir del año 2003, el gobierno colombiano pretende –como ya se dijo– cumplir la meta de reducción de la mortalidad materna a 45 por 100.000 nacidos vivos para el 2015. Los mecanismos implementados para lograrlo son: incrementar la cobertura de la seguridad social en el país, garantizar el acceso al control prenatal, atención del parto y puerperio de toda la población asegurada y no asegurada, fortalecimiento de la calidad de los servicios disponibles en las diferentes regiones del país, el registro de las estadísticas vitales y la promoción para el uso de anticonceptivos (CONPES Social 91, 2005:20-24). Además, ha puesto en marcha la política de “Maternidad segura y sin barreras” y, desde el 2007, ha fortalecido el liderazgo del Comité de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna y Perinatal.

Este capítulo presenta un análisis de las características de los servicios obstétricos en 859 instituciones de salud públicas, privadas y mixtas, que prestaban dichos servicios a las 1170 IPS incluidas en la Encuesta Nacional de Salud de 2007 (ENS-2007, Módulo 1 de IPS). Se analizan también los datos suministrados en una muestra de 3723 profesionales adscritos a estas IPS y responsables de la prestación directa de los servicios a la población tanto en los consultorios como en los servicios ambulatorios (ENS-2007, Módulo 3), las características de los servicios de obstetricia (ENS-2007, Módulo 4) y la encuesta a 2741 usuarios de los servicios de hospitalización y atención de urgencias (ENS-2007, Módulo 2).

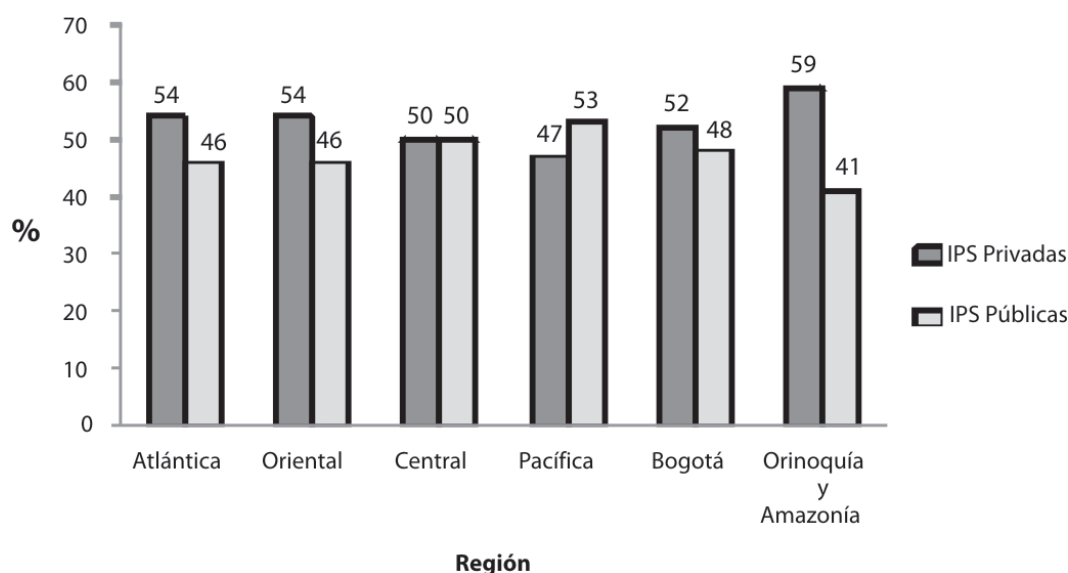
El procesamiento de la información se realizó en el programa SPSS, y el análisis se hizo a partir de un plan que tuvo en cuenta: *la estructura*, analizada desde la organización y disposición de los servicios para las maternas; *el proceso*, relacionado con la atención brindada por los profesionales de la salud; *el resultado*, esto es, la percepción de los usuarios acerca de la calidad del servicio. Se incluye, además, los indicadores de impacto relacionados con la morbi-mortalidad materna.

HALLAZGOS

La estructura para la atención

Oferta de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que prestan servicios de hospitalización obstétrico. Módulo 1 de IPS

En total, la ENS-2007 incluyó 1170 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); de éstas, el 52% (608) eran privadas y el 48% públicas (562). Las primeras predominan en todas las regiones del país, excepto en la Central y en la Pacífica debido, probablemente, a las características del mercado de estas regiones (Gráfico 3.1)



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 1 - Encuesta de IPS

Gráfico 3.1. Distribución de las IPS privadas y públicas según región. Colombia, 2007

El 26% de las IPS están situadas en la región Central, 21% en la Atlántica, 18% en la Oriental, 15% en la Pacífica, 12% en Bogotá y la menor proporción se encuentra en la Orinoquia-Amazonía con el 7%.

Las instituciones de salud, tanto privadas como públicas, se distribuyen de manera similar en todas las regiones, con una mayor presencia en las Central, Atlántica y Oriental. Los menores porcentajes de IPS se encuentran en las regiones Pacífica, Bogotá y Orinoquia-Amazonía (Cuadro 3.1).

Se tuvo dificultad para analizar la clasificación de la complejidad de los servicios y de las IPS; se realizó, por lo tanto, una clasificación con base en el número de camas o servicios existentes en las instituciones, así: baja complejidad de 0 a 9 camas, mediana complejidad de 10 a 19 camas, y alta complejidad 20 o más camas. En las 1.170 IPS encuestadas se encuentra que el 51% (600) son de baja complejidad, el 17% (199) de mediana complejidad, y el 32% (371) de alta complejidad.

Cuadro 3.1 Distribución porcentual de las IPS por naturaleza jurídica y regiones. Colombia, 2007

Región	Distribución porcentual					
	IPS Privadas		IPS Públicas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	131	22	110	20	241	21
Oriental	116	19	99	18	215	18
Central	152	25	154	27	306	26
Pacífica	85	14	96	17	181	15
Bogotá	73	12	68	12	141	12
Orinoquia-Amazonía	51	8	35	6	86	7
Total	608	100	562	100	1170	100

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 1 - Encuesta de IPS

Al analizar la distribución de las camas entre IPS públicas y privadas, se observa que estas últimas superan a las públicas tanto en la baja (53%) como en la alta (55%) complejidad. Las IPS públicas superan a las privadas en la mediana complejidad (58%) (Cuadro 3.2).

Cuadro 3.2 Distribución porcentual de las IPS públicas y privadas según el número de camas. Colombia, 2007

Naturaleza	Distribución porcentual							
	0 – 9 (baja complejidad)		10 – 19 (mediana complejidad)		20 o más (alta complejidad)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Privada	320	53	84	42	204	55	608	52
Pública	280	47	115	58	167	45	562	48
Total	600	100	199	100	371	100	1170	100

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 1 - Encuesta de IPS

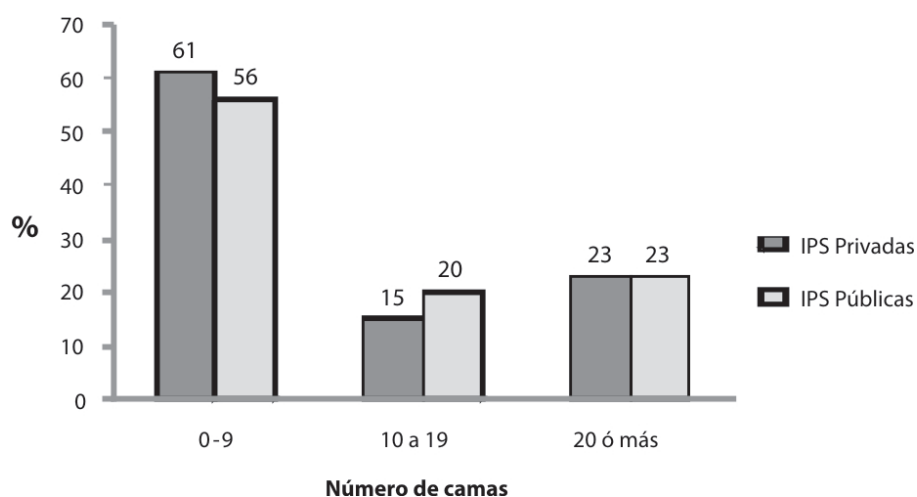
En el grupo de baja complejidad (0 a 9 camas), las IPS privadas tienen el 24% de representatividad en la región Central, y con este mismo porcentaje participan las públicas en la región Atlántica. En el grupo de mediana complejidad (10 a 19 camas), las IPS privadas participan en la región Atlántica con el 35%, y las públicas en la región Central con el 39%. Y en el grupo de alta complejidad (20 o más camas), la mayor participación de las IPS privadas y publicas se encuentra en la región Central, ambas con el 28%.

Características de la consulta obstétrica ambulatoria

Servicios ambulatorios donde se realiza control prenatal

De los 3723 servicios ambulatorios de las IPS, solo en el 51% (1.894) de ellos se realiza control prenatal. De estos últimos, el 56% corresponde a las IPS públicas.

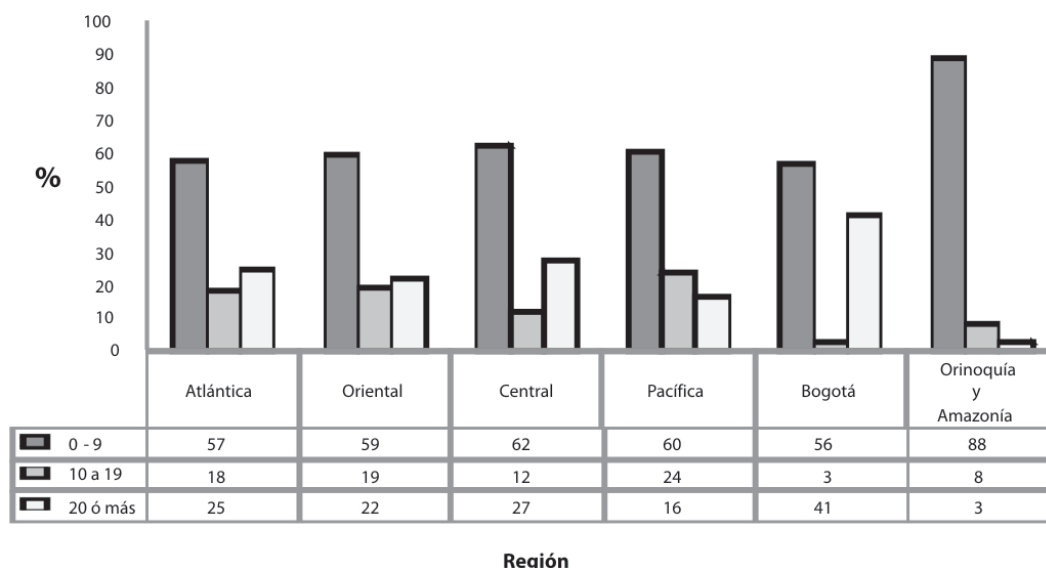
Según la oferta de servicios ambulatorios para el control prenatal, ajustada por el número de camas, el 61% de las IPS privadas de baja complejidad (0 a 9 camas) y el 56% de las públicas prestan estos servicios. En las IPS de mediana complejidad (10 a 19 camas), el 20% de las instituciones públicas presta servicios ambulatorios de control prenatal, lo que contrasta con el 15% de las IPS privadas. Y en las IPS de alta complejidad (20 o más camas) la participación en los servicios de control prenatal es igual en las públicas y en las privadas: 23% (Gráfico 3.2).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 3 - Encuesta de IPS: Verificación de consultas ambulatorias.

Gráfico 3.2. Distribución porcentual de los servicios ambulatorios de IPS públicas y privadas donde realizan control prenatal, según el número de camas. Colombia, 2007

En todas las regiones, es superior la participación de las IPS de baja complejidad que prestan servicios ambulatorios de control prenatal; el porcentaje más alto se encuentra en la Orinoquia-Amazonía con el 88%, y el más bajo en Bogotá con el 56%. También en todas las regiones, con excepción de la Pacífica y Orinoquia-Amazonía, las IPS de alta complejidad que prestan el servicio de control prenatal superan a las de mediana complejidad, lo que resulta paradójico si se tiene en cuenta que es en estas últimas donde la consulta ambulatoria debe ser mayor (Gráfico 3.3).

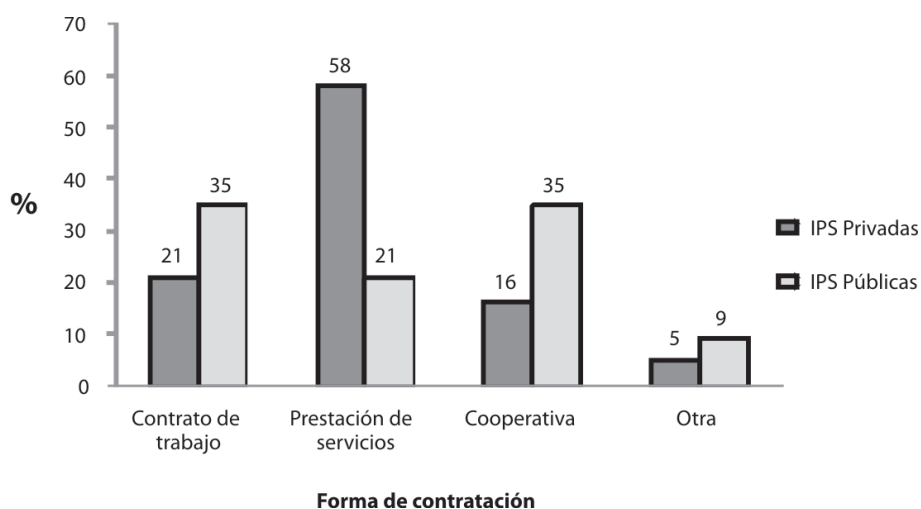


Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 3 - Encuesta de IPS: Verificación de consultas ambulatorias.

Gráfico 3.3. Distribución porcentual de los servicios de control prenatal de IPS según regiones y número de camas. Colombia, 2007

Formas de contratación de los médicos y enfermeras en servicios ambulatorios públicos y privados

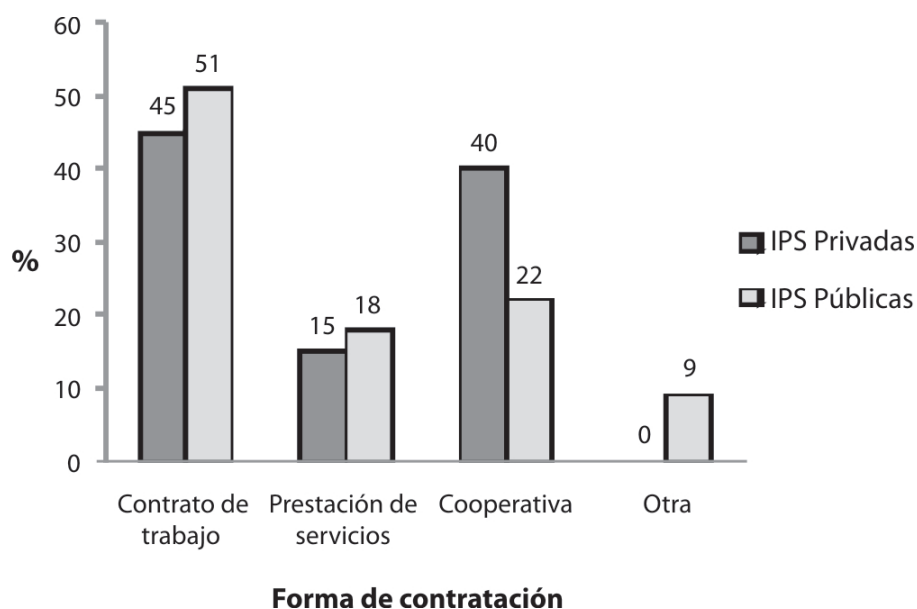
En los 3723 servicios ambulatorios de las 1170 IPS encuestadas, las públicas superan a las privadas en todos los tipos de contratación de los médicos, excepto en la modalidad de prestación de servicios donde las privadas, con el 58%, superan a las públicas, que solo tienen el 21%. El contrato de trabajo equivale a la contratación a término indefinido (Gráfico 3.4).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 3 - Encuesta de IPS: Verificación de consultas ambulatorias

Gráfico 3.4. Distribución de los médicos de servicios ambulatorios según la forma de la contratación y naturaleza jurídica de la IPS. Colombia, 2007

Del mismo modo, se encuentra que las IPS públicas superan a las privadas en todos los tipos de contratación de las enfermeras, excepto en la contratación por cooperativas, donde las privadas superan a las públicas (Gráfico 3.5).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 3 - Encuesta de IPS: Verificación de consultas ambulatorias
Gráfico 3.5. Distribución de las enfermeras de servicios ambulatorios por tipo de contratación en IPS privadas y públicas. Colombia, 2007

Gestión de los protocolos de atención: existencia, conocimiento, utilización y disponibilidad

De los 1.894 servicios ambulatorios donde se realizaba control prenatal, existía protocolo de atención en el 87% (1656) de ellos, en el 8% no y el 5% restante manifestó no tener conocimiento. De las 1.656 instituciones que tenían protocolos, el 54% (894) correspondió a IPS públicas y el 46% (762) a privadas. De los 894 servicios ambulatorios de IPS públicas que realizan control prenatal, el 91% tiene protocolos, y de los 762 servicios ambulatorios de las IPS privadas, el 84% cuenta con protocolos.

Según regiones, no existen protocolos en el 38% de los servicios ambulatorios de las IPS públicas de la región Orinoquia-Amazonía, en el 13% de la Oriental y en 12% de la Pacífica.

De los 1.656 servicios ambulatorios que contaban con el protocolo para la consulta de detección de alteraciones del embarazo, el 95% (1614) del personal de salud manifestó conocerlo. Entre quienes lo conocen, el 47% corresponde al sector privado y el 53% al público. El 99% del personal adscrito a los 762 servicios ambulatorios de carácter privado conocen el protocolo, y el 96% en los 894 servicios ambulatorios públicos. El protocolo no es conocido en el 3% de los casos, y en la región Atlántica alcanza el 5,3%.

De los 1.614 servicios ambulatorios en los que el personal de salud conoce el protocolo, el 98% (1.585) lo utiliza para orientar la consulta de detección de alteraciones del embarazo; de este porcentaje, el 53% corresponde a instituciones públicas.

En el 100% de las IPS de Bogotá se aplica el protocolo, en las demás regiones hay comportamientos variados. El porcentaje más bajo de utilización de protocolos se encuentra en la región Atlántica, con el 3,2%.

De las 1614 instituciones que informaron conocer los protocolos, se evidenció la existencia del documento en el 74% de ellas (1191); de éstas, el 49% eran privadas y el 51% públicas. De las 762 instituciones privadas que dijeron utilizar los protocolos, se encontró evidencia de ellos en el 78% de los casos, y de las 894 instituciones públicas en el 71%. En el 38,4% de las instituciones de la región Orinoquia-Amazónia no se evidenció disponibilidad de los protocolos, le sigue la Atlántica con el 35%. Las demás regiones tienen porcentajes que oscilan entre el 20% y el 30%.

Gestión de la norma técnica para la detección de alteraciones del embarazo: conocimiento y evidencia de la norma

De las 1894 instituciones que realizan control prenatal, el 93% (1757) conocen la norma técnica para la detección de alteraciones del embarazo. El 56% son IPS públicas y el 37% privadas. En las primeras, el 93% del personal de salud conoce la norma técnica, y en las segundas el 92%. La región donde más se desconoce la norma técnica es Bogotá con el 13%, le sigue la Atlántica con el 11%. Donde más se conoce la norma es en la región de la Orinoquia-Amazónia.

De las 1757 instituciones que conocen la norma técnica, se encontró evidencia de ella en el 68% (1199) de los casos. El 55% correspondía a IPS públicas y el 13% a privadas. Se encontró evidencia de la norma técnica en el 71% de las 767 instituciones privadas que la conocen, y solo del 66% en las 990 públicas. En el 39% de los casos no se encontró evidencia de la norma en las regiones Pacífica y Bogotá, y en la Atlántica en el 37%. En las otras regiones el porcentaje oscila entre el 26% y el 29% de los casos.

Características de los servicios obstétricos hospitalarios

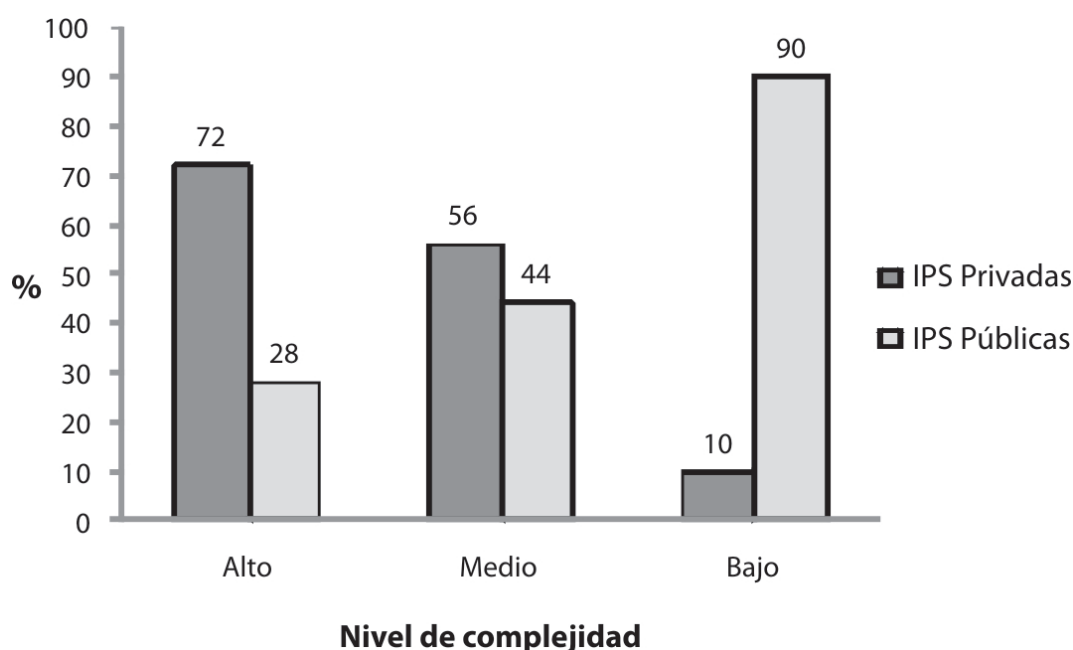
La ENS-2007, Módulo 1 de IPS, entrevistó a los directores científicos o responsables de la organización de la prestación de servicios de salud. Se les preguntó si su institución recibía a mujeres que requerían atención del parto y puerperio. De las 1170 IPS encuestadas, el 47% (555) de los responsables contestó afirmativamente. A continuación se analizan los servicios de hospitalización obstétrica, las horas médico semanal programadas en dicho servicio y la atención de partos simultáneos.

De las 555 instituciones que ofrecen atención para el parto y el puerperio, el 93% (516) prestan el servicio de hospitalización de obstetricia; de éstas, el 58% (297) corresponden a sector público y 35% al privado. Del 7% (39) de las IPS que no cuentan con el servicio, el 80% corresponde a instituciones públicas situadas, la mayoría de ellas, en las regiones Atlántica y la Central.

Verificación de las características de servicios de obstetricia

De las 859 IPS que prestan servicios obstétricos, el 58% son públicas y el 42% privadas o mixtas. El 40% (345) corresponde a IPS de mediana complejidad, y de este porcentaje el 56% corresponde a IPS privadas. Las IPS de baja complejidad representan el 39% (331), de ellas el 90% son públicas. El 21% (183) restante corresponde a IPS de alta complejidad, y de ellas el 72% son privadas.

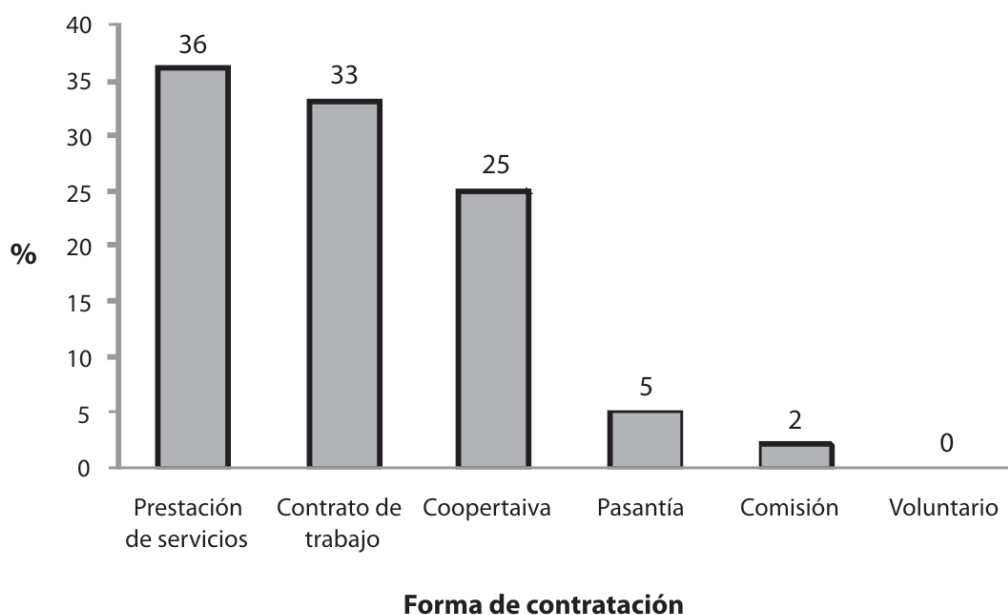
Las IPS encuestadas reportaron 859 servicios de obstetricia en los diferentes niveles de complejidad. De las 357 IPS privadas que informaron el servicio, el 54% corresponde al nivel medio de complejidad y el 37% al alto (sobresalen en el sector privado las regiones Oriental y Atlántica). De las 502 IPS públicas, el 59% corresponde al nivel de complejidad bajo y el 30% al medio (Gráfico 3.6).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.6. Distribución de IPS que poseen servicio de obstetricia según su nivel de complejidad y naturaleza jurídica. Colombia, 2007

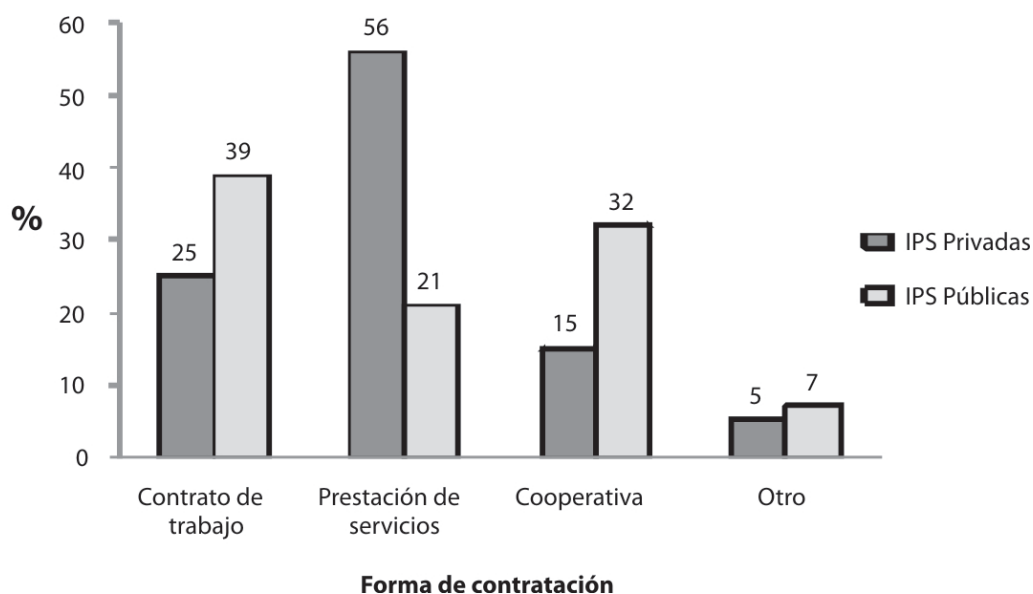
Con respecto al tipo de vinculación del personal de la salud, el 36% de los profesionales tiene un contrato por prestación de servicios de hospitalización obstétricos, el 33% contrato de trabajo o a término indefinido, el 25% contrato a través de cooperativa, el 5% está en pasantía y el 2% en comisión (Gráfico 3.7). Debe resaltarse que el 61% del personal de la salud está vinculado por prestación de servicios y a través de cooperativas, lo que quiere decir que no tiene trabajo estable, situación coherente con las políticas de no empleo a termino indefinido vigentes en el país.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.7. Distribución porcentual del personal según la forma de contratación en los servicios hospitalarios de obstetricia de las IPS. Colombia, 2007

Según su naturaleza jurídica, en las IPS privadas sobresale la contratación por prestación de servicios, y en las públicas el contrato de trabajo y a través de cooperativas (Gráfico 3.8).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.8. Distribución del personal según la forma de contratación de servicios de obstetricia de IPS privadas y públicas. Colombia, 2007

En todos los niveles de complejidad, la vinculación mediante contrato de trabajo tiene similar participación: entre el 30% y el 36%. En los niveles de complejidad alto y medio, la contratación por prestación de servicios oscila entre el 40% y el 43%, y en el nivel de complejidad bajo es del 26%. La contratación a través de cooperativas es similar: el 22% en las IPS de los niveles de complejidad alto y medio, y el 28% en las de nivel bajo (Cuadro 3.3).

Cuadro 3.3 Distribución porcentual del personal de los servicios de obstetricia según la forma de contratación y nivel de complejidad de las IPS públicas y privadas. Colombia, 2007

Forma de contratación	Nivel de complejidad - Obstetricia IPS públicas y privadas							
	Alto (20 o mas camas)		Medio (10 – 19 camas)		Bajo (0-9 camas)		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Prestación servicios	73	40	147	43	87	26	307	36
Contrato trabajo	65	36	103	30	117	35	285	33
Cooperativa	40	22	81	23	94	28	215	25
Pasantía	2	1	5	1	32	10	39	5
Comisión	3	2	9	3	1	0	13	2
Voluntario	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	183	100	345	100	331	74	859	100

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Percepción de las condiciones críticas de la atención

Se indagó en los 859 servicios de obstetricia de las IPS públicas y privadas, por la percepción sobre las condiciones críticas de los elementos básicos de la atención: condiciones físicas, muebles y equipos e insumos disponibles.

Con respecto a las primeras, se preguntó si las condiciones del área de atención obstétrica –tamaño, iluminación, ventilación, calidad de los pisos, paredes y techos– eran apropiadas para: a) realizar actividades correctamente, b) garantizar la privacidad y c) proteger la salud del prestador del servicio y la usuaria.

Las condiciones físicas, tanto en las IPS públicas como privadas, solo permiten realizar las actividades correctamente en el 81% de los servicios, se garantiza la privacidad en el 83%, y se protege la salud de los participantes en la atención en el 90%. Los porcentajes de no cumplimiento de estas condiciones son mayores en las IPS públicas (entre el 52% y el 55%) que en las privadas (entre el 45% y el 48%), esto es, en las IPS privadas los criterios se cumplen en porcentajes muy superiores frente a las públicas (Cuadro 3.4).

Cuadro 3.4 Actividades que se pueden realizar con las condiciones físicas actuales del área de atención obstétrica en IPS públicas y privadas según nivel de complejidad y región. Colombia, 2007

Condiciones para:	Sí	IPS Públicas	% del total IPS Públicas	IPS Privadas	% del total IPS Privadas	Según Complejidad			Según Región	
						Alta	Media	Baja	% Altos	% Bajos
Realizar actividades correctas	81%	52% (363)	72%	48% (329)	92%	90%	85%	76%	Oriental 88%	Central 78% Atlántica 77%
Garantizar privacidad	83%	54% (388)	77%	46% (326)	91%	81%	83%	84%	Oriental 88%	Bogotá 82%
Proteger la salud del prestador y el usuario	90%	55% (420)	84%	45% (349)	98%	95%	89%	86%	Oriental 94% Oriental 96%	Atlántica 84%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

En las IPS de alta complejidad se cumplen con mayor frecuencia las condiciones físicas. En todos los niveles de complejidad, el ítem que establece el grado de privacidad de las usuarias es menor, y al comparar los tres niveles el de baja complejidad es mayor que los otros dos.

El porcentaje de cumplimiento de las condiciones físicas es alto en los servicios obstétricos de las regiones Oriental y Bogotá, pero esta última región tiene el menor porcentaje en cuanto a garantizar la privacidad. La región Atlántica es la de menor porcentaje de cumplimiento.

Las condiciones de los muebles y equipos disponibles permiten realizar la atención oportuna en el 77% de los casos, garantizar la calidad en el 78%, explicar a la usuaria su situación y tratamiento en el 87%, y proteger la salud de los participantes en la atención en el 85%. Para los dos últimos ítems, hay superioridad en los servicios de las IPS públicas, con el 54% y 53% respectivamente, frente al 46% y 47% de las privadas; en los otros ítems no hay diferencias. Al evaluar la situación según la naturaleza jurídica de las IPS, se observan porcentajes de cumplimiento de los criterios muy superiores en las privadas frente a las públicas. En relación con el nivel de complejidad, los porcentajes son altos para las IPS de alta complejidad. Por regiones, los menores cumplimientos se presentan en la Atlántica y la Pacífica (Cuadro 3.5).

Cuadro 3.5 Actividades que se pueden realizar con las condiciones actuales de los muebles y equipos disponibles en el área de atención obstétrica en IPS públicas y privadas según nivel de complejidad y región. Colombia, 2007

Condiciones para:	Sí	IPS Públicas	% del total IPS Públicas	IPS Privadas	% del total IPS Privadas	Según Complejidad			Según Región	
						Alta	Media	Baja	% Altos	% Bajos
Atención oportuna	77%	50% (329)	66%	50% (330)	92%	83%	77%	73%	Bogotá 86% Orinoquia y Amazonía 83%	Pacífica 73%
Calidad en actividades	78%	50% (336)	67%	50% (334)	94%	86%	79%	73%	Bogotá 88%	Atlántica 74%
Explicar situación y Tratamiento	87%	54% (405)	88%	46% (344)	96%	88%	89%	85%	Oriental 83%	Atlántica 85% Pacífica 79%
Proteger la salud del funcionario, usuario y RN	85%	53% (388)	77%	47% (345)	97%	91%	87%	81%	Bogotá 93% Central, Orinoquia y Amazonía 90%	Atlántica 82%

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Percepción de los insumos disponibles en el área de atención obstétrica (material de curación o examen, guantes, papelería, material de educación, medicamentos)

En el 97% de las IPS el personal de salud considera que con los insumos disponibles se puede realizar una atención oportuna, el 86% que puede realizar correctamente las actividades, el 91% que puede explicar a la usuaria su tratamiento, y el 89% que se protege la salud de los participantes en la atención. Las IPS públicas superan –con porcentajes entre 53% y 55%– a las privadas –cuyos porcentajes se encuentran entre 45% y 46%–. Según la naturaleza jurídica, es muy superior el cumplimiento de los criterios en las IPS privadas en relación con las públicas. Y según los niveles de complejidad, el alto tiene los mayores porcentajes. El criterio “los insumos permiten realizar correctamente todas las actividades” alcanza el 93% en el nivel alto de complejidad, el 85% en el medio y el 84% en el bajo. Por regiones, el menor cumplimiento se encuentra en la Atlántica y la Orinoquia-Amazonía (Cuadro 3.6).

Cuadro 3.6 Actividades que se pueden realizar con los insumos disponibles en el área de atención obstétrica en IPS públicas y privadas por niveles de complejidad y regiones. Colombia, 2007

Condiciones para:	Sí	IPS Públicas	% del total IPS Públicas	IPS Privadas	% del total IPS Privadas	Nivel de complejidad			Según Región	
						Alta	Media	Baja	% Altos	% Bajos
Realizar atención oportuna	97%	55% (420)	84%	45% (347)	97%	96%	88%	87%	Bogotá 93% Central y Oriental 95%	Oriental 83% Atlántica 82%
Realizar correctamente actividades	86%	54% (397)	79%	46% (345)	97%	93%	85%	84%	Central 93% Oriental 92%	Atlántica 78% Orinoquia y Amazonía 79%
Explicar situación y Tratamiento	91%	55% (430)	86%	45% (351)	98%	97%	92%	86%	Bogotá 99%	Pacífica 89% Atlántica 85%
Proteger la salud del funcionario, usuario y RN	89%	53% (419)	83%	45% (347)	97%	96%	89%	86%	Bogotá 97%	Orinoquia y Amazonía 83% Atlántica 81%

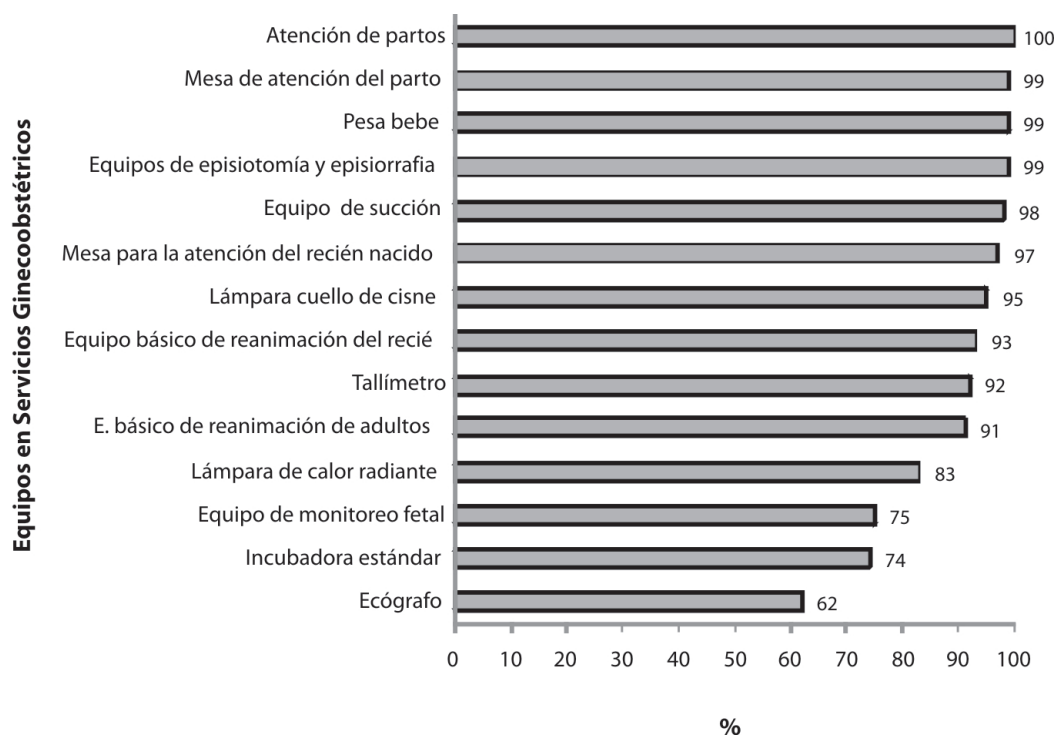
Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

La falta de algún insumo crítico en los últimos 30 días afectó la calidad de la atención en el 11% (94) de los servicios; de éstos, el 88% correspondió a IPS públicas. La región más afectada fue la Atlántica con el 37%, seguida de la Central con el 29%; las regiones Pacífica y Oriental tuvieron comportamientos similares: 13% y 12% respectivamente, y la Orinoquia-Amazónica tuvo el menor porcentaje: 4%.

Equipos disponibles en los servicios obstétricos

La ENS-2007 indagó también por los equipos disponibles para la atención obstétrica en las 859 IPS que prestan estos servicios. Se encontró una disponibilidad del 100% de los equipos de atención de partos; del 99% para los equipos de episiotomía y episiorrafia, pesa para el bebé y mesa de atención del parto; del 98% y 97% para el equipo de succión y la mesa para la atención del recién nacido; y entre el 91% y 95% para la lámpara de cuello de cisne, el equipo de reanimación del recién nacido, el tallímetro y el equipo de reanimación de adultos. Tienen menor porcentaje de disponibilidad la lámpara de calor radiante, el equipo de monitoreo fetal, las incubadoras y los

ecógrafos. Este último equipo es el menos disponible en los servicios de atención obstétrica: solo el 62% de ellos lo posee (Gráfico 3.9).

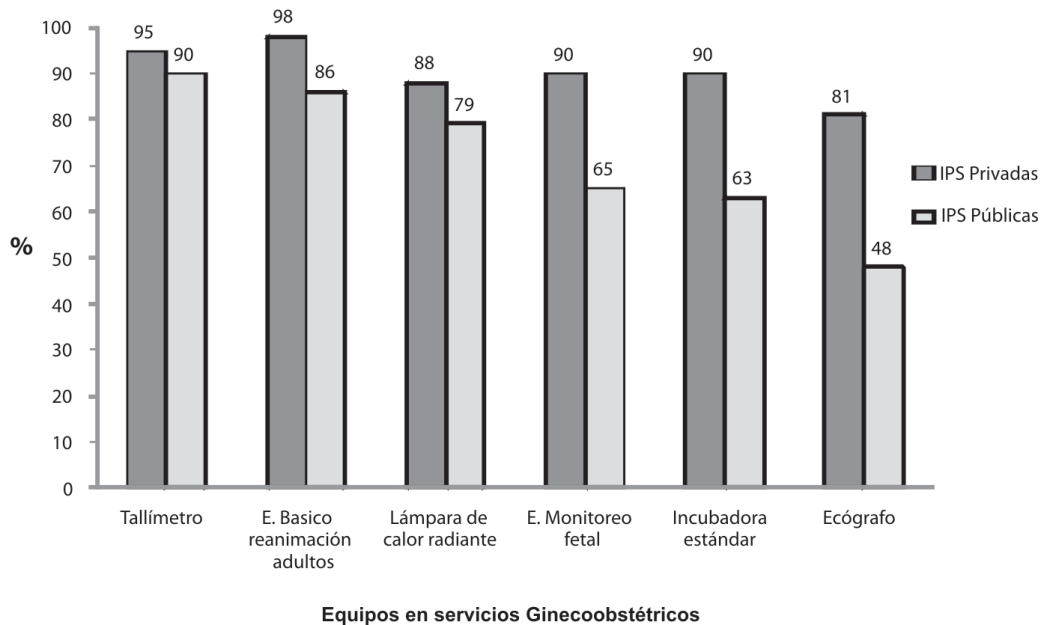


Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.9. Disponibilidad de los equipos en los servicios obstétricos de las IPS. Colombia, 2007

En todas las regiones se observa la falta de tallímetros y equipos básicos de reanimación. Tampoco hay una cobertura completa de la lámpara de luz radiante, y su menor presencia se observa en las regiones Atlántica y Oriental. En cuanto al equipo de monitoreo fetal, se encontró un porcentaje mínimo de existencia en la región Atlántica (63%) y la Oriental (75%). La incubadora estándar tiene menor presencia en la región Pacífica (66%). Respecto al ecógrafo, la situación más grave esta en las IPS de las regiones Pacífica (55%), Atlántica (58%) y Central (62%). Están mejor dotadas las IPS de la Orinoquia-Amazonía. Se observa una mejor dotación de estos elementos en las IPS privadas; es notable la falta de equipos en las IPS públicas, sobre todo el equipo de monitoreo fetal, la incubadora estándar y el ecógrafo que está presente solo en el 48% de ellas (Gráfico 3.10).

El servicio obstétrico en las IPS de alta complejidad representa el 22% (183) del total de IPS, de éstas el 72% (131) son IPS privadas y 28% públicas. Bogotá tiene el mayor porcentaje de servicios de obstetricia de alta complejidad, con el 35%; le siguen la región Central con el 26% y la Atlántica con el 20%; en la Orinoquia-Amazonía solo el 1% de las IPS públicas tiene servicio de obstetricia de alta complejidad.



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.10. Disponibilidad de equipos según naturaleza de las IPS. Colombia, 2007

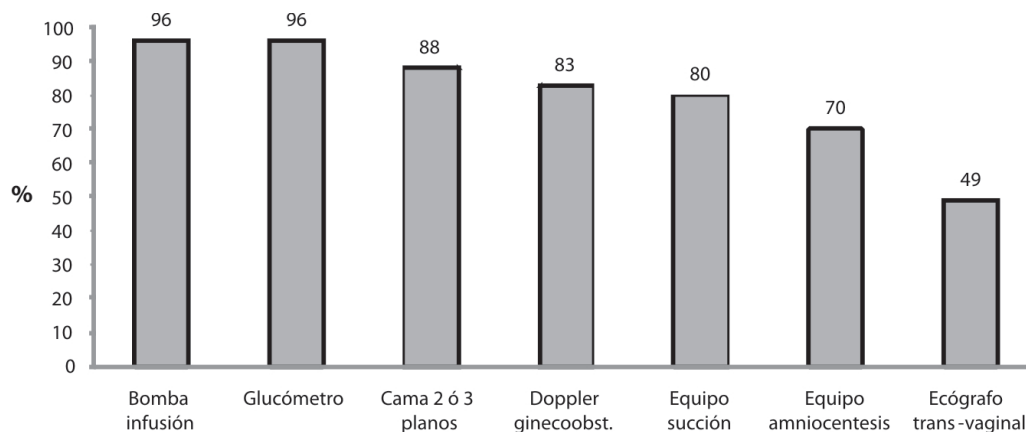
De las 183 IPS de alta complejidad con el servicio de obstetricia, en el 94% (172) existe un consultorio exclusivo para examen; de este porcentaje, el 70% (121) son privadas y el 24% públicas. En Bogotá y la Orinoquia-Amazonía se encuentra dicho consultorio en el 100% de IPS, en las demás regiones esta entre el 93% y 96%, con excepción de la Oriental con solo el 88%. En cuanto a los otros elementos de dotación: la camilla ginecológica con estribos ajustables está en el 95% de las IPS, el tensiómetro y fonendoscopio en el 97% y el equipo de monitoreo fetal está en el 62% de las IPS. En estos elementos, las IPS públicas aportan el 25% –situadas, en su mayoría, en las regiones Bogotá, Atlántica y Orinoquia-Amazonía–, el 75% restante corresponde a las IPS privadas.

Área de parto

El área de parto existe en el 88% (161) de las 183 IPS de alta complejidad: el 71% en las IPS privadas y el 29% en las públicas. El 100% de las IPS públicas de Bogotá y Orinoquia-Amazonía cuentan con dicha área, en las otras regiones oscila entre el 77% y el 96%; el menor porcentaje se encuentra en las regiones Oriental y Atlántica.

En cuanto a la dotación del área de parto, cuentan con la bomba de infusión y el glucómetro el 95% de las IPS con consultorio; los menores porcentajes se encuentran en las IPS de las regiones Atlántica (83%) y Central (86%). La cama hospitalaria de 2 o 3 planos está en el 88% y 89% de las IPS públicas y privadas. El Doppler obstétrico está en el 83% de las IPS: 64% de ellas son públicas y 91% privadas. El equipo de succión se encuentra en el 80% de las IPS: el 70% de ellas son públicas y el 95% privadas; los menores porcentajes de IPS con este equipo se hallan

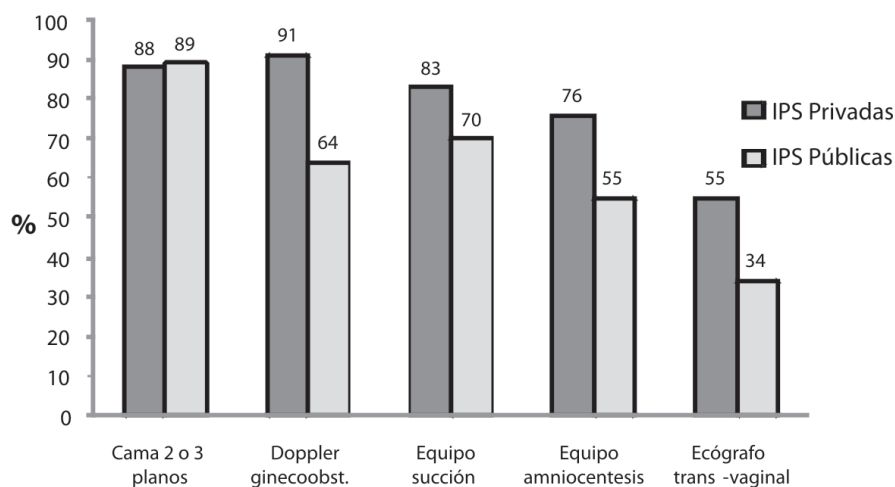
en las regiones Atlántica (69%) y Central (76%). El equipo de amniocentesis está en el 70% de las IPS: 55% de ellas son públicas y 76% privadas; los menores porcentajes de existencia de este equipo se encuentran en las regiones Central (61%), Bogotá (65%) y Atlántica (72%). El 49% de las IPS tiene ecógrafo transvaginal. En la región Orinoquia-Amazonía, el 100% de las IPS de alta complejidad tienen cama hospitalaria de 2 o 3 planos, Doppler obstétrico, equipo de succión y de amniocentesis, lo que debe resaltarse (Gráfico 3.11 y 3.12).



Elementos de dotación en el área parto

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.11. Disponibilidad de los elementos de dotación en el área de parto. Colombia, 2007



Elementos de dotación en el área parto

Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.12. Distribución de los elementos de dotación en el área de parto según la naturaleza jurídica de las IPS. Colombia, 2007

Dotación de las salas de parto

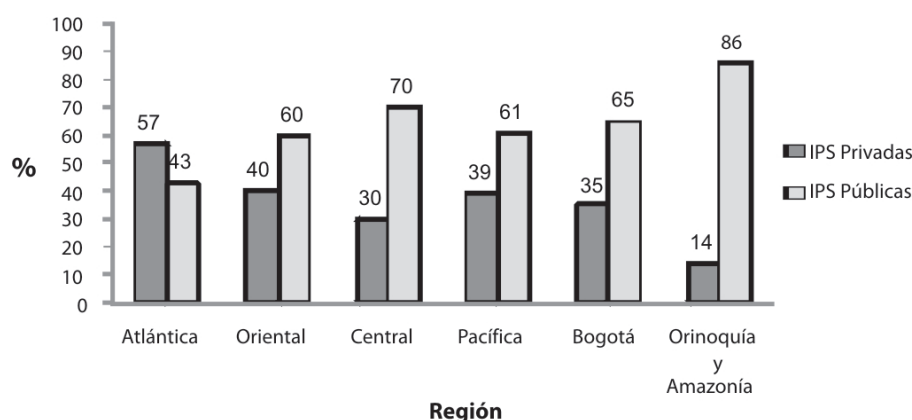
El 98% de las IPS de alta complejidad tienen equipo para revisión del canal del parto. El 99% de las IPS privadas cuentan con este equipo, y el 96% de las públicas. En las regiones Atlántica y Central, el 98% de las IPS lo tienen. La incubadora está presente en el 84% de las IPS; en la Orinoquia-Amazonia está presente en el 100% de las IPS, en la Atlántica en el 77%. La existencia del equipo alcanza el 85% en las IPS privadas y el 81% en las públicas.

De las 183 IPS de alta complejidad, el 75% (137) tienen *Unidad de Cuidado Obstétrico*; de éstas, el 72% (98) son privadas y el 28% (39) públicas. Las IPS privadas superan a las públicas en todas las regiones, excepto en Bogotá, donde es igual, y en la Orinoquia-Amazonia que solo tiene IPS públicas. Este servicio es brindado en el 100% por las IPS privadas de la región Atlántica.

La dotación de la bomba de infusión continua, los monitores de signos vitales y el oxímetro se encuentra entre el 97% y 99% en las IPS privadas; en las públicas, la bomba de infusión está en el 100% de las IPS, el monitor de signos vitales en el 95%, y el Oxímetro en el 90%. La cama hospitalaria de 2 o 3 planos está en el 88% de las IPS privadas y en el 87% de las públicas. En la Orinoquia-Amazonia el porcentaje es de 79%, en la región Oriental de 82% y en la Central de 86%.

La gestión de la referencia en las IPS con servicios obstétricos en 859 IPS

El procedimiento de remisión existe en el 94% (807) de las IPS. De éstas, el 59% (476) son públicas y el 41% (331) privadas. No tienen este procedimiento el 5% de las IPS, y el resto lo desconoce. Los mayores porcentajes de remisión se encuentran en la región Atlántica (Gráfico 3.13).

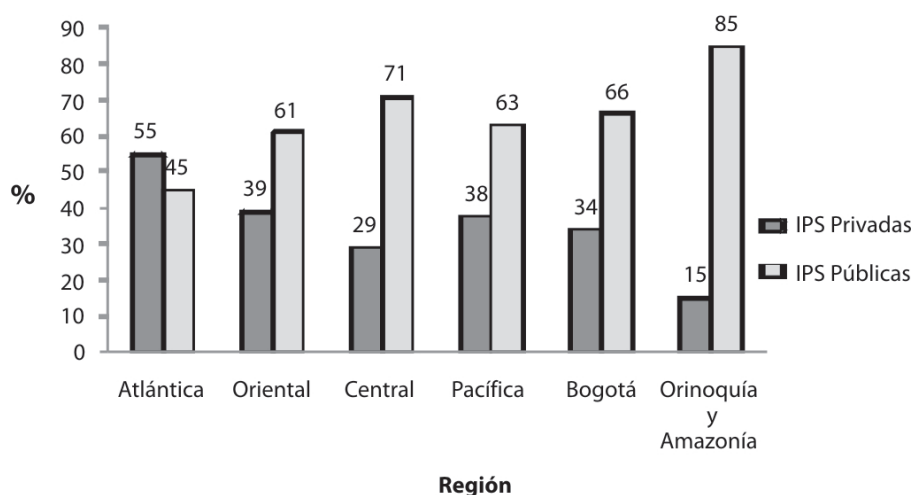


Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.13. Distribución de la presencia del procedimiento para la referencia de usuarias según regiones y naturaleza jurídica de IPS. Colombia, 2007

En cuanto al conocimiento del procedimiento de remisión, de las 807 IPS que lo tienen definido, en el 95% (754) de ellas se conoce. En todas las regiones, excepto en la Atlántica, las IPS

públicas tiene porcentajes mayores que las privadas. Las principales razones que dieron las IPS que no conocen el procedimiento de remisión fueron: el 35% que no eran responsables de hacerlo, el 30% que era competencia administrativa y el 16% que nunca se lo habían entregado. El 68% de estas instituciones eran privadas (Gráfico 3.14).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 4 - Encuesta de IPS: Verificación de características de servicios de obstetricia

Gráfico 3.14. Conocimiento del procedimiento de la remisión por regiones y según naturaleza jurídica de las IPS. Colombia, 2007

Proceso de la atención hospitalaria

Previo a la atención

El Módulo 2, “Encuesta a usuarios”, de la ENS-2007 indaga sobre los servicios de hospitalización y atención de urgencias. Se retoman para este análisis las siguientes preguntas relacionadas con el programa de ginecoobstetricia: tiempo para llegar a la IPS, oportunidad de elección de la IPS, tiempo transcurrido desde que accedió a la IPS y fue atendida, posibilidad de elección del médico y, en caso de solicitar el servicio atención del parto, las formas de ingresar y el motivo por el cual fue remitida a la IPS. El total de usuarias fue 3973.

Tiempo para acceder a los servicios obstétricos en las IPS

El acceso a los servicios de salud puede verse afectado por barreras geográficas, económicas, culturales, políticas y administrativas –relacionadas con la forma como se organizan y distribuyen los servicios de salud en la población–. El 69% de las usuarias llegó a la IPS en menos de 30 minutos, el 17% demoró entre 30 minutos y una hora, el 8% requirió de dos horas, y el 5% más de dos horas. Los dos últimos grupos de las maternas habitaban, por lo general, en las regiones Atlántica y Central. Si bien no existen diferencias significativas según la naturaleza jurídica de las IPS, tienen un mejor acceso las privadas.

Posibilidad de elección del profesional de la salud

El 92% de las usuarias no eligieron al profesional de la salud. De las 310 usuarias que sí lo eligieron, el 72% lo hicieron en las IPS privadas. En todas las regiones, solo una tercera parte de las usuarias de las IPS públicas puede elegir al profesional tratante. En Bogotá, el 88% de las usuarias de IPS privadas y el 12% de las públicas lo hacen. En el 67% de las IPS públicas de la región Orinoquia-Amazonía las usuarias pueden elegir al profesional de la salud.

Tiempo transcurrido desde el acceso a la IPS y la atención

El 81% de las usuarias fueron atendidas en menos de media hora, el 7% entre media hora y una hora, y el 6% debió esperar una, dos y más de dos horas. La atención más rápida se observa en las IPS privadas: el 53% de las usuarias manifestaron haber accedido en menos de media hora, y el 59% entre media hora y una hora.

Forma de acceso a los servicios de salud maternos

Se preguntó a las 2741 maternas que consultaron en las instituciones de salud para la atención del parto y tuvieron el bebé vivo, si la forma de acceder a los servicios de salud fue voluntaria o por remisión. El 67% (1848) de las maternas accedió directa y voluntariamente a la IPS: el 55% de ellas a las privadas y el resto a las públicas. El 33% (893) accedió a la IPS mediante remisión, y de este porcentaje el 53% fue remitida a IPS públicas. La mayor frecuencia de remisiones se encontró en la región Atlántica (31%), seguida de la Central (23%).

Al preguntar por las causas que ocasionaron el procedimiento de remisión, de las 893 maternas el 48% (427) fue remitida *por complicaciones* –33% procedente de la región Atlántica y 29% de la Central–, el 17% (154) debido a *la falta de materiales* –39% procedente de la región Atlántica y 22% de la Central–, el 13% porque *en la IPS no se hacen cesáreas* –motivo que alcanza en la región Atlántica el 65%–, el 7% (60) por *falta de personal* –32% correspondió a la región Atlántica y 28% a la Central–, el 7% por *falta de cupo* –el 57% corresponde a Bogotá, el 43% restante a las regiones Atlántica y Oriental–, el 2% (19) porque *la IPS no tenían contrato con la EPS* –el 42% corresponde a la región Atlántica y el 21% a la Central–. Un porcentaje pequeño desconocía el motivo de la remisión o lo atribuyó a otras causas. Es importante señalar que el 31% de las maternas se remite por problemas estructurales en las IPS (falta de personal en cantidad y calidad, materiales o disponibilidad del servicio).

Durante la atención

El Módulo 2 de la ENS-2007 evaluó también la siguiente información suministrada por el profesional responsable de la prestación directa de servicios: tipo de atención recibida, promedio de veces que una usuaria es examinada, complicaciones, estado de salud y tratamiento. Por su parte, el Módulo 4, “Verificación de las características de servicios obstétricos”, evaluó la informa-

ción suministrada por las usuarias con respecto a la frecuencia de realización de procedimientos o actividades con suficiencia y seguridad.

Tipo de atención recibida

Entre las 3973 usuarias que asisten a las IPS se encontró que, para la atención del parto o puerperio remitido de urgencias, el 54% (1008) asiste a IPS públicas y el 46% a privadas. El 66% (573) fue atendida para el parto o puerperio electivo (cesárea) en las IPS privadas, el resto acudió a las públicas. Para la atención de urgencias obstétricas, el 53% (655) acudió a IPS privadas y el resto a las públicas.

En promedio, las usuarias son sometidas a 4 o 5 tactos vaginales antes del parto. En la región de la Orinoquia-Amazonía se realizan entre 6 y 7 tactos en los dos tipos de institución, y en Bogotá y la Central 5.

Según la información contenida en el Modulo 4, no todos los procedimientos que se deben realizar a las maternas se hacen siempre, y muchos solo se realizan algunas veces. En efecto, es preocupante la cantidad de maternas que informan la no realización de muchos procedimientos, en particular de los relacionados con la aplicación de medicamentos por vía parenteral para el tratamiento de la eclampsia, la extracción manual de la placenta, la extracción manual de productos retenidos y los procedimientos de transfusión sanguínea (Cuadro 3.7).

Cuadro 3.7 Distribución porcentual de la frecuencia de realización de procedimientos o actividades de atención obstétrica con suficiencia y seguridad en las IPS. Colombia, 2007

Procedimientos o actividades de atención obstétrica en las IPS	Frecuencia de realización de procedimientos		
	Todas las veces	Algunas veces	Ninguna vez
Aplicación de antibióticos parenterales	73	12	6
Aplicación de drogas oxitóxicas parenterales	72	13	6
Procedimientos de cirugía	49	11	14
Procedimientos de anestesia	48	11	19
Aplicación de medicamentos parenterales	45	7	20
Extracción manual de placenta	38	7	24
Extracción manual de productos retenidos	30	7	27
Procedimientos de transfusión sanguínea	26	10	26

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Encuesta a Usuarios: Hospitalización y atención de urgencia

Posterior a la atención

Para este análisis se tuvieron en cuenta las variables que se presentan en el Módulo 2 de hospitalización y atención de urgencias y en el Módulo 1 de IPS, relacionadas con las indicaciones brindadas, los pagos realizados, la percepción de las usuarias sobre la calidad de la atención y el seguimiento en la atención.

Indicaciones dadas a las usuarias sobre las complicaciones, planificación familiar y consulta de control

El 65% de las usuarias manifestó haber recibido información sobre las complicaciones postparto; de este porcentaje, el 56% (984) consultó en IPS privadas. Los mayores porcentajes de usuarias informadas por IPS privadas se encontraron en las regiones de Orinoquia-Amazonía (83%), Bogotá (78%) y Central (75%), y los menores en la Atlántica (63%) y Pacífica (62%). Las usuarias (784) de las IPS públicas fueron informadas en porcentajes que no superan el 75%: Bogotá alcanza el 71% y la región Pacífica el 75%; el porcentaje más bajo se encuentra en la región Atlántica: 45%.

El 45% de las usuarias recibieron información y consejo sobre los métodos para evitar quedar en embarazo. El porcentaje es similar para IPS privadas y públicas. Por regiones y según la naturaleza jurídica, el mayor porcentaje de IPS privadas que suministran información sobre métodos anticonceptivos se encuentra en la Orinoquia-Amazonía con el 83%, en el resto de regiones está por debajo del 68%, y el menor porcentaje, 42%, corresponde a la Atlántica. En las IPS públicas, el mayor porcentaje se encuentra en las regiones Pacífica y Bogotá: 76%, y el menor en la Atlántica: 42%.

El 92% de las usuarias manifestó interés de utilizar métodos de planificación familiar. En las IPS privadas de la Orinoquia-Amazonía, este interés corresponde al 100% de las usuarias; en el resto de las regiones oscila entre el 6% y el 11% de las usuarias de IPS privadas, y entre el 3% y el 10% de las usuarias de IPS públicas. Las razones principales que dieron las usuarias para no interesarse en los métodos de planificación familiar fueron: por estar operadas o porque no lo consideran necesario (35%), no saben qué método utilizar (6%), no han pensado utilizarlos o no les dieron cita en la unidad de salud (9%). Razones relacionadas con la información y acceso a los servicios y al funcionamiento de la demanda inducida.

Con respecto a la información sobre las fechas y lugar de las visitas de control, se observó que el 82% de las usuarias fueron informadas; de este porcentaje, el 53% consultó en las IPS privadas, el resto en las públicas. Las usuarias mejor informadas son las de la Orinoquia-Amazonía: en promedio el 80% de ellas, la región que presenta los menores porcentajes es la Atlántica.

El 91% de las usuarias manifestaron que durante la hospitalización o atención de urgencias fueron informadas con claridad sobre su estado de salud; de éstas, el 54% fueron atendidas en IPS privadas. Los porcentajes más altos de usuarias no informadas se encontraron en las regiones Atlántica (32%) y Central (23%).

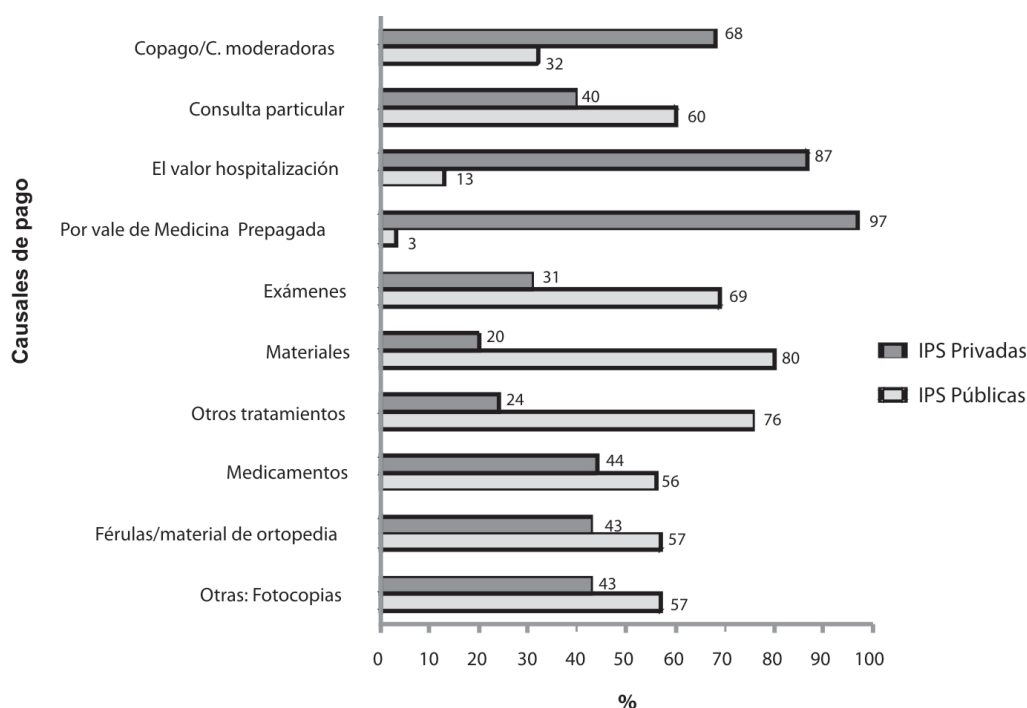
Durante la hospitalización o atención de urgencias, el 88% de las usuarias manifestó haber recibido indicaciones sobre el tratamiento; de éstas, el 54% fueron atendidas en IPS privadas. Las regiones Atlántica (33%) y Central (22%) tienen los porcentajes más altos de usuarias no informadas.

Entidad o persona que asumió los gastos y causales de pago y otros gastos

El 94% de las usuarias de las IPS privadas informó que los gastos de atención fueron pagados por la EPS, el 3% por la secretaria de salud y el 2% por la medicina prepagada. El 70% de las usuarias de las IPS públicas manifestó que los gastos habían sido pagados por la EPS y el 26% por la secretaria de salud.

Tanto en las IPS privadas como públicas, la mayor parte de los gastos de las usuarias son generados por fotocopias (56%) y copagos o cuotas moderadoras (20%). El 12% de las usuarias paga los medicamentos incluidos en el POS. Otros gastos asumidos son los materiales medicoquirúrgicos que, según la Ley, corresponden a las IPS.

Las usuarias de las IPS privadas asumen más gastos que las de las públicas: el 97% del pago por medicina prepagada, por hospitalización el 87%, por copagos y cuotas moderadoras el 68%. Las usuarias de las IPS públicas pagan más que las de las privadas por rubros tales como: materiales (80%), exámenes (69%), otros tratamientos (76%) y medicamentos, férulas y materiales de ortopedia y fotocopias (57%) (Gráfico 3.15).



Fuente: Ministerio de la Protección Social. ENS-2007: Módulo 2 - Encuesta a Usuarios: Hospitalización y atención de urgencia

Gráfico 3.15. Causales de los pagos realizados por las usuarias de los servicios. Comparación IPS privadas y públicas. Colombia, 2007

El 83% de las usuarias manifestaron haber pagado por otros conceptos tales como transporte (25%), alimentación y alojamiento (3%). Estos porcentajes son superiores en usuarias de IPS privadas.

555 representantes de las instituciones con servicio de hospitalización obstétrica contestaron el Módulo 1 de IPS: 41% era personal adscrito a IPS privadas, y 59% a públicas. La información que se obtuvo con respecto a la calidad y seguimiento de la atención obstétrica es la siguiente.

El 63% del personal de salud afirmó que si, al momento de la entrevista, alguien llamara o viniera a pedir una cita para control del puerperio, se le daría para ese mismo día, el 24% que dentro de los 5 días siguientes, y el 13% en 2 o 3 días. Estos porcentajes son siempre superiores en las IPS públicas con respecto a las privadas.

El 76% (421) de los funcionarios respondió que la consulta de control postparto se realiza en la IPS. De este porcentaje, el 68% corresponde a IPS públicas. En las IPS privadas, el médico general realiza la consulta en el puerperio en el 23% de los casos, y en el 77% el obstetra. En las IPS públicas, el médico general lo hace en el 26% de los casos y el obstetra en el 74%.

El 72% (398) de los funcionarios entrevistados respondió que su institución realiza la consulta del recién nacido: el 71% de ellos estaba adscrito a IPS públicas y el resto a privadas, índice claro de la falta de atención integral del binomio madre-hijo, sobre todo en las IPS privadas. En efecto, las IPS privadas situadas en las regiones Central y Atlántica solo realizan la consulta del recién nacido, en la primera, en el 60% de los casos, y en la segunda en el 51%. Las regiones donde menos se realiza esta consulta por parte de las IPS públicas son Bogotá con el 19% y Atlántica con el 17%.

Percepción de las usuarias sobre la calidad y el seguimiento de la atención

Para el análisis que sigue se tomaron las variables del Módulo 2 (Hospitalización y atención de urgencias) relacionadas con el tiempo de permanencia en el servicio, las incapacidades, las molestias durante la permanencia y las causas que afectaron la calidad.

El 55% de las usuarias de IPS en los servicios de hospitalización y urgencias manifestó que la estancia hospitalaria duró menos de un día, el 23% entre uno y dos días, y el 22% más de dos días.

Por regiones, las mayores incapacidades se encontraron en las usuarias de la Atlántica (29%) y la Central (27%), y la menor en la Orinoquia-Amazonía (2%). El promedio de días de incapacidad generados fue de 57.

Se indagó entre las 3973 usuarias entrevistadas, si durante la permanencia en la IPS sintieron molestia por alguna de las siguientes razones: no poder permanecer sentadas durante el tiempo de espera, no tener acceso a servicios sanitarios cuando los necesitó, por las condiciones físicas de la sala de espera y del sitio donde las atendieron. Entre el 7% y 9% de ellas manifestó sentirse incomoda por alguna de las anteriores circunstancias.

Se preguntó también si en algún momento de la atención sintió molestia o incomodidad por: la forma en que le hablaron las personas que la atendieron, por lo que le pidieron hacer durante la atención (desnudarse, por el examen que le hicieron de seno) o por la falta de cortesía y simpatía de los que las atendieron. Se encontró respuesta afirmativa en el 4% y 8% de las 3973 usuarias.

DISCUSIÓN

Por su carácter prioritario para la salud pública, la salud materna está regulada por políticas nacionales e internacionales que, para el caso colombiano, se traducen en la operacionalización y puesta en marcha de la Política de Salud Sexual y Reproductiva implementada por el Ministerio de la Protección Social.

La ENS-2007 pone en evidencia problemas estructurales que afectan la prestación de los servicios de salud maternos. Algunos de ellos están relacionados con las modificaciones que, en el sistema de salud vigente hasta entonces, introdujo la Ley 100 de 1993, la cual estableció para Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), modelo de aseguramiento que cambió el subsidio a la oferta por el subsidio a la demanda, amplió la privatización de los servicios de salud, privilegió la eficiencia y rentabilidad financiera y dio un nuevo impulso a los mecanismos de mercado y competencia entre instituciones públicas y privadas.

Contrario a lo que sucedía antes de la implementación de esta Ley, hoy existe en el país un protagonismo importante de la oferta privada para la prestación de los servicios de salud, como respuesta a los modelos de privatización imperantes en el contexto internacional (Fernández *et al*, 1995:386). Esta prelación de las instituciones privadas frente a las públicas –sobre todo en los niveles altos de complejidad, los más favorecidos por los mecanismos del mercado– genera un desequilibrio en la oferta obstetra pues, al no ser de alta rentabilidad la atención del parto, ella se traslada, en un alto porcentaje, a instituciones públicas de baja complejidad y bajo costo, muchas de las cuales, además, no ofrecen el servicio de control prenatal.

Por otra parte, en numerosas ocasiones las instituciones de salud de carácter privado han hecho de la atención al parto un evento rentable; ejemplo de ello es el aumento inusitado de nacimientos por cesárea, las remisiones de las maternas a otras instituciones aduciendo falta de recursos, las altas tempranas (menos de un día de hospitalización) para disminuir el tiempo de ocupación de las camas y, por ende, aumentar su rotación.

En los diferentes niveles de atención, los problemas relacionados con la calidad y la cantidad de la infraestructura física, la dotación, la presencia de insumos, la disponibilidad del talento humano, sumados a la escasa participación de las instituciones y servicios maternos de mediana complejidad, pueden afectar la funcionalidad armónica de la red de servicios de salud y el sistema de referencia, e incidir tanto en la calidad de la atención ante la presencia de complicaciones o muerte materna, como en el aumento de los costos para las instituciones, las usuarias y sus familias (al asumir gastos directos o indirectos se afecta la economía familiar).

Viene en aumento la vinculación del personal de salud –y en particular de los médicos generales y especialistas– mediante contratos de prestación de servicios o a través de cooperativas (tercerización de los servicios). Este tipo de contratación no garantiza la calidad de los servicios de salud, pues se trata de una población flotante, sin continuidad ni sentido de pertenencia a la

institución y sus programas; situación que, además, se ve reflejada en el manejo inadecuado de guías, normas y protocolos.

Como lo evidenció la ENS-2007, no siempre se realizan todos los procedimientos que por protocolo deben recibir las usuarias de la atención obstétrica, ni se les brinda la educación y las indicaciones relacionadas con su estado de salud y el tratamiento correspondiente, lo que afecta no solo la calidad en la atención, sino también los resultados futuros de nuevas consultas.

Existen problemas para el acceso a los servicios de salud relacionados con las distancias –en numerosas ocasiones las EPS contratan con IPS muy lejanas del domicilio de las usuarias–, el transporte y la fragmentación de los servicios, lo cual obliga a varios desplazamientos para acceder a la atención. Y aunque las maternas hacen parte del grupo prioritario para la atención, en muchas IPS deben esperar más de una hora para ser recibidas por el profesional de la salud.

Se encontraron deficiencias tanto en las condiciones físicas de las instituciones como en la interacción de las maternas con el personal de la salud. Los problemas estructurales y de atención se presentaron con mayor frecuencia en las regiones Atlántica y Pacífica y en las IPS públicas que son, sin embargo, las que asumen el mayor peso de la atención obstétrica.

Los problemas hasta aquí señalados tienen un peso significativo al momento de evaluar el avance en el cumplimiento de la meta establecida por la ONU en su programa Objetivos de Desarrollo del Milenio: disminuir en $\frac{3}{4}$ partes las tasas de mortalidad materna en todo el mundo; meta asumida por el Ministerio de la Protección Social que, mediante indicadores de calidad establecidos en el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Colombia (cuyo objetivo principal es garantizar el acceso a la atención oportuna, segura y pertinente), busca poner en práctica su política de Maternidad Segura y sin Barreras.

Por otra parte, el Ministerio de la Protección Social es consciente de los problemas generados por el modelo de aseguramiento implementado por la Ley 100. En el documento “Política Nacional de Prestación de Servicios” plantea las dificultades con las que en la actualidad tropieza el sector salud en relación con la calidad, el acceso y la eficiencia de la oferta (Ministerio de la Protección Social, 2005).

El SGSSS o Ley 100 –como todo sistema de mercado que privilegie el lucro y la competencia–, remite a un segundo plano los criterios de calidad, lo cual contradice los principios, derechos y deberes constitucionales consignados en la Constitución Política Colombiana de 1991 y definidos por la Corte Constitucional en su sentencia T-402 de 1992 (Molina *et al*, 2009:34 y 75). Resulta por lo tanto necesario actuar con decisión para, así, garantizar el acceso y la calidad en los servicios de atención materna y neonatal en las instituciones de salud públicas y privadas existentes en el país.

CONCLUSIONES

- Contrario a lo que sucedía antes de la implementación de la Ley 100 de 1993, hoy existe un protagonismo importante de la oferta privada para la prestación de los servicios de salud.
- Si bien el número de camas no define la complejidad de las instituciones de salud, en este análisis fue necesario utilizar este criterio debido a la ausencia, en la ENS-2007, de preguntas que relacionasen la complejidad con las condiciones de atención.
- Se observa un desarrollo inarmónico de las IPS privadas, manifiesto en la tendencia a la desaparición de las IPS de mediana complejidad por la introducción de servicios cada vez más complejos y de alto costo social, sin considerar que son más frecuentes los partos normales, que requieren IPS de baja complejidad, que aquellos que requieren alta tecnología.
- Cada vez es mayor la tendencia a complejizar procedimientos e inducir cesáreas. Si bien esta tendencia es alarmante en todas las regiones, los porcentajes más altos corresponden a la Atlántica: 21% en las IPS públicas y 40% en las privadas. Lo que estaría indicando el interés de rentabilidad de las IPS.
- Aunque la maternidad es prioritaria para el país, no en todas las instituciones de baja complejidad (0-9 camas) se presta el servicio de control prenatal.
- El servicio de hospitalización obstétrica no se presta en el 100% de las instituciones públicas y privadas. En éstas la situación es más notoria, en particular en la región Atlántica. Esto puede deberse a que es un servicio poco rentable.
- La forma de vinculación del personal de salud (médicos y enfermeras) ocasiona una alta rotación e inestabilidad laboral, lo cual puede afectar la calidad en la prestación de los servicios.
- Los protocolos y guías de atención, además de ofrecer un inventario de los procedimientos a realizar en cada caso, sirven como mecanismo de control de la calidad de la prestación de los servicios de salud. Sin embargo, la ENS-2007 encontró que en numerosos servicios donde se realiza control prenatal –en particular, en las IPS de carácter público– no se conocen los protocolos o no se encuentran disponibles durante la consulta.
- Los servicios obstétricos presentan deficiencias en las condiciones físicas, la disposición de muebles y equipos y el abastecimiento de insumos, lo que no permite garantizar el cumplimiento de los parámetros de calidad en la atención. Esta situación se evidencia con mayor frecuencia en las IPS privadas y en las de bajo nivel de complejidad. Además, en todas las regiones se presenta, en algún grado, incumplimiento de uno o varios criterios de calidad.
- Si bien todos los servicios de obstetricia están dotados con los equipos para la atención del parto, en un alto porcentaje de las IPS –y de manera notable en las públicas– faltan equipos importantes como la lámpara de calor radiante, el equipo de monitoreo fetal (solo el 62% de

las IPS de alta complejidad lo tienen), la incubadora estándar y de transporte (ausente en el 100% de las IPS de alta complejidad) y el ecógrafo.

- Los servicios obstétricos de alta complejidad se encuentran, en una mayor proporción, en las IPS privadas y en las regiones Atlántica y Central. En las IPS públicas se prestan estos servicios –aunque siempre en menor proporción que las privadas– sobre todo en las regiones Central y Bogotá. Es alarmante la escasa existencia de servicios obstétricos de alta complejidad en las regiones Pacífica y Orinoquia-Amazonía y, por lo tanto, el alto porcentaje de procedimientos de remisión.
- Si bien las IPS (más las públicas que las privadas) conocen los procedimientos de referencia de usuarias, persisten todavía algunas dificultades en su difusión y aplicación, lo que puede estar afectando la calidad de la atención por falta de oportunidad y acceso a estos procedimientos. Entre las causas de remisión sobresalen las relacionadas con problemas estructurales, tales como la falta de personal, de materiales o de disponibilidad del servicio.
- En un porcentaje importante, las usuarias se demoran más de 30 minutos (puede incluso pasar más de 2 horas) para acceder a las IPS y a los servicios obstétricos.
- La posibilidad de elegir al profesional de la salud es superior en las IPS privadas.
- El promedio de tactos vaginales es de 4 y 5. En la región de la Orinoquia-Amazonía el promedio es de 6 y 7. Esta situación pudiera estar influyendo en la aparición de complicaciones durante el parto y en el postparto.
- No todos los procedimientos que requieren las maternas se realizan en un 100%, y es notoria la falta de regularidad en la aplicación de medicamentos por vía parenteral para el tratamiento de la eclampsia y procedimientos de transfusión sanguínea; se continúa también con la extracción manual de la placenta y de productos retenidos.
- Tampoco se brinda con regularidad información a las usuarias sobre complicaciones, planificación familiar, consulta de control, estado de salud tratamientos. Esta situación, que afecta calidad de la atención, se presenta tanto en las IPS públicas como en las privadas.
- Las usuarias de las IPS privadas deben asumir pagos relacionados con la medicina prepagada, gastos de hospitalización, copagos y cuotas moderadoras. Las usuarias de las IPS públicas pagan por rubros como materiales, exámenes, por medicamentos y otros tratamientos. Situación que incide en el acceso a los servicios de salud maternos y afecta la economía familiar.
- Aunque para la asignación de la cita de control del puerperio se observa el interés de ofrecer una atención rápida, aún se presentan en ocasiones demoras que oscilan entre 2 y 5 días. La proporción de consultas de puerperio por médico general y el obstetra es similar en las IPS privadas y públicas.
- Se observa una falta de seguimiento al recién nacido: solo se realiza en el 72% de las IPS que cuentan con el servicio de hospitalización obstétrico, resultado que se alcanza gracias a las IPS

públicas. Hace falta reforzar la atención integral del binomio madre-hijo, sobre todo en las IPS privadas, y de éstas las situadas en las regiones Central y Atlántica. Entre las IPS públicas que no realizan esta consulta sobresalen las de las regiones de Bogotá y Atlántica. Si bien en un porcentaje importante esta cita puede asignarse en el mismo día, todavía en algunos casos puede demorarse más de 5 días.

- En el modelo de Seguridad Social en Salud vigente hoy en Colombia, en el que priman los intereses económicos, no es rentable para las IPS mantener más de un día una usuaria en los servicios de obstetricia, pues su rentabilidad económica es baja, razón por la cual se generan altas tempranas en detrimento de la calidad de la atención de las usuarias.
- El mayor número de incapacidades entre las maternas se da en las IPS situadas en las regiones Atlántica y Central.
- Las principales razones de incomodidad entre las usuarias de los servicios de obstetricia son: no poder permanecer sentadas durante el tiempo de espera, no tener acceso a los servicios sanitarios, las condiciones físicas de la sala de espera y del sitio donde las atendieron. También, en la interacción con el personal, por la forma de hablar, por el examen al que fueron sometidas y por la falta de cortesía y simpatía de las personas.

RECOMENDACIONES

- Definir nuevos criterios para clasificar las instituciones por niveles de atención y grados de complejidad, ya que la Resolución 14707 de 1991, vigente aún, ya no aplica para el modelo de salud actual.
- Aplicar una futura Encuesta Nacional de Salud con base en los criterios establecidos por el Ministerio de la Protección Social en la “Política Nacional de Prestación de Servicios”, que tiene en cuenta la calidad, el acceso y la eficiencia.
- Por ser la maternidad una política prioritaria de salud pública, la atención debe garantizarse vía oferta y en instituciones de salud de carácter público y privado situadas estratégicamente en las regiones.
- Se requiere con urgencia la organización armónica de la Red de Servicios de Salud Maternos en todos los niveles de complejidad, para así: dar respuesta a las necesidades del país, impulsar su desarrollo técnico y tecnológico, garantizar el acceso y la calidad en la atención materna. Una política en este sentido evitaría desarrollos innecesarios de instituciones del tercer nivel, con un costo social importante.
- Garantizar la vinculación del personal de los servicios de salud maternos mediante contrato de trabajo a término indefinido, lo cual favorece la continuidad, el sentido de pertenencia y el cumplimiento de las normas y protocolos y, por ende, la calidad de la atención materna.

- Realizar procesos de vigilancia y control en las diferentes IPS públicas y privadas, y generar los planes de mejoramiento que sean pertinentes en cada caso.
- Exigir procesos de capacitación, inducción y reinducción para el personal que tienen que ver con la atención directa de las maternas.
- Proponer un sistema de acreditación o certificación de la calidad exclusivo para la atención de las maternas y, para ello, iniciar con un Ranking de IPS.
- Proponer un sistema de estímulos a las IPS que garanticen calidad en la atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CDESC: Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas y Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2002). *Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Disfrute del derecho a la salud en condiciones de igualdad*. Ginebra.

Colombia, Conpes Social 91 (2005). "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio - 2015". [Sitio disponible en]: http://www.dnp.gov.co/archivos/documentos/Subdireccion_Conpes/Social091.pdf Consultado el 28 de agosto de 2009.

Colombia, Ministerio de la Protección Social (2003). *Política de la Salud Sexual y Reproductiva*. Bogotá.

_____ (2005). "Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud". Bogotá. P 13-16

_____ e Instituto Nacional de Salud (2004). "Mortalidad de notificación obligatoria semanal". En: *Boletín Epidemiológico Semanal SIVIGILA*, No.15.

Congreso de la República de Colombia (1993). "Ley 100 de 1993, por medio de la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social". Bogotá.

Fernández, J, J Pereira, A Torres (1995). "Una agenda a debate: El informe del Banco Mundial *Invertir en Salud*". En: *Revista Española de Salud Pública*, No.5. [Sitio disponible en]: www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL69/69_5_p386.pdf Consultado el 23 de diciembre de 2009.

Gaitán, H (2005). "El Instituto Materno Infantil y los planes de reducción de la mortalidad materna: un reto para el sistema de seguridad social en salud". En: *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(2):113-115. Bogotá.

Merchán, C (2007). "El derecho a la alimentación y a la salud reproductiva desde la perspectiva de los derechos económicos, sociales y culturales". En: *Bits*, 11. Facultad de Trabajo Social de Cuenca (España). [Sitio disponible en]: www.uclm.es/bits/sumario/62.asp.

Molina, G, IF Muñoz y A Ramírez (eds.) (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Bogotá.

OMS: Organización Mundial de la Salud (2002). "Contribución de la OMS al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas". [Sitio disponible en]: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB111/seb1113.pdf. Consultado el 28 de agosto de 2009.

ONU: Organización de las Naciones Unidas (1976). "Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales". Washington, D.C.

ONU. [Documento en Internet]. 2000, p2 [citado en 2009, agos. 28]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>.

Torres, Y, L Montoya, J Cuartas y G Osorio (2005). "Factores asociados a mortalidad materna: estudio de casos y controles. Medellín 2001-2003". En: *Revista CES*, 19(2):19-45.

CAPÍTULO 4:

CARACTERIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias deben poseer una disponibilidad permanente de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche (Sánchez y Bueno, 2005:138). Por lo tanto, deben disponer de la infraestructura adecuada y suficiente para la atención oportuna y con calidad de los pacientes, en particular de aquéllos que solicitan atención por eventos agudos y graves (Navarro *et al*, 2005:210). La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, y tiene como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que la realiza (Salgado *et al*, 2006:531). El conjunto articulado de las unidades prestadoras de atención de urgencias conforma la red de urgencias que, según niveles de atención y grados de complejidad, deben actuar coordinadamente. La efectividad de los servicios de urgencias hospitalarios depende de los determinantes externos que se derivan de la demanda de los usuarios.

En Colombia, la Ley 100 de 1993 –que instituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)– y sus normas reglamentarias de atención de urgencias establecieron que esta atención debe ser prestada en forma obligatoria a todas las personas, con independencia de su capacidad de pago y del tipo de régimen de afiliación al SGSS.

La norma marco de las urgencias es el Decreto 412 de 1992, expedido por el Ministerio de Salud (anterior a la Ley 100/93), que “reglamenta parcialmente los servicios de urgencias”, y se aplica a todas las entidades, públicas y privadas, prestatarias de servicios de salud. En dicho Decreto se trata de la obligatoriedad de la atención inicial de las urgencias acorde con el nivel de atención y grado de complejidad de cada entidad y, si el paciente es remitido, su responsabilidad llega hasta el momento en que éste ingrese a la entidad receptora. Establece también algunas definiciones, que luego serán refinadas en el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS), y entre ellas define la Atención Inicial de Urgencia como “las intervenciones realizadas a una persona con patología de urgencia y que tiendan a estabilizarla en sus signos vitales, realizar un diagnóstico de impresión y definirle el destino inmediato”, el servicio

de urgencia como “la Unidad que en forma independiente o dentro de una entidad que preste servicios de salud, cuenta con los recursos adecuados [...] que permitan la atención de personas con patología de urgencia”, y la red de urgencias como “un conjunto articulado de unidades prestatorias de atención de urgencias, según niveles de atención y grados de complejidad”.

La Ley 100 de 1993, en su Artículo 159, garantiza a los afiliados al SGSSS la atención de urgencias en todo el territorio nacional, y en el Artículo 162 (Parágrafo 5) ordena a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) establecer “un sistema de referencia y contrarreferencia para que el acceso a los servicios de alta complejidad se realice por el primer nivel de atención, excepto en los servicios de urgencias”. Establece también (Artículo 168) que “la atención inicial de urgencias debe ser prestada en forma obligatoria por todas las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, a todas las personas independientemente de la capacidad de pago. Su prestación no requiere contrato ni orden previa”.

La Resolución 5261 de 1994, por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud, (MAPIPOS), define la urgencia como “la alteración de la integridad física, funcional y/o psíquica por cualquier causa con diversos grados de severidad, que comprometen la vida o funcionalidad de la persona y que requiere de la protección inmediata de servicios de salud, a fin de conservar la vida y prevenir consecuencias críticas presentes o futuras”.

Establece el MAPIPOS que las urgencias se atenderán en cualquier parte del territorio nacional, sin que para ello sea necesario autorización previa de la EPS o remisión, ni el pago de cuotas moderadoras (el Acuerdo 260 de 2004, del Consejo de Seguridad Social, establece también que la atención inicial de urgencias está exonerada de copagos), y describe las actividades que deberán realizarse durante la atención de pacientes en el servicio de urgencias: evaluación y atención médica, sutura, observación hasta por 24 horas, hidratación, estabilización y remisión del paciente que lo requiera, otras actividades y procedimientos médicos y de enfermería, interconsulta especializada y movilización del paciente en ambulancia cuando lo requiera.

La Resolución 2816 de 1998 (Artículo 1º) establece que cuando la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) “no pertenezca a la red de prestadores de las EPS, informará la atención de los afiliados en el servicio de urgencias, en las 24 horas hábiles siguientes al ingreso del paciente [o] con la periodicidad que se haya pactado entre las dos instituciones”. Esta condición no siempre ha resultado viable para los prestadores, pues esta información depende de que al paciente se le pueda identificar efectivamente, lo que no siempre es posible, bien por su condición, o bien porque en ocasiones el usuario oculta su afiliación para evitar ser remitido a la red propia de su EPS.

Tanto aseguradores como prestadores se enfrentan a la disyuntiva de atender usuarios que, por falta de educación acerca de sus deberes o por la dificultad de acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS), acuden a los servicios de urgencias sin que esté en peligro la vida y la función, lo que congestiona y retrasa la atención de casos más graves. Esta situación ha sido manejada por las entidades de salud (sin haber sido reglamentada) mediante la implementación del proceso

de Atención Prioritaria, que consiste en crear espacios aparte para atender los pacientes que presentan situaciones que, sin ser urgencia vital, requieren de valoración médica y dan más espera.

La atención en urgencias está sometida a una serie de tensiones entre los actores institucionales y la población demandante, que se hacen más críticas como consecuencia de la situación de salud por la que atraviesan quienes acuden a estos servicios. La disponibilidad de los servicios de urgencias las 24 horas al día, todos los días de la semana, favorece que las personas para acceder a ellos no tengan que pedir cita ni esperar una referencia, simplemente acuden y se les atiende. Por este motivo, a los servicios de urgencias acuden tanto quienes se ven afectados por una real urgencia motivada por una enfermedad común, un accidente o una agresión que pone en peligro su vida, como aquellos que por razones externas a su estado de salud no quieren o no pueden asistir a la consulta regular (Caja Costarricense de Seguridad Social, 2001:16).

El tiempo de espera en los servicios de urgencias puede incrementar el sufrimiento de los pacientes, la gravedad de su patología y afectar la percepción de la satisfacción de la atención prestada. Este tiempo puede estar influenciado por múltiples causas relacionadas con el retraso asistencial o por la prioridad en la atención (Carbonel *et al*, 2006:30-31).

En Colombia, “las IPS reciben el impacto de los problemas de acceso al ver congestionados sus servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y la tramitomanía para acceder a consulta externa. Adicionalmente [se ha referenciado] el insuficiente recurso humano para atender la demanda de urgencias” (Vargas y Molina, 2009:126).

Esta sesión presenta una caracterización de la estructura, el proceso y los resultados de la atención de urgencias a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007), que incluyen la oferta de servicios según la naturaleza jurídica de la IPS y la disponibilidad de los profesionales en términos de su cantidad y de las horas semanales disponibles para la atención por urgencias. Se explora la identificación de los usuarios como potenciales beneficiarios del subsidio y su afiliación al SGSSS, y se analiza el proceso de atención en sus múltiples aspectos –previo, durante y después de la atención– en cuanto al tiempo de permanencia en el servicio, las incapacidades generadas, las molestias que fueron percibidas durante la atención, las causas que afectaron la calidad del servicio y las formas de pago. Para finalizar, y a manera de aproximación a la morbilidad sentida, se explora lo relacionado con los casos de usuarios que sufrieron accidentes de tránsito: sus motivaciones para consultar o no consultar y los motivos relacionados con la negación de la atención por parte de las instituciones prestadoras de servicios de urgencias.

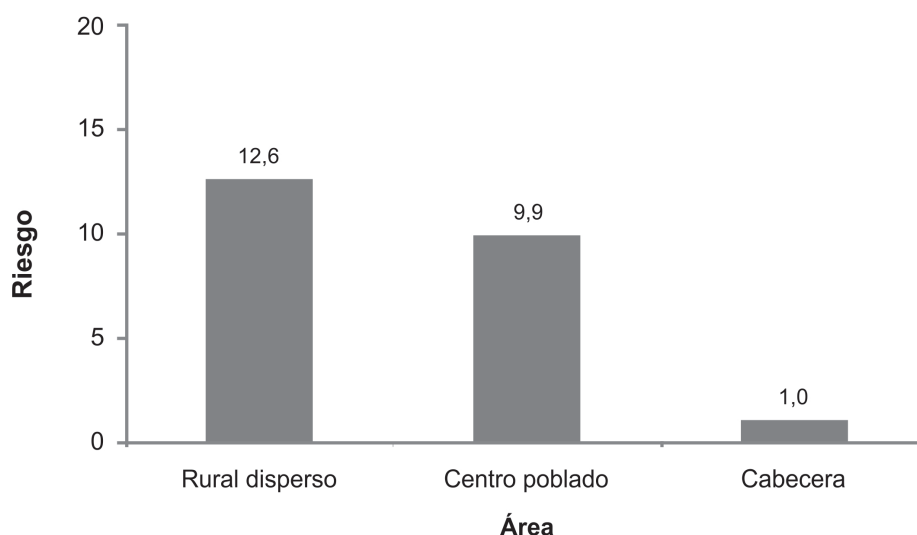
El proceso metodológico se enfoca en el análisis de los datos de la ENS-2007 (basada, a su vez, en la muestra maestra nacional de PROFAMILIA), que es un estudio descriptivo de corte transversal, realizado en 238 municipios, en los que se aplicó la encuesta a una muestra de hogares, a todos los entes territoriales respectivos, a 1170 IPS's, y en ellas a una muestra representativa de funcionarios y a 93.737 usuarios, de los cuales 24.576 fueron usuarios de los servicios de urgencias. Para el análisis se realizó una exploración de todas las variables, y se seleccionaron las más representativas por su utilidad para describir la situación de la atención por urgencias como parte del análisis de

la situación de salud en Colombia. Se tomaron los datos del cuestionario de IPS (Módulos 1 y 2) y del de Usuarios (Módulo 2 de IPS). Con las variables se realizó análisis univariado y bivariado, para obtener la distribución de la frecuencia de cada una de ellas y, así, dar cuenta de la estructura, proceso y resultados de la atención por urgencias.

RESULTADOS

Caracterización de la estructura de los servicios de urgencias

La ENS-2007 fue realizada a 1170 IPS's en 238 municipios del país; el 48% eran IPS's de naturaleza pública, el 51% privadas y el 0,8% mixtas.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS- 2007.

Gráfico 4.1. Número de IPS's según región y naturaleza jurídica. Colombia, 2007

El Gráfico 4.1 muestra una mayor proporción de IPS's de naturaleza pública en las regiones Central y Pacífica. Para las demás regiones la muestra tuvo en cuenta una proporción mayor de instituciones de naturaleza privada o mixta.

Las IPS's seleccionadas en la ENS-2007, y que contaban con servicios de urgencias, fueron repartidas por regiones de la siguiente manera: El 26,2% correspondió a la región Central; la Atlántica tuvo una representación del 20,6% del total; la Oriental del 18,4%; la Pacífica del 15,5%; en Bogotá está el 12% de los servicios de urgencias incluidos en la muestra; y el 7,3% restante se encuentra en la Orinoquia-Amazónica.

Para el año 2007, el 6,2% de las IPS's públicas encuestadas aún no habían sido transformadas en Empresas Sociales del Estado (ESE); esta situación es más notable en las regiones Atlántica y Oriental: la primera con el 12,7% de instituciones sin esta razón social, y la segunda con el 11,1%; le siguen la región Central con el 5,2%, la Pacífica con el 4,2%, y la Orinoquia-Amazonía con el 2,9%. En Bogotá, la totalidad de las IPS's públicas incluidas en la muestra eran ESE's.

De las 608 IPS's de naturaleza privada encuestadas en el país, el 62,5% son instituciones con ánimo de lucro. Los mayores porcentajes de este tipo de instituciones corresponden a las regiones Atlántica (78,6%), la Orinoquia-Amazonía (66,7%) y la Oriental (60,3%). La región con menos IPS's con ánimo de lucro es Bogotá (46,6%).

Con relación a la habilitación de los servicios de urgencias, de las 1170 IPS's seleccionadas en la ENS-2007, el 56,5% contaba con estos servicios habilitados. En la región Atlántica se encontró la mayor proporción con el 68%, y la menor en la Orinoquia-Amazonía con el 25,6%. Las demás regiones tuvieron un comportamiento muy parecido al promedio en este indicador: la región Oriental con el 57,2%, la Central con el 58,5%, la Pacífica con el 58% y Bogotá con un 48% de las IPS's encuestadas con servicios de urgencias habilitados.

De las 223 IPS's privadas sin ánimo de lucro, el 42,2% tenía habilitado el servicio de urgencias. La región con mayor porcentaje de IPS's privadas sin ánimo de lucro que contaban con este servicio habilitado fue la Atlántica, con un 71,4%, y la de menor porcentaje fue la Orinoquia-Amazonía con un 17,6%, seguida de la región Central con un 36,7%.

Para el caso de las 380 IPS's privadas con ánimo de lucro, el 50% tenía habilitado el servicio de urgencias. La mayor proporción se encontró en la región Atlántica, seguida de las regiones Oriental, Central y Pacífica, y la menor proporción en la Orinoquia-Amazonía seguida de Bogotá.

Del total de 562 IPS's de origen público, el 66,7% contaba con servicios de urgencias habilitados. La región con mayor proporción fue la Oriental con un 72,7%, y la de menor proporción fue la Orinoquia-Amazonía con un 45,7%.

La distribución por regiones de las IPS's privadas y públicas encuestadas con servicios de urgencias habilitados se expresa en el Cuadro 4.1.

Población atendida en los servicios de urgencias

En la ENS-2007 se encuestaron 3791 personas pertenecientes a alguno de los programas establecidos en la norma como programas de demanda inducida (detección temprana y protección específica) o que recibieron atenciones priorizadas en salud pública. Este grupo representa el 15,4% del total de usuarios encuestados en los servicios de urgencias, y su distribución se presenta en el Cuadro 4.2 El 84,6% restante de las personas encuestadas solicitaron los servicios de urgencias por causas que se detallan más adelante.

Región	Naturaleza jurídica de la IPS																	
	Privada sin ánimo de lucro						Privada con ánimo de lucro						Pública					
	Sí		No		Total		Sí		No		Total		Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	20	71,4	8	28,6	28	100	65	63,1	38	36,9	103	100	79	71,8	31	28,2	110	100
	13	28,3	33	71,7	46	100	38	54,3	32	45,7	70	100	72	72,7	27	27,3	99	100
	22	36,7	38	63,3	60	100	48	53,9	41	46,1	89	100	107	69,5	47	30,5	154	100
Pacífica	19	54,3	16	45,7	35	100	26	52,0	24	48,0	50	100	60	62,5	36	37,5	96	100
Bogotá	17	45,9	20	54,1	37	100	10	29,4	24	70,6	34	100	41	60,3	27	39,7	68	100
Orinoquia y Amazonía	3	17,6	14	82,4	17	100	3	8,8	31	91,2	34	100	16	45,7	19	54,3	35	100
Total	94	42,2	129	57,8	223	100	190	50,0	190	50,0	380	100	375	66,7	187	33,3	562	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Cuadro 4.2 Personas atendidas por urgencias usuarias de los programas de demanda inducida. Colombia, 2007

Personas atendidas por urgencias	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Mujeres que requieren control prenatal	813	21,4
Mujeres que requieren citología	785	20,7
Hombres susceptibles de Planificación Familiar	763	20,1
Niños menores de 10 años (Programa de Crecimiento y Desarrollo)	750	19,8
Niños que requieren vacunas del PAI	661	17,4
Niños que requieren tratamiento para Desnutrición	17	0,4
Personas que requieren tratamiento para dengue	2	0,1

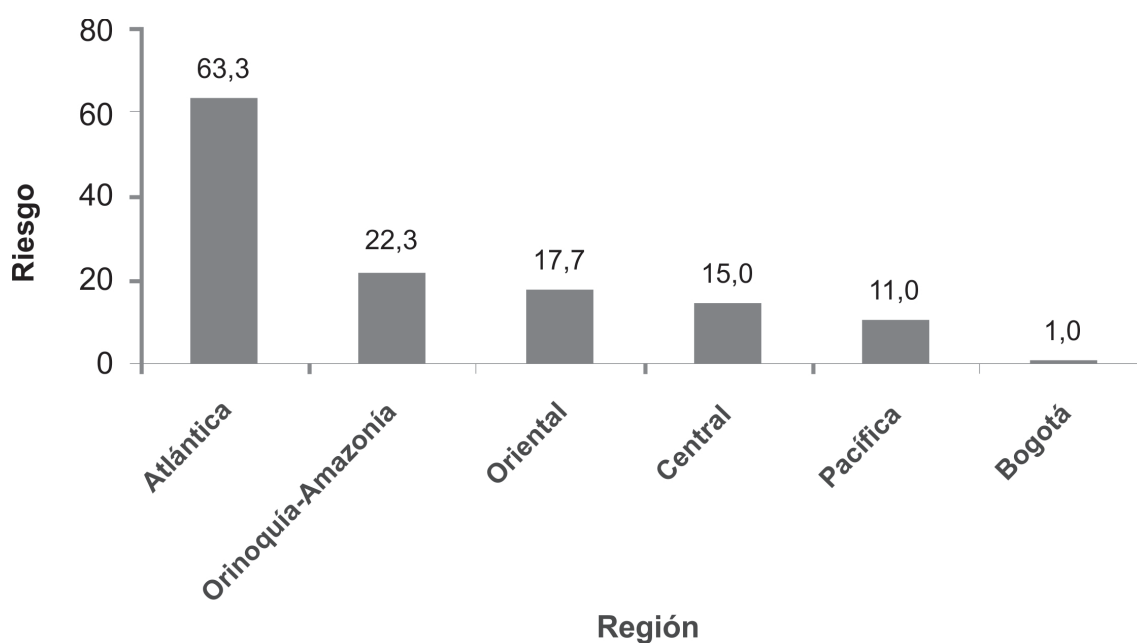
Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Los datos anteriores muestran que los siguientes grupos poblacionales, priorizados en las actividades de demanda inducida, no son representativos en la muestra de usuarios atendidos en el servicio de urgencias de la IPS's incluidas en la ENS-2007: atención del parto, enfermedad diarreica aguda en menores de 10 años, infección respiratoria aguda en menores de 10 años, tratamiento para accidentes de tránsito, tratamiento para agresiones físicas, tratamiento preventivo o curativo en salud bucal, tratamiento para el dolor de espalda o cuello, tratamiento para hipertensión, tratamiento para sobrepeso u obesidad, tratamiento de diabetes, tratamiento de infecciones de transmisión sexual y tratamiento para malaria.

Dotación de personal de salud en los servicios de urgencias

La ENS-2007 inquirió acerca de los tipos de profesionales y técnicos adscritos a los diferentes servicios de urgencias en el país. Se preguntó por la suficiencia de los siguientes perfiles ocupacionales: médico general, médico especialista en medicina interna, ginecología y obstetricia, ortopedia y pediatría, enfermeras profesionales y enfermeras especialistas, odontólogos generales o especialistas, cirujanos generales o especializados, profesionales en nutrición y dietética, auxiliares de enfermería y otros.

El promedio de profesionales en los servicios de urgencias se comportó, para todas las IPS's encuestadas, como aparece en el Gráfico 4.2.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 4.2. Promedio de profesionales en los servicios de urgencias. Colombia, 2007

En el Cuadros 4.3 aparece la distribución por regiones de los profesionales disponibles. La ENS-2007 no discrimina si la disponibilidad efectiva es de tiempos completos o medios tiempos.

Cuadro 4.3 Distribución de profesionales en los servicios de urgencias según región. Colombia, 2007.

Profesionales en los servicios de urgencias	Región													
	Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonía		Total	
	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media
Médicos generales	162	6,7	122	8,2	179	10,4	105	10,1	65	13,7	22	7,0	655	9,2
Médicos Internistas	61	2,3	42	3,2	51	3,5	37	3,7	18	4,1	4	2,5	213	3,2
Ginecobstetras	63	3,3	43	4,3	49	4,7	31	3,8	16	8,0	3	4,0	205	4,3
Ortopedistas	64	2,6	42	4,0	52	3,9	37	4,3	16	5,6	4	2,3	215	3,7
Pediatras	67	2,6	43	3,3	58	4,1	33	4,7	22	6,5	2	3,5	225	3,8
Enfermeras profesionales	137	2,8	77	3,8	130	4,0	73	3,9	46	7,0	14	3,3	477	3,9
Enfermeras especialistas	7	3,0	7	5,4	3	3,3	2	1,5	8	3,8	0	-	27	3,8
Odontólogos generales o especializados	11	1,4	14	1,4	15	2,3	13	2,8	4	1,3	0	-	57	1,9

Profesionales en los servicios de urgencias	Región													
	Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonía		Total	
	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media	No.	Media
Cirujanos generales o especializados	63	3,6	43	5,0	59	5,1	33	5,4	19	7,8	4	2,5	221	4,9
Profesional en nutrición y dietética	16	1,5	20	1,6	17	1,1	11	1,0	9	2,3	1	1,0	74	1,5
Auxiliares de enfermería	164	9,0	123	9,6	179	12,0	105	12,9	68	14,1	22	10,5	661	11,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

De los datos de los Cuadros 4.3 y 4.4 vale resaltar:

- La disponibilidad promedio de médicos generales, en 655 instituciones con este recurso en los servicios de urgencias, fue de 9,2 médicos por institución, con una variabilidad por regiones que fluctuó entre un mínimo de 6,7 médicos generales por IPS para la región Atlántica, y 13,7 por IPS en Bogotá.
- Según su naturaleza jurídica, en las 372 IPS's públicas el promedio es de 8,5 médicos generales por IPS, con un mínimo de 5,9 médicos por IPS en la región Atlántica y un máximo de 11,1 en Bogotá. Por el contrario, para las 283 IPS's privadas o mixtas el promedio ascendió a 10,2 médicos generales por IPS, con un mínimo de 5,8 médicos por institución para la Orinoquía-Amazonía y un máximo de 17,9 para Bogotá. Estos datos muestran la mayor concentración del talento humano en medicina general en las IPS de naturaleza privada.
- En 213 de las IPS's participantes en la ENS-2007 se contaba con el concurso de médicos especialistas en medicina interna; el promedio fue de 3,2 especialistas por IPS. En promedio, la región con menos internistas disponibles fue la Atlántica con 2,3, seguida de la Orinoquía-Amazonía con 2,5, y la de mayor disponibilidad de internistas por servicio fue Bogotá, con 4,1 en promedio.
- Para las 130 IPS's de naturaleza privada con médico internista, se tuvo un promedio de 3,1 médicos por servicio, con un máximo de 4,2 para Bogotá y un mínimo de 2 internistas en la Orinoquía-Amazonía. En las 83 IPS de naturaleza pública se encontró un promedio de 3,3 internistas por servicio, con un máximo de 3,9 para Bogotá y un mínimo de 2 para la región Atlántica. Estas cifras permiten afirmar que, si bien la muestra acopió información en un número menor de instituciones de naturaleza pública, la concentración de la disponibilidad de médicos internistas fue mayor en aquellas que en las IPS's privadas.
- Entre las 205 IPS's que adujeron tener disponibilidad de ginecoobstetras, se contaba con un promedio de 4,3 especialistas por institución, con un máximo de 8 para Bogotá y un mínimo de 3,3 para la región Atlántica.

Cuadro 4.4 Distribución de profesionales en los servicios de urgencias, según naturaleza jurídica y región. Colombia, 2007.

Naturaleza jurídica IPS	Profesionales en los servicios de urgencias		Región													
			Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonía		Total	
													No.	Media		
Privada o mixta	Médicos generales	84	7,3	51	8,9	72	11,6	45	11,0	25	17,9	6	5,8	283	10,2	
	Médicos Internistas	40	2,5	24	2,8	31	3,4	24	3,7	10	4,2	1	2,0	130	3,1	
	Ginecobstetras	44	3,0	26	3,9	28	5,0	19	4,3	9	6,8	1	4,0	127	4,1	
	Ortopedistas	46	2,7	24	3,9	33	3,9	25	4,3	11	7,0	2	1,5	141	3,8	
	Pediatras	47	2,6	24	3,0	38	4,8	22	5,0	14	7,6	1	2,0	146	4,1	
	Enfermeras profesionales	72	3,3	36	3,7	58	4,8	34	3,3	21	10,0	3	2,0	224	4,4	
	Enfermeras especialistas	6	3,3	3	3,0	2	2,5	0		4	1,8	0		15	2,7	
	Odontólogos generales o especializados	2	1,0	5	1,0	7	2,6	4	2,8	1	1,0	0		19	1,9	
	Cirujanos generales o especializados	47	3,6	27	4,0	35	4,6	23	4,9	12	5,4	1	2,0	145	4,3	
	Profesional en nutrición y dietética	11	1,4	14	1,4	11	1,2	7	1,0	7	2,6	0		50	1,5	
Pública	Auxiliares de enfermería	85	9,2	51	9,1	72	13,1	45	13,2	27	17,2	6	6,5	286	11,5	
	Médicos generales	78	5,9	71	7,8	107	9,6	60	9,5	40	11,1	16	7,5	372	8,5	
	Médicos Internistas	21	2,0	18	3,8	20	3,8	13	3,6	8	3,9	3	2,7	83	3,3	
	Ginecobstetras	19	3,9	17	5,0	21	4,3	12	3,2	7	9,6	2	4,0	78	4,7	
	Ortopedistas	18	2,2	18	4,1	19	4,0	12	4,2	5	2,6	2	3,0	74	3,5	
	Pediatras	20	2,7	19	3,7	20	2,8	11	4,1	8	4,6	1	5,0	79	3,4	
	Enfermeras profesionales	65	2,3	41	3,9	72	3,4	39	4,4	25	4,5	11	3,6	253	3,5	
	Enfermeras especialistas	1	1,0	4	7,3	1	5,0	2	1,5	4	5,8	0		12	5,1	
	Odontólogos generales o especializados	9	1,4	9	1,6	8	2,1	9	2,8	3	1,3	0		38	1,9	
	Cirujanos generales o especializados	16	3,4	16	6,6	24	5,8	10	6,7	7	11,9	3	2,7	76	6,0	
Profesional en nutrición y dietética	5	1,8	6	2,0	6	1,0	4	1,0	2	1,5	1	1,0	24	1,5		
	Auxiliares de enfermería	79	8,9	72	10,0	107	11,3	60	12,7	41	12,0	16	11,9	375	10,9	

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

- Según su naturaleza jurídica, el 62% de las IPS's (127) eran de naturaleza privada o mixta, y contaban con un promedio de 4,1 ginecoobstetras por institución; con una máxima para Bogotá de 6,8 y una mínima de 2,7 ginecoobstetras por IPS para la región Atlántica. En las IPS de origen público, el promedio de ginecoobstetras fue mayor de 4,7 por IPS, con un máximo de 9,6 para Bogotá y un mínimo de 3,2 para la región Pacífica. Estas cifras indican una mayor disponibilidad del talento humano para las urgencias ginecobstétricas en las IPS's de naturaleza pública, si bien su número en la ENS-2007 fue menor.
- De las 215 IPS's que contaban con disponibilidad de especialistas en ortopedia, el 65,6% eran de naturaleza privada o mixta, con un promedio de 3,8 ortopedistas por institución; Bogotá tiene la mayor cantidad de ortopedistas por institución: 7, y la Orinoquia-Amazonía la menor: 1,5. El 34,4% restante correspondió a IPS's de naturaleza pública, y en ellas el promedio de ortopedistas fue de 3,5 profesionales por IPS, con un máximo de 4,2 ortopedistas en la región Pacífica y un mínimo de 3,2 en la Atlántica. Para esta especialidad, el comportamiento en el sector público fue diferente al de las especialidades de medicina interna y ginecoobstetricia: la mayor concentración del recurso de ortopedistas se encuentra en las IPS's de naturaleza privada o mixta.
- Para el caso de los pediatras, se encontró que 225 de las IPS's con servicios de urgencias habilitados disponían de sus servicios. De éstas, el 64,8% eran de naturaleza privada o mixta, y contaban con, en promedio, 4,1 pediatras por institución, con un máximo de 7,6 para Bogotá y un mínimo de 2 pediatras en la Orinoquia-Amazonía (que solo tenía una IPS que contaba con este recurso). El 35,2% de las IPS's públicas que disponían de pediatras tenían, en promedio, 3,4 especialistas por IPS, con un máximo de 5 en la Orinoquia-Amazonía (concentrados en una sola institución) y un mínimo de 2,7 en la región Atlántica. Estos datos difieren de lo observado en las especialidades ya analizadas, y no guardan consistencia con el nivel de desarrollo de las regiones.
- El talento humano de enfermería profesional estuvo disponible en 477 de las IPS's con servicios de urgencias encuestadas, y su promedio fue de 3,9 enfermeras profesionales por servicio. La mayor proporción se encontró en Bogotá: 7 enfermeras por IPS con servicio de urgencias, y la menor en la región Atlántica: 2,8 enfermeras por IPS.
- Del total de IPS's con enfermeras profesionales en los servicios de urgencias, el 53% se encuentra en el sector público y el 47% en el sector privado. En este sector, el promedio es de 4,4 enfermeras profesionales por institución, mientras que en el sector público el promedio disminuye a 3,5 enfermeras por IPS.
- Según la naturaleza de la institución, la región con mayor disponibilidad de enfermeras profesionales fue Bogotá, con 10 enfermeras profesionales por IPS privada y 4,5 por IPS pública. La región con menos disponibilidad de enfermeras profesionales en las IPS's privadas fue la Orinoquia-Amazonía: en promedio 2 por IPS, y en las IPS's públicas fue la Atlántica: 2,3 enfermeras por IPS.

- Solo el 4% de las 661 IPS's con servicios de urgencias habilitados contaban con el concurso de profesionales en enfermería con especialización, con un promedio de 3,8 enfermeras especialistas por IPS. La mayor frecuencia se encontró en las IPS's de la región Oriental, con 5,4 enfermeras especialistas por cada IPS, seguida de Bogotá con, en promedio, 3,8. En la Orinoquia-Amazonía no se contaba con este recurso humano.
- Llama la atención que el promedio de enfermeras especializadas para las dos regiones con mayor disponibilidad de este talento humano se dio con mayor frecuencia en las IPS's de naturaleza pública: 7,3 enfermeras especialistas por IPS en la región Oriental y 5,8 en Bogotá.
- Solo 57 IPS's con servicios de urgencias expresaron tener disponibilidad de odontólogos generales o especializados, con un promedio de 1,9 profesionales de odontología por IPS para el país, sin encontrarse diferencias entre las entidades públicas y privadas.
- En la región Pacífica se encontró la mayor disponibilidad de odontólogos: en promedio 2,8 por IPS, tanto pública como privada. En la Orinoquia-Amazonía no se contaba con este recurso.
- El 33,4% de los servicios de urgencias contaban con cirujanos generales o especializados, con una media nacional de 4,9 profesionales por IPS. En las IPS's públicas –que representaban el 34% de las IPS's con cirujanos– se tenía un promedio de 6 especialistas en cirugía por IPS, mientras que en las de naturaleza privada o mixta el promedio fue de 4,3 cirujanos por IPS.
- En las IPS's privadas, la región con mayor promedio de cirujanos fue Bogotá: 5 cirujanos por IPS, y la de menor disponibilidad de cirujanos la Orinoquia-Amazonía: 2 por IPS. Situación similar se encontró en las IPS's públicas: en promedio Bogotá cuenta con 11,9 cirujanos por IPS, y la Orinoquia-Amazonía con 2,7.
- En 74 de las IPS con servicios de urgencias habilitados cuentan con profesionales en nutrición y dietética, con un promedio para el país de 1,5 nutricionistas por IPS e idéntica proporción entre las IPS's públicas y privadas o mixtas.
- De nuevo, Bogotá es la región que tiene el mayor número de nutricionistas, mientras que la Orinoquia-Amazonía solo contaba con uno en una IPS pública.
- En la totalidad de las IPS's con servicios de urgencias habilitados se contaba con disponibilidad de auxiliares de enfermería, con un promedio de 11,1 auxiliares por IPS y una fluctuación entre 14,1 auxiliares por servicio en Bogotá y 9 en la región Atlántica.
- En promedio, las IPS's de naturaleza privada o mixta contaban con 11,5 auxiliares disponibles por IPS, y las de naturaleza pública con 10,9. El promedio máximo en las IPS's privadas o mixtas se encontró en Bogotá: 17,2, y el mínimo en la Orinoquia-Amazonía: 6,5 auxiliares por IPS.
- Para las IPS's de naturaleza pública, la distribución por regiones tuvo un mejor comportamiento promedio en la región Pacífica, con 12,7 auxiliares por IPS; la menor proporción de auxiliares se encontró en la región Atlántica, con 8,9 auxiliares de enfermería por IPS.

Horas disponibles en urgencias según profesiones

Las horas disponibles para cada una de las profesiones abordadas por la encuesta se reflejan en la Gráfico 4.3. En él se observa que la distribución de dichas horas por profesión tiene el siguiente comportamiento: en las IPS's del sector privado incluidas en la muestra de la ENS-2007, la mayor disponibilidad de horas se presenta en las profesiones de médico general, médico internista, ortopedista, pediatra, enfermera profesional y auxiliar de enfermería; en las IPS's del sector público se encontró una mayor disponibilidad en las categorías profesionales de médicos ginecoobstetras, enfermeras especializadas, cirujanos generales o especializados y odontólogos generales o especializados.

Al interrogar a las instituciones acerca de la cantidad de atenciones urgentes simultáneas que es posible realizar en el servicio de urgencias, no se obtuvo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre las regiones del país. La media nacional para las instituciones seleccionadas en el estudio fue de 7 consultas simultáneas, con un máximo de 8 en Bogotá y un mínimo de 6 en la región Atlántica.

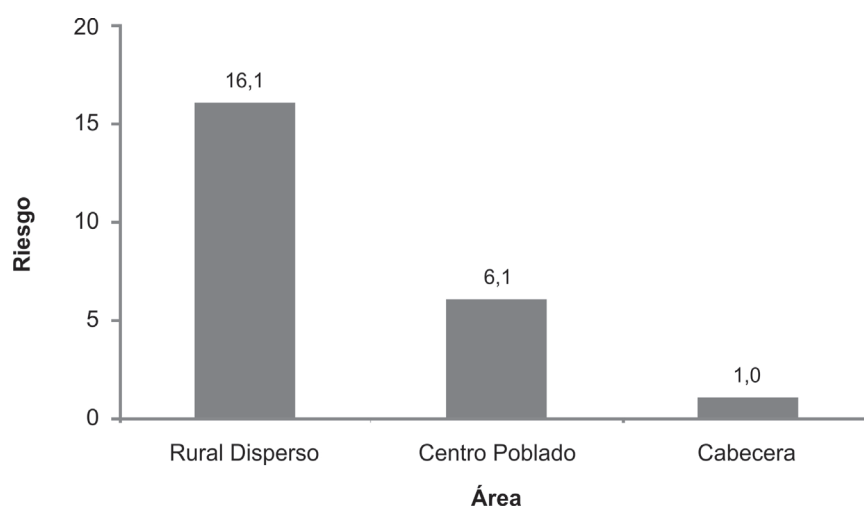
Caracterización del proceso de atención en los servicios de urgencias

El 56% de la población encuestada en los servicios de urgencias afirmó que en su hogar se había aplicado la encuesta del SISBEN. La distribución de estas personas de acuerdo con el nivel del SISBEN se caracterizó de la siguiente manera: entre los 17.094 pacientes que afirmaron haber sido objeto de la aplicación de la encuesta, el 89,5% fueron identificados como potenciales beneficiarios del subsidio: 56,1% en el nivel 1, 28,3% en el nivel 2 y 5,1% en el nivel 3. El 10,3% de los encuestados no supo responder a qué nivel pertenecía (Cuadro 4.5).

Cuadro 4.5 Personas encuestadas en urgencias según nivel del SISBEN y naturaleza jurídica de la IPS. Colombia, 2007

Nivel del SISBEN	Naturaleza jurídica de la IPS					
	Privada o Mixta		Pública		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Uno	3.212	44,5	6.379	64,6	9.591	56,1
Dos	2.111	29,3	2.732	27,7	4.843	28,3
Tres	503	7,0	362	3,7	865	5,1
Cuatro	25	0,3	4	0,0	29	0,2
Cinco	4	0,1	3	0,0	7	0,0
Seis	2	0,0	2	0,0	4	0,0
No sabe	1.357	18,8	398	4,0	1.755	10,3
Total	7.214	100	9.880	100	17.094	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 4.3. Horas disponibles por profesión en los servicios de urgencias, según naturaleza jurídica de la IPS, Colombia, 2007

El 57,8% de las personas que tenían SISBEN consultaron en las IPS's públicas, y el 42,2% acudió a los servicios de urgencias de las IPS's privadas o mixtas. El 95,9% de los pacientes que acudió a los servicios de urgencias de las IPS's públicas pertenecía a los niveles 1, 2 y 3 del SISBEN. Vale destacar que, de la proporción de personas encuestadas que consultaron a los servicios de urgencia de las IPS's privadas o mixtas, el 18,8% no conocía en qué nivel del SISBEN estaba clasificado. Esta cifra se redujo al 4% para los pacientes que consultaron en las IPS's públicas.

Las regiones Atlántica y Orinoquia-Amazonía fueron las que mayor proporción de pacientes tuvieron con nivel 1 del SISBEN: 81,8% en las IPS's públicas y 57,9% en las privadas para la región Atlántica, y 76,7% en las IPS's públicas y 61,4% en las privadas en la Orinoquia-Amazonía. En las regiones Oriental y Bogotá la mayor proporción correspondió a la población con nivel 2 del SISBEN: en la Oriental, el 43,1% de los pacientes consultó en las urgencias de IPS's privadas o mixtas, y el 34,6% en las públicas, y en Bogotá, el 41,6% en las IPS's públicas y el 31,8% en las privadas. Para el nivel 3 del SISBEN, la mayor frecuencia relativa se presentó en Bogotá y en la región Central: en la primera, el 11,4% consultó en IPS's privadas o mixtas, y el 9,5% en las IPS's públicas, y en la región Central, el 12% de los pacientes consultó en las IPS's privadas o mixtas y el 4,9% en las públicas. Los niveles 4, 5 y 6 del SISBEN estuvieron prácticamente ausentes en las seis regiones de la ENS-2007.

El desconocimiento del nivel al que pertenecían en la clasificación del SISBEN los pacientes encuestados en las IPS's privadas se presentó con mayor frecuencia en las regiones Orinoquia-Amazonía (31,4%), Pacífica (23%) y Atlántica (18,3%); y en las IPS's públicas en las regiones Pacífica (6,3%), Bogotá (5,3%) y Atlántica (3,9%).

El 53,1% de la población encuestada pertenecía al régimen contributivo (7,7% afiliada al ISS y 45,4% a otras EPS), el 30% al subsidiado y el 4,1% a alguno de los regímenes de excepción (2,3% al Magisterio, 1,5% a las Fuerzas Militares y de Policía y 0,3% a ECOPETROL). Un 1% adicional correspondió a población en condición de desplazamiento (Cuadro 4.6).

Cuadro 4.6 Afiliación a la Seguridad Social en Salud de las personas atendidas por urgencias. Colombia, 2007

Entidad administradora de planes de beneficio	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Seguro Social, ISS	1.885	7,7
Fuerzas Militares, Policía Nacional	360	1,5
ECOPETROL	80	0,3
Magisterio	566	2,3

Entidad administradora de planes de beneficio	Distribución de frecuencias	
	No.	%
Entidad Promotora de Salud (EPS) diferente al ISS	11.166	45,4
Administradora del Régimen Subsidiado (ARS)	7.357	29,9
Otra entidad	421	1,7
Carta de desplazado	260	1,1
Ninguno	2.481	10,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Otros aspectos relevantes abordados por la ENS-2007 en relación con el proceso previo a la atención por urgencias son: la elección de la IPS, la elección del profesional, el tiempo transcurrido para el acceso a la IPS, el tiempo transcurrido para el acceso a la IPS según tipo atención y el tiempo para ser atendido.

El 53,4% de los encuestados no tuvo la posibilidad de hacer uso del principio de libre escogencia de la IPS en la cual fue atendido. Esta situación se presentó con mayor frecuencia en la región Central, donde al 68% de los encuestados la EPS les asignó la institución donde debían consultar, seguida de la región Pacífica con el 59,7% y de la Orinoquia-Amazonía con el 58,2%. La región donde se reportó una mayor frecuencia de personas que pudieron escoger su IPS fue la Atlántica, con el 54,7% de los encuestados. Al realizar la prueba de χ^2 sobre la variable “eligió o no la IPS”, se encontraron diferencias significativas entre las regiones.

Cerca del 95% de los pacientes encuestados en el país no tuvo la posibilidad de elegir a los médicos o enfermeras que se harían responsables del proceso de atención. Esta cifra refleja la incapacidad del sistema de salud y de las instituciones gubernativas para satisfacer el principio de libre escogencia de los agentes de salud que han de intervenir en el proceso de atención.

No existen diferencias significativas entre las regiones del país en cuanto a no tener el paciente la posibilidad de elegir a los médicos o enfermeras que deberán atenderlo: el menor porcentaje, 93,7%, se encontró en la región Atlántica y el mayor, 96%, en la Orinoquia-Amazonía (Cuadro 4.7).

Cuadro 4.7 Libre escogencia del profesional para las atenciones por urgencias.
Colombia, 2007

Región	¿Pudo usted o su acudiente elegir el médico, enfermera o profesional que quería que lo atendiera?					
	Sí		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	387	6,3	5.735	93,7	6.122	100
Oriental	191	5,0	3.621	95,0	3.812	100
Central	331	4,9	6.469	95,1	6.800	100
Pacífica	201	5,1	3.736	94,9	3.937	100
Bogotá	169	5,0	3.215	95,0	3.384	100
Orinoquia y Amazonía	21	4,0	500	96,0	521	100
Total	1.300	5,3	23.276	94,7	24.576	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Oportunidad en la atención

De los 18.596 pacientes que respondieron a la pregunta de cuánto tiempo requirió para llegar a la IPS que lo atendió, el 75,7% afirmó que fue menos de media hora, y el 10% empleó 1 hora o más para llegar a la institución. Esto podría significar que la mayoría de quienes acceden al servicio en las IPS's seleccionadas por la ENS-2007 habitan en zonas urbanas.

Cuando se observa este aspecto por regiones, se aprecia que en la Orinoquia-Amazonía el 17% de los encuestados requirió más de una hora para llegar a la IPS, mientras que en Bogotá y las regiones Central y Oriental el grupo de personas que requirió de una hora o más fue del 9,5%. Estas cifras reflejan las mejores características de accesibilidad geográfica propias de estas regiones del país en comparación con la primera.

22.341 pacientes respondieron a la pregunta por el tiempo transcurrido entre la llegada a la IPS y la atención en los servicios de urgencias (con independencia del tipo de servicio solicitado); de ellos, el 74% fue atendido en menos de media hora, el 15% entre media hora y una hora después del ingreso a la institución, y el 11% después de una hora.

El tiempo transcurrido para acceder a la atención de urgencias en pacientes que requieren hospitalización es diferente según se trate de urgencias no obstétricas u obstétricas: en el primer caso, el 66,3% de los pacientes fue hospitalizado en menos de media hora, mientras que en el segundo la proporción fue de 61%.

En relación con el tiempo transcurrido entre el acceso al servicio de urgencias y la atención por regiones, el 56,2% de las personas encuestadas dijeron haber sido atendidas en menos de un

cuarto de hora, el 9% entre un cuarto y media hora, el 21% entre media y una hora y el 13,6% después de una hora del ingreso al servicio. Bogotá, con el 48,6%, es la región donde menos pacientes fueron atendidos antes de un cuarto de hora; y la Orinoquia-Amazonía con el 65,5% y Atlántica con el 61,8% las regiones donde se atendió más pacientes en el mismo espacio de tiempo. En concordancia con lo anterior, Bogotá presentó la mayor proporción de pacientes atendidos más de dos horas después de su ingreso al servicio de urgencias (9%), mientras que en la Orinoquia-Amazonía este grupo de pacientes solo alcanzó el 2,5% entre los encuestados (Cuadro 4.8).

Cuadro 4.8 Tiempo transcurrido para ser atendidos después del ingreso a urgencias, según regiones. ENS-2007

Región	Tiempo transcurrido para recibir la atención											
	Menos de un cuarto de hora		Entre un cuarto de hora y menos de media hora		Entre media hora y una hora		Entre una hora y dos horas		Más de dos horas		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	3.781	61,8	468	7,6	1.172	19,2	394	6,4	304	5,0	6.119	100
Oriental	1.949	51,2	384	10,1	930	24,4	299	7,8	247	6,5	3.809	100
Central	3.808	56,0	645	9,5	1.420	20,9	498	7,3	423	6,2	6.794	100
Pacífica	2.287	58,2	362	9,2	790	20,1	286	7,3	206	5,2	3.931	100
Bogotá	1.645	48,6	308	9,1	790	23,4	337	10,0	303	9,0	3.383	100
Orinoquia y Amazonía	341	65,5	42	8,1	90	17,3	35	6,7	13	2,5	521	100
Total	13.811	56,2	2.209	9,0	5.192	21,1	1.849	7,5	1.496	6,1	24.557	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Causas de atención por urgencias

En todas las regiones de Colombia, el tipo de atención predominante correspondió a las urgencias no obstétricas (61,5%), seguido de la hospitalización por causas no obstétricas (20%). La menor proporción de eventos atendidos correspondió a las variables de atención del parto y puerperio electivos (2,9%) y la atención de urgencias obstétricas (4,1%).

La región donde más hospitalizaciones por causas no obstétricas urgentes se registraron fue la Orinoquia-Amazonía (26,9%), y la de menor registro en este ítem fue Bogotá (16,7%). Por el contrario, las hospitalizaciones por causas no obstétricas electivas fueron más frecuentes en Bogotá (7,9%), y menos frecuentes en la Orinoquia-Amazonía (3,1%).

Las atenciones del parto y puerperio remitidas de urgencias fueron más frecuentes en la Orinoquia-Amazonía (10,9%), y menos frecuentes en la región Pacífica (4,6%), mientras que los partos o puerperios atendidos de manera electiva fueron más frecuentes en la región Atlántica (5,1%) y menos frecuentes en las regiones Central, Pacífica y Bogotá.

Las urgencias no obstétricas fueron más frecuentes en la región Pacífica (64%) y menos frecuentes en la Orinoquia-Amazonía (54,1%), con un comportamiento muy similar a la media nacional del 61,5% para las demás regiones del país.

Motivo de hospitalización o atención por urgencias

El 63,5% de los motivos de atención por urgencias correspondió a enfermedades agudas o a malestar de aparición reciente, el 15,9% a enfermedades crónicas o malestar de larga duración, el 14,5% a lesiones ocasionadas en accidentes, y el 1,1% a lesiones por violencia. Solo el 0,5% de los pacientes entrevistados dijo tener disminución de su capacidad para realizar cosas y el 0,4% consultó por enfermedades o problemas mentales o emocionales. En el 4,1% de los casos, las causas de la consulta no fueron claramente determinadas.

Cuadro 4.9 Cuatro principales motivos para las atenciones u hospitalizaciones por urgencias, según región. Colombia, 2007

Región	Motivo por el cual fue hospitalizado o atendido en urgencias							
	Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente		Enfermedad física o malestar de larga duración		Lesión por accidente		Lesión por violencia	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	4.217	68,9	731	11,9	913	14,9	46	0,8
Oriental	2.453	64,3	584	15,3	580	15,2	34	0,9
Central	4.032	59,3	1.243	18,3	973	14,3	76	1,1
Pacífica	2.463	62,6	684	17,4	544	13,8	55	1,4
Bogotá	2.128	62,9	567	16,8	457	13,5	58	1,7
Orinoquia y Amazonía	306	58,7	87	16,7	102	19,6	12	2,3
Total	15.599	63,5	3.896	15,9	3.569	14,5	281	1,1

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

El Cuadro 4.9 de la siguiente página muestra, por regiones, los cuatro motivos principales de atención u hospitalización en urgencias según la ENS-2007 y se aprecia que:

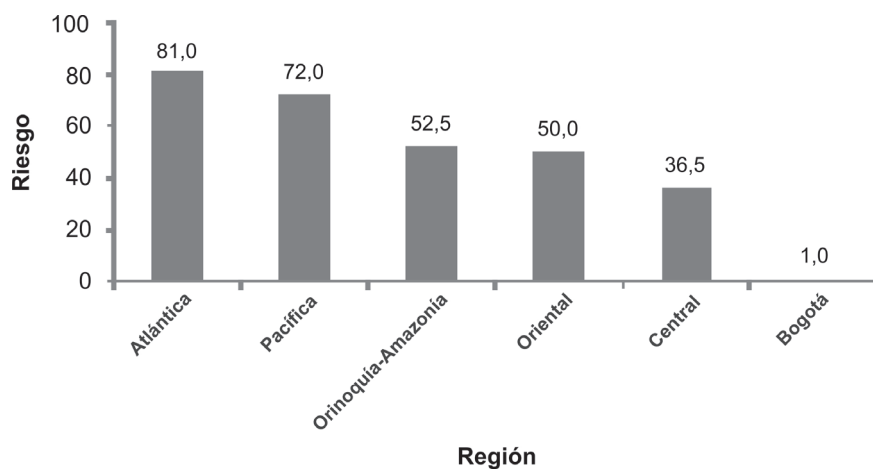
- Las atenciones por motivos relacionados con enfermedades agudas o molestias de aparición reciente fueron más frecuentes en la región Atlántica (68,9%) y menos frecuentes en la Orinoquia-Amazonía (58,7%).
- Las atenciones por enfermedades crónicas o por molestias de largo tiempo de aparición fueron más frecuentes entre los encuestados de la región Central (18,3%), y menos frecuentes entre quienes habitan en la región Atlántica (11,9%).
- Las lesiones por accidentes se presentaron en mayor proporción en la región de la Orinoquia-Amazonía (19,6%), y en Bogotá representan solo el 13,5% de los motivos de consulta por urgencias.
- Las lesiones como consecuencia de la violencia tuvieron mayor frecuencia relativa en la Orinoquia-Amazonía (2,3%), y la menor proporción se encontró en la región Atlántica (0,8%).
- El 4,1% de las urgencias se presentaron por causas diferentes a las contempladas por la ENS-2007. La mayor proporción se encontró en la región Central (5,9%) y la menor en la Orinoquia-Amazonía (1,7%).

El Gráfico 4.4 describe el tipo de atención recibida por los pacientes que acudieron a urgencias y sus porcentajes según la naturaleza jurídica de la institución donde se brindó la atención.

Entre las IPS's públicas y privadas no existen diferencias significativas en los porcentajes de atención en el servicio de urgencias con respecto a las variables hospitalizaciones no obstétricas remitidas de urgencias, atención de partos electivos y atención de urgencias no obstétricas. Pero sí se observan diferencias en las hospitalizaciones por causas no obstétricas electivas y la atención de partos remitidos por urgencias: en el primero de estos eventos, se encontró una tendencia mayor en las IPS's de naturaleza privada o mixta, con el 7,2%, lo que contrasta con el 2,9% en las IPS's públicas; en la atención del parto y puerperio por urgencias las proporciones se invierten, y la mayor frecuencia corresponde a las IPS's públicas, con el 7,9%, comparado con el 4,9% de las IPS's privadas o mixtas. Hay, también, un leve predominio en la atención de las urgencias obstétricas en las IPS's de naturaleza pública (4,6%) con respecto a las IPS's privadas (3,8%).

Como se observa en el Cuadro 4.10, según la naturaleza de las IPS's en la región Atlántica existen diferencias significativas en la atención del parto y puerperio y de las urgencias obstétricas: las IPS's públicas atienden el 10,1% de los casos de parto y puerperio, y las privadas o mixtas solo el 4,3%; con respecto a las urgencias obstétricas, las públicas atienden el 7,2% de los casos, y las privadas o mixtas el 3,9%.

En la región Oriental, la atención de urgencias de origen no obstétrico alcanza porcentajes muy similares entre las IPS's privadas o mixtas (60,4%) y las públicas (60,7%); lo mismo se observa en la atención de las urgencias obstétricas, que para las IPS's públicas fue de 4% y para las privadas o mixtas de 3,8%. Por el contrario, es notoria la diferencia en la atención del parto y puerperio: en las IPS's de origen público fue del 9,6%, y en las IPS's privadas o mixtas del 5%.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 4.4. Tipo de atención recibida en urgencias según naturaleza jurídica de las IPS. ENS-2007

Cuadro 4.10 Distribución porcentual del tipo de atención en urgencias recibida según naturaleza de las IPS's y región. Colombia, 2007

Atención de urgencias	Región											
	Atlántica		Oriental		Central		Pacífica		Bogotá		Orinoquía y Amazonía	
	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública	IPS Privada	IPS Pública
Hospitalización por causas no obstétricas remitido de urgencias	18,8	17,0	23,2	20,8	21,7	22,3	16,3	23,0	19,5	13,2	16,7	28,7
Hospitalización por causas no obstétricas electiva	6,0	1,9	4,8	2,6	8,1	3,1	6,8	3,9	11,6	3,3	4,2	2,9
Atención del parto o puerperio remitido de urgencias	4,3	10,1	5,0	9,6	5,4	7,4	4,0	5,4	6,4	5,3	2,1	12,4
Atención del parto o puerperio electivo (Cesárea)	5,4	4,7	2,8	2,3	1,9	1,5	2,4	1,4	3,0	1,5	2,1	2,7
Atención de urgencias no obstétricas	61,7	59,2	60,4	60,7	59,9	62,9	65,7	62,6	55,7	70,1	69,8	51,4
Atención de urgencias obstétricas	3,9	7,2	3,8	4,0	2,9	2,8	4,8	3,8	3,8	6,5	5,2	1,8

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

En la región Central se observó una mayor proporción de urgencias de origen no obstétrico atendidas en las IPS públicas (62,9%) con respecto a lo presentado en las IPS's de origen privado o mixto (59,9%). En la atención del parto y puerperio remitido de urgencias se encontró una diferencia de 2 puntos porcentuales a favor de las IPS's públicas (7,4%) con respecto a las IPS's privadas o mixtas (5,4%). Al igual que lo descrito en la región Oriental, en la atención de las urgencias obstétricas se encontró un comportamiento similar entre las IPS públicas (2,8%) y privadas o mixtas (2,9%).

La región Pacífica se caracterizó por mostrar un mayor porcentaje en la hospitalización por causas no obstétricas en las IPS's públicas: 23%, contra un 16,3% en las IPS's privadas o mixtas. Por el contrario, la mayor proporción en la atención de urgencias no obstétricas que no derivaron en hospitalización corresponde a las IPS privadas o mixtas, 65,7%, en contraste con el 62,6% en las IPS's públicas. El parto y puerperio remitido de urgencias es atendido con mayor frecuencia en las IPS's públicas (5,4%) con respecto a las IPS's privadas o mixtas (4%). Y, lo mismo que en la región Oriental, el comportamiento fue similar para la atención de las urgencias obstétricas: 2,8% en las IPS's públicas y 2,9% en las privadas o mixtas. Por otra parte, la hospitalización por causas no obstétricas electivas mostró una mayor proporción en las IPS's privadas o mixtas, con el 6,8% de los casos, contra el 3,9% en las IPS's públicas; y la atención de urgencias obstétricas tuvo el 4,8% en las IPS's privadas o mixtas y el 3,8% en las IPS's públicas.

En Bogotá, la hospitalización por causas no obstétricas remitidas de urgencias representa el 19,5% de los motivos de atención por urgencias en la red privada o mixta, y en la pública el 13,2%. La diferencia es mayor con respecto a la hospitalización por causas no obstétricas electivas: el 11,6% de los casos es dirigido a las IPS's de origen privado o mixto, contra el 3,3% de las IPS's públicas. La atención del parto y el puerperio –tanto urgente como electiva– alcanza también un mayor porcentaje en las IPS's de naturaleza privada o mixta. Estas cifras permiten afirmar que, en Bogotá, existe una tendencia clara a derivar la atención de urgencias, tanto obstétricas como no obstétricas, a la red pública, y las hospitalizaciones por cualquier motivo a la red privada o mixta.

En la Orinoquia-Amazonía la atención ambulatoria de urgencias no obstétricas ocupa el 69,8% de las acciones que se atienden en la red privada o mixta, y solo el 51,4% de las actividades de la red pública. De igual manera, el 5,2% de la atención de urgencias obstétricas se origina en las IPS's privadas y mixtas, y el 1,8% en las IPS's públicas; y la hospitalización por causas no obstétricas electivas alcanza el 4,2% en las IPS's privadas y mixtas, y solo el 2,9% en las públicas. En contraste, la red pública muestra porcentajes mayores en la hospitalización por causas no obstétricas remitidas de urgencias y la atención del parto y del puerperio: en el primer caso, el 28,7% corresponde a las IPS's públicas y el 16,7% a las privadas; en la atención del parto y puerperio, el 12,4% es atendido por las IPS's públicas y el 2,1% por las privadas. La atención de parto por cesárea electiva tuvo una distribución similar para ambos tipos de instituciones.

Información brindada a los pacientes durante la atención

El 87,2% de 21.441 personas encuestadas respondió afirmativamente a la pregunta de si habían recibido información clara en el servicio de urgencias o durante la hospitalización; de este porcentaje, el 84,7% correspondió a Bogotá y el 89,4% a la región Atlántica. El 87,5% de los pacientes respondió afirmativamente a la pregunta de si había recibido una explicación acerca de los tratamientos a recibir, con un indicador máximo para la región de la Orinoquia-Amazonía (90%) y un mínimo para Bogotá (84%). Solo un 70,6% de los encuestados a nivel nacional reportó haber sido consultado con ocasión de un procedimiento diagnóstico o terapéutico; el nivel más bajo de consulta para la realización de algún procedimiento se encontró en las regiones Central (65,7%) y Bogotá (68,4%), y el más alto en la Orinoquia-Amazonía (77,9%), seguida de la región Atlántica (73,5%).

Caracterización de los resultados de la atención por urgencias

Cuatro preguntas en la ENS-2007 pueden ser consideradas como indicadores válidos para la comprensión de los resultados de la atención por urgencias. Son ellas: el tiempo de permanencia en el servicio, las incapacidades generadas como consecuencia del problema de salud atendido, las molestias expresadas por los usuarios durante su permanencia en urgencias, los motivos que afectaron negativamente la calidad de la atención y el pago por los servicios recibidos.

Con respecto al tiempo de permanencia en urgencias, el 68% de los encuestados afirmó haber sido menor de 6 horas, y el 32% más de 6 horas, lo que no cumple con el estándar establecido para la atención inicial de urgencias que estipula que antes de este tiempo el servicio debe: estabilizar los signos vitales, elaborar un diagnóstico presuntivo y definir el destino inmediato del paciente. El alto porcentaje de pacientes no atendidos en este tiempo estándar puede responder a problemas que van desde la lentitud en el funcionamiento de los servicios de urgencias o en la referencia de los pacientes a otros niveles de atención, hasta una débil capacidad resolutive o la saturación en los servicios de hospitalización.

El 17% de los encuestados afirmó que la hospitalización en el servicio de urgencias duró entre 1 y 6 días, y hasta más de una semana el 6,6%. Lo que no solo reitera lo dicho en el párrafo anterior, sino que también muestra que la crisis de los servicios de internación está convirtiendo a los servicios de urgencias en salas de hospitalización, con las subsecuentes consecuencias y riesgos que este hecho acarrea.

El menor tiempo de permanencia en los servicios de urgencias se encontró en la región Atlántica, donde el 71,8% de los pacientes fue dado de alta antes de las seis horas; le siguen Bogotá y la región Pacífica. La mayor frecuencia de permanencia de los pacientes en dichos servicios superior a una semana se encontró en las regiones Central (7,5%) y Oriental (7,1%).

Del total de 24.576 encuestados, al 17,6% se le dio incapacidad laboral o escolar luego de su atención en urgencias, el 53,8% no fue incapacitado, y en el 28,6% de los encuestados no aplicaba el criterio para entregar la incapacidad.

Aunque resulta difícil evaluar la pertinencia o no de la entrega de las incapacidades, las cifras pueden indicar que una proporción importante de pacientes que requieren incapacidad, no la obtienen.

La mayor proporción de incapacidades se entregó en Bogotá (20%) y en la región Central (19,5%) debido, quizás, al hecho de que en estas dos regiones se concentra la mayor fuerza laboral del país. El comportamiento de este fenómeno para las diferentes regiones se muestra en el Cuadro 4.11.

Cuadro 4.11 Incapacidades generadas por la atención en urgencias, según región. Colombia, 2007

Región	En esta atención, ¿le dieron incapacidad para ir a trabajar o estudiar?							
	Sí		No		No aplica		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atlántica	908	14,8	3.130	51,1	2.084	34,0	6.122	100
Oriental	670	17,6	1.857	48,7	1.285	33,7	3.812	100
Central	1.357	20,0	4.003	58,9	1.440	21,2	6.800	100
Pacífica	643	16,3	2.240	56,9	1.054	26,8	3.937	100
Bogotá	660	19,5	1.685	49,8	1.039	30,7	3.384	100
Orinoquía y Amazonía	85	16,3	301	57,8	135	25,9	521	100
Total	4.323	17,6	13.216	53,8	7.037	28,6	24.576	100

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Molestias experimentadas por los usuarios durante su permanencia en el servicio de urgencias

Diversas situaciones relacionadas con la atención o con las características de la infraestructura de los servicios de urgencias son, con frecuencia, causales de molestias adicionales para los pacientes. La ENS-2007 tuvo en cuenta cuatro situaciones especialmente sensibles que afectan la calidad de la atención, y encontró hechos estadísticamente significativos con respecto a las instituciones incluidas en la muestra. Son ellos:

- El 9,2% de los pacientes atendidos por urgencias manifestó su molestia por la falta de disponibilidad de asientos en la sala de espera, y para el 12,1% del total de pacientes esta pregunta no

aplicaba (probablemente por tratarse de urgencias vitales). Si, entonces, se tienen en cuenta solo los casos en los que se consideró que aplicaba esta pregunta, la proporción se eleva al 10,5%. Las regiones con mayor porcentaje de insatisfacción por falta de disponibilidad de asientos en la sala de espera de urgencias fueron Bogotá (12,1%) y Atlántica (11,9%).

- El 5,7% de los usuarios de urgencias manifestó molestias por la falta de acceso a los servicios sanitarios. Si se excluye de este análisis a los pacientes para quienes este criterio no aplicaba, la proporción se incrementa en un punto porcentual. Este indicador refleja una deficiente calidad de la infraestructura de los servicios de urgencias en la red hospitalaria estudiada.
- A nivel nacional, las condiciones físicas de las salas de espera fueron percibidas como incómodas por el 10,3% de los pacientes. Por regiones, la mayor proporción de pacientes que sintieron incomodidad por las instalaciones físicas se encontró en Bogotá (13,1%), seguida de las regiones Oriental (11,8%) y la menor en la región Central (7,1%).
- Las condiciones físicas de los consultorios destinados para la atención fue motivo de molestia para el 6,9% de los encuestados. Al apreciar este indicador por regiones, se encontró la mayor proporción de pacientes que manifestaron esta molestia en la región Atlántica (9,1%) y Bogotá (8,2%), y la menor en las regiones Central (4,5%), Oriental (6,5%) y Pacífica (6,7%).

En relación con los aspectos humanos de la atención en el servicio de urgencias y el tipo de afiliación a la seguridad social, los encuestados expresaron lo siguiente:

- El 6,5% se sintió molesto por la forma como le hablaron las personas que lo atendieron. Esta situación es más frecuente entre el grupo de desplazados (11,2%), y menos frecuente entre los afiliados a ECOPETROL, a otras entidades y al Magisterio.
- El 1,9% de los pacientes manifestó su molestia por el modo como le pidieron realizar alguna actividad durante un examen médico (desnudarse, por ejemplo). Se presenta un comportamiento diferencial por tipo de afiliación pero no por grupos de entidades. Se resalta el hecho que los afiliados a ECOPETROL no manifestaron molestias en este aspecto.
- El 2,3% de los encuestados se molestó por la forma como se le realizó un examen físico (de seno o testículo, por ejemplo). Esta situación fue más notoria entre quienes no tenían ningún tipo de afiliación al SGSSS (3,1%), seguida por los pacientes del Seguro Social-ISS (2,4%). De nuevo los afiliados a ECOPETROL no registraron molestias por sentirse irrespetados en su intimidad.
- El 7% de los colombianos entrevistados manifestó su molestia por la falta de cortesía del personal de salud de los servicios de urgencias. Los afiliados a las Fuerzas Militares y de Policía (8,1%), los pacientes en condición de desplazamiento (9,2%) y los afiliados al régimen subsidiado (8%) acusaron una insatisfacción mayor al promedio nacional (7%), y los afiliados a ECOPETROL tienen el menor grado de insatisfacción (5%).

- El 10,2% de los encuestados respondió afirmativamente a la pregunta de si percibió poco interés hacia su problema de salud. Los desplazados (11,9%), los pobres sin subsidio (11,4%) y con subsidio (11,4%), y los afiliados a las Fuerzas Militares y de Policía (11,1%) alcanzaron un porcentaje mayor al promedio nacional. Solo el 1,3% de los afiliados a ECOPETROL manifestó no haber recibido la atención debida a su problema de salud.
- Los comentarios en voz alta acerca del problema de salud del paciente le resultaron molestos al 1,9% de los encuestados. Esta situación se presentó con una frecuencia mayor (dos y más veces por encima del promedio nacional) entre los afiliados a las Fuerzas Militares y de Policía (4,2%), al régimen subsidiado (2,4%) y los vinculados (2,1%).
- El 1,3% de los encuestados expresó su molestia por la realización de procedimientos en presencia de otras personas sin la autorización previa del paciente. Con una frecuencia por encima del doble del promedio, esta situación se presenta entre los afiliados a las Fuerzas Militares y de Policía (3,1%), y con cifras ligeramente superiores al promedio entre los no afiliados a alguna entidad (1,5%) y los afiliados al régimen subsidiado (1,8%).

Pago por los servicios

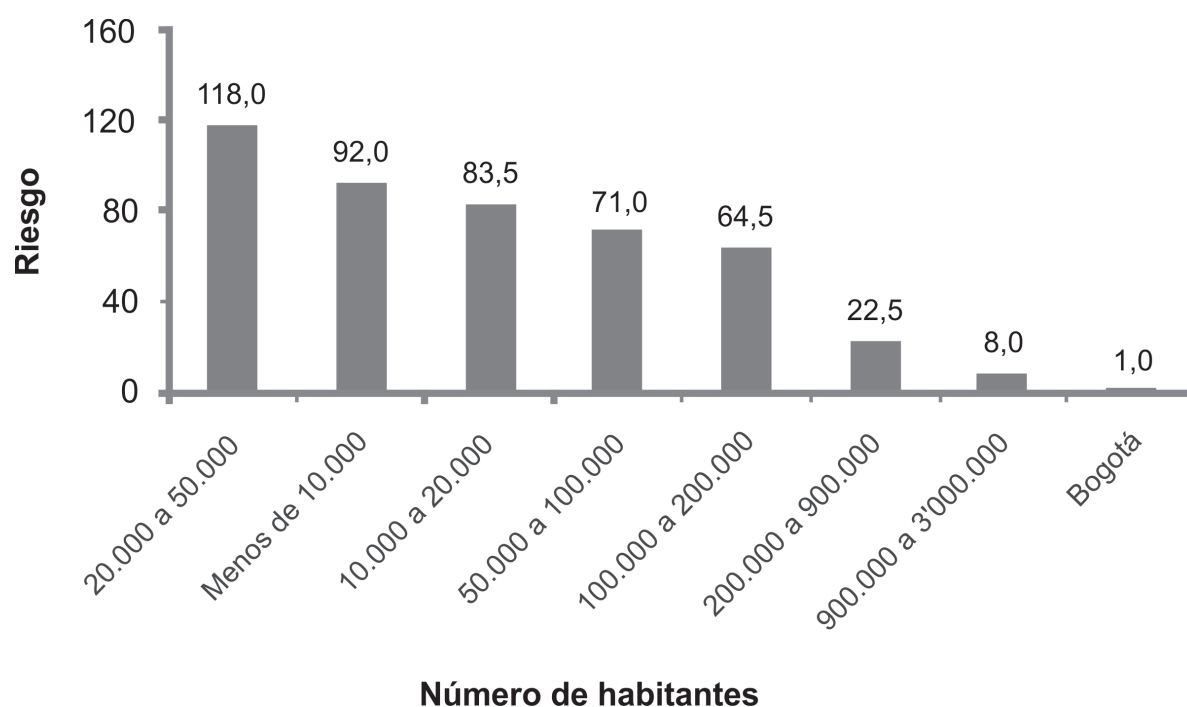
La ENS-2007 indagó por la entidad o persona que pagó la atención recibida en los servicios de urgencias de las instituciones objeto de estudio. Los resultados se detallan a continuación (Gráfico 4.5).

Al preguntar a los encuestados por la persona o entidad que cubrió los gastos de la atención en urgencias, el 82,1% respondió que la EPS, ARS u otra entidad del Sistema de Seguridad Social en Salud, y el 18,9% que fueron cubiertos por otra persona o entidad. Del total de atenciones, el 7,9% fue cubierto mediante el subsidio a la oferta, el 2,9% por el seguro obligatorio de accidentes de tránsito, el 3,5% por el paciente, su familia u otra persona y el 2,4% mediante pólizas de medicina prepagada.

Las regiones con mayor proporción de gastos asumidos por las entidades administradoras de planes de beneficios fueron la Central (87%), Pacífica (84%) y Oriental (82,5%), y las de menor cobertura Bogotá (73,1%) y la Orinoquia-Amazonía (76,2%).

La mayor frecuencia en el pago de la atención de urgencias mediante la medicina prepagada se encontró en Bogotá (7,5%), seguida por las regiones Pacífica (3,7%) y Central (1,3%). En la Oriental y la Atlántica la proporción fue igual o menor al 1%, y en la Orinoquia-Amazonía no se dispone de esta forma de financiamiento de la salud.

Los pagos de la atención por urgencias a cargo del estado –subsidio a la oferta– se presentaron en mayor proporción en la Orinoquia-Amazonía (18,4%) y Bogotá (11,9%); la menor proporción se encontró en las regiones Central (4,7%) y Pacífica (6%).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007

Gráfico 4.5. Tipo de persona o entidad que asumió los gastos de la atención por urgencias. Colombia, 2007

La cancelación de los servicios de urgencias con gastos de bolsillo –bien sea por parte del propio paciente o de su familia, o por cuenta de un tercero– se presentó con mayor frecuencia en Bogotá (4,6% de los casos), la Orinoquia-Amazonía (3,7%) y la región Pacífica (3,2%), y en menor proporción en la región Central (2,9%).

Las regiones Atlántica (3,9%), Oriental (3,2%) y Central (2,9%) fueron las que requirieron mayor cobertura en el gasto por cuenta del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito, y Bogotá (1,6%) y la Orinoquia-Amazonía (1,3%) la menor cobertura.

El promedio nacional de cobertura del gasto en la atención de urgencias por cuenta del patrón o empleador es del 0,3% de los casos. No se presentaron diferencias significativas entre las regiones.

El pago asumido por otras entidades diferentes a las de SGSSS, se presentó con mayor frecuencia en la región Atlántica: 2,5% de los eventos atendidos en urgencias, y con menor frecuencia en la Orinoquia-Amazonía: 0,2%.

Al comparar los pagos de bolsillo con los realizados por las entidades del SGSSS o los regímenes de excepción con ocasión de los servicios prestados en la atención de urgencias, los hallazgos son estadísticamente significativos para todos los servicios, con excepción del pago de férulas o elementos para la salud. A continuación se describe el comportamiento de los pagos según las entidades responsables de éste:

- El 19,5% de los encuestados debió pagar por los medicamentos en el servicio de urgencias. Para los no afiliados al SGSSS esta proporción alcanzó el 24,7%, y para los desplazados el 18,5%. Las cifras de cobro de medicamentos a los afiliados al régimen contributivo varió entre el 22% para los afiliados a las EPS diferentes al ISS, y el 28% para los afiliados a esta entidad. En los regímenes de excepción, la mayor frecuencia en el cobro de los medicamentos se presentó entre los afiliados al Magisterio con el 5,8% y a las Fuerzas Militares y de Policía con el 5,6%, y la menor proporción entre los afiliados a ECOPETROL con el 2,5%.
- El pago de fotocopias y otros trámites de orden administrativo se presentó en el 40,3% de los encuestados. La mayor proporción de este tipo de pagos se encontró en el grupo de los desplazados con el 66%, muy por encima del promedio nacional. Superaron también este promedio, los no afiliados al sistema de salud (51%), los afiliados a otras entidades (52,3%) y los afiliados al régimen subsidiado (54,6%). Estas cifras ponen en evidencia que los más pobres son quienes con mayor frecuencia tienen la obligación de hacer erogaciones adicionales a las exigidas por el sistema para poder acceder a la atención. El 0,5% de las personas encuestadas en el servicio de urgencias afirmaron haber pagado toda la cuenta; de este porcentaje, el 90% correspondió a pacientes afiliados al régimen contributivo, el 9% al régimen subsidiado y el resto a otras entidades. No se registraron casos de pacientes que debieron asumir los costos de la atención entre los afiliados a ECOPETROL o a las Fuerzas Militares y de Policía. Entre los pacientes del régimen contributivo que debieron asumir el pago de la atención, el 90% estaban afiliados a la EPS Seguro Social (ISS).
- El 1,4% de los encuestados debió cancelar un vale de medicina prepagada. Entre ellos, el 96% estaban afiliados al régimen contributivo. En este caso la proporción se invierte en relación con la variable anterior, pues el 97% de ellos pertenecían a EPS's diferentes al Seguro Social, y solo el 3% estaba afiliado a esta entidad, lo que puede explicarse por el hecho de que el ISS cuenta entre sus afiliados con un alto porcentaje de personas con baja capacidad económica y, por lo tanto, sin recursos para adquirir las pólizas de medicina prepagada.
- El 3,9% de los encuestados pagó por sus ayudas diagnósticas con recursos propios. La mayor proporción, 8,3%, se registró entre quienes no tienen ningún tipo de afiliación. En todas las entidades reportadas por los encuestados como aseguradoras de la salud, excepto ECOPETROL, se evidenció el pago con recursos propios para exámenes de ayudas diagnósticas (laboratorio, radiografías o ecografías): el 5,2% de los afiliados al Seguro Social sufragó con recursos propios estos servicios, el 3,3% de los afiliados a EPS's del régimen contributivo diferentes al ISS, y el 3,7% de los afiliados al régimen subsidiado.
- En todas las entidades del sistema y en todos los regímenes de afiliación, un porcentaje importante de pacientes debió realizar pagos de bolsillo para materiales: 44% en el régimen subsidiado, 33% en el régimen contributivo, 5,9% entre quienes no tenían ningún tipo de

seguro en salud y 5,4% de quienes presentaron carta de certificación de su condición de desplazado.

- Con respecto al pago por terapias o aplicación de inyecciones, la ENS-2007 encontró que el 2,1% de los pacientes debió asumir los costos por estos servicios; de este porcentaje, el 4,6% corresponde a quienes no tenían ningún tipo de afiliación, el 2,5% a los afiliados al régimen subsidiado y el 1,6% a los del régimen contributivo.

Con respecto a otros gastos de bolsillo no relacionados con la prestación directa de los servicios de salud, la ENS-2007 encontró:

- El 73% de las 24.576 personas encuestadas manifestó haber sufragado los costos del transporte de ida y vuelta del paciente y de los acompañantes. La mayor proporción se encontró en la región Atlántica (88%) y la menor en la Orinoquia-Amazonía (54%); las otras cuatro regiones se comportaron ligeramente por debajo del promedio nacional. Estos porcentajes constituyen un testimonio de las dificultades que debe enfrentar la población cuando requiere los servicios de salud; por otra parte, si bien los diferentes planes de beneficios aprueban los traslados de los pacientes cuando son referidos a niveles de atención superiores, no contemplan, sin embargo, el transporte de regreso, haciendo mayor el gasto de bolsillo que deben asumir los hogares.
- El 16,2% de los encuestados manifestó que debió pagar por la alimentación del paciente o de los acompañantes; la mayor proporción correspondió a Bogotá con el 20,3%, y la menor a la región de la Orinoquia-Amazonía con el 13,2%, seguida de la Central con el 13,7%. Si se tratara de pacientes hospitalizados, porcentajes como los anteriores estarían por fuera de la norma, pues la alimentación hace parte de los servicios cubiertos por la estancia hospitalaria; sin embargo, la ENS-2007 no contempla este aspecto y solo permite concluir que alrededor de la atención en salud existen gastos adicionales que, por lo general, deben asumir los hogares.
- El 1,1% de los encuestados debió asumir los gastos ocasionados por el alojamiento del paciente y acompañantes cuando tuvo que pernoctar por fuera de su residencia. La mayor frecuencia de este gasto se encontró en las regiones Pacífica y Orinoquia-Amazonía (ambas con el 1,9%), debido posiblemente a las mayores dificultades para la accesibilidad geográfica causada, al menos en parte, por su alta dispersión poblacional.

Aproximación a la morbilidad sentida en los servicios de urgencias a partir de la ENS-2007

Para aproximarse a la morbilidad sentida, la ENS-2007 (Módulo 2 de la encuesta a usuarios) indagó, entre quienes sufrieron lesiones por accidentes de tránsito, los motivos que les impulsaron a

consultar o a no consultar y las causas que identificaban como motivos para no haber recibido la atención por parte de los prestadores de servicios de salud a los que habían acudido. A continuación se describe lo encontrado:

Accidentes de tránsito con lesiones

De las 76.224 personas que respondieron a la pregunta de si alguna vez habían sufrido un accidente de tránsito, el 12,4% dio una respuesta afirmativa. La mayor proporción de respuestas positivas se encontró en la región de la Orinoquia-Amazonía: 14,1%, cifra que genera dudas debido al limitado desarrollo vial de esta región. Con un comportamiento superior al promedio nacional, la región Central ocupó el segundo lugar con el 13,5%, y el tercero Bogotá con el 13,2%. La región Atlántica, con un punto porcentual por debajo del promedio, fue la que tuvo menos respuestas positivas.

El 63% de los pacientes que sufrieron alguna lesión en el último accidente de tránsito manifestó haber consultado por ese motivo al médico, a otra persona o a una institución de salud. Estas consultas se dieron con mayor frecuencia en la región Pacífica (67,6%), seguida de Bogotá (66,1%), y en menor proporción en la región Central (61,8%); en el resto de las regiones la frecuencia fue cercana al promedio nacional.

El 36,5% de quienes sufrieron alguna lesión en el último accidente de tránsito manifestó no haber consultado a los servicios de salud. Las principales razones para no hacerlo fueron:

- Pensó que no era necesario consultar: 39,5%
- El problema se resolvió solo o se ha sentido bien: 37,1%
- Descuido: 10,7%
- Le dio miedo o nervios: 3,1%

Estas cuatro razones representan el 90,4% de los eventos, y tienen relación con la poca severidad de las lesiones, la resolución del problema de salud y la actitud que muchos pacientes tienen hacia los servicios de salud.

Aunque las demás causas parecen insignificantes desde el punto de vista estadístico y con relación al total de los eventos, cuando se observa cada una por separado se aprecian características de la atención en salud que pueden reñir con la calidad exigida a los servicios de urgencias y ameritan un análisis particular, pues la presencia de una sola de estas circunstancias puede poner en riesgo la vida y la integridad de los pacientes. Estas causas se relacionan en el Cuadro 4.12.

Cuadro 4.12 Motivos para no consultar al servicio de urgencias. Colombia, 2007

Motivos para no consultar al servicio de urgencias	Distribución de frecuencias	
	No.	%
La consulta es muy cara o no tenía dinero	26	2,5
Le hacen esperar mucho tiempo para atenderlo	23	2,2
No tenía dónde acudir	10	1,0
No le gusta ir al servicio	9	0,8
Mala atención	7	0,7
No confía en los médicos o en quienes lo atienden	8	0,7
Los horarios no le sirven o no tenía tiempo	5	0,5
Mucho trámite en las EPS e IPS	4	0,4
No consiguió cita o se la dieron para fecha lejana	2	0,2
No sabía que tenía derecho	2	0,2
No sabe dónde le prestan atención	1	0,1
El sitio de atención es muy lejano	1	0,1
Total	99	9,5

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

La ENS-2007 reportó 22 casos de negación de la atención en el servicio de urgencias; las causas de esta no atención se describen en el siguiente Cuadro.

Cuadro 4.13 Motivos para la negación de la atención en el servicio de urgencias.
Colombia, 2007

Motivo de no atención	%	Comentario
No estaban prestando el servicio.	19,3	Los servicios de urgencias habilitados deben atender las 24 horas del día.
No atendían accidentes	19,1	Los servicios de urgencias deben atender todo tipo de patologías que lo ameriten
Dijeron que no era grave	13,5	La atención debe prestarse aunque aparentemente no existan signos de gravedad
Lo mandaron para otro lugar	12,7	Salvo carencia de recursos, es obligación atender al paciente urgente
No sabe por qué no lo atendieron	10,2	Obligación de explicar las razones
No había quién atendiera en esos momentos	9,0	Servicios de urgencias deben tener disponibilidad del talento humano las 24 horas
No presentó los documentos requeridos	6,5	No exigibilidad de documentación. Primero la vida
No tenía con qué pagar	3,7	Prevalencia del derecho a la salud y a la vida sobre el pago
No le autorizaron la atención	3,5	
No cubría los servicios que necesitaba	2,6	Prevalece la vida sobre los asuntos económico-administrativos
No tenían elementos o equipos para atender	2,2	¿Y el cumplimiento con el sistema único de habilitación?

Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

CONCLUSIONES

- La mayoría de las IPS's seleccionadas en la ENS-2007 eran de naturaleza privada o mixta. A pesar de ello, la mayoría de las IPS's con servicios de urgencias habilitados fueron de naturaleza pública.
- La atención de una proporción significativa de eventos relacionados con las actividades de demanda inducida (detección temprana y protección específica), 15,4%, permite pensar en una deficiente utilización de los servicios de urgencias o, lo que es lo mismo, en un problema de eficiencia en la organización de las redes de prestación de servicios de salud del país.
- Si bien la ENS-2007 no arrojó datos estadísticamente significativos con respecto a la capacidad de atención en los servicios de urgencias, el promedio nacional fue de 7 urgencias simultáneas en las diferentes redes de atención. Bogotá y la región Central presentaron las mejores condiciones en la atención de múltiples urgencias.
- Se evidenció una relación inversa entre los datos de cobertura en el aseguramiento alcanzados en 2007, según las cifras entregadas por el Ministerio de la Protección Social, y el acceso efectivo a los servicios de urgencias, pues si bien el 49,2% de los afiliados al sistema estaban en el régimen subsidiado, el 53,1% de los consultantes fueron personas del régimen contributivo. Esta situación puede deberse a inequidad en el acceso efectivo a los servicios de urgencias.
- El principio de la libre escogencia de la institución prestadora de servicios de salud y de los profesionales no se cumple para los servicios de urgencias. Es importante aclarar que si en las urgencias vitales el acceso debe realizarse en la institución más cercana al lugar de ocurrencia de los hechos, cuando se trata de eventos que no comprometen la vida de las personas el principio de libre escogencia debe respetarse.
- Los tiempos requeridos por la población para acceder a los servicios de urgencias no se explican solo por las dificultades inherentes a las barreras geográficas propias de las áreas rurales colombianas, se deben también a la insuficiencia en la red de los servicios de salud de las áreas urbanas.
- Entre todos los motivos de consulta por urgencias, el que requiere más tiempo para su acceso es el de urgencias obstétricas. Además, la población encuestada accedió más rápido a los servicios obstétricos electivos que a las urgencias obstétricas. Esta situación puede relacionarse con una débil capacidad institucional para resolver este tipo de emergencias.
- Los tiempos requeridos por los pacientes para el inicio de la atención, luego de llegar a los servicios de urgencias, son mayores que los establecidos por los estándares de calidad. Situación relacionada con una deficiente capacidad resolutoria de la red de atención de urgencias, que pone en riesgo la integralidad y la vida de las personas.
- La presencia de un 15,9% de atenciones en los servicios de urgencias originadas en consultas por enfermedades crónicas o de larga duración, riñe con la eficiente utilización de la infra-

estructura de urgencias, y se relaciona con una débil capacidad resolutive de los servicios ambulatorios que derivan en una utilización inadecuada de la red de urgencias por parte de la población.

- El derecho de los pacientes a ser informados acerca de los procedimientos que se les realizan y del tratamiento a seguir, fue desconocido en el 12,8% y el 12,5%, respectivamente, de los casos. Así mismo, el 29% de las personas no fue tenida en cuenta para la toma del consentimiento informado sobre los procedimientos. Estas cifras distan de los estándares de calidad establecidos por el SOGC.
- En 2007, el país había alcanzado coberturas en el aseguramiento superiores al 88% de la población. A pesar de esto, solo el 82,1% de los servicios de urgencias fueron pagados por las entidades administradoras de planes de beneficios, manteniéndose un nivel del 3,5% de atenciones en las que los usuarios debieron cancelar toda la atención como gasto de bolsillo. Además, el 19,5% de los costos de los medicamentos derivados de las atenciones urgentes debieron ser asumidos por los pacientes o sus familias. Estas cifras distan de los propósitos del acceso universal a los servicios de salud con calidad.
- Los gastos asumidos por los enfermos y sus familias en transporte de ida y vuelta, en alimentación y alojamiento aumentan el gasto de bolsillo y se convierten en una limitación adicional para el acceso efectivo a los servicios de atención por urgencias.
- Los tiempos de permanencia de los pacientes en los servicios de urgencias distan de los establecidos por los estándares de calidad y la normativa vigente, y reflejan serios problemas en la capacidad resolutive de las redes de prestación de servicios de salud.
- La presencia de un 17,5% de atenciones por urgencias que derivan en incapacidad laboral o escolar representa una carga importante en costos que es preciso cuantificar.
- Las deficiencias en algunos requisitos mínimos de infraestructura en una proporción considerable de instituciones (condiciones de las salas de espera, de los servicios sanitarios, de las sillas y los espacios donde se brinda la atención) muestra la distancia que aún falta por recorrer para alcanzar los estándares del Sistema Único de Habitación en la totalidad de los prestadores del país.
- Las molestias manifestadas por los usuarios de los servicios de urgencias con respecto a las relaciones interpersonales de los agentes de la salud (falta de cortesía y de respeto por la intimidad personal, inadecuado manejo del examen físico y violación de los espacios de intimidad) son un reflejo de la persistencia de problemas que riñen con la calidad humana en la atención, y requieren de especial cuidado por parte de las autoridades en salud.
- Entre las razones que motivan a los pacientes a no acudir a los servicios de urgencias después de un accidente, prevalecen –con un porcentaje que alcanza el 9,5%– las relacionadas con la infraestructura y la calidad de la atención, hecho que amerita una intervención decidida de las autoridades.

RECOMENDACIONES

- En las futuras versiones de la ENS se debe dar una mayor representación a las diferentes instituciones del país, tanto según su naturaleza jurídica como por categorías de municipios; esto permitirá un mejor acercamiento a la realidad de la atención brindada en urgencias.
- Se requiere de la implementación de acciones tendientes a la racionalización del uso de los servicios de urgencias. Para ello se requiere tanto de un conocimiento preciso de la capacidad instalada, como de la entrega de opciones de atención electiva que den respuesta a las necesidades de la población y eviten la “urgentización” de los servicios por parte de los usuarios.
- Formular una política de estado sólida, que conlleve una oferta pertinente y adecuada en la atención por urgencias, sin discriminar a la población por su capacidad de pago y sin que se presenten retrasos en la atención que pongan en riesgo la vida y la salud de las personas.
- Desarrollar acciones de vigilancia y control que eviten la limitación del principio de libre elección de prestadores y profesionales por parte de las entidades administradoras de planes de beneficios.
- Implementar mecanismos de control para evitar que los actores del mercado con funciones de aseguramiento establezcan medidas de fragmentación de la atención que, al generar nuevas barreras de acceso a la salud, pongan en riesgo la vida y la salud de los colombianos (es el caso, por ejemplo, cuando solo autorizan atenciones en sitios distantes al lugar de residencia de los ciudadanos).
- Implementar un estudio de oferta y demanda de servicios de salud por regiones, que permita conocer la necesidad real de infraestructura requerida por el país para la oferta de servicios de salud electivos y de urgencias.
- Impulsar la capacitación del talento humano para brindar una atención en salud pertinente, con suficiencia técnico-científica y respeto a los derechos y la dignidad de los pacientes.
- Fortalecer los mecanismos de veeduría ciudadana y participación social en salud, para garantizar el acceso y la calidad de los servicios de salud.
- Establecer mecanismos eficaces de control con medidas sancionatorias para las instituciones que nieguen el derecho a la vida mediante el establecimiento de barreras de acceso a los ciudadanos.
- Explorar mecanismos de financiamiento para garantizar que las instituciones que no cumplan con los requisitos de infraestructura, dotación y mantenimiento exigidos por el Sistema Único de Habilitación, puedan cumplir con los estándares del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.

En futuras versiones de la Encuesta Nacional de Salud también se recomienda incluir abordajes que permitan explorar con mayor precisión y eficiencia los tres ejes planteados por la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud, valiéndose para el efecto de los estudios realizados por el Ministerio de la Protección Social y diversos organismos de dirección y control del país; esto permitirá alcanzar una perspectiva capaz de facilitar las decisiones –tanto gubernativas como por parte de la sociedad civil– en torno a las políticas públicas y al futuro de la prestación de servicios de salud en Colombia. A continuación se describen algunas acciones posibles, según cada uno de los ejes mencionados:

En relación con el eje de accesibilidad:

- Determinar de mejor manera la capacidad resolutive de las IPS de baja y mediana complejidad.
- Establecer la verdadera capacidad resolutive para la prestación de los planes de beneficios entre las regiones y los prestadores por niveles de atención.
- Definir mecanismos de contratación y prestación que eviten la fragmentación y atomización de los servicios e impidan las limitaciones en la integralidad de la atención.
- Dimensionar el equilibrio entre la oferta y la demanda de servicios de salud en las diferentes regiones del país.

En relación con el eje de la calidad:

- Definir las acciones tendientes a mejorar el direccionamiento desde los entes territoriales para facilitar la articulación de las redes de prestación de servicios y garantizar el acceso efectivo y oportuno a la prestación de servicios, y la pertinencia y continuidad en la atención.
- Definir las acciones necesarias para garantizar no solo el cumplimiento de los estándares del SOGC, sino también la calidad –en términos de oportunidad, pertinencia, seguridad y continuidad– de la atención esperada por la población.
- Establecer las medidas necesarias para que el Sistema de Información para la Calidad del SOGC permita el conocimiento y la divulgación oportuna de los logros y del mejoramiento de la gestión por la calidad de los actores del sistema.
- Caracterizar las acciones necesarias para desarrollar un sistema de incentivos para los prestadores y aseguradores, que favorezca la calidad en la atención, la investigación científica y el desarrollo tecnológico.

Con relación al eje de eficiencia:

- Tomar las medidas necesarias para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores de la salud (es evidente que las políticas de flexibilización laboral y la tercerización del empleo han contribuido al detrimento de la calidad de la atención).

- Conocer el valor del pasivo prestacional de los hospitales públicos y allegar los recursos necesarios (es importante que el gobierno nacional asuma sus responsabilidades y competencias frente al pago de este pasivo).
- Evaluar las necesidades de incorporación y adquisición de tecnología biomédica que responda a las necesidades y a la morbilidad sentida de la población.
- Forjar un sistema integral y articulado de información que responda a los requerimientos institucionales y a las necesidades de salud de la población.
- Definir las medidas necesarias para que exista un adecuado sistema de rendición de cuentas con fundamento en los resultados en salud y en la gestión de la prestación de servicios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Caja Costarricense de Seguro Social (2001). "Características de los usuarios de los servicios de urgencias: segunda encuesta nacional". [Sitio disponible en]: <http://www.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/enc01res.htm> Consultado en julio del 2009.

Carbonel, M, J Girbes y J Calduch (2006). "Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario". En: *Emergencias*, 18:30-35.

Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública (2004). Decreto 4110 de 2004, Por el cual se reglamenta la ley 872 de 2003 y se adopta la norma técnica de calidad de la gestión pública. Bogotá, Departamento Administrativo.

Colombia. Departamento Nacional de Planeación (2002). Documento CONPES 3204.

Colombia, Ministerio de Salud (1994). *La Reforma a la Seguridad Social en Salud*. Tomo 1: Antecedentes y resultados. Bogotá.

Colombia. Ministerio de la Protección Social (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá.

_____ (2006). Decreto Número 1011 del 3 abril de 2006, Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

_____ (2008). *Programa de Apoyo a la Reforma Salud. Calidad en Salud en Colombia: los Principios*. Bogotá.

_____, Dirección General de Planeación y Análisis de Política Grupo de Estudios y Planeación Sectorial (2008). "Informe de Actividades al Honorable Congreso de la República 2007-2008", ISSN: 1900-3838. Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993. Bogotá.

_____ Ley 872 de 2003, Por la cual se crea el Sistema de Gestión de la Calidad en la rama ejecutiva del poder público y en otras entidades prestadoras de servicios.

_____ Ley 1122 de 2007, Por la cual se modifica parcialmente el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

_____ (1984). "La definición de la calidad. Una exploración conceptual". En: Donabedian, A. *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México D.F.: La Prensa Médica Mexicana.

_____ (2004). "La calidad de la atención médica". En: Ardón, NR y AF Cubillos. "Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores de los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá". En: *Revista Gerencia de la Salud* [Sitio disponible en]: <http://www.gerenciasalud.com/art284.htm> Consultado en julio 3 de 2009.

Grupo de Economía de la Salud y Centro de Investigaciones Económicas de la Universidad de Antioquia (2001). "Cobertura del Seguro en Colombia". En: *Observatorio de la Seguridad Social en Salud*, No.1. Medellín.

Molina, G, IF Muñoz, A Ramirez (eds) (2009). *Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera*. Instituto de Estudios del Ministerio Público. Bogotá.

Navarro, R, L López-Andujar, J Brau, M Carrasco, P Pastor y V Masiá (2005). "Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana". En: *Emergencias*, 17:209-214.

Organización Panamericana de la Salud (1999). *Programa de garantía y mejoramiento de calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS. .

_____, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (2000). *La salud pública en las Américas: Instrumento para la medición de las funciones esenciales de la salud pública*. Washington, D.C.: OPS, CDC, CLAIS. (Documento técnico HSP/HSO).

Salgado, E, E Bragulat, M Junyent, M Asenjo y M Sánchez (2006). "Estimation of emergency department activity and its relationship with in hospital bed disposition". En: *Medicina Clínica*, 127:86-89. Barcelona.

Sánchez, L y A Bueno (2005). "Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario". En: *Emergencias*, 17:138-144.

Secretaría Distrital de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (1994). *Manual de Normas Técnico-Administrativas para la Prestación de Servicios de Urgencias en el Sistema Distrital de Salud*. Santa Fe de Bogotá, OPS.

Valencia, ML, G González, N Agudelo, L Acevedo y OL Vallejo (2007). "Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006". En: *Revista Facultad Nacional Salud Pública*, 9(4):529-540.

Vargas, J y G Molina (2009). "Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: sus limitaciones y consecuencias". En: *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27(2):121-130.

CAPÍTULO 5:

**DEMANDA Y UTILIZACIÓN
DE SERVICIOS
ODONTOLÓGICOS
Y DE PROGRAMAS DE
PREVENCIÓN EN
SALUD BUCAL**

INTRODUCCIÓN

El análisis de la situación de la salud en Colombia, en el periodo 2002-2007, tiene como objetivo la caracterización de los principales problemas de salud de los diferentes grupos poblacionales, los factores que le están asociados y la descripción de las desigualdades e inequidades. Por ello es importante explorar algunos determinantes asociados con las dificultades para el acceso a la prestación de servicios de salud de la población colombiana, a fin de establecer una línea de base para la evaluación, implementación y formulación de políticas regionales y nacionales en salud.

Este capítulo presenta un análisis de la situación de la atención y prevención en salud oral en el país, centrado en las características de la demanda, la utilización de los servicios odontológicos y los programas de prevención para, así, identificar las desigualdades entre grupos poblacionales y la inequidad en salud oral.

Uno de los principales indicadores para medir las inequidades en salud es el acceso a la prestación de servicios de salud. En efecto, equidad significa igual atención para igual necesidad, y una justa distribución de los recursos de los servicios de salud. Esto implica disminuir las diferencias evitables que se observan entre grupos con niveles sociales y económicos diferentes (OMS, 2003:4-5).

En el caso colombiano, el principio de la equidad en el acceso a la prestación de servicios de salud quedó explícito en la Ley 100 de 1993 (Art. 153, numeral 1): *“El Sistema General de Seguridad Social en Salud proveerá gradualmente servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes de Colombia, independientemente de su capacidad de pago. Para evitar la discriminación por capacidad de pago o riesgo, el Sistema ofrecerá financiamiento especial para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa”*.

A pesar de esta declaración, 18 años después subsisten numerosas situaciones de inequidad: un gran porcentaje de hogares con necesidades básicas insatisfechas, dificultades de empleo, pobreza, violencia, desplazamiento y una desigual distribución del ingreso, son algunos de los factores que afectan el acceso real a los servicios de salud. Por otro lado, numerosas reglamenta-

ciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) han desestabilizado las decisiones en el día a día de los planes de beneficio y dificultado el acceso a los programas de promoción y prevención en salud –y, específicamente, en salud bucal, como se verá más adelante–.

En el 2005, y enmarcado en el modelo de Seguridad Social en Salud, se promulgó la política de prestación de servicios que, con el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad de los servicios que se prestan a la población, tiene como ejes fundamentales la accesibilidad, la eficiencia y la calidad (Ministerio de la Protección Social, 2005:17).

Mediante la Resolución 3577 de 2006, el Ministerio de la Protección Social adoptó el Plan Nacional de Salud Bucal que, integrado al SGSSS, tiene como propósito “el mejoramiento de la calidad y acceso a los servicios por parte de los usuarios y el mejoramiento de los indicadores de salud bucal acorde con las características epidemiológicas de la población y los ámbitos y competencias de los actores del Sistema”.

Cabe anotar que, como es ya tradicional en Colombia, esta Resolución aborda los problemas de salud bucal desde un modelo biologicista (Berkman y Kawashi, 2000:iii), esto es, desde una perspectiva que privilegia el enfoque epidemiológico o, lo que es lo mismo, de morbilidad bucal, y solo de manera rápida incluye el análisis de las condiciones de salud de los hogares.

El Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (Decreto 3039 de 2007 del Ministerio de la Protección Social), en el que se enuncian las prioridades de salud para Colombia, tiene como uno de sus objetivos desarrollar acciones de salud bucal que incluyan tanto la morbilidad sentida en población general (la percepción de salud general, de dolor, la percepción de necesidad de atención y la búsqueda de atención en salud), como la promoción de estrategias por grupos de edad según ciclo vital y sexo, además de los criterios técnicos que posibiliten el acceso a los servicios de salud oral (Ministerio de la Protección Social, 2007:38-39).

En este estudio se entiende por demanda y utilización de los servicios odontológicos el proceso mediante el cual las personas, con una necesidad de cuidado, buscan los servicios de salud oral y son conducidas, en un primer contacto, hacia un profesional de la odontología con la intermediación de los prestadores de los servicios (Murray y Frenk, 2009:4). Por programas de prevención en salud oral se entienden las actividades, procedimientos e intervenciones correspondientes a la protección específica y la detección temprana de obligatorio cumplimiento, la canalización a los servicios de salud y el desarrollo de habilidades personales para evitar o controlar los factores de riesgo, legalmente establecidos para Colombia en la Resolución 412 de 2000 expedida por el Ministerio de Salud para los prestadores de servicios.

Este capítulo da cuenta del comportamiento de la demanda y utilización de servicios odontológicos y los programas de prevención en salud oral a partir de la información obtenida por la Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007).

MARCO DE REFERENCIA

Antecedentes

Las enfermedades buco-dentales –tales como la caries y la enfermedad periodontal– son un problema importante en salud pública con alta prevalencia en el mundo. Diferentes estudios epidemiológicos han demostrado que si bien la caries dental ha disminuido en los países desarrollados, en los países en vía de desarrollo o de baja renta ha, por el contrario, aumentado; para el caso de las enfermedades periodontales, se habla de una alta prevalencia de signos de gingivitis en los niños y de periodontitis en adultos de 35 a 44 años (OMS, 2003:6). Por otra parte, dichos estudios muestran que la carga de enfermedades bucodentales es alta en grupos de población desfavorecidos y/o pobres (Petersen *et al*, 2005:662).

Colombia cuenta con tres estudios nacionales de salud oral, realizados en los años 1966, 1980 y 1998 (Mejía *et al*, 1971: sp; Ministerio de Salud, 1980: sp; Ministerio de Salud, 1998: 23). Con respecto a algunas metas mundiales establecidas por la OMS (OMS y Federación Dental Internacional, 1979), los resultados del último estudio muestran una disminución de algunos indicadores; es el caso, por ejemplo, del índice COP, que fue menor a 2,3 para los 12 años (Ministerio de Salud, 1998:23). Sin embargo, cuando se hace el análisis por grupos poblacionales se encuentran diferencias por estrato, nivel educativo y afiliación al sistema de seguridad en salud que revelan situaciones de inequidad (Agudelo y Martínez, 2009:95-96). En efecto, la salud oral depende de factores socioeconómicos y de condiciones de vida particulares; factores que, en el país, inciden de manera importante en los grupos poblacionales en condiciones de alta vulnerabilidad (González *et al*, 2006:25) tales como la población en situación de desplazamiento (Agudelo *et al*, 2008: 17) y en situación de economía informal (Agudelo y Gómez, 2004:12).

Las enfermedades de la cavidad bucal se asocian con: detrimento en la calidad de vida (Díez *et al*, 2004), malestar psicológico (Montero, 2009:44) y problemas de masticación y fonación (Freitas *et al*, 2008:375); también con patologías generales como son los riesgos cardiovasculares (Mattila, 1993:51; Hung *et al*, 2004:209) y su relación con diabetes (Arrieta *et al*, 2003:97) y las enfermedades respiratorias (Awano *et al*, 2008:334). Existe, pues, una estrecha relación entre la salud oral y la salud general (Elena, 2009:66).

La existencia de indicadores de salud oral inaceptables en los diferentes grupos sociales ha sido analizada desde varias perspectivas: algunos investigadores explican estos indicadores a partir de la relación entre los estilos de vida y las deficiencias en las prácticas de higiene (Elena, 2009:139); otros los relacionan con los determinantes de la salud, que trascienden de la esfera individual (Newton y Bower, 2005:25). En esta dirección, algunos estudios han explicado el modo como las desigualdades socioeconómicas tienen un impacto en los indicadores de salud bucal (Sanders y Spencer, 2004:159), lo que quiere decir que los grupos más vulnerables tienen mayor prevalencia

de caries y enfermedad periodontal en comparación con los grupos con mejores oportunidades económicas y sociales (Gilbert y Duncan, 2003:1843).

Otro aspecto tiene que ver con las políticas de salud, en cuanto implican la ejecución de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en todos los estratos y grupos sociales (OPS, 2005), y la puesta en marcha de modelos integrados de salud colectiva (Agudelo y Martínez, 2009:102).

La equidad en salud para la salud bucal

La equidad en salud tiene un espectro amplio que contempla, entre otros, la justicia social, los derechos, los resultados en salud y el acceso a los servicios; este último aspecto materializa uno de los derechos más importantes en la salud: la atención sanitaria (Echeverri, 2002:76). Las inequidades limitan el libre desarrollo de las personas y afectan su capacidad de participación social. En este sentido, la imposibilidad de acceder a los servicios de salud es uno de los indicadores de mayor desigualdad social.

Whitehead (1991:9), desde una aproximación ética al concepto de equidad en salud, afirma que ésta implica que todos deben tener la justa oportunidad para atender su total potencial de salud y que nadie debe estar en desventaja para lograrlo, siempre y cuando esto pueda ser evitado. Dicho de otra manera, la equidad en salud significa igual posibilidad de acceso para todos (esto es, igual disponibilidad de recursos, cobertura y utilización efectiva de los servicios), e igual calidad en la atención disponible para igual necesidad y, por lo tanto, una política para la equidad en salud debe propender por la eliminación o reducción de todas las desigualdades que resultan de factores considerados como evitables e injustos.

Desde hace ya varios años, la OMS viene haciendo un llamado para que todos los países reconozcan sus desigualdades en salud, y mediante un análisis de los determinantes sociales actúen para disminuir las inequidades sanitarias, mejorar las condiciones de vida de la población, luchar contra la distribución desigual de los recursos y realizar una evaluación constante de las políticas sanitarias y la capacidad local y nacional (OMS, 1978, 1986 y 2008). Es por ello que el sistema de salud ha sido considerado como un determinante social (OMS, 2007:4) y de interés en las agendas políticas y científicas mundiales; y es por ello, también, que la OMS realiza permanentes llamados a los diferentes actores sociales para que aseguren la atención universal y, en particular, mejoren de la atención primaria social (OMS, 2007:55).

Los resultados de algunos estudios a nivel nacional sugieren un impacto positivo del SGSSS sobre las inequidades en el acceso a los servicios de salud, sin embargo falta aún claridad sobre los efectos de las inequidades en la utilización de los servicios (Céspedes *et al*, 2000: 145). Se requiere más información a nivel nacional, que alimente la discusión académica y sea un insumo para que los planificadores y formuladores de políticas sociales mejoren la efectividad de los instrumen-

tos de regulación financiera y, en particular, aquellos destinados a focalizar el gasto social en los segmentos más pobres, marginados y vulnerables de la población (Céspedes *et al*, 2000:145).

Los planes de beneficio para la prestación de servicios odontológicos del SGSSS estipulan diferencias claras entre los regímenes contributivo y subsidiado, y dejan a la entidad territorial la definición de las acciones para la población pobre no afiliada al sistema; además no contemplan la salud bucal como parte integral de la salud general, por lo que dejan de lado patologías de alta frecuencia y viables de atender. Como es obvio, estas diferencias generan inequidades.

Acceso a la prestación de servicios de salud en salud bucal

El acceso a los servicios de salud puede definirse de diferentes formas. El descriptor de Ciencias en salud (Biblioteca Virtual en Salud, 2009: sp) la define como *“El grado por el cual individuos están impedidos o facilitados en sus capacidades para recibir atención en servicios del sistema de atención de salud. Factores que influyen en esta capacidad incluyen consideraciones geográficas, arquitectónicas, de transporte y financieras, entre otras”*.

Para la OMS acceder de manera adecuada a servicios sanitarios es una condición fundamental para alcanzar un buen estado de salud. Dado que este objetivo se constituye en el fin último de cualquier sistema de salud, el acceso se convierte en un medio de análisis institucional que permite la evaluación del desempeño del sistema y del logro de sus objetivos.

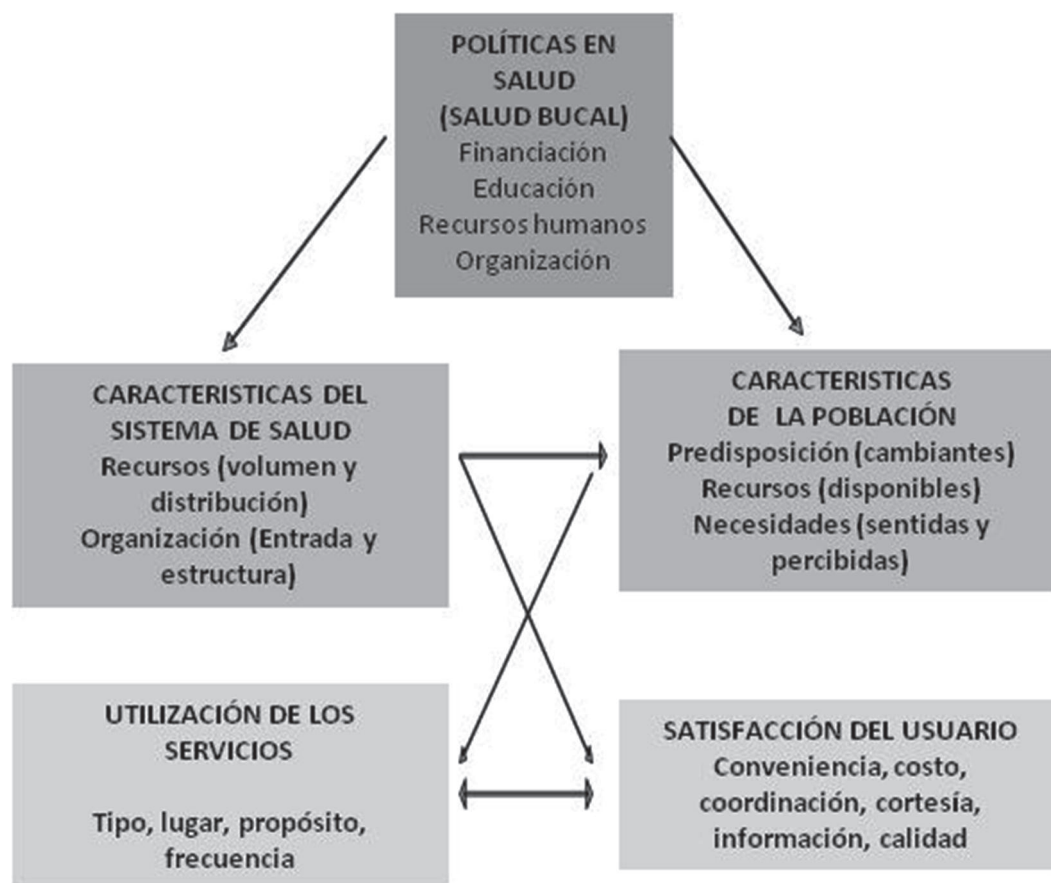
Existen diferentes modelos teóricos y conceptuales para definir los factores que condicionan el acceso y la utilización de los servicios sanitarios en diferentes grupos poblacionales.

Para Donabedian (1973:1) y Travassos y Martins (2004:190) el acceso está relacionado con la oferta de servicios y su capacidad para responder a las necesidades de la población; por su parte, Aday y Andersen (1974:212) elaboran un modelo teórico enfocado en los factores individuales que van desde la influencia de las políticas en salud, hasta factores relacionados con la estructura y el sistema de salud general. En una forma operativa, estos autores identifican variables contextuales e individuales que pueden condicionar la utilización de los servicios de salud en un momento determinado, y describen las barreras desde las perspectivas del paciente, el proveedor y los servicios (Gráfico 5.1).

Este modelo, inicialmente propuesto, fue luego modificado por Andersen (1995:1), al incluir la capacidad de los servicios de salud para mantener o modificar la salud de los individuos desde la percepción tanto de los usuarios como de los profesionales.

Aunque en Colombia poco se ha estudiado la accesibilidad a los servicios de salud bucal, se sabe de las dificultades que enfrentan los usuarios debidas a la falta de organización de los servicios y a barreras culturales (González y Parra, 2004: sp). En efecto, la diversidad cultural y de etnias tiene representación a lo largo y ancho del territorio nacional, y si bien las condiciones particulares de un grupo o de una etnia no conllevan por sí mismas la desigualdad –máxime cuando las leyes

colombianas los protegen–, sus condiciones económicas y sus prácticas culturales pueden generar barreras en el acceso a los servicios de salud odontológica.



Fuente: Aday y Andersen, 1974:212 (Adaptación de los autores).

Gráfico 5.1. Marco conceptual del modelo de acceso a los servicios de salud

Para el caso de los servicios de salud y su relación con la salud bucodental de las poblaciones, deben tenerse en cuenta diferentes consideraciones. En primer lugar es importante considerar algunos factores relacionados con las reformas de los sistemas de salud en el mundo y en América Latina, que han fomentado la privatización de los servicios (Abadía, 2006:9); en particular, en Colombia se ha hecho una crítica importante al SGSSS desde la óptica de los factores que condicionan la atención en salud bucal (Agudelo y Martínez, 2009:102), y si bien las sucesivas reformas han generado una mayor cobertura en aseguramiento, persisten aún numerosos problemas en la atención y el acceso a los programas de promoción de la salud oral y prevención de la enfermedad. Existen, además, desventajas socioeconómicas importantes que modifican la situación de salud en determinados grupos al limitar el acceso a los servicios de salud oral, la capacidad de sufragar tratamientos odontológicos y la disponibilidad a los programas de promoción y preven-

ción (Wamala *et al*, 2006:1027); situación que no corrige los ajustes realizados a la norma sobre los planes de beneficio que, por el contrario, han soslayado la posibilidad del conocimiento de los deberes y derechos de los usuarios.

Los factores determinantes de la salud son definidos por fuerzas políticas, económicas y sociales, y la salud bucal no ajena a estas fuerzas. A manera de ejemplo vale observar que el Decreto 3039 de 2007, expedido por el Ministerio de la Protección Social, la incluye como una prioridad de salud pública, y que mediante el IV ENSAB se motivó nacionalmente la formulación de propuestas, al día de hoy no cuenta el país con evidencias poblacionales de la situación de salud bucal de los colombianos.

METODOLOGÍA

El análisis se realiza a partir de la información obtenida por *La Encuesta Nacional de Salud 2007 (ENS-2007)*, Módulos 1 y 2. Cabe anotar que cada Módulo representa un número poblacional de acuerdo a coeficientes previamente establecidos para cada región, razón por la cual se trabaja con un tamaño muestral ponderado, respetando el diseño de la muestra y calculando la media del factor de elevación poblacional sobre la base de datos sin ponderar; se crea también la variable “factor de ponderación”, y se realiza el análisis con un tamaño de muestra de 80.613 personas.

Se definieron dos macro-variables para abordar el estudio y presentación de resultados. La primera denominada “*demanda y utilización de servicios odontológicos*”, y la segunda “*programas en salud oral*”; en ambas se identificaron variables relacionadas con el aseguramiento, la cobertura y la atención, y fueron analizadas en forma univariada y bivariada según determinantes sociales tales como la estratificación económica, la edad, la etnia, el nivel educativo, entre otros. Se consideró como principal medida de asociación el cálculo de *Odds ratios* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza (IC95%).

Los resultados se presentan en distribución de frecuencias (%) y OR crudas (IC95%), histogramas de frecuencias por regiones del país.

RESULTADOS

Para el análisis de la distribución de problemas bucales se tuvieron en cuenta algunas características sociodemográficas y sus correspondientes OR (IC 95%). Las mujeres, las personas sin estudios o con estudios primarios y de edades comprendidas entre 21 y 40 años reportaron mayor riesgo de problemas bucales, así como el pertenecer a los grupos étnicos indígena, negro o mulato y palenquero. Los que reportan peor salud general también reportaron mayor riesgo de problemas bucales (Anexo, Cuadro 5.1).

En la distribución de frecuencias y OR (IC95%) de dolor y caries dental, según las características sociodemográficas analizadas, se encontró: en el primer caso (dolor), que el bajo nivel educativo y pertenecer a los grupos indígena, negro o mulato tiene una asociación estadísticamente significativa con la presencia de dolor, no así el hecho de ser mujer. En las personas que reportan mala salud general también existe asociación con la presencia de dolor auto-percibido (Anexo, Cuadro 5.2).

En el segundo caso (caries dental), las mujeres y el grupo poblacional con edades comprendidas entre 11 y 20 años reportaron menor riesgo. El bajo nivel educativo y pertenecer a los grupos étnicos indígena y palenquero están asociados con la mayor percepción de caries dental.

De nuevo se encontró asociación entre la mala salud general y la percepción de caries dental (Anexo, Cuadro 5.3).

Existen diferencias en la percepción de problemas relacionados con la boca y los dientes según las regiones geográficas y el sexo (Anexo, Gráfico 5.1). En líneas generales, los mayores porcentajes se encuentran: para los hombres en los departamentos de Bolívar, Caquetá, Guaviare y Meta; y para las mujeres en los departamentos de La Guajira, Bolívar, Boyacá, Cauca, Meta y Amazonas. Los mejores indicadores de salud bucal auto-percibida (entendidos como el menor porcentaje de personas que reportaron problemas de salud relacionada con los dientes y encías en los últimos 30 días anteriores de la encuesta) se encontraron en los departamentos de Arauca, Caldas, Cundinamarca y Guainía para los hombres, y en Caldas y Guainía para las mujeres.

En la distribución de problemas auto-percibidos relacionados con el dolor dental, se encontró: en el caso de los hombres, los departamentos de Guajira, Guaviare y Guainía tienen las mayores prevalencias: por encima del 75%; y para las mujeres, los departamentos de La Guajira y Magdalena. Existen diferencias por sexo en los resultados generales por departamentos (Anexo, Gráfico 5.2).

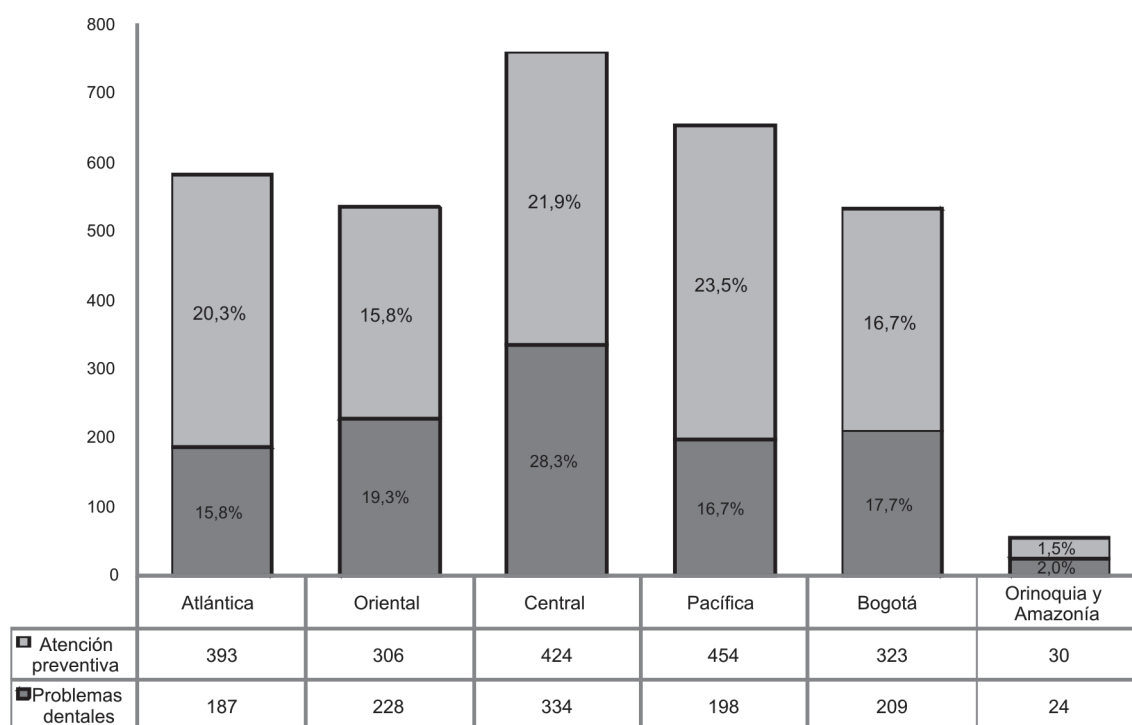
Atendiendo a la frecuencia de las personas que reportaron caries dental, se observan algunas diferencias por departamentos. En términos generales, y tanto en hombres como en mujeres, la mayoría de los departamentos presentan una frecuencia de percepción de caries dental entre el 20% y el 40%. Las mayores frecuencias (porcentaje por encima del 40%) se presentaron de manera similar en hombres y mujeres (Anexo, Gráfico 5.3).

Uso y utilización de los servicios odontológicos

En la distribución de problemas bucales según algunas características sociodemográficas y sus correspondientes OR (IC 95%), se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ser mujer y no saber leer y la menor utilización de los servicios odontológicos. Ambos indicadores constituyen determinantes que limitan el acceso a los servicios de salud (Anexo, Cuadro 5.4).

La edad, el nivel de estudios y la etnia también están asociados con la utilización de servicios preventivos. Llama la atención el caso particular de los grupos indígenas, para quienes la ENS-2007 consideró incluir la variable “capacidad de comunicarse” –aspecto fundamental en la atención preventiva–, sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas que sugieran dificultades en el acceso a los servicios (Anexo, Cuadro 5.5)

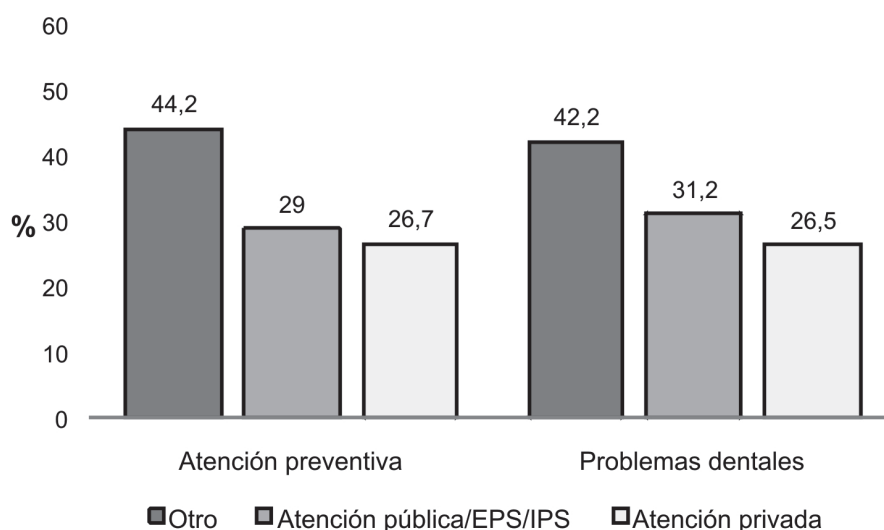
Se observa que, en todas las regiones del país, las actividades correspondientes a la atención preventiva ocupan menos del 25% en el uso de los servicios de salud bucal ($p < 0,001$). (Gráfico 5.2).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 5.2. Uso de los servicios de salud bucal según región del país. Colombia, 2007

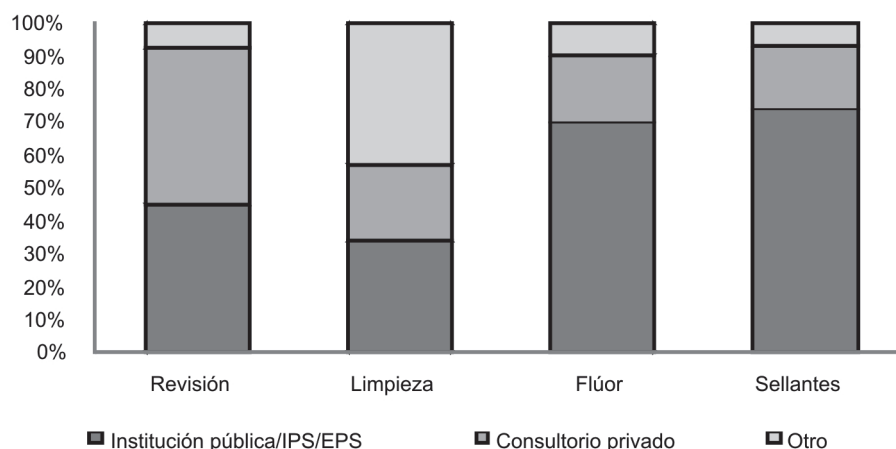
Según la naturaleza jurídica de la institución, el 60% de la atención preventiva y de solución a problemas dentales corresponde a entidades públicas (Gráfico 5.3). Debe resaltarse el mayor uso de los servicios odontológicos para la solución de los problemas dentales: 2,1% ($p < 0,001$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

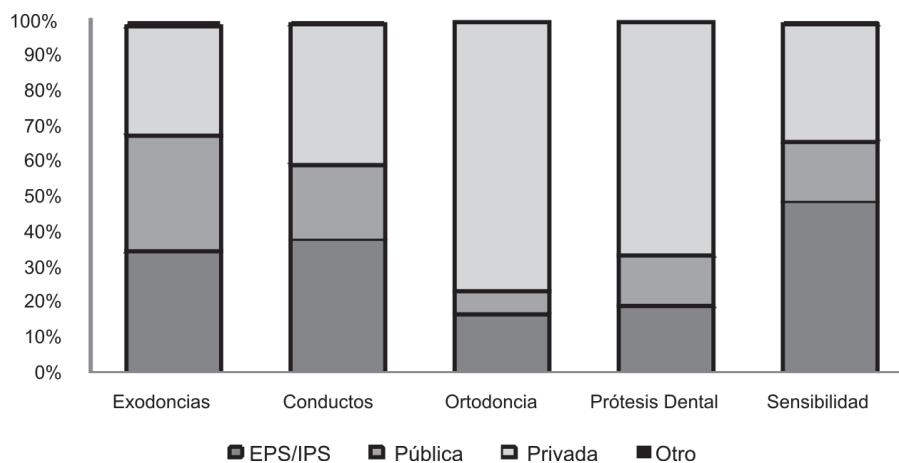
Gráfico 5.3. Uso de los servicios de salud bucal según la naturaleza jurídica de la institución. Colombia, 2007

En los Gráficos 5.4 y 5.5 se han agrupado las diferentes actividades de prevención (aplicación de flúor, sellantes, limpieza dental y revisión) y de asistencia (exodoncia, conductos, ortodoncia, prótesis dental y problemas relacionados con la sensibilidad). Según la naturaleza de las entidades donde se recibió la atención –la categoría “otros” incluye personal de las farmacias, practicantes de la acupuntura y teguas–, se observan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,000$).



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 5.4. Actividades de prevención según lugar de atención. Colombia, 2007



Fuente: Encuesta Nacional de Salud ENS-2007.

Gráfico 5.5. Actividades de asistencia según lugar de atención. Colombia, 2007

Como puede observarse, en las actividades de prevención la limpieza es realizada, en el 43,3% de los casos, en servicios diferentes a las instituciones públicas y privadas; mientras que en las actividades de asistencia, la categoría “otros” solo suma el 1,5%.

Si bien en algunas ocasiones las incapacidades son vistas como generadoras de barreras de acceso, con respecto a los problemas odontológicos la incapacidad puede extenderse hasta por 3 días y, en el 87% de los casos, son debidas a dolor de muelas (39%), caries (22%), pérdida de dientes (13%) e inflamación de la cara (13%).

En este estudio, la morbilidad atendida se define como la atención que se genera cuando una persona busca el servicio odontológico. La ENS-2007 encontró que más del 80% de las personas entrevistadas busca la atención del profesional de la odontología cuando lo aqueja un problema dental; los motivos de consulta más frecuentes son los problemas relacionados con falla en la erupción de los dientes e inflamación de la cara. Estas diferencias son estadísticamente significativas ($P < 0,001$) (Anexo, Gráfico 5.4)

Para el análisis de la morbilidad sentida se tuvo en cuenta todas aquellas consultas que, por motivo de algún problema relacionado con la salud oral, fueron solicitadas por las personas entrevistadas en un servicio especializado. Se observaron evidencias estadísticamente significativas que demuestran que el ruido en la articulación, fallas en la erupción, dificultad para abrir la boca, úlceras o ampollas en la boca son motivo de consulta frecuente, y no solo al odontólogo, sino también al profesional de la medicina (Anexo, Gráfico 5.5).

Con respecto a las barreras de acceso se consideraron tres aspectos: el primero está relacionado con el tiempo que tarda una persona en recibir la atención solicitada; el segundo contempla los gastos de la atención recibida, máxime cuando la mayoría los tratamientos odontológicos son complejos y demandan alta asistencia e integralidad; el último aspecto se refiere al pago por la atención.

Según la ENS-2007, en general el tiempo no constituye una barrera geográfica para la atención. En efecto, el 86,1% de las personas encuestadas tarda menos de una hora en llegar al lugar de la asistencia, el 10,3% invierte una hora y el 3,6% más de una hora. La situación es similar tanto si se trata de citas de atención preventiva como asistencial.

Un alto porcentaje de las personas entrevistadas reportó que debieron hacer algún tipo de gasto por la atención odontológica. El 85,2% de quienes recibieron atención preventiva pagó hasta \$10.000; y entre quienes consultaron por problemas dentales, el 41,8% pagó hasta \$10.000, el 27,9% más de \$20.000, el 16,2% menos de \$20.000, y el 13,9% hasta \$15.000

La EPS, ARS u otra entidad de seguridad social pagó los costos de la atención al 64,2% de los pacientes con problemas dentales que recibieron atención odontológica, y el 24% debió hacerlo con recursos propios o de alguien del hogar. Cuando se trata de la atención preventiva, en el 75,4% de los casos los costos fueron asumidos por la ARS u otra entidad de seguridad social, y en el 14% por el usuario.

Según el régimen de afiliación a la Seguridad Social, la ENS-2007 reporta que el 70,2% de las personas entrevistadas y que hicieron uso de los servicios odontológicos se encuentra afiliada a una EPS. Entre quienes consultaron por problema o enfermedad de la boca, el 17,2% no se encuentra afiliado a la seguridad social, y el 35,5% se encuentra afiliado a una entidad administradora de

régimen subsidiado. Entre quienes consultaron por atención preventiva en salud bucal, el 12,1% no se encuentra afiliado, y el 32,6% se encuentra afiliado a una administradora de régimen subsidiado, encontrándose diferencias estadísticamente significativas. El 85,9% se encuentra cubierto por la seguridad social bajo diferentes modalidades de afiliación: empleado, pensionado, régimen subsidiado y otras (Anexo, Cuadro 5.6).

La distribución de frecuencias para la atención preventiva al momento de la encuesta es: el 53% de la población estaba cubierto por aplicaciones de flúor y el 38% por intervenciones con sellantes. Sería de esperarse una cobertura del 100%, sin embargo cabe mencionar que las conductas sugeridas para ello dependen de las condiciones dentales del paciente y de las observaciones a priori del profesional, quien recomienda el servicio. Estas intervenciones pueden hacerse como medidas de atención preventiva de primer y/o segundo nivel, de allí que era importante en la encuesta considerar la edad y el nivel educativo como determinantes de la situación (Anexo, Cuadro 5.7).

Con relación al nivel educativo, llama la atención que al 54% de quienes estaban en primaria se les había hecho la aplicación de sellantes; si se compara este porcentaje con los estudiantes de secundaria y a riesgo de ser diagnosticados con caries, la relación es 1,4 veces más que los universitarios cuando no reciben flúor en la primaria y 1,3 veces más cuando están en la secundaria. Lo anterior ilustra la importancia del uso de estas dos herramientas incluidas en la norma técnica de atención odontológica. Es necesario anotar, sin embargo, que la información compilada por la ENS-2007 no permite conocer su calidad, tiempo y aplicación en los servicios de salud.

DISCUSIÓN

Este análisis tuvo como única fuente de información la Encuesta Nacional de Salud 2007; no desconoce, sin embargo, que existen otras fuentes que permitirían comparar las tendencias nacionales con respecto a América Latina.

Para abordar el problema se tuvo como factor fundamental el análisis del uso de los servicios de salud odontológicos y los programas de prevención de la salud oral según los modelos existentes (Aday y Andersen, 1974:212), y se dejaron por fuera aspectos como los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas. Este análisis es, por lo tanto, una primera aproximación al conocimiento de las condiciones de salud bucal de la población colombiana a partir de los factores que determinan la utilización y el acceso a los servicios de salud bucal y de los programas de atención preventiva y asistencial.

En líneas generales, las mujeres, las personas con niveles educativos bajos, con trabajos informales y pertenecientes a grupos étnicos minoritarios presentan los mayores porcentajes de mala salud bucal auto-percibida.

Se encontraron diferencias significativas entre los departamentos –tanto en la utilización de los servicios de prevención como en la demanda de atención por problemas bucodentales–, lo que sugiere la posible existencia de situaciones de inequidad y desigualdad, debida a factores socioeconómicos, entre grupos poblacionales.

La ENS-2007 se realizó con una muestra poblacional que abarca diferentes estratos socioeconómicos y grupos sociales, sin embargo al analizarla más de cerca se encuentra una sobrerrepresentación de los estratos socioeconómicos bajos, lo que impide generalizar sus resultados a la totalidad de la población. Con respecto a la salud bucal se encontró que el 82,3% de las personas con problemas dentales y el 81,5% de quienes recibieron atención preventiva en salud bucal pertenecen al estrato uno y dos.

Los instrumentos utilizados por la encuesta fueron cuidadosamente diseñados y testados mediante estudios piloto, y la participación de diferentes instancias académicas en el proceso de diseño y recolección de la información garantiza la calidad de los datos recogidos. No obstante, es importante señalar algunas de las limitaciones. La primera se refiere a la limitación inherente a los instrumentos que evalúan la percepción del individuo ante diferentes situaciones o circunstancias: el sesgo del recuerdo de la población entrevistada, las condiciones en las que se realiza la encuesta y la importancia dada por el encuestado(a) a la pregunta puede afectar el significado de ésta. La segunda tiene que ver con el carácter descriptivo del estudio, que solo permite realizar análisis univariados y bivariados (solo el análisis multivariado puede demostrar la influencia de determinados factores de confusión en las diferentes asociaciones encontradas).

En este estudio se definieron las barreras de acceso como aquellas condiciones adversas que impiden a los usuarios el acceso a los servicios de salud y generan riesgos que influyen en su bienestar. Dichas barreras se manifiestan tanto en los individuos, como en los servicios y en el sistema de salud.

Según los resultados globales de este estudio, las tendencias con relación al sexo y la edad sugieren patrones similares a los registrados en el Estudio Nacional de Salud Bucal III (ENSAB III, Ministerio de Salud, 1998:23): en éste, el 22,2% de la población con edades comprendidas entre 12 y 69 años manifestó haber tenido algún problema dental o en la boca en el último mes, en la ENS-2007 este porcentaje fue del 14,6%; según el sexo, en ambos estudios las mujeres son quienes con más frecuencia padecen algún tipo de problema buco-dental.

Contrario a los hallazgos registrados en el ENSAB III, la ENS-2007 encontró que el problema más frecuente en la consulta odontológica fue la caries (63,6%), seguido del dolor de muelas o dientes (62%).

Del total de personas que auto-percibieron algún problema de salud bucal, el 52,2% acudió a la consulta odontológica.

El 41% de la población con edades comprendidas entre 6 y 19 años ha recibido aplicaciones de flúor en el último año, porcentaje muy bajo si se tiene en cuenta la existencia de programas

preventivos en las IPS's y lo establecido en la normatividad. En el mismo grupo de edad, solo al 34% de la población se le ha aplicado sellantes, porcentaje también significativo, pues aunque no toda la población es objeto de este método preventivo, es en este grupo de edad donde debe encontrarse la mayor cobertura. Las principales razones que dieron los encuestados para no realizarse estos procedimientos son: no lo considera necesario, no se lo cubren, no tienen dinero, descuido y porque no se lo han recomendado; razones que reflejan serias deficiencias en las campañas de promoción de la salud y de las medidas preventivas.

La OPS, en el documento borrador "Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas a través de avances críticos en la salud oral: El camino hacia delante: 2005-2015", al exponer las diferencias existentes entre los países observa que, para Colombia, la problemática de salud bucal no es una prioridad. Lo que puede corroborarse mediante el análisis de tres aspectos relacionados con macro-determinantes.

El primer aspecto está relacionado con las diferencias entre las regiones: tanto en el ENSAB III como en la ENS-2007 esta diferencia fue evidente para las regiones Oriental y Atlántica, y si bien ninguno de estos estudios permite afirmar con certeza que dicha diferencia está determinada, en lo esencial, por las condiciones económicas, los resultados sugieren la necesidad de crear nuevas herramientas técnicas de análisis e instrumentos de recolección de la información que permitan profundizar en el peso que para la salud bucal y en cada región del país tienen los determinantes económicos.

El segundo aspecto tiene que ver con la estructura del sistema de salud que ha producido diferencias importantes entre los servicios públicos y privados: estudios realizados en países emergentes y en aquellos que han modificado sus estructuras políticas –es el caso de los países post-comunistas–, han señalado cómo estas diferencias dan al traste con la integración vertical de los servicios y crean barreras de acceso debido al aumento del gasto de bolsillo que afecta a los usuarios más pobres y a su grupo familiar (Central and Eastern European Health Network, 2002:1; Szende y Culyer, 2006:262).

De manera general, el tercer aspecto explicaría el modo como las variables morbilidad atendida y gasto de bolsillo –en tanto micro-determinantes– se relacionan con las posibilidades de obtener un servicio. Sin embargo, para el caso colombiano es necesario introducir otra variable en esta relación: la disponibilidad del recurso humano: los resultados ya analizados muestran que, en muchas ocasiones, el dolor facial y la erupción dental son consultados al personal médico y no al odontólogo, y que las intervenciones de primera línea –tales como la limpieza– son realizadas por personal no profesional, y si bien en la ENS-2007 el promedio mayor al 90% de disponibilidad del recurso humano no provee elementos para la discusión, es necesario profundizar para encontrar las razones de la situación descrita y, como sugiere la OPS (2005b:sp), forjar estrategias que estimulen el recurso humano formado en áreas de interés colectivo y, en particular, en la Atención Primaria en Salud (Acosta y Vega, 2008:125).

El Plan Nacional de Salud Pública, expedido por el Ministerio de la Protección Social en 2007, y la Resolución 425 de 2008 reglamentaria de este Plan establecen dos metas en salud bucal:

- Lograr un índice de COP promedio a los 12 años de edad menor de 2,3 (Línea de base: 2,3. Fuente: III ENSB 1998).
- Lograr y mantener los dientes permanentes en el 60% de los mayores de 18 años (Línea de base: 50,2%. Fuente: III ENSB 1998).

Estudios locales realizados por investigadores de las universidades públicas y privadas en sus áreas de influencia han mostrado que, posterior al Estudio Nacional de Salud Bucal de 1998, el índice COP promedio de 2,3 ha mejorado ostensiblemente, sin embargo solo son, por el momento, hallazgos locales o regionales logrados con metodologías diversas.

CONCLUSIONES

Se encontró una asociación importante entre la percepción de salud general y la auto-percepción de salud bucal.

En el caso de dolor dental, se encontraron diferencias significativas por sexo, edad, nivel educativo y grupo étnico.

Es importante reconocer la asociación que existe entre la percepción de salud y factores relacionados con la pertenencia a un grupo para, así, evaluar las condiciones epidemiológicas a partir de las características particulares de los individuos y de los grupos sociales en los que se insertan.

En la distribución por regiones, se encontraron diferencias en la percepción de la situación de salud bucal. Esto indica que existen situaciones de inequidad en el acceso a los servicios de salud, lo que se traduce en altos indicadores epidemiológicos.

Son múltiples los factores que influyen en la utilización de los servicios de atención y prevención en salud oral: algunos están relacionados con las diferencias inherentes a las características sociodemográficas del individuo –edad, sexo, nivel educativo–, otros con la pertenencia a un grupo social determinado, y otros más con el servicio de salud y la organización del SGSSS por su asociación entre afiliación y condiciones de empleo, y los pocos recursos del Sistema General de Participaciones que no alcanzan a cubrir las necesidades de la población pobre y vulnerable.

Los resultados permiten deducir que no hay barreras en el acceso ni en la atención asistencial odontológica. En la exploración de los indicadores de oportunidad y de gasto para la atención asistencial odontológica se observó que estos no afectan el objeto central de este análisis.

Por el contrario, se encontraron barreras para el acceso a la atención bucal preventiva, y poca existencia de programas preventivos. En efecto, un porcentaje importante de la población ignora la existencia de dichos programas.

La encuesta no explora los comportamientos, prácticas y actitudes –en especial entre los grupos étnicos y raizales– que pueden constituirse en barreras a la atención y a la prevención. Este aspecto debe tenerse en cuenta en futuras encuestas y reconocer que existen paradojas con relación al tema de las desigualdades (Keppel *et al*, 2007:1281; Frohlich y Potvin, 2008:216).

La razón más importante para no acceder a la prestación de servicios odontológicos fue la falta de dinero (10,5%), lo que es coherente con los diferentes estudios de accesibilidad de antes y después de la reforma del sistema de salud y con los indicadores de pobreza y desigualdad observados para Colombia.

RECOMENDACIONES

Es importante en las instancias académicas y sociales abordar la justicia social como fundamento para la toma de decisiones sobre los determinantes de la salud, y en particular de la salud bucal. Dicho de otra manera: es necesario promover en Colombia estudios que permitan evidenciar las actitudes, comportamientos y prácticas de los ciudadanos en aspectos tales como la discriminación, el racismo y el poder, situaciones que se relacionan con las decisiones que se toman en torno a la salud.

Es necesario pensar de manera integral la salud bucal, de tal forma que se tenga evidencia de su relación con eventos asociados a los hábitos de alcohol, tabaco, enfermedades diabéticas y otras.

Se deben fortalecer los servicios de salud oral en las diferentes regiones, con el fin de eliminar las situaciones de inequidad encontradas, promover estrategias para que la promoción y la prevención de las enfermedades bucales sean una realidad en el marco del derecho a la salud y que el acceso a dichos servicios se desligue de las condiciones sociales, educativas y económicas.

No es suficiente clasificar u ordenar la población y sus desigualdades, es necesario describir en qué medida se distribuyen los elementos propios del sistema de salud, para conocer la equidad de esta distribución.

Es necesario promover hábitos de autocuidado y mecanismos de participación social reflejados en la construcción de proyectos sociales participativos.

Los determinantes sociales evidencian la necesidad de políticas de salud bucal que disminuyan las desigualdades existentes en el país y se traduzcan en mejores indicadores de salud general.

Se deben profundizar la investigación y los análisis multivariados y multinivel subsiguientes, con el fin de observar la influencia de los factores sociales, demográficos y de contexto en los diferentes indicadores encontrados.

Deben también implementarse técnicas de investigación cualitativa y comunitaria que conduzcan a la formulación de políticas y estrategias de promoción de la salud bucal.

Se recomienda, también, desarrollar estrategias que conduzcan a un mayor compromiso por parte de los profesionales en salud y de las comunidades académico-científicas, así como a la unión de todos los estamentos sociales con el objetivo de garantizar la salud bucal como componente de la salud general.

Deben fortalecerse los procesos contemplados en el Plan Nacional de Salud Pública. Insistir en este punto es comprender las intenciones del gobierno que, en su magna propuesta para repensar la salud pública en Colombia, ha establecido procesos de evaluación innovadores, comprometidos y de frente a las realidades político-administrativas de las localidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abadía, CE (2006). "Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral". En: *Acta bioethica*, 12(1):9-22.
- Acosta, N y R Vega (2008). "El caso de la implementación de la estrategia de Atención Primaria Integral en Salud (APIS) en la localidad de Suba, Bogotá –Colombia". En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 7(14):125-144.
- Aday, LA y R Andersen (1974). "A framework for the study of access to medical care". En: *Health Services Research*, 9(3):208-220.
- Agudelo, A y J Gómez (2004). "Condiciones de salud bucal de los recuperadores informales del sector de Guayaquil y de sus familias. Medellín- Colombia, 2003". En: *Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia*, 15(2):12-20.
- Agudelo, AA, LT Isaza *et al* (2008). "Perfil epidemiológico bucal en un asentamiento de población desplazada y destechada". En: *Revista CES de Odontología*, 21(2):17-24.
- Agudelo, AA y E Martínez (2009). "La salud bucal colectiva y el contexto colombiano: Un análisis crítico". En: *Revista de Gerencia y Políticas de Salud*, 8(16):91-105.
- Andersen, R (1995). "Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?" En: *Journal of Health and Social Behavior*, 36:1-10.
- Arrieta, JJ, B Villar *et al* (2003). "Problemas bucodentales en pacientes con diabetes mellitus (I): Índice de placa y caries dental". En: *Medicina Oral*, 8(2):97-109.
- Awano, S, T Ansai *et al* (2008). "Oral Health and mortality risk from pneumonia in the elderly". En: *Journal of Dental Research*, 87(4):334-339.
- Berkman, L y I Kawachi I (eds) (2000). *Social Epidemiology*. Oxford, England, Oxford University Press. 391p.
- Biblioteca Virtual en Salud. "Descriptores en Ciencias de la salud". [Sitio disponible en]: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm> Consultado el 20 de junio de 2009
- Carta de Brasilia (2007). Reunión regional de consulta con la sociedad civil sobre los determinantes sociales de la salud. Brasil.
- Central and Eastern European Health Network. "Formal and informal household spending on health: a multicountry study in central and eastern Europe". [Sitio disponible en]: <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/lac/MerckReportFINAL.pdf>. Consultado el 20 de junio de 2009.
- Céspedes, JE, I Jaramillo *et al* (2000). « 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". En: *Revista de Salud Pública*, 2(2):145-164.
- Colombia, Ministerio de la Protección Social (2005). *Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud*. Bogotá.

_____ (2006). Resolución 3577 de 2006, Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal. Bogotá.

_____ (2007). Encuesta Nacional de Salud. Bogotá.

_____ (2007). Decreto 3039 de 2007, Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Bogotá.

_____ (2008). Resolución 425 de 2008, Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial, y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas a cargo de las entidades territoriales. Bogotá.

Colombia, Ministerio de Salud (1998). *III Estudio Nacional de Salud Bucal ENSAB III*. Bogotá.

_____ (2000). Resolución 412 de 2000, Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Bogotá.

_____, Instituto Nacional de Salud y ASCOFAME (1980). *Morbilidad Oral. II Estudio Nacional*. Bogotá.

Congreso de la República de Colombia. Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá

_____ Ley 1122 de 2007, Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá.

Dahlgren, G and M Whitehead (1992). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Copenhagen: World Health Organization and Regional Office for Europe, Institute of Futures Studies.

Díez, J, ML Rivero et al (2004). "El impacto de la salud bucal en la calidad de vida". En: *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 3(8). [Sitio disponible en]: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/reflexiones_rev8.htm#propi. Consultado el 22 de noviembre de 2006

Donabedian, A (1973). *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press.

Elena, MV (2009). *Evaluación del estado de salud bucodental y su relación con estilos de vida saludables en la provincia de Salamanca*. Salamanca, Universidad de Salamanca. 256p.

Freitas, AC, RM Falcón et al (2008). "El sistema masticatorio y las alteraciones funcionales consecuentes a la pérdida dentaria". En: *Acta odontológica Venezolana*, 46(3):375-380.

Frohlich K y L Potvin (2008). "Transcending the know in public health practice. The inequality paradox: The population approach and vulnerable populations. Government, politics, and law". En: *American Journal of Public Health*, 98(2):216-221.

Gilbert, GH, RP Duncan et al (2003). "Social determinants of tooth loss". En: *Health Service Research*, 38:1843-1862.

González, F, L Alfaro et al (2005). "Evaluación de las condiciones de salud oral y los conocimientos en niños escolarizados entre 5 y 14 años de la población de Barranquilla - Cartagena de Indias 2005". En: *Revista Científica Universidad del Bosque*, 12(1):25-34.

González, MC y H Parra (2004). *La salud bucal en el régimen subsidiado: ¿un problema de acceso?* Manizales: Universidad Autónoma de Manizales, Grupo de Investigación en Salud Pública.

Hung, HC, JK, G Colditz *et al* (2004). "The association between tooth loss and coronary heart disease in men and women". En: *Journal of Public Health Dentistry*, 64:209-215.

Keppel K, L Bilheimer *et al* (2007). "Improving population health and reducing health care disparities". En: *Health affairs*, 26(5) 1281-1292.

Mattila, KJ (1993). "Dental infections as a risk factor for acute myocardial infarction". En: *European Heart Journal*, 14:51-53.

Mejía, R *et al* (1971). *Morbilidad Oral. Investigación Nacional de Morbilidad. Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia*. Bogotá: Ministerio de salud, ASCOFAME.

Montero, J, M Bravo *et al* (2009). "Validation the Oral Health Impact Profile (OHIP-14sp) for adults in Spain". En: *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*, 14(1):44-50.

Murray, JL y J Frenk (2009). "A WHO Framework for Health System Performance Assessment". [Sitio disponible en]: <http://www.who.int/healthinfo/paper06.pdf>. Consultado el 10 de junio de 2009

Newton, JT y EJ Bower (2005). "The social determinants of oral health: new approaches to conceptualizing and researching complex causal networks". En: *Community Dental Oral Epidemiology*, 33(1): 25-34.

OMS: Organización Mundial de la Salud (1978). *I Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud. Declaración de Alma Ata "Salud para todos"*. Alma Ata- URSS, Organización Mundial de la Salud.

_____ (1986). *I Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud*. Salud. Ottawa.

_____ (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.

_____ (2003). *World Oral Health Report 2003. Continuous improvement of oral health in the 21st century - the approach of the WHO Global Oral Health Programme*. Ginebra.

_____ (2008). *Informe de la Comisión de determinantes sociales de la salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra.

_____ (2007). *Commission of Social Determinants of Health: A conceptual framework for action on social determinants of health*. [Sitio disponible en]: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf. Consultado el 10 de junio de 2009.

_____ y Federación Dental Internacional (1979). *Metas de salud bucal para el año 2000*. Ginebra.

OPS: Organización Panamericana de la salud (2005a). *Estrategia para el mejoramiento de la salud general en las Américas a través de avances críticos en la salud oral: El camino hacia delante 2005-2015*. Washington.

_____ (2005b). *Informe final del encuentro nacional de renovación de la APS*. Bogotá.

_____ (2006). *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas, incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*. Washington.

Petersen, PE, D Bourgeois *et al* (2005): "The global burden of oral diseases and risks to oral health". En: *Bulletin World Health Organization*, 83(9):661-669.

Sanders, AE y AJ Spencer (2004). "Social inequality in perceived oral health among adults in Australia". En: *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 28(2):159-166.

Szende, A y J Culyer (2006). "The inequity of informal payments for health care: The case of Hungary". En: *Health Policy*, 75(3):262-271.

Travassos, C y M Martins (2004). "Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde". En: *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2):190-198.

Wamala, S, J Merlo *et al* (2006). "Inequity in access to dental care services explains current socioeconomic disparities in oral health: The Swedish National Surveys of Public Health 2004-2005". En: *Journal of Epidemiology Community Health*, 60:1027-1033.

Whitehead, M (1991). *Los conceptos y principios de la equidad en la salud*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud. Centro de Documentación e Información. Programa de Desarrollo de Políticas de Salud. Serie Reprints: 9.



ASIS
Análisis de Situación en Salud



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
1803

Facultad Nacional de Salud Pública
"Héctor Abad Gómez"