

**CARACTERIZACION DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD AL SISTEMAS DE**

**SALUD A PARTIR DE LA ENCUESTA MULTIPROPOSITO 2014**

YINETH ZULAY ROJAS RAMÍREZ

[yirojas@udca.edu.co](mailto:yirojas@udca.edu.co)

Código: 1.121.866.787

AURA VICTORIA CASTRO VÉLEZ

[aucastro@udca.edu.co](mailto:aucastro@udca.edu.co)

Código: 1.013.609.356

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)**

**FACULTAD CIENCIAS**

**PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA**

**BOGOTÁ D.C.**

**2017**

**CARACTERIZACION DE LAS CONDICIONES DE CALIDAD AL SISTEMAS DE  
SALUD A PARTIR DE LA ENCUESTA MULTIPROPOSITO 2014**

YINETH ZULAY ROJAS RAMÍREZ

[yirojas@udca.edu.co](mailto:yirojas@udca.edu.co)

Código: 1.121.866.787

AURA VICTORIA CASTRO VÉLEZ

[aucastro@udca.edu.co](mailto:aucastro@udca.edu.co)

Código: 1.013.609.356

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE  
QUÍMICO FARMACÉUTICO**

**DIRECTOR: JOSE RICARDO URREGO NOVOA**

**Químico Farmacéutico Especialista en Farmacología, Especialista en Epidemiología;**

**MSc. Toxicología, MSc. Administración, PhD. (C) Ciencias Farmacéuticas**

**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS APLICADAS Y AMBIENTALES (U.D.C.A)**

**FACULTAD CIENCIAS**

**PROGRAMA DE QUÍMICA FARMACÉUTICA**

**BOGOTÁ D.C.**

**2017**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>1. Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Planteamiento del problema .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Justificación .....</b>	<b>9</b>
<b>4. Objetivos .....</b>	<b>11</b>
4.1 Objetivo general .....	11
4.2 Objetivos Específicos .....	11
<b>5. Marco teórico .....</b>	<b>12</b>
5.1. calidad .....	12
5.1.1. Definición .....	12
5.1.2. Definiciones de las dimensiones del desempeño .....	13
5.2. Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud - SOGCS .....	15
5.2.1. Decreto 1011 de 2006 .....	15
5.2.2. Componentes de SOGCS .....	16
5.2.3. Auditoria para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud .....	16
5.2.4. Sistema único de Acreditación .....	17
5.2.5. Sistema de información para la salud .....	17
5.3. Calidad y gestión en servicios de salud .....	17
5.4. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema .....	19
5.4.1. Los actores del sistema .....	20
5.5. Ley estatutaria 1751 de 2015- Derecho fundamental a la salud .....	22
5.5.1. Obligatoriedad del estado .....	22
5.5.2. Integralidad .....	22
5.5.3. Equidad en el sistema .....	23
5.5.4. Derechos y deberes de los pacientes .....	23
5.5.5. Atención primaria .....	23
5.5.6. Prohibición de la negación del servicio .....	23

5.5.7. Prestación de los servicios de salud - POS .....	24
5.5.8. Autonomía medica .....	24
5.5.9. Política farmacéutica .....	24
5.5.10. Servicios en las zonas marginales .....	25
5.6. Modelo integral de atención en salud – MIAS .....	25
5.6.1. Componentes del modelo .....	26
5.6.2. Fortalecimiento institucional .....	26
5.6.3. Auditoría técnica y financiera .....	27
5.6.4. Inspección, vigilancia y control .....	28
5.6.5. Evaluación .....	28
5.7. Rutas integrales de atención en salud .....	29
5.8. Componentes de las rutas integrales de atención en salud - RIAS .....	32
5.8.1. Ordenadores de las rutas integrales de atención en salud .....	32
5.8.2. Grupo de riesgo .....	34
5.8.3. Entorno .....	36
5.8.4. Intervención .....	37
5.8.5. Hitos .....	38
5.8.6. Búsqueda de evidencia científica .....	38
5.8.7. Formas de presentación de las RIAS, los contenidos de cada una .....	39
5.9. Ley 1122 de 2007 .....	40
5.9.1. Capítulo V artículo 25 .....	42
5.10. Resolución 429 de 2016 .....	44
5.11. Encuesta multipropósito 2014 .....	47
5.11.1. Contenido temático de la encuesta .....	48
5.11.2. Condiciones habitacionales del hogar .....	48
5.11.3. Composición del hogar y factores demográficos .....	48
5.11.4. Salud.....	49
5.11.5. Atención integral de los niños y niñas menores de 5 años.....	49

5.11.6. Educación .....	49
5.11.7. Uso de la TIC.....	49
5.11.8. Participación en organizaciones y redes sociales.....	50
5.11.9. Fuerza de trabajo .....	50
5.11.10. Percepción sobre las condiciones de vida y desempeño institucional .....	50
5.11.11. Gastos del hogar .....	50
5.11.12. Cobertura geográfica .....	51
5.11.13. Universo de estudio .....	51
<b>6. Metodología .....</b>	<b>52</b>
6.1. Impacto esperado .....	56
6.2. Análisis de datos .....	57
6.2.1. Calidad de dato .....	57
6.2.2. La importancia de la calidad de datos .....	59
<b>7. Resultados y discusión .....</b>	<b>60</b>
<b>8. Conclusiones .....</b>	<b>89</b>
<b>9. Recomendaciones .....</b>	<b>91</b>
<b>10. Bibliografía .....</b>	<b>92</b>
<b>11. Anexos .....</b>	<b>101</b>

## LISTA DE GRAFICA

Grafico 1. Sexo vs precepción de calidad de servicio de la entidad promotora.....	61
Grafico 3. Sexo vs estado de salud .....	62
Grafico 4. Escolaridad vs prevención de la enfermedad .....	67
Grafico 5. Sexo vs tiempo en la atención .....	71
Grafico 6. Sexo vs tratamiento de la patología .....	76
Grafico 7. Sexo vs entidad promotora de salud .....	80

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Nivel educativo vs Estado de salud .....	64
Tabla 2 Prevención vs Sexo .....	65
Tabla 3 Prevención vs Etnia .....	68
Tabla 4. Sexo vs Tiempo de atención.....	71
Tabla 5 Enfermedad vs Sexo .....	73
Tabla 6 Promoción vs Sexo.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 7 Promoción vs Sexo .....	78
Tabla 8 Edad vs Percepción de atención .....	82
Tabla 9. Tiempo de traslado vs Sexo.....	85
Tabla 10. Atención de urgencias vs Copago .....	86

## ABREVIATURAS

<b>APS</b>	Atención primaria en salud
<b>BID</b>	Banco interamericano de desarrollo
<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
<b>DANE</b>	Departamento administrativo nacional de estadística
<b>DAPD</b>	Departamento administrativo de planeación distrital
<b>DPAE</b>	Dirección de prevención y atención de emergencias
<b>DSD</b>	Disorder of sex- Trastorno del sexo
<b>EPS</b>	Empresa promotora de salud
<b>ESPB</b>	Empresa administradora de planes de beneficios
<b>FESP</b>	Funciones esenciales de la salud pública
<b>FOSYGA</b>	Fondo de solidaridad y garantía
<b>GEIH</b>	Gran encuesta integrada de hogares
<b>IPS</b>	Institución prestadora de servicios de salud
<b>MIAS</b>	Modelo integral de atención en salud
<b>MSPS</b>	Ministerio de protección de salud
<b>PEA</b>	Población económicamente activa
<b>PEI</b>	Población económicamente inactiva
<b>PIB</b>	Producto interno bruto
<b>POS</b>	Plan obligatorio de salud
<b>RED</b>	Red Integral de Prestación de Servicios
<b>RIAS</b>	Rutas integrales de atención en salud
<b>SGSSS</b>	Sistema general de seguridad social en salud



**SOGCS** Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud

**TIC** Tecnologías de la información y la comunicación

**UPC** Unidad de pago por capitación

## RESUMEN

**Objetivo:** Este documento tiene como propósito estimar la calidad de atención en salud a través de la caracterización de la población Bogotá y sus alrededores, a través de los datos de la Encuesta Multipropósito 2014.

**Metodología:** Se desarrolló un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre los resultados y variables recuperados a partir de la Encuesta Multipropósito 2014, realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

**Resultados:** El análisis se hizo con base a la encuesta que se aplicó en 19 localidades del área urbana de la ciudad de Bogotá: Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, La Candelaria Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar. Así mismo, en 20 municipios de la Sabana y en 11 cabeceras de provincia del departamento de Cundinamarca.

**Conclusiones:** Se determinó en cuanto a la percepción de calidad del sistema de salud agrupado de acuerdo al sexo (hombres, mujeres e intersexuales) que el 93% de los encuestados se encuentra conforme con la atención en salud recibida, de acuerdo a los datos reflejados en la Encuesta Multipropósito 2014 posiblemente por una entrega oportuna de medicamentos en la que el intermediario es el servicio farmacéutico y en donde no se encuentra una atención farmacéutica consolidada, oportunidad en la atención médica y otras especialidades.

**Palabras Clave:** Calidad, equidad, salud, encuesta.

## GLOSARIO

**Accesibilidad (Acceso):** El goce de los servicios de salud (públicos o privados) por parte de un usuario. Condición básica para que la población pueda utilizar con mayor facilidad los servicios médicos; puede ser obstaculizada por barreras geográficas, climáticas, territoriales, legales o financieras. Facilidad para obtener un bien o servicio.<sup>1</sup>

**Adherencia:** se ha definido como el contexto en el cual el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para: Asistir a las consultas programadas, tomar los medicamentos como se prescriben, realizar los cambios de estilos de vida recomendados, completar los análisis o pruebas recomendados.<sup>66</sup>

**Atención de salud:** Se define como el conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población.

**Acreditación:** Aval que se otorga a una institución a través de un proceso de auditoría, en el cual se certifica que cumple con los estándares mínimos de calidad establecidos, tanto en la estructura como en el proceso, que permita garantizar una atención médica con calidad.<sup>2</sup>

**Atención médica de urgencias:** Conjunto de servicios que se proporcionan en forma inmediata a un individuo cuando su condición de salud física, mental o moral se ven afectados.<sup>1</sup>

**Atención médica especializada:** Conjunto de servicios en salud en una rama específica de la Medicina con el fin de promover, proteger y restaurar la salud.<sup>1</sup>

**Automedicación:** Es definida como el consumo de medicamentos sin indicación médica, pudiendo incluirse fármacos, hierbas y remedios caseros. Asimismo, el concepto abarca dos fenómenos distintos aunque relacionados: el uso de medicamentos de venta libre (MVL) y el uso de medicamentos de venta bajo receta (MVBR) sin indicación médica o que en algún momento le fueron indicados.<sup>67</sup>

**Auto prescripción:** Es la venta directa al paciente de medicamentos regulados como de “Venta Bajo Fórmula Médica” sin la prescripción correspondiente; esta práctica está sancionada y es especialmente reprimida en cuanto a los antibióticos para aquellos establecimientos que la ejerzan (Resolución 0234 de SDS). Así mismo es una práctica prohibida la formulación o sugerencia de los droguistas o expendedores de drogas sobre el uso de medicamentos de venta bajo fórmula médica.<sup>68</sup>

**Calidad:** conjunto de características inherentes que cumplen con la necesidad o expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria.<sup>3</sup>

**Calidad de la atención médica:** Propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables, en cuanto a su estructura, proceso y resultados; repercute en la satisfacción del usuario.<sup>1</sup>

**Calidad de la atención de salud:** Se entiende 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.<sup>1</sup>

**Calidad de la Atención Médica (enfoque médico-administrativo):** Otorgar atención médica al usuario, con oportunidad, competencia profesional, seguridad y respeto a los principios éticos, con el propósito de satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas, las de los prestadores de servicios y las de la institución<sup>76</sup>. Grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones, aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y éstos son coherentes con los conocimientos profesionales del momento.<sup>1</sup>

**Condiciones de capacidad tecnológica y científica:** Son los requisitos básicos de estructura y de procesos que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud por cada uno de los servicios que prestan y que se consideran suficientes y necesarios para reducir los principales riesgos que amenazan la vida o la salud de los usuarios en el marco de la prestación del servicio de salud.<sup>2</sup>

**Dolencia:** No es una enfermedad sino más bien una incomodidad que siento y cuya intensidad puede variar. El modo de descifrar la dolencia es el mismo que para una enfermedad. Sin embargo, los síntomas clínicos son más difusos y pueden ir desde la indisposición hasta el desmayo. Igual como para la enfermedad, la dolencia procede de un conflicto o de un traumatismo consciente o inconsciente. La dolencia puede ser pasajera pero puede indicar un conflicto interior por resolver antes de que el mensaje sea mandado más fuertemente bajo forma de enfermedad.<sup>64</sup>

**Eficacia:** Número de acciones realizadas para el logro del objetivo propuesto, con relación al número de acciones programada.<sup>4</sup>

**Eficiencia:** Relación numérica entre la magnitud del logro del objetivo propuesto y de la utilización de los recursos programados para ello.<sup>1</sup>

**Empresas administradoras de planes de beneficios:** -EAPB- Se consideran como tales, las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado (Administradoras del Régimen Subsidiado), Entidades Adaptadas y Empresas de Medicina Prepagada.<sup>1</sup>

**Encuesta multipropósito:** Se elabora con el fin de obtener información estadística de diferentes aspectos sociales, económicos y el entorno de los diferentes habitantes de una población determinada todo con el fin de poder realizar un seguimiento a las variables que se establecen como necesarias para el diseño y la evaluación de políticas urbanas.<sup>5</sup>

**Equidad:** Trato igualitario al usuario que asiste a un servicio médico en el cual se atienden sus necesidades específicas. Equidad no es lo mismo que igualdad. Equidad implica valorar las desigualdades desde una idea de justicia.<sup>1</sup>

**Evento adverso en salud:** Incidente imprevisto que produce daño o incapacidad del paciente, como consecuencia del proceso de atención médica y que da lugar a una hospitalización prolongada o la muerte.<sup>6</sup>

**Falta de personal necesario:** Característica del servicio médico que probablemente puede ser la causa de inconformidad y elemento para iniciar el procedimiento arbitral.<sup>1</sup>

**Incapacidad:** Disminución o pérdida temporal o definitiva de facultades para desarrollar las actividades habituales.<sup>7</sup>

**Indicador:** Expresión numérica de referencia que permite evaluar la estructura, el desempeño y los resultados de los procesos.<sup>4</sup>

**Inequidad:** El término inequidad tiene una dimensión moral y ética, se refiere a diferencias que son innecesarias y evitables pero que, además, se consideran arbitrarias e injustas. Así para calificar una situación dada como inequitativa, es necesario examinar la causa que la ha creado y juzgarla como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad.<sup>8</sup>

**Intersexualidad:** Se hace referencia al grupo de afecciones en las que se da una anomalía en los genitales internos y externos. Dicha anomalía impide definir si un individuo pertenece al sexo masculino o femenino. También conocida como hermafroditismo o DSD (trastorno de desarrollo sexual según siglas en inglés).<sup>9, 63</sup>

**Paquete estadístico SPSS® versión 22:** Es un sistema amplio y flexible de análisis estadístico y gestión de información que capaz de trabajar con datos procedentes de distintos formatos generando, desde sencillos gráficos de distribuciones y estadísticos descriptivos hasta análisis estadísticos complejos que nos permitirán descubrir relaciones de dependencia e interdependencia, establecer clasificaciones de sujetos y variables, predecir comportamientos, etc.<sup>10</sup>

**Política de calidad:** Intenciones globales y orientación de una organización relativas a la Calidad tal como se expresan formalmente por la Alta Dirección, proporciona la base necesaria para la definición de los objetivos de calidad, es decir, estos deben ser coherentes con los lineamientos de la política.<sup>11</sup>

**Prestadores de servicios de salud:** Se consideran como tales, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, los Profesionales Independientes de Salud y los Servicios de Transporte Especial de Pacientes. Para los efectos del presente Decreto se consideran como instituciones prestadoras de servicios de salud a los grupos de práctica profesional que cuentan con infraestructura física para prestar servicios de salud.<sup>1</sup>



**Prestador de Servicios:** Se le denomina así a las dependencias y entidades de las administraciones públicas federal, estatal, municipal y del gobierno del Distrito Federal; personas físicas y morales de los sectores social y privado, a las instituciones de seguridad social y a cualquier otro que preste servicios médicos.<sup>2</sup>

**Prevención de la salud:** La prevención designa al conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de los riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud.<sup>1</sup>

**Promoción de la Salud:** La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.<sup>1</sup>

**Tasa cruda de mortalidad:** es el cociente entre el número total de muertes ocurridas en una población o país durante un periodo de tiempo determinado y el número de habitantes de la población. Este cociente especifica la mortalidad por habitante. Habitualmente las tasas crudas de mortalidad se dan por mil, diez mil o cien mil habitantes.<sup>65</sup>

**Sistema obligatorio de garantía de calidad de atención en salud del sistema general de seguridad social en salud -SOGCS-.** Es el conjunto de instituciones, normas,



requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.<sup>2</sup>

## 1. INTRODUCCION

La calidad debe ser el paradigma de todos los que gestionan la salud en los sistemas de salud y en la comunidad para el mejoramiento de las condiciones de vida de los individuos y los grupos sociales.<sup>12</sup>

Aunque la calidad parece un atributo inherente y obvio a la prestación de los servicios de salud no siempre esta se garantiza. Se debe desde la perspectiva de la equidad y la eficacia realizar estudios de los procesos y resultados del quehacer en la atención integral de la salud, en forma sistemática y sistémica.<sup>12</sup>

La “segunda gran encuesta multipropósito 2014”, desarrollada en convenio con el Departamento Administrativo Nacional de estadística (DANE), tiene como objetivo brindar a la ciudadanía, a las organizaciones sociales, a las autoridades gubernamentales, a la academia y a otros interesados, en información de gran utilidad para el análisis, el diseño, el desarrollo y el seguimiento de políticas y acciones para mejorar las condiciones de vida de los habitantes de Bogotá y de otros municipios de Cundinamarca.<sup>13</sup>

La encuesta multipropósito es de gran magnitud y alcance, en la cual se puede analizar diferentes variables que afectan a la comunidad, como lo son las características y las condiciones de vida de los hogares y personas que habitan la ciudad de Bogotá y sus alrededores, con la obtención de datos estadísticos analizados desde aspectos sociales, económicos, entre otros; con el cual logran obtener las variables necesarias para diseñar y poder hacer una evaluación de las políticas públicas. En este caso el enfoque este guiado a la calidad en los servicios en salud.<sup>13</sup>

Esta encuesta es una herramienta que a través de la medición de la calidad de un grupo de estudio en el que es posible hacer un monitoreo a programas a la reducción del déficit de condiciones habitacionales, a la calidad del entorno de los hogares, un ejemplo de ello puede ser el manejo de basuras y residuos. Toda esta información se realiza por una caracterización de los grupos de estudio y el estudio de los factores que intervienen en los cambios. Se realiza una recolección estadística para la construcción de indicadores sociales y sectoriales que permitan capturar y mostrar los problemas que cada habitante presenta al momento del recibir un servicio de salud.<sup>13</sup>

Salud Pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida.<sup>14</sup>

Como la salud pública es un compromiso de la sociedad con su ideal de salud, el plan decenal que es un producto del plan nacional de desarrollo busca la reducción de la inequidad en salud por diferentes mecanismos podemos citar el garantizar el Derecho a la salud para todos, además intervienen en las condiciones de vida de cada integrante puesto que son factores que pueden afectar el estado de salud, afianzando todo este concepto.<sup>14</sup>

El Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad tiene como objetivo proveer 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.

Está integrado por cuatro componentes a saber: Habilitación, Auditoría, Acreditación y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.<sup>15</sup>

## **2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

El Mercado en la prestación del sistema de salud y las fallas del mismo, afectan la calidad y la atención en los usuarios. Esto es trabajado como una abstracción analítica conveniente, que denomina una falla de mercado.

El estudio de la organización industrial de los mercados de sistemas de salud es de fundamental importancia, en la medida que corresponden a mercados caracterizados por múltiples fallas de mercado y su dinámica tiene importantes implicaciones sobre el balance financiero del sector público y el bienestar social del país. En efecto, a pesar de la importante proporción que destina el país a gasto en salud, que representa cerca del 6% del producto interno bruto (PIB), el sistema de salud colombiano ha venido enfrentando una potencial amenaza de insostenibilidad financiera, lo cual pone en riesgo el efectivo acceso a los servicios de salud de más del 90% de la población colombiana que se encuentra cubierta por el sistema.

En razón a lo anterior, la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es de competencia regulada, por cuanto se supone que el libre funcionamiento de las fuerzas del mercado en este sector no garantiza un nivel de prestación de servicios óptimo ni eficiencia distributiva. Lo anterior reviste mayor importancia cuando se analizan las características del bien afectado por los fallos de mercado, toda vez que el acceso a los servicios de salud, al menos en Colombia, se ha configurado como un derecho ciudadano y un indicador del bienestar social de la población. De esta manera, el regulador interviene en las relaciones de competencia entre

los agentes y el funcionamiento de los mercados está regido por un marco normativo que busca garantizar la eficiencia en los mercados, el efectivo y oportuno acceso de la población a los servicios de salud y la sostenibilidad financiera del sistema.<sup>16</sup>

La implantación de la Ley 100 de 1993 representó uno de los cambios más radicales que se han llevado a cabo en los sistemas de salud para países en desarrollo. Sus objetivos principales fueron la universalización de los servicios de salud y el logro de la equidad en el acceso entre grupos sociales. El marco de referencia que la soportó, impulsó un modelo inédito, que implicaba una nueva estructura institucional para los sistemas de salud. Esta aproximación teórica acuñó el término de pluralismo estructurado, bajo el cual se buscaba evolucionar el modelo de sistema de salud segmentado que se había impuesto durante la mitad del siglo XX en América Latina y otros países en desarrollo.

La principal objeción sobre la efectividad de los sistemas de salud segmentados eran las bajas coberturas poblacionales obtenidas después de más de cuarenta años de implantación a lo largo de América Latina. La cobertura de los seguros sociales no había llegado a las poblaciones más pobres y la inequidad en el acceso a servicios era un factor que afectaba el bienestar social.

En el modelo segmentado se partía de las características de monopolio natural, en el cual se sustentaban los esquemas segmentados de seguridad social desde la teoría económica. Este tipo de mercado se fundamenta en la posibilidad que un único productor

oferte un bien o servicio, de manera más eficiente que lo harían varios productores en competencia. Esto, debido a una situación especial en la cual sus costos de producción pudiesen ser menores que los de varios productores privados compitiendo<sup>1</sup>. El modelo de monopolio natural permite que el proveedor monopolista pueda obtener ventajas de su posición dominante, al ajustar siempre su precio por encima del coste marginal (o coste de producir una unidad adicional). Este nivel de producción de bienes o servicios siempre será menor que el nivel de consumo óptimo de ese bien o servicio. En los sistemas de salud ello puede implicar racionamientos de servicios o reducción de las coberturas de servicios. Esta dualidad entre monopolio natural y modelo competitivo aún no ha sido resuelta desde sus ventajas comparativas. Por esa razón aún coexisten sistemas segmentados con sistemas competitivos. Stiglitz (1994) plantea que la lógica económica de la inserción del monopolio natural en los sistemas de salud reside en su capacidad de generar economías de escala de la compra y provisión de insumos y procedimientos. En contraste, la línea de pensamiento marginalista estima que el equilibrio competitivo provee mayores condiciones para la eficiencia.<sup>17</sup>

Los estudios sobre equidad en salud se centran en hacer evidente que determinadas condiciones de salud guardan una relación estadísticamente significativa con la pertenencia o la exclusión a un determinado grupo social. Por sus características, el análisis de las inequidades se realiza en función de variables que expresan el orden social, las cuales permiten hacer (a posteriori) un juicio de valor sobre el origen y el carácter injusto de las diferencias.



Las desigualdades sociales causan efectos mensurables en pérdidas de salud de las personas. Dichas pérdidas son reflejo y consecuencia de la estructura social que predomina.

Por otra parte, las ventajas o desventajas derivadas de la posición que ocupan las personas en esa estructura social (posición social) condicionan:

- El desarrollo de las capacidades y potencialidades de los individuos desde el nacimiento,
- Las formas de enfermar y morir (conforme a exposiciones a riesgos diferenciales).
- La posibilidad real de recibir de la sociedad y el estado servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento, conforme a los sistemas organizados de protección social.

La medición de las pérdidas de salud que producen las desigualdades sociales es particularmente reveladora en los países con grandes inequidades en la distribución de los ingresos. Uno de estos países es Colombia, que en el informe “Panorama Social de América Latina 2008”, de la CEPAL (2009:75-82), aparece como el país con la peor distribución del ingreso en la región (según el indicador diferencia de ingresos entre el 10% más rico de la población y el 40% más pobre).<sup>18</sup>

La calidad del sistema es el cumplimiento de las necesidades que puede requerir un individuo al recibir una atención, el cual se espera que sus expectativas y carencias sean suplidas en su totalidad.

Se realizó una revisión estadística de datos proporcionados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), a través de una encuesta denominada

“Encuesta Multipropósito 2014”, relacionados con la valoración de la calidad de servicio en salud, desde la óptica de los pacientes.

Como primer lugar, hay que definir qué se entiende por calidad, este concepto engloba dos grandes enfoques: 1. Calidad objetiva y 2. Calidad percibida; la primera se enfoca en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios, la segunda parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios. El enfoque que nos interesa para el presente trabajo es la segunda, ya que las cualidades distintivas de los servicios (naturaleza intangible, heterogeneidad e imposibilidad de separar la producción y el acto del consumo) dificulta la caracterización y el control de calidad del servicio prestado.<sup>19</sup>

La más importante dificultad para estudiar la calidad desde el punto de vista de la satisfacción radica justamente en la indeterminación del concepto, por una parte es objetiva y por otra contextual. La satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y por esto la definición varía según el contexto social. Carr- Hill probó que la satisfacción con el servicio de salud está influenciada por el grado en que la actuación de los profesionales asistenciales se corresponde con la expectativa del paciente.<sup>20</sup>

### **3. JUSTIFICACION:**

Cuando nos referimos a calidad, podemos decir que esperamos el cumplimiento de nuestras expectativas en cuanto a la prestación o servicio que estemos esperando, desde un punto de vista del Plan Decenal de Salud Pública el cual es un producto del Plan Nacional de Desarrollo el cual busca la reducción de la inequidad en salud; para esto se ha realizado un planteamiento de los siguientes objetivos: garantizar el goce efectivo del derecho a la salud para todos, mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente manteniendo cero tolerancia frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitables. Uno de los mayores desafíos que se encuentra para lograr este objetivo es afianzar el concepto de salud como el resultado de la interacción armónica de las condiciones biológicas, mentales, sociales y culturales del individuo, así como con su entorno y con la sociedad, a fin de poder acceder a un mejor nivel de bienestar como condición esencial para la vida.<sup>21</sup>

Es de conocimiento que el Plan Decenal de salud se construye con base en una información bibliográfica de una literatura nacional e internacional, en la que se definen las estrategias a tener en cuenta en las respectivas intervenciones para poder obtener beneficios con el aporte ciudadano que daría diferentes enfoques, para poder obtener esta percepción, buscamos datos estadísticos que son brindados por una encuesta multipropósito en el cual se plasma toda esta información proporcionada por las EPS.<sup>21</sup>

Junto con el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), por medio de su programa de Atención a Poblaciones Dispersas, con la Gobernación del departamento de

Guainía, y con el apoyo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), han asumido el reto de diseñar un modelo de salud que permita mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en lugares apartados de la geografía nacional, basado en el enfoque de salud familiar y comunitaria y en la gestión integral del riesgo.<sup>22</sup>

Desde este panorama iniciamos un análisis de esta información para poder obtener un punto de vista diferente al ya estigmatizado, en cuanto a los problemas de calidad que se presentan en la diferente población con necesidades básicas que necesitan ser satisfechas.

Por lo que queremos dar claridad a la no obtención de la asistencia en servicios de salud fundamentándonos en el decreto 2200 de 2005 por el cual se reglamenta el servicio farmacéutico. Donde citamos el artículo 3, referente a la Atención Farmacéutica “Es la asistencia a un paciente o grupos de pacientes, por parte del Químico Farmacéutico, en el seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico, dirigida a contribuir con el médico tratante y otros profesionales del área de la salud en la consecución de los resultados previstos para mejorar su calidad de vida.”<sup>54</sup>

## **4. OBJETIVOS**

**4.1 OBJETIVO GENERAL:** Caracterizar las condiciones de calidad del sistema de salud a partir de la Encuesta Multipropósito 2014, para la ciudad de Bogotá y municipios aledaños.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Brindar una línea base de información actualizada sobre condiciones de calidad del sistema de salud en la ciudad de Bogotá y municipios aledaños.
2. Identificar posibles condiciones de calidad al sistema de salud como causales de generación de gasto de bolsillo por medicamentos en la población.

## 5. MARCO TEORICO

### 5.1 CALIDAD<sup>35</sup>

Ya hace un tiempo se está hablando de mejorar la calidad de la atención médica, se ha evidenciado que los sistemas y métodos para asistir a las diferentes instituciones en dicha tarea y lo han hecho, convirtiéndose ya en una obligación.

Los factores que han aportado a esta necesidad son:

- Una mayor concientización por parte de los pacientes como usuarios de los servicios de salud.
- Mayor atención a la calidad en todas las ramas de la economía, al reconocer que esta es la clave para el éxito a largo plazo.
- La necesidad de controlar los costos de salud.

#### 5.1.1 Definición: <sup>35</sup>

La calidad es el concepto clave hoy en día para los servicios de salud y la Organización Mundial de la Salud la define como:

- Un alto nivel de excelencia profesional.
- Uso eficiente de los recursos.
- Un mínimo de riesgos para el paciente.
- Un alto grado de satisfacción por parte del paciente.
- Impacto final en la salud.

Uno de los inconvenientes con la palabra calidad, aunque haya sido definida de la manera mencionada, es que todavía no queda del todo clara dado que calidad significa algo distinto para cada individuo:

- Para un cirujano, una operación de cadera puede ser de alta calidad cuando todo sale sin mayores sobresaltos en la sala de operaciones, el paciente se recupera y es dado de alta puntualmente y sin ninguna infección grave.
- Un profesional de terapia física puede ver el mismo caso como de alta calidad si el paciente puede caminar con casi un 100% de su capacidad normal después del tratamiento.
- El paciente seguramente considera su capacidad de caminar, pero también si está totalmente libre de dolor.

Todas estas consideraciones son válidas, porque si la atención médica es de alta calidad o no depende mucho del criterio de quien la analiza.

Cuando se utiliza la palabra calidad, en contexto, el usuario por lo general considera características típicas de la atención médica, como *eficiencia, cuidados y eficacia*.

### 5.1.2. Definiciones de las dimensiones del desempeño<sup>35</sup>

- Hacer lo correcto
  - La eficacia del procedimiento o tratamiento en relación a la condición del paciente.
  - La adecuación de una prueba, procedimiento, o servicio específico para satisfacer las necesidades del paciente.
- Hacer lo correcto correctamente
  - La disponibilidad de una prueba, procedimiento, tratamiento o servicio para el paciente que lo necesita.

- La puntualidad con que una prueba, procedimiento o servicio necesario es proporcionado al paciente.
- La efectividad con que las pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios son proporcionados.
- La seguridad del paciente (y otros) a quienes se proporcionan los servicios.
- La eficiencia con a que se proporcionan los servicios.
- El respeto y cuidado con que se prestan los servicios.

La calidad no se limita a un aspecto, sino que incluye la satisfacción del paciente, la eficiencia y los resultados clínicos.

Las definiciones por si solas, sin embargo, no le sirven ni a la persona ni a la institución, ni a la red de salud para mejorar la calidad, es conveniente recordar algunos antecedentes sobre la calidad en salud, antes de profundizar en el tema.

- Antecedentes en la gestión de calidad: Las practicas contemporáneas para mejorar la calidad en las instituciones sanitarias, tienen tres orígenes generales:
  - Método científico: Para llevar a cabo sus investigaciones.
  - Las asociaciones de profesionales
  - Los modelos industriales: Nuevo componente de los programas de evaluación de calidad y mejoramiento de la salud.



## 5.2. SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE CALIDAD DE ATENCION EN SALUD DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD-SOGCS<sup>23</sup>

### 5.2.1. DECRETO 1011 DE 2006:<sup>23</sup>

Las acciones que desarrolle el SOGCS se orientarán a la mejora de los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario, que van más allá de la verificación de la existencia de estructura o de la documentación de procesos los cuales solo constituyen prerrequisito para alcanzar los mencionados resultados. Para efectos de evaluar y mejorar la Calidad de la Atención de Salud, el SOGCS deberá cumplir con las siguientes características:

- **Accesibilidad.** Es la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud que le garantiza el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
- **Oportunidad.** Es 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.** Es 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.

#### 5.2.2. Componentes del SOGCS.:<sup>23</sup>

Tendrá como componentes los siguientes:

- El Sistema Único de Habilitación.
- La Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud.
- El Sistema Único de Acreditación.
- El Sistema de Información para la Calidad.

#### 5.2.3. Auditoría para el mejoramiento de la calidad en la atención en salud.<sup>23</sup>

Los programas de auditoría deberán ser concordantes con la intencionalidad de los estándares de acreditación y superiores a los que se determinan como básicos en el Sistema Único de Habilitación. Los procesos de auditoría serán obligatorios para las Entidades Departamentales, Distritales y Municipales de Salud, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud y las Entidades Aseguradoras de Planes de Beneficios (EABP).

#### *5.2.4. Sistema único de acreditación:*<sup>23</sup>

Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

#### *5.2.5. Sistema de información para la calidad:*<sup>23</sup>

El Ministerio de la Protección Social diseñará e implementará un "Sistema de Información para la Calidad" con el objeto de estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.<sup>23</sup>

### 5.3. CALIDAD Y GESTION EN SERVICIOS DE SALUD<sup>12</sup>

La calidad en el mercado de la salud, es tan antigua como el ejercicio médico. La definición de la calidad de la atención médica ha avanzado en el transcurso de los años. Lee y Jones, en documentos ya clásicos, definieron el concepto de “buena atención”; fijan los

principios de la atención médica y agregan que la calidad significa conformidad con normas, 75 años después no hay nada que objetar a lo que ellos dijeron en ese tiempo.

Enfoques más recientes, asocian la calidad con a efectividad y la eficiencia, lo que permite colocar a la calidad en salud, no como un generador de altos costos, sino como una inversión segura.

La calidad en salud como perspectiva mundial, La Organización Mundial de la Salud en su constitución afirma que “toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de la atención como un objetivo del macro proyecto de salud para todos”. Este organismo considera cinco elementos fundamentales de la calidad:

- El alto nivel de excelencia profesional
- El uso eficiente de los recursos
- Mínimo riesgo para el paciente
- Alto grado de satisfacción del usuario
- Impacto final en la salud de la población.

El concepto de salud pública en el que se basa la definición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) es el de salud colectiva, tanto del estado como de la sociedad civil, encaminada a proteger y mejorar la salud de las personas.

Una de las FESP es la garantía de calidad de los servicios de salud individuales y colectivos e incluye los ejes siguientes:

- La promoción de la existencia de sistemas permanentes de garantía de calidad y el desarrollo de un sistema de monitoreo permanente de los resultados de las evaluaciones hechas mediante esos sistemas.
- La facilitación de la producción de normas respecto a las características básicas que deben tener los sistemas de garantía de calidad y supervisa el cumplimiento de los proveedores de servicios con esta obligación.
- La existencia de un sistema de evaluación de tecnologías sanitarias que colabora en los procesos de toma de decisiones de todo el sistema de salud.
- La utilización de la metodología científica para la evaluación de intervenciones de salud de diverso grado de complejidad.
- El uso de este sistema para elevar la calidad de la provisión directa de servicios de salud.

#### 5.4. EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION EN SALUD, UN PRIMER PASO PARA LA REFORMA DEL SISTEMA<sup>35</sup>

Una de las estrategias utilizada para disminuir la inequidad en las sociedades contemporáneas ha sido la realización de reformas tendientes a mejorar la calidad de los servicios de salud.

El concepto de “calidad” proviene del latín *qualitis*, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad.

El concepto de calidad en salud es general, abstracto, tiene un doble carácter, objetivo y subjetivo y múltiples dimensiones, las cuales son notablemente influenciadas de los actores de poder.

El concepto de gestión de calidad en salud pública lo enmarcamos como estrategias o modelos motivacionales, social y culturalmente aceptados, los cuales logran mejorar los determinantes de salud en la población.

#### *5.4.1. Los actores del sistema<sup>35</sup>*

Los actores del sistema, Empresas Promotoras de Salud (EPS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) y usuarios, desde sus diferentes roles y ópticas en el sistema generan percepciones de calidad, como parte de su ejercicio dentro del mismo.

En el modelo de atención en salud en Colombia un actor de gran peso es el asegurador, las empresas promotoras de salud de regímenes contributivo y subsidiado; a la luz de ellas se requieren de dos grandes variables, como son la satisfacción de los usuarios (calidad) y de rentabilidad propia del proceso productivo de inversión de recursos para obtener una utilidad.

En el segundo actor, el prestador de servicios de salud, la IPS, también se encuentra una dicotomía (división de un concepto en dos aspectos), los que priorizan la vida y los que anteponen la productividad. Los primeros desarrollan un modelo de atención con calidad

con profesionales actualizados, con remuneración acorde con el mercado laboral; algunos fomentan la promoción y prevención entre sus usuarios.

Mientras que las IPS, centradas en la productividad, se caracterizan por tener claros procesos de facturación y de admisiones, profesionales concentrados en la cantidad de usuarios atendidos o procedimientos realizados.

En cuanto al tercer actor del sistema, tal vez el más débil, el usuario o cliente, su concepto de calidad está ligado a sus expectativas y requisitos, por lo tanto se ve asfixiado por el sistema.

La calidad en la atención debe estar enmarcada en el desarrollo de acciones dirigidas a obtener una mejor calidad de vida para la población, y eso se logra ubicando en el centro del proceso como prioridad básica el ser humano, en nuestro caso el usuario. En conclusión, tratar de humanizar la salud.

El logro más importante de esta reforma a la Salud en Colombia es el aumento de la cobertura, pero en realidad, lo que ha aumentado es el número de carnetización. Entonces hay aumento de la cobertura, pero sin equidad, lo cual se evidencia en la conformación de 3 grupos con diferentes planes de beneficios: los vinculados, los del régimen subsidiado y los del contributivo.

Recientemente, bajo el Estado de Emergencia Social que se declaró con el Decreto 4975 de 23 de diciembre de 2009, se expidieron 10 decretos con fuerza de Ley (decretos 126 a 135 de 21 de enero de 2010), con los cuales se realizó una reforma del sector Salud, buscando así aliviar principalmente la crisis financiera del mismo que no fueron solucionadas en la Ley 1122 de 2007, que modificó la Ley 100 de 1993.

### 5.5. LEY ESTATUTARIA. 1751 DE 2015- DERECHO FUNDAMENTAL A LA SALUD<sup>25</sup>

Se resalta por que trae diferentes beneficios para los usuarios, uno de ello es que la salud para los colombianos de ahora en adelante es un derecho fundamental, a nadie se le puede negar el acceso al servicio de salud y tienen derecho a un servicio oportuno, eficaz y de calidad.

#### *5.5.1. Obligatoriedad del Estado:*<sup>25</sup>

La ley obliga al Estado a garantizar y proteger el debido cumplimiento del derecho a la salud de todos los colombianos, mediante la adopción de decisiones que no conlleven al deterioro de la salud de la población y de acciones que resulten un daño en la salud de los ciudadanos.

#### *5.5.2. Integralidad:*<sup>25</sup>

La ley establece que de ahora en adelante no basta con la atención a los pacientes, sino que se debe garantizar la integralidad a través de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y paliación de una enfermedad.

Esta se garantizará a través de evoluciones que reflejen el resultado del goce efectivo en cuanto a los elementos de accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad;

Vicerrectoría de Investigaciones U.D.C.A | Formato de Presentación ante proyecto de grado



en caso de no ser así se diseñaran e implementaran políticas públicas que permitan mejorar las condiciones del servicio de salud

*“No se podrá fragmentar la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario”.*

#### *5.5.3. Equidad en el Sistema:*<sup>25</sup>

La ley busca garantizar la equidad dentro del Sistema de Salud, para ello el Estado debe adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades, promover el mejoramiento de la salud, prevenir las enfermedades y elevar el nivel de la calidad de vida.

#### *5.5.4. Derechos y deberes de los pacientes*<sup>25</sup>

Dentro de la Ley Estatutaria se establece los deberes y derechos de los pacientes para la prestación del servicio, es la primera vez que los pacientes cuentan con este tipo de beneficios que busca garantizar el derecho fundamental a la salud.

#### *5.5.5. Atención primaria*<sup>25</sup>

La Ley 1751 de 2015 prioriza la atención de los niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, adulto mayor, personas con enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad.

#### *5.5.6. Prohibición de la negación del servicio*<sup>25</sup>

Con la Ley Estatutaria no se podrá negar al paciente la prestación del servicio, ni se necesitará de autorizaciones para acceder al servicio de Urgencias. Cualquier entidad que niegue el servicio al paciente será sancionada.

#### *5.5.7. Prestación de los servicios de salud-POS<sup>25</sup>*

La Ley Estatutaria de Salud acaba con la lista de servicios de salud que estaba en el POS y a los que anteriormente los pacientes podían acceder. Con la Ley 1751 de 2015 los pacientes pueden acceder a todos los servicios necesarios para su recuperación.

Con excepción de tratamientos que tengan una finalidad cosmética, que no cuente con evidencia científica sobre su efectividad, eficiencia y seguridad clínica; que estén en fase de experimentación y que se tengan que prestar en el exterior.

#### *5.5.8. Autonomía médica<sup>25</sup>*

Gracias a la Ley 1751 de 2015 los profesionales de la salud tendrán autonomía en sus decisiones al momento de tratar a un paciente. Serán sancionados en caso de constreñimiento, sobornos o cualquier abuso en su ejercicio profesional que atente contra la salud del paciente.

Igualmente se garantiza unas condiciones laborales justas y dignas, como de estabilidad y facilidad para incrementar sus conocimientos.

#### *5.5.9. Política farmacéutica<sup>25</sup>*

Se reglamentará el precio de los medicamentos por parte del Gobierno mediante una Política Farmacéutica Nacional que busca la transparencia en la oferta de medicamentos necesarios para proteger el derecho fundamental de la salud.

#### 5.5.10. Servicio en las zonas marginadas<sup>25</sup>

El estado deberá garantizar el acceso a la salud en todo el territorio nacional especialmente en las zonas marginadas. La Ley Estatutaria determina que no podrá ser un impedimento para la extensión de la red hospitalaria por rentabilidad económica, sino por rentabilidad social.

#### 5.6. MODELO INTEGRAL DE ATENCION EN SALUD – MIAS<sup>36</sup>

Es un modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, diseñado para ser implementado. Tiene una guía fundamentada en el principio de diversidad étnica y cultural y atención primaria en salud (APS). Con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso a la población a los servicios de salud.

Las estrategias de operación del modelo se centran en:

- Mejorar la calidad del servicio, orientada a la población-
- Mejorar la efectividad (costo-beneficio) de las intervenciones y por tanto, la capacidad resolutive en todos los niveles de atención.
- Fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre la salud pública, las acciones de los servicios primarios y especializados y la comunidad.
- Mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano en salud.

- Mejorar la eficiencia, la gestión y la organización.

#### 5.6.1. Componentes del modelo<sup>36</sup>

El MIAS debe tener en cuenta los siguientes componentes para lograr su implementación y mantenimiento.

- **Aseguramiento:** En el área de aseguramiento el modelo operara con un esquema en el cual exista un único asegurador, elegido por un periodo de 5 años, con base en una convocatoria competitiva y revocable antes del término pactado, ante el incumplimiento de las condiciones del contrato.
- **Gobernanza:** El esquema de asegurador único permite que el modelo cuente con una gobernanza única de gestión, de aseguramiento y de prestación, así como también la participación social y la acción intersectorial,

#### 5.6.2. Fortalecimiento institucional<sup>36</sup>

Teniendo en cuenta que la implementación y ejecución del modelo supone la intervención articulada de varios agentes, se hace necesario, inicialmente, realizar un diagnóstico de las capacidades institucionales en relación con la participación de cada agente, con el fin de formular un plan de acción para reducir las brechas identificadas.

Se han identificado como actores clave en la implementación y ejecución del modelo los siguientes:

- Ministerios de Salud y Protección Social
- Superintendencia Nacional de Salud

- Alianza asegurador - Prestador.
- Entidad territorial (Gobernación y sus Secretarías)
- Institucionalidad Indígena en Salud.
- Comunidades

La intención es identificar (“medir”) las brechas de aquellos componentes de gestión clave, que potencialmente puede inhibir el logro de los resultados esperados en el proceso de implementación del modelo. Con esta herramienta será posible establecer prioridades y definir un plan de acción a corto y mediano plazo que contenga las actividades requeridas para el cierre de las brechas identificadas.

### 5.6.3. Auditoría técnica y financiera<sup>36</sup>

El MIAS tendrá una auditoría técnica y financiera que le permitirá realizar un seguimiento al desempeño de las actividades por parte de los agentes que participen en su implementación y operación, así como también le permitirá realizar ajustes expost, especialmente en la gestión de recursos, para los siguientes años de operación; esto lo hará el Ministerio de Salud y Protección Social, a través de los siguientes procesos:

- Evaluación periódica del progreso programático y financiero del modelo
- Evaluación de la calidad de los servicios y los datos colectados en el sitio.
- Evaluación de los procesos de compra, administración y suministro de medicamentos e insumos.

- Evaluación del proceso de auditoría del asegurador.

#### 5.6.4. *Inspección vigilancia y control*<sup>36</sup>

Esta actividad está a cargo de la Superintendencia Nacional de salud.; garantizando que el modelo mejore el acceso de la población a los servicios de salud en condiciones de equidad, calidad y oportunidad, respetando los derechos de los usuarios del sistema.

#### 5.6.5. *Evaluación*<sup>36</sup>

El departamento de Planeación Nacional realizara las evoluciones de procesos y resultados de la operatividad del modelo que permitan su efectividad, identificando los problemas que persisten y planteando acciones de mejora y soluciones para su escalamiento.

Los objetivos específicos son:

- Evaluar la implementación de los procesos desarrollados en el modelo relacionaos con el direccionamiento y administración del sistema, acceso, calidad, aseguramiento y de la prestación de los servicios de salud.
- Realizar la evaluación financiera que permita identificar los costos evitados con la adopción del nuevo modelo.
- Evaluar los resultados en la población en términos de salud, aseguramiento, acceso y calidad de los servicios de salud.
- Generar recomendaciones que brinde herramientas para mejor, corregir y replicar el Modelo de atención y prestación de servicios.

## 5.7. RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD<sup>37</sup>

Con el propósito de garantizar la atención de la salud en la población, el ministerio de salud y la protección social elaboraron rutas, las cuales funcionan como una herramienta que ordena la gestión intersectorial y sectorial para dar respuesta a las intervenciones dirigidas a todas las personas, familias y comunidades. Las integrales de atención en salud son una herramienta y estas a su vez funcionan a partir de tres enfoques:

- “Acciones intersectoriales y sectoriales orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de las personas, familias y comunidades.
- Atenciones individuales y colectivas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación
- Acciones de cuidado que se esperan del individuo para el mantenimiento o recuperación de la salud.”<sup>37</sup>

Las rutas integrales de atención en salud precisan las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir del auto cuidado que tenga que tenga el individuo, y el conjunto de acciones que promuevan el bienestar y el desarrollo de los individuos, y sus acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Más allá de linear un procedimiento a como se deben realizar las RIAS tienen como objeto es garantizar la atención integral en cuanto al diagnóstico, tratamiento, prevención para obtener un logro en los resultados esperados y en la satisfacción del usuario todo desde

un manejo adecuado de los recursos, en este caso podríamos decir una optimización del recurso.

Actualmente las RIAS están constituidas por tres tramos:

- “ Ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida de carácter individual y colectivo, dirigidas a promover la salud, prevenir el riesgo, prevenir la enfermedad y generar cultura del cuidado de la salud en las personas, familias y comunidades; incluye como atenciones obligatorias para toda la población colombiana: la valoración integral del estado de salud, la detección temprana de alteraciones, la protección específica y la educación para la salud, que contiene el cuidado a los cuidadores.
- Rutas integrales de atención para grupos de riesgo, intervenciones individuales y colectivas dirigidas a la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, ya sea para evitar la aparición de una condición específica en salud o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento.
- Rutas integrales de atención específica para eventos, intervenciones individuales y colectivas dirigidas principalmente al diagnóstico oportuno, tratamiento, rehabilitación y paliación de los eventos o condiciones específicas de salud prioritizadas.”<sup>37</sup>

El desarrollo de estas rutas integrales de atención en salud da al ministerio de salud el convencimiento de que pueden contribuir a la conducción y a la consecución del cumplimiento de los objetivos. De esta manera nos permitimos citar los cuatro objetivos nacionales del modelo integral de atención en salud:



- **“Centrado en los sujetos:** las rutas integrales de atención en salud se centran en las personas, familias y comunidades, respetando opciones, cultura, contexto social y las necesidades específicas de los sujetos.
- **Seguridad y calidad:** las rutas integrales de atención en salud ejercen la seguridad y calidad mediante la promoción de la práctica informada por la evidencia y el esfuerzo constante en la mejora de la calidad en todos los puntos de la prestación de servicios de salud.
- **Eficacia:** las rutas integrales de atención en salud parten de la mejor evidencia disponible, identificando acciones e intervenciones eficaces para garantizar la atención integral en salud y en la adecuada prestación de servicios de salud.
- **Eficiencia:** reducir los residuos y el costo total de la prestación de servicios de salud directos e indirectos; por ejemplo, los residuos de los suministros, equipos, espacio, capital y recursos humanos.
- **Equidad:** las rutas integrales de atención en salud ofrecen oportunidades para abordar y cerrar las brechas socioeconómicas en el estado de salud.”<sup>37</sup>

El planteamiento de las rutas integrales de atención en salud permite hacer seguimiento y verificación al desencadenamiento de los procesos los cuales se deben dar en forma continua, segura, eficiente como lo está planteado en los objetivos de las RIAS a través de la facilitación de la comunicación de los diferentes actores que intervienen en los sistemas relacionados de las rutas como, por ejemplo: instituciones prestadoras de servicios de salud y usuarios y familiares, entre otros.

## 5.8. COMPONENTES DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCION EN SALUD –RIAS<sup>38</sup>

### 5.8.1. Ordenadores de las rutas integrales de atención en salud<sup>38</sup>

- Momentos de la vida

“Para abordar los momentos vitales se tendrá en cuenta que la edad debe ser considerada como un valor social más que cronológico, ya que se constituye en una construcción social e histórica al interactuar con los roles sociales, marcando trayectorias y cursos de vida diferentes para los sujetos, de acuerdo con la cultura, la historia y el contexto social, político y económico de cada persona.”<sup>37</sup>

- Primera infancia

Es el periodo comprendido desde la gestación hasta los 5 años de vida. Durante este periodo están amparados por los derechos del ciclo vital, es decir, se consideran seres sociales únicos, activos. Es durante este periodo cuando el desarrollo biológico, social y psicológico se encuentra en su auge y momento más acelerado y se pueden determinar rasgos de personalidad e inteligencia decisivo para el desarrollo del ser humano.

- Infancia

Biológicamente es el tiempo transcurrido entre los 6 y los 11 años de edad, ya con un crecimiento menos acelerado. Durante este tiempo de desarrollo podemos encontrar amplia percepción en sus propias competencias en su desarrollo cognitivo dado por aprendizajes sistemáticos, se da la interacción social, la resolución de problema cotidianos, disfrutar de juegos y adaptabilidad a las reglas y entre los factores que podríamos pensar

que es de bastante relevancia el aprendizaje fundamentado en la imitación de modelos de su entorno.

De acuerdo a la definición anterior podemos citar la siguiente definición: “Desde la esfera sociológica Pavez, 2012 considera que “Las niñas y los niños son y deben ser vistos como agentes; es decir, como actores sociales que participan en la construcción y determinación de sus propias vidas, de quienes les rodean y de las sociedades en que viven. Las niñas y los niños no son objetos pasivos de la estructura y los procesos sociales” (p.94).”

- Adolescencia

Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años. De acuerdo con Pineda & Aliño (2002), este momento vital se caracteriza por “profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social”

- Juventud

Este periodo hace referencia a hombres y mujeres comprendidos entre los 18 y 28 años, durante este tiempo están en su capacidad reproductiva y se encuentran en tránsito a la adultez, en la Juventud se encuentran en la formación de sujetos sociales los cuales tienen autonomía, participación, capacidad de desarrollo, recursos, entre otros.

“Así, los jóvenes son considerados como sujetos sociales que dan desarrollo a sus vidas a través de las oportunidades y posibilidades dadas según el contexto y experiencias vividas, que les permiten llegar a ser y a hacer.

- **Adultez**

Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres en el tiempo comprendido entre 29 y 59 años de edad. Ya en este periodo son considerados como sujetos correctos los cuales tienen su propia capacidad para poder establecer metas y poder plantear métodos para buscar recursos que les ayuden a alcanzar el cumplimiento del objetivo, y los cuales tienen su libertad de elegir la vida que valoran y quieren vivir. Existen diferentes que le dan a este periodo una subclasificación:

“Adultez temprana o joven (20 a 30-32 años); Adultez media (30-32 a 42-44 años); Adultez madura (42-44 a 56-58 años).”

- **Vejez**

Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos, con diversidad de capacidad y conocimiento en su larga experiencia que les permiten participar y tomar decisiones que puedan afectar su presente y futuro.

### 5.8.2. *Grupo de riesgo*<sup>38</sup>

El ministerio de salud y protección social ha clasificado y definido los grupos de riesgo como un grupo de individuos que se encuentran expuestos a un eminente riesgo, los cuales pueden ser rasgos naturales como: la historia natural de la enfermedad, factores de

riesgo relacionados, desenlaces clínicos, formas o estrategias eficientes de entrega de servicios.

Al definir los grupos de riesgo se establece una estrategia de atención cumpliendo con los principios de eficiencia y coherencia con los diferentes programas de salud pública.

- RIAS para población con riesgo o alteraciones cardio- cerebro – vascular – metabólicas manifiestas
- RIAS para población con riesgo o enfermedades respiratorias crónicas
- RIAS para población con riesgo o presencia de alteraciones nutricionales
- RIAS para población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido a uso de sustancias psicoactivas y adicciones
- RIAS para población con riesgo o trastornos psicosociales y del comportamiento
- RIAS para población con riesgo o alteraciones en la salud bucal
- RIAS para población con riesgo o presencia de cáncer
- RIAS para población materno –perinatal
- RIAS para población con riesgo o presencia de enfermedades infecciosas
- RIAS para población con riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales

- RIAS para población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales
- RIAS para población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas
- RIAS para población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el ambiente
- RIAS para población con riesgo o enfermedades huérfanas
- RIAS para población con riesgo o trastornos visuales y auditivos
- RIAS para población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes.

### 5.8.3. *Entorno*<sup>38</sup>

Son los escenarios cotidianos en los cuales los sujetos se desarrollan, donde construyen vínculos y relaciones sociales culturales y políticos que les ayudan a desenvolverse en la sociedad a la que pertenecen. Se encuentran definidos diferentes entornos saludables:

- Promover el desarrollo de capacidades
- Contribuir al bienestar
- Favorecer el desarrollo humano sostenible
- Permitir la gestión de los derechos que permitan mejores condiciones de calidad de vida
- Generación de condiciones de protección, cuidado, equidad, que contribuyen al mejoramiento del bienestar individual y colectivo de la población.

- Promover la participación social en torno a la generación de condiciones de bienestar y calidad de vida.
- Promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con el mejoramiento de las condiciones sociales, físicas y ambientales, es decir, infraestructura, agua, saneamiento, higiene, entorno familiar, laboral y educativo.

#### 5.8.4. *Intervención*<sup>38</sup>

Son acciones intencionadas encaminadas a: “promoción de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, dirigidas a las personas, familias y comunidades en cada uno de los entornos en los que transcurre su vida” estas intervenciones pueden desarrollarse en diferentes modalidades ya sean individuales o colectivas o dependiendo de las características y tecnologías a las cuales se tenga disposición y se adecuen al entorno en el cual se están desarrollando. De acuerdo a lo anterior existen diferentes tipos de intervenciones las cuales se clasifican en poblacionales, colectivas o individuales, en general todas buscan a través de la promoción de la salud y la gestión del riesgo lograr una atención integral en salud mediante el uso de diferentes métodos científicos que tienen el potencial de impactar la salud a nivel de individuo o población.

#### 5.8.5. *Hitos*<sup>38</sup>

Después de realizar un trabajo de intervención se da el análisis de los resultados de la gestión que son los marcadores para trazar los resultados en salud de los individuos. Como lo mencionamos, los hitos recogen la gestión de diferentes intervenciones y son

evaluados en diferentes aspectos como lo son cobertura, oportunidad, accesibilidad, entre otros. Toda esta información debe estar basada en evidencias científica.

“Para la evaluación de los resultados finales o de impacto se debe considerar el análisis de la reducción significativa de inequidades en salud en población en condiciones de vulnerabilidad”

En un revisión acerca de la responsabilidad de la salud pública citamos: “El artículo 10 de la Ley 1438 de 2011, establece que el Gobierno Nacional será el responsable de la política de salud pública y de garantizar la ejecución y resultados de las acciones de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad como pilares de la estrategia de Atención Primaria en Salud, para lo cual determinará la prioridad en el uso de los recursos que para este fin administren las entidades territoriales y las Entidades Promotoras de Salud. El Ministerio de la Protección Social y las entidades territoriales establecerán objetivos, metas, indicadores de seguimiento sobre resultados e impactos en la salud pública de las actividades de promoción de salud y la prevención de la enfermedad”

#### 5.8.6. *Búsqueda de evidencia científica*<sup>38</sup>

Todas las acciones de las intervenciones en las RIAS están fundamentadas en evidencia científica puesto que se constituye como una herramienta fundamental para la toma de decisiones en las diferentes intervenciones. La búsqueda de evidencia científica es posible realizarla en literatura o sistemática todo debe estar presentado de una forma estructurada y organizada para que la información que se muestre independiente del medio obtenido sea clara y entendible.



### 5.8.7. Formas de presentación de las RIAS, los contenidos de cada una<sup>38</sup>

Se registran a través de dos formas) la matriz de acciones/intervenciones y ii) diagramas de acción/ intervención.

- Matriz de acciones / intervenciones: Esta matriz está conformada por cinco (5) componentes:
  - Análisis de la situación en salud.
  - Soporte de evidencia científica.
  - Intervenciones definidas
  - Identificación de hitos
  - Identificación de facilitadores y barreras para la implementación

**Análisis de situación de salud:** se define la condición de salud objeto de la RIAS determinados en la historia natural de la enfermedad y los posibles eventos prevenibles con la intervención de la condición de salud.

**Soporte de evidencia científica:** se relacionan las acciones propuestas por el equipo desarrollador de la RIAS y la evidencia científica que soporta su implementación de igual manera contiene las fuentes de información que se utilizaron para la selección. Se registran en hojas en formato Excel.

**Acciones / Intervenciones de la RIAS:** se detallan las acciones de gestión de la salud pública, es decir, las intervenciones poblacionales, individuales y colectivas, los actores responsables de la ejecución de las acciones / intervenciones. Se registran en hojas en formato Excel

**Hitos** se identificarán los hitos y desenlaces esperados seleccionados por el grupo desarrollador de la RIAS. Se refieren y determinan las guías que podrán ser de estructura, proceso y resultado, que se hayan contemplado para la medición de los hitos y de los resultados en salud esperados para el grupo poblacional abordado por la RIAS.

**Barreras y facilitadores para la implementación:** se referirá para cada una de las acciones /intervenciones propuestas en la RIAS en este caso “los posibles factores facilitadores y las barreras para la implementación, desde el punto de vista operativo, financiero y de gestión en salud. Se registran en hojas en formato Excel.

#### 5.9. LEY 1122 DE 2007. POR LA CUAL SE HACEN ALGUNAS MODIFICACIONES EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

“La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud.”

Igualmente citamos las funciones que tendrá la comisión de regulación en salud:

- Definir y modificar los Planes Obligatorios de Salud (POS) que las Entidades Promotoras de Salud (EPS) garantizarán a los afiliados según las normas de los Regímenes Contributivo y Subsidiado.
- Definir y revisar, como mínimo una vez al año, el listado de medicamentos esenciales y genéricos que harán parte de los Planes de Beneficios.
- Definir el valor de la Unidad de Pago por Capitación de cada Régimen, de acuerdo con la presente ley. Si a 31 de diciembre de cada año la Comisión no ha aprobado un incremento en el valor de la UPC, dicho valor se incrementará automáticamente en la inflación causada.
- Definir el valor por beneficiario de los subsidios parciales en salud, sus beneficios y los mecanismos para hacer efectivo el subsidio.
- Definir los criterios para establecer los pagos moderadores de que trata el numeral 3 del artículo 160 y los artículos 164 y 187 de la Ley 100 de 1993.
- Definir el régimen que deberán aplicar las EPS para el reconocimiento y pago de las incapacidades originadas en enfermedad general o en las licencias de maternidad, según las normas del Régimen Contributivo.
- Establecer y actualizar un sistema de tarifas que debe contener entre otros componentes, un manual de tarifas mínimas que será revisado cada año, incluyendo los honorarios profesionales. En caso de no revisarse el mismo, será indexado con la inflación causada. **Numeral declarado EXEQUIBLE por la Corte Constitucional, mediante Sentencia C-955 de 2007, por los cargos estudiados, y condicionada a que se entienda que en dicha norma el legislador no autorizó a la Comisión de Regulación en Salud, para fijar la tarifa de la tasa por la**

**prestación de los servicios de salud, y relativo a los honorarios de los profesionales en salud.**

- Presentar ante las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara, un informe anual sobre la evolución del Sistema General de Seguridad Social en Salud y las recomendaciones para mejorarlo.
- Recomendar proyectos de ley o de decretos reglamentarios cuando a su juicio sean requeridos en el ámbito de la salud.
- Adoptar su propio reglamento.

Para efectos de la relación que este decreto impacta nuestro trabajo la relación se encuentra en el siguiente artículo, en la cual se entiende el aseguramiento de la calidad sobre la prestación de los servicios, la gestión del riesgo, la garantía y la articulación de los servicios que logren garantizar un servicio efectivo.

### ***5.9.1 Capítulo v Artículo 25***

#### ***De la prestación de servicios de salud***

De la regulación en la prestación de servicios de salud. Con el fin de regular la prestación de los servicios de salud, el Ministerio de la Protección Social definirá:

a) “Los requisitos y el procedimiento para la habilitación de nuevas Instituciones prestadoras de servicios de salud teniendo en cuenta criterios poblacionales, epidemiológicos, financieros, socioeconómicos y condiciones del mercado. Toda nueva Institución Prestadora de Servicios de Salud, habilitará en forma previa al inicio de actividades, ante el Ministerio de la Protección Social los servicios de salud que pretenda prestar. El Ministerio podrá delegar la habilitación en las entidades territoriales.”<sup>2</sup>

b) Definir las medidas necesarias para evitar la selección adversa y selección de riesgo de los usuarios por parte de las EPS y de los entes territoriales, para evitar la distribución inequitativa de los costos de la atención de los distintos tipos de riesgo.<sup>2</sup>

c) El diseño de un sistema de clasificación de IPS, con base en los indicadores, que provea el sistema obligatorio de garantía de calidad relacionado con el Sistema Tarifario, de manera que incentive a las IPS para ascender en su clasificación y optar por mejores tarifas.

d) Los mecanismos para que las EPS, de los diferentes regímenes, garanticen a los afiliados la posibilidad de escoger entre las diferentes opciones de IPS existentes en la red ofrecida por la aseguradora en su área de influencia, sin perjuicio de lo previsto en la presente ley como porcentaje mínimo a contratar con la red pública de prestación de servicios en el régimen subsidiado.”

La prestación de cada uno de los servicios estará bajo una supervisión, vigilancia y control realizada por la superintendencia nacional de salud, el cual ejercerá control sobre el fondo de solidaridad y garantía, FOSYGA<sup>2</sup>, “el cual reglamenta el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud donde establece que el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de Salud y Protección Social manejada por encargo fiduciario, sin personería jurídica ni planta de personal propia, cuyos recursos se destinan a la inversión en salud.”<sup>3</sup> vigilara las direcciones territoriales, e introducirá mecanismos de autorregulación que ayudan a la solución de conflictos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

5.10. RESOLUCION 429 DE 2016. POR MEDIO DE LA CUAL SE ADOPTA  
LA POLITICA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD.<sup>40</sup>

“**Artículo 1.** El objetivo de la Política de Atención Integral en Salud está dirigido hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de la intervención de los integrantes sectoriales e intersectoriales responsables de garantizar la atención de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación en condiciones de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad, continuidad, integralidad y capacidad de resolución. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, a cargo de la gestión de la salud pública, de los Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los Planes Territoriales de Salud, en concordancia con: los Planes de Desarrollo Territoriales, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 y Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018.”

De acuerdo a lo anterior el marco estratégico de la Política de atención en salud para dar claridad al enfoque para el cual fue planteado:

“Se fundamenta en la atención primaria en salud-APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial para los distintos territorios y poblaciones. Estas estrategias permiten la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas en salud pública, de acuerdo con la situación de salud de las personas, familias y comunidades, soportada en procesos de gestión social y política de carácter intersectorial, las cuales deben aplicarse en cada uno de los contextos poblacionales y territoriales.”<sup>40</sup>

Esta política la conforman otras normas y planes ya vigentes.

- **“MIAS:** La Política de Atención Integral en Salud establece un modelo operacional que, a partir de las estrategias definidas, adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población, bajo condiciones de equidad, y comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, en una visión centrada en las personas. La implementación del modelo de atención exige poner a disposición de los integrantes un conjunto de herramientas (políticas, planes, proyectos, normas, guías, lineamientos, protocolos, instrumentos, metodologías, documentos técnicos) que integran los objetivos del Sistema de Salud con los del SGSSS, orientan la respuesta del Sistema y alinean su regulación.”<sup>40</sup>
- **“RIAS:** Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud, RIAS. Las RIAS son una herramienta obligatoria que define a los integrantes del Sector salud (Entidad territorial, EAPB, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en los entornos en los cuales se desarrolla, así como las intervenciones para la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación de la discapacidad y paliación. Las RIAS integran las intervenciones individuales y colectivas que realizan los diferentes integrantes dentro de sus competencias, las cuales deben adaptarse a los ámbitos territoriales y a los diferentes grupos poblacionales. Para el efecto, se definen tres tipos de rutas: Ruta de Promoción y

Mantenimiento de la Salud; Rutas de Grupo de Riesgo; Rutas de eventos Específicas de Atención En caso de ser requerida la conformación de otros grupos de riesgo no incluidos en la presente resolución, así como la elaboración de sus respectivas rutas, los diferentes integrantes podrán definirlos y elaborarlas teniendo en cuenta la metodología que establezca para el efecto por el Ministerio de Salud y Protección Social.”<sup>40</sup>

- “Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en Salud-GIRS. En la operación del modelo comprende la coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, la familia y la comunidad, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad.

La Gestión Integral del Riesgo en Salud se hace operativa mediante la identificación de los grupos de riesgo y sus características, la implementación y adaptación de las RIAS, el seguimiento de cohortes, la aplicación de modelos predictivos de riesgo, la efectividad de los procesos de servicio y los mecanismos de interacción entre la entidad territorial, las EAPB y la RED, así como en el manejo e interoperabilidad de la información entre los integrantes del sistema.”<sup>40</sup>

- “Redes Integrales de Prestadores de Servicios de Salud. Una Red Integral de Prestación de Servicios (RED) se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y



privados; ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS, con una organización funcional que comprende un componente primario y un componente complementario; bajo los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad al igual que los mecanismos requeridos para la operación y gestión de la prestación de servicios de salud, con el fin de garantizar el acceso y la atención oportuna, continua, integral, resolutive a la población, contando con los recursos humanos, técnicos, financieros y físicos para garantizar la gestión adecuada de la atención, así como de los resultados en salud.”<sup>40</sup>

### 5.11. ENCUESTA MULTIPROPOSITO 2014<sup>13</sup>

Se elabora junto con la secretaria distrital de planeación, que tiene como objetivo obtener información estadística sobre aspectos sociales, económicos, de su entorno urbano los cuales permiten realizar un seguimiento a las variables para el diseño y la evaluación de políticas urbanas que contribuyan al mejoramiento de las deficiencias que se detectan, tanto en aspectos de calidad.

Para esta versión, la EM-2014 decide dar continuidad a la línea base de información estadística establecida para Bogotá y proyecta el levantamiento de información para los hogares y habitantes de los municipios cercanos a la ciudad y cabeceras de provincia de Cundinamarca. Con este avance, se acerca a la consolidación de información estadística de Bogotá y la región para dar grandes avances en cuanto a la identificación de los factores que inciden en las dinámicas sociales y económicas que confluyen en grandes capitales como Bogotá.

### *5.11.1. Contenido temático de la encuesta<sup>13</sup>*

A continuación, se relacionan las variables más importantes de la operación estadística:

Datos de la vivienda y su entorno: tipo de vivienda y sus características físicas, material predominante de las paredes y pisos de la vivienda, problemas en la estructura de la vivienda, problemas del sector donde se encuentra ubicada la vivienda.

### *5.11.2 Condiciones habitacionales del hogar: <sup>13</sup>*

Forma de tenencia de la vivienda, fuentes de financiación utilizadas para la compra o construcción de la vivienda, pagos por arriendo y pagos de vivienda propia cuando la están pagando, sitio usado para preparar alimentos, tipo de alumbrado de la vivienda, tipo de servicio sanitario con el que cuentan los integrantes del hogar en la vivienda.

Cobertura, pagos en el servicio público domiciliario de acueducto, alcantarillado, recolección de basuras, energía eléctrica y gas natural; tenencia de servicio de teléfono e internet y tipo de conexión a internet.

### *5.11.3. Composición del hogar y factores demográficos: <sup>13</sup>*

Conformación del hogar, estado civil de las personas del hogar, sexo de las personas del hogar, reconocimiento étnico de las personas del hogar, orientación sexual para las personas del hogar de 18 años y más.

#### *5.11.4. Salud:*<sup>13</sup>

Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, tipo de regímenes de seguridad social en salud, pagos por afiliación a salud, diagnóstico sobre enfermedades o problemas de salud, gastos en servicios de salud, practica de deporte o actividad física por 30 minutos continuos o más en los últimos 30 días.

#### *5.11.5. Atención integral de los niños y niñas menores de 5 años:*<sup>13</sup>

Asistencia a un jardín u hogar comunitario, lugar entresemana donde permanece la mayor parte del tiempo el niño o niña de las 6 a.m. a las 6 p.m., pagos por alimentos recibidos en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entresemana, persona a cargo del cuidado del niño o niña después de asistir al sitio en el que permanece la mayor parte del tiempo entresemana, razones para no llevar al niño o niña a controles de crecimiento y desarrollo.

#### *5.11.6. Educación:*<sup>13</sup>

Asistencia escolar, nivel educativo más alto alcanzado y último grado o año aprobado en ese nivel; subsidios, becas y pagos en educación; actividades realizadas en el tiempo libre en los últimos 30 días.

#### *5.11.7. Uso de las TIC:*<sup>13</sup>

Frecuencia de uso de computador e internet, lugares de acceso a computador e internet, propósito de uso del computador e internet, tenencia de celular.

#### *5.11.8. Participación en organizaciones y redes sociales:* <sup>13</sup>

Tipo de organización a la cual pertenece, horas a la semana que dedica normalmente la persona para participar en esa organización, tipo de organización a la que la persona pertenece.

#### *5.11.9. Fuerza de trabajo:* <sup>13</sup>

características de la población económicamente activa (PEA), población económicamente inactiva (PEI), ocupados, rama de actividad, posición ocupacional, sitio de trabajo, tamaño de la empresa, tipo de transporte utilizado para desplazarse al trabajo e ingresos percibidos en el último mes y durante los últimos 12 meses. Nota: los indicadores sobre mercado laboral que puedan llegarse a generar con la información de este capítulo es propio del ejercicio de la EM-2014 (Las tasas oficiales de mercado laboral son calculadas con la Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) del DANE).

#### *5.11.10. Percepción sobre las condiciones de vida y desempeño institucional:* <sup>13</sup>

Percepción actual sobre las condiciones de vida del hogar, hechos de los que han sido víctimas los miembros del hogar, percepción sobre las condiciones de los equipamientos del municipio, ayudas o subsidios en dinero o especie de entidades del gobierno recibidos por los miembros del hogar, tenencia de bienes en el hogar.

#### *5.11.11. Gastos del hogar:* <sup>13</sup>

Gastos en alimentos y bebidas no alcohólicas, gastos en artículos o servicios semanales, mensuales, trimestrales, anuales.

### 5.11.12. Cobertura geográfica:<sup>13</sup>

Cada una de las 19 localidades y por estrato socioeconómico para el total de la ciudad de Bogotá.

A nivel de cada municipio del área de influencia y las capitales de provincia.

### 5.11.13. Universo de estudio:<sup>13</sup>

Se compone por los hogares particulares y la población civil no institucional residente habitual en:

- La cabecera de las 19 localidades urbanas de Bogotá.
- En la cabecera municipal de La Calera, Bojacá, Cajicá, Chía, Cota, El Rosal, Facatativá, Funza, Fusagasugá, Gachancipá, Madrid, Mosquera, Sibaté, Sopó, Tabio, Tenjo, Tocancipá, Zipaquirá, Soacha, Subachoque, Cáqueza, Chocontá, Gachetá, Girardot, Guaduas, La Mesa, Medina, Pacho, San Juan de Río Seco, Villeta y Ubaté.

Se excluye del universo la población que reside en lugares especiales de alojamiento como cárceles, albergues infantiles, hogares geriátricos, conventos, seminarios, cuarteles, guarniciones o estaciones de policía.

## 6. METODOLOGIA:

Se pretende desarrollar un estudio observacional, transversal, con un análisis de los resultados y variables recuperados a partir de la Encuesta Multipropósito – 2014 realizada por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).<sup>22</sup>

*Tipo de estudio:* Observacional: descriptivo, transversal

*Población de estudio:* encuesta realizada por el DANE a la población de Bogotá: 19 localidades urbanas (Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, La Candelaria, Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar) y 6 estratos socioeconómicos.<sup>22</sup>

Municipios de la Sabana: Soacha, Mosquera, Funza, Chía, Tocancipá, Cota, Sibaté, Cajicá, Madrid, Bojacá, Gachancipá, Sopó, Tenjo, Tabio, La Calera, Facatativá, Zipaquirá, Fusagasugá, Subachoque y El Rosal.

Municipios cabecera de provincia: Total cabecera de: Chocontá, Girardot, Guaduas, Villeta, Gachetá, San Juan de Rioseco, Medina, Cáqueza, Pacho, La Mesa y la Villa de San Diego de Ubaté.

*Tamaño de la muestra:* la encuesta realizada por el DANE de la cual se obtienen los datos se realizó a 20.518 hogares en Bogotá y 25.552 hogares en los municipios seleccionados.<sup>22</sup>

Para este trabajo se tomarán 16 variables, las cuales se relacionan con calidad de servicio de salud; el conjunto de datos se denomina: DBF\_MTP\_258\_2; y su descripción contiene: datos de salud; total de variables 123; que se encuentran en el capítulo F del mismo.<sup>26</sup>

*Unidades estadísticas:* unidad de observación: hogar; unidad de muestreo: segmento o conglomerado, conformado en promedio por 10 hogares; unidad de análisis: viviendas, hogares y personas.<sup>26</sup>

*Objetivo de estudio:* de acuerdo con el DANE: obtener información estadística sobre aspectos sociales, económicos y de entorno urbano de los hogares y habitantes de Bogotá por cada una de sus 19 localidades urbanas y cada uno de los 6 estratos socioeconómicos y la cabecera de 20 municipios de la Sabana y de 11 cabeceras de provincia del departamento de Cundinamarca, que permita hacer seguimiento a las variables necesarias para el diseño y evaluación de políticas urbanas por parte del Distrito Capital.<sup>26</sup>

De acuerdo con el DANE en el sector salud: Obtener información sobre las condiciones de salud de los miembros del hogar. Indagar sobre la cobertura según afiliación condiciones de calidad los hogares por servicios en salud, uso, percepción y calidad.<sup>26</sup>

Para el desarrollo de este trabajo, se quiere realizar un análisis a partir de la información estadística que arroja la encuesta, tomando las variables que se relacionan con las c a los servicios de salud.

*Fenómeno de estudio:* el DANE requiere profundizar en aspectos de cobertura, calidad y gasto de los hogares en servicios públicos domiciliarios, mercado laboral y condiciones de vida a nivel de la ciudad; para cumplir con el objetivo de este trabajo se tomará las variables referidas al sector salud.

*Variables del estudio:* de acuerdo a las variables de estudio en la encuesta del DANE, para el desarrollo de este trabajo, se tomarán las siguientes relacionadas con calidad de servicio de salud:

1. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que ... está afiliado(a) es: ID NPCFP8, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
2. En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general? ID NPCFP9B, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
3. ¿Cuáles de los siguientes planes o seguros complementarios tiene? ID NPCFP10B, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
4. ¿Cuánto paga o le descuentan por concepto de este o estos planes o seguros complementarios de salud? ID NPCFP11, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
5. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? ID NPCFP13A, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
6. Considera que la calidad del servicio de su última o única hospitalización fue: ¿Buena? ID NPCFP29, tipo DISCRETA, formato NUMERICA



7. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿acudió a un servicio de urgencias? ID NPCFP30, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
8. ¿recibió atención médica de urgencias? ID NPCFP31, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
9. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico? ID NPCFP32, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
10. Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS utilizó servicios de salud para: ID NPCFP33A, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
- 10.1 ¿Cuánto gastó el hogar en la consulta? ID NPCFP33AA, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
- 10.2 Días transcurridos entre la solicitud y la consulta: ID NPCFP33AB, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
11. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿a ... le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más) ID NPCFP40A, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
- 11.1 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? b. Mamografía (mujeres de 40 años y más) ID NPCFP40B, tipo DISCRETA, formato NUMERICA
- 11.2 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿a ... le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más) ID NPCFP40C, tipo DISCRETA, formato NUMERICA

11.3 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? d. Toma de tensión arterial. ID NPCFP40D, tipo DISCRETA, formato NUMERICA

11.4 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? e. V.I.H. ID NPCFP40E, tipo DISCRETA, formato NUMERICA

*Fuentes de información:* Información tomada de la Encuesta Multipropósito – 2014 realizada por el DANE.

*Análisis de datos:* Programa estadístico informático SPSS, versión: IBM SPSS Statistics 24.0 - junio 2016.

**ACLARACIÓN:** Se aclara que la encuesta multipropósito se realiza cada 2 años, la última encuesta realizada por el DANE fue para el año 2014, aún no se tiene acceso a la encuesta del año 2016, ya que los datos aún no han sido publicados.

#### 6.1. IMPACTO ESPERADO:

Con la ejecución de este trabajo, se espera crear un aporte al campo de la salud y a la población, en cuanto a información actualizada sobre la calidad de servicio que debe existir en la atención a la salud, para que, a partir de esta línea base se puedan desarrollar políticas complementarias en salud, teniendo entendido que hasta el momento solo se cuenta con la información estadística recolectada por el DANE, aún no se ha realizado el análisis previo comparativo de acuerdo con los informes ASIS 2014, MIAS 2015, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en los cuales se implementan estrategias para mejorar la calidad de servicio, y cuyas variables tomadas por el DANE, guardan relación con las

encontradas en estos informes. Con el fin de que este trabajo sea un complemento para las políticas públicas en salud que se están empezando a generar como cumplimiento a la Ley Estatutaria en Salud – 2015.

En cuanto al gasto de bolsillo, se complementa el trabajo realizado en 2015 por estudiantes del mismo programa Química Farmacéutica en la UDCA, sobre “Caracterización del Gasto de Bolsillo en Medicamentos en Colombia a Partir de la Encuesta Nacional de Hogares 2010” en el cual se estima el gasto de bolsillo en medicamentos y su relación con el ingreso familiar mensual, el género y el estrato socioeconómico; a partir de la caracterización de calidad de servicios de salud, se identificaran aquellas causales de generación de gasto de bolsillo por medicamentos y otros servicios de salud, con información más actualizada.

## 6.2. ANALISIS DE DATOS

Se utilizará estadística descriptiva, mediante el uso del paquete estadístico SPSS® versión 22

### 6.2.1 *Calidad del dato*<sup>41</sup>

“Los datos representan objetos del mundo real. Dichas representaciones resultan ser aplicables en contextos de diferentes y variadas características. Por otro lado, los datos pueden ser almacenados o sometidos a algún proceso o transformación, siendo siempre de suma importancia para garantizar la sobrevivencia y éxito de las organizaciones.”<sup>41</sup>

La dificultad de la calidad de datos ha sido centro de estudio desde varios aspectos y por distintas áreas a lo largo de los años, tal es el caso de la Estadística, Gestión o

Computación. A medida que su importancia se hace más evidente a los ojos de estas y otras áreas, se incrementan también las investigaciones y propósitos de mejora en este sentido.

Es indudable que el almacenamiento y/o procesamiento de datos es de vital importancia en la vida de todas las personas y organizaciones, en una gran variedad de actividades (más allá de la informática y los sistemas de información). Existen varios ejemplos de situaciones de la vida cotidiana, donde se hace necesario almacenar, procesar, transmitir y utilizar datos.

“En cuanto al concepto de calidad de datos, suele suceder que intuitivamente se piensa en ciertos aspectos de los datos. Por lo general se tiende a pensar en que los datos sean exactos. Sin embargo, hace falta ahondar más en este concepto, para entender que hay varias “caras” o aspectos (las llamadas dimensiones), que hacen a la calidad de los datos. Más adelante en el documento se explican algunas dimensiones (exactitud, completitud, actualidad, entre otras) en detalle. Como ejemplo trivial, se puede pensar en la situación de la elaboración de una lista para compras:

- Si se omite anotar un producto o la cantidad a comprar de cierto producto, se enfrenta el problema de completitud.
- Si ocurre una equivocación en la cantidad de cierto producto o se escribe mal su marca, se enfrenta el problema de exactitud.
- Si en lugar de llevar la lista de hoy se lleva la de ayer, se enfrenta el problema de actualidad.

Entonces, se puede decir que la definición de la calidad de los datos está relacionada estrechamente con la exactitud, completitud, consistencia y actualidad de los datos (entre otros). Es por esto que la calidad de datos es denominada un concepto “multifacético”, ya que depende y es función de las dimensiones que la definen.”<sup>41</sup>

### 6.2.2 *La importancia de la Calidad de Datos*<sup>41</sup>

Son pocas las ocasiones en las cuales se es consciente de las consecuencias que la mala calidad de datos trae. Sin embargo, es de suma importancia lograr identificar sus causas para eliminarlo, o en su defecto mejorar, la problemática de raíz.

“La mala calidad de los datos puede acarrear consecuencias no deseadas (como omitir un producto que se necesitaba, o una cantidad equivocada), ninguna de ellas de gravedad. Pero no es difícil pensar en otro tipo de escenarios (listas de productos para importación en cantidades masivas, nombres de clientes duplicados, errores en cobros, errores médicos) donde una falta puede provocar problemas de gravedad.”<sup>41</sup>

“La mala calidad de los datos influye de manera muy significativa y profunda en la efectividad y eficiencia de las organizaciones. Cada día se hace más notoria la importancia y necesidad en distintos contextos de un nivel de calidad adecuado para los datos.”<sup>41</sup>

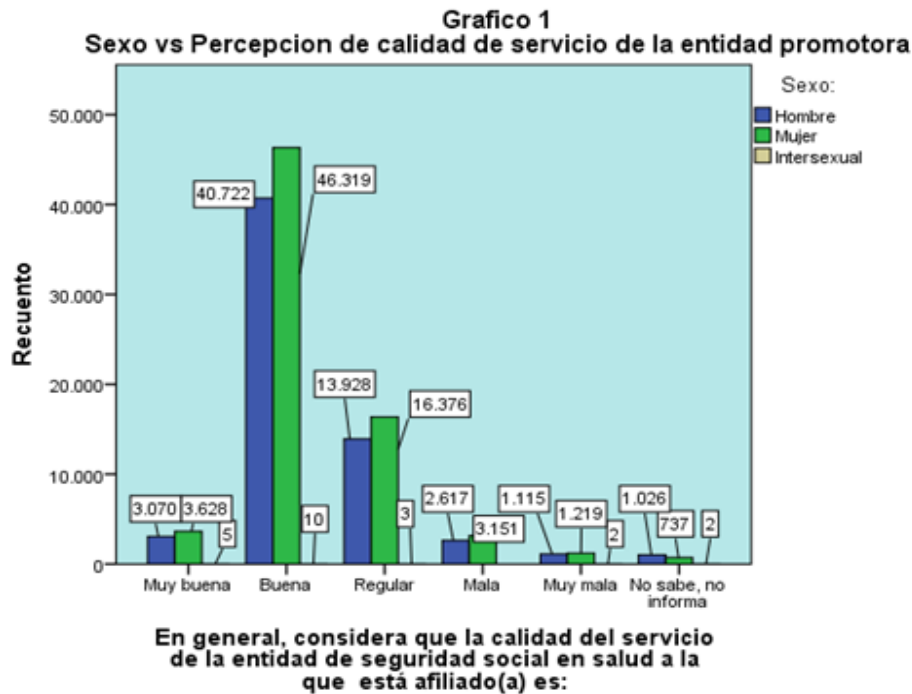
“Lograr calidad en los datos es una tarea compleja y multidisciplinaria, debido a su importancia, naturaleza, y la variedad de tipos de datos y sistemas de información que pueden estar implicados.”<sup>41</sup>

## 7. RESULTADOS Y DISCUSION

El análisis se hizo con base a la encuesta que se aplicó en 19 localidades del área urbana de la ciudad de Bogotá: Usaquén, Chapinero, Santa Fe, San Cristóbal, Usme, Tunjuelito, Bosa, Kennedy, Fontibón, Engativá, Suba, Barrios Unidos, Teusaquillo, Los Mártires, Antonio Nariño, Puente Aranda, La Candelaria Rafael Uribe Uribe y Ciudad Bolívar. Así mismo, en 20 municipios de la Sabana y en 11 cabeceras de provincia del departamento de Cundinamarca.<sup>27</sup>

En Bogotá se encuestaron 20.518 hogares y en municipios 25.552 hogares. En total fueron encuestadas 61.725 personas en Bogotá y 80.845 personas en los municipios de Cundinamarca.<sup>27</sup>

El marco muestral de la Encuesta Multipropósito 2014 fue constituido por el inventario cartográfico y el listado de viviendas y hogares a nivel de manzana, obtenidos de la información del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2005 (DANE) para la ciudad de Bogotá y los 31 municipios del departamento de Cundinamarca.<sup>27</sup>



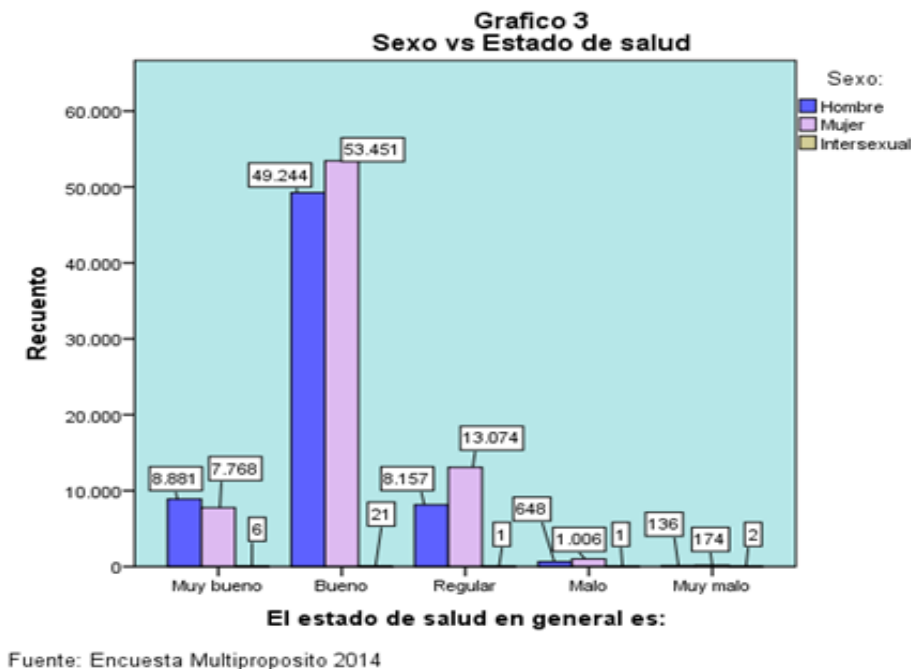
Fuente: Encuesta Multiproposito 2014

**Grafico 1. Sexo vs Percepción de calidad**

Según la Encuesta Multipropósito 2014 los encuestados para esta variable fueron 133.930 de acuerdo a lo resultados del grafico 1, donde se manejaron seis variables que permitieron dar respuesta al tipo de calidad que se recibió en la Entidad Promotora de Salud; el 93% de los encuestados se encuentra conforme con la calidad del servicio de salud prestado frente a un 7% que manifiestan inconformidad de la atención, la percepción favorable del servicio de salud posiblemente se deba a una entrega oportuna de medicamentos, oportunidad en citas de medicina general o especialistas, realización de exámenes de laboratorio ya sean ambulatorios u hospitalarios, y en menor proporción cirugías y programas de promoción y prevención datos que se pueden ver reflejados en la encuesta de evaluación de los servicios de salud de las EPS en el que un 89% si utilizo el servicio frente a un 11 % que no lo utilizo; en cuanto a la entrega oportuna de medicamentos un 72% se hizo efectiva frente a un 28% que manifestó inconformidad<sup>69</sup>.

Estas variables permiten percibir que se logró una satisfacción por la atención en salud entregada. El servicio de salud aceptado por un usuario parte desde la atención médica recibida ya sea por un médico general u odontólogo que va a tratar la patología

presentada o simplemente como un control, y finaliza en algunas ocasiones con una prescripción, es en este momento donde interviene el servicio farmacéutico para seguir el lineamiento de una atención médica con calidad y así se hace relación en la metodología de la Política Farmacéutica Nacional, en donde refiere que “partió por identificar las necesidades en salud relacionadas con el acceso a medicamentos y la calidad de la atención”.<sup>55</sup>



**Grafico 3. Sexo vs Estado de salud**

El 71% de las mujeres encuestadas refirió que su estado de salud es bueno, en igual condición el 73% de los hombres encuestados, Lo cual puede deberse a factores fisiológicos en el que intervienen diferentes variables objetivas o subjetivas, como también otras de orden sociocultural en el que factores del entorno afectan los estilos de vida saludables, como, por ejemplo: contaminación visual, ambiental y auditiva un ejemplo podría ser la publicidad excesiva.

El no tener un estilo de vida saludable conllevaría a afectar el estado de salud de la población y esto a su vez generaría un posible problema social reflejado en una sobrecarga al sistema de salud, lo que se manifiesta en posibles congestiones en el sistema de salud al no asistir oportunamente antes de deteriorarse su estado de salud, solicitud de



medicamentos que no son necesarios y desgaste de recursos en la toma de exámenes de laboratorio en los que posiblemente reciban la prioridad que no es indicada. Esto de acuerdo

El decreto 2702 de 2014 es el encargado de ordenar y unificar los recursos financieros y de solvencia de las EPS para garantizar la prestación y el aseguramiento del servicio de salud. lo cual está establecido bajo un criterio de veracidad, consistencia y confiabilidad.<sup>70</sup>

Los resultados se pueden comparar con un estudio realizado por el Ministerios de Salud y Protección Social, denominado Estudio sobre el modo de gestionar la salud en Colombia<sup>50</sup>, aunque fue un estudio realizado en todas las regiones de Colombia, se puede destacar que los resultados reflejados en cuanto a la pregunta *auto-percepción estado de salud - menos que bueno*, para la ciudad de Bogotá fue bajo con un porcentaje del 22%, confirmando de esta forma porque algunas personas no contestaron la pregunta formulada por la Encuesta Multipropósito 2014.

Lo anterior se soporta a través de la Política Farmacéutica donde cita: “Contribuir al mejoramiento del estado de salud de la población colombiana”<sup>55</sup> referido como el objetivo a largo plazo de la política farmacéutica nacional, en este punto se encuentra el objetivo central que busca: “contribuir al logro de los resultados en salud de la población colombiana a través del acceso equitativo a medicamentos efectivos y la prestación de servicios farmacéuticos de calidad, bajo el principio de corresponsabilidad de los sectores y agentes que inciden en su cumplimiento”<sup>55</sup>

**Tabla 2 ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por usted y cuántos años aprobó en ese nivel? Vs El estado de salud en general es:**

		Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo	Total
Ninguno	Recuento	334	2090	415	36	3	2878
	% del total	0,4%	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	3,1%
Preescolar	Recuento	32	210	41	5	1	289
	% del total	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%
Básica primaria (1° - 5°)	Recuento	2725	16252	3406	248	47	22678
	% del total	2,9%	17,3%	3,6%	0,3%	0,1%	24,1%
Básica secundaria y media (6° - 13°)	Recuento	4745	28634	5969	461	90	39899
	% del total	5,1%	30,5%	6,4%	0,5%	0,1%	42,5%
Técnico	Recuento	912	5636	1248	103	13	7912
	% del total	1,0%	6,0%	1,3%	0,1%	0,0%	8,4%
Tecnológico	Recuento	311	2164	466	35	5	2981
	% del total	0,3%	2,3%	0,5%	0,0%	0,0%	3,2%
Universitaria incompleta (sin título)	Recuento	277	1770	384	31	7	2469
	% del total	0,3%	1,9%	0,4%	0,0%	0,0%	2,6%
Universitaria completa (con título)	Recuento	1221	7480	1639	120	23	10483
	% del total	1,3%	8,0%	1,7%	0,1%	0,0%	11,2%
Especialización incompleta (sin título)	Recuento	18	119	29	2	0	168
	% del total	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
Especialización completa (con título)	Recuento	320	2068	454	31	10	2873
	% del total	0,3%	2,2%	0,5%	0,0%	0,0%	3,1%
Maestría incompleta (sin título)	Recuento	11	69	12	2	0	94
	% del total	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Maestría completa (con título)	Recuento	115	740	143	12	3	1013
	% del total	0,1%	0,8%	0,2%	0,0%	0,0%	1,1%
Doctorado incompleto (sin título)	Recuento	2	11	4	0	0	17
	% del total	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Doctorado completo (con título)	Recuento	14	127	25	0	0	166
	% del total	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%

**Tabla 2 Nivel educativo vs Estado de salud**

De acuerdo a la ponencia de la Ley Estatutaria apoyada por el gobierno nacional, esta busca “garantizar por medio de un plan de salud implícito para todas las personas, la prestación de servicios y tecnologías. Y en ningún caso se podrá interpretar el plan de salud como una restricción del alcance del derecho”<sup>56</sup> por lo que recibir una atención medica es un derecho para todo ciudadano sin depender de su grado de escolaridad. De acuerdo a la tabla 2 el dato más representativo corresponde al grupo de personas con escolaridad alcanzada hasta el nivel básico secundario y media, comprendido entre los grados 6° a 13° que corresponde al 42,5% de los datos reportados para esta variable. De igual manera con

los datos obtenidos en básica primaria, comprendido entre los grados 1° a 5° con un porcentaje de 24,1% y el 33,4% a los niveles de escolaridad: técnico, tecnológico, pregrado y postgrado en sus diferentes etapas.

El químico farmacéutico podrá brindar atención farmacéutica a los pacientes, el cual ha recibido una previa formación académica especializada, esta exigencia se soporta por medio la Política Farmacéutica Nacional en la cual se busca estrategias para la adecuación de la oferta y las competencias del recurso humano del sector farmacéutico a través de la siguiente actividad: “un establecimiento de un plan de actualización y ajuste curricular de los programas de formación del área de la salud, teniendo como referencia las competencias definidas para el campo farmacéutico. Este plan deberá articularse al desarrollo del observatorio laboral para la educación y del observatorio del talento humano en salud”<sup>55</sup>

El sistema educativo colombiano lo conforman: “la educación inicial, la educación preescolar, la educación básica (primaria cinco grados y secundaria cuatro grados), la educación media (dos grados y culmina con el título de bachiller), y la educación superior.”<sup>49</sup>

**Tabla 3.1 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta?  
a. Medicina general vs Sexo:**

		Sexo:			
		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
1	Recuento	39814	52413	11	92238
	% del total	43,2%	56,8%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	39814	52413	11	92238
	% del total	43,2%	56,8%	0,0%	100,0%

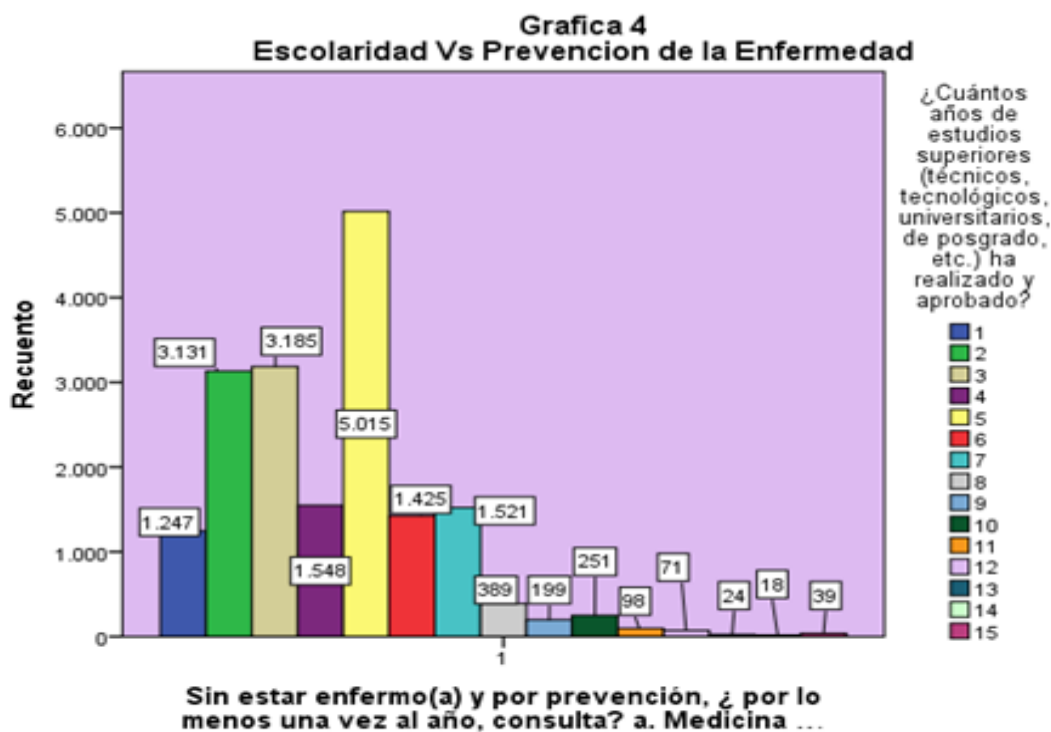
**Tabla 3.1 Prevención vs Sexo**

De acuerdo a la Ley Estatuaria 1751 de 2015 una de las obligaciones del estado es “Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y

atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”<sup>25</sup> pero se observa que en la Política Farmacéutica Nacional se menciona una sobrecarga en el sistema de salud lo que genera un uso inadecuado de los recursos financieros causado por : “el incremento en el gasto total en medicamentos no POS, durante la última década, se contrapone a la insuficiente provisión de los medicamentos del POS. Las debilidades institucionales para la actualización de los planes obligatorios, los planes de información para el cálculo de la suficiencia de la unidad de pago por capitación (UPC), a la vez que una política de precios inoperante y debilidades en el monitoreo y vigilancia de los precios general que generan inequidad en el acceso pues privilegian la destinación de una proporción creciente de los recursos en prestaciones de alta complejidad y especializadas, sobre el uso de medicamentos esenciales o la realización de intervenciones no farmacológicas de promoción y prevención”<sup>55</sup>

Se presentan tres variables para responder la pregunta sobre asistencia médica de por lo menos una vez al año: medicina general, medicina especializada y odontología ( Tabla 3.2 y tabla 3.4 que se encuentran en el anexo de este documento) de acuerdo al género, los datos que se muestran en la Tabla 3.1 de la Encuesta Multipropósito 2014 reflejan la asistencia médica donde la mujer asiste en un 56,8% frente a un 43,2% en hombres , se observa que la mujer tiene una mayor participación en el sistema de salud y cierta interesa por su estado de salud. La anterior información se puede asociar con la Encuesta Nacional de 2007 en la cual presenta que al menor síntoma las mujeres disponen más de su tiempo para asistir al médico, ya sea por motivos de prevención, es decir, en caso de no presentar enfermedad lo cual se pudo observar en un 68% de los encuestados, frente a los hombres, pues su asistencia al médico es menor y es reflejado en un 32% de los

encuestados de la Encuesta Nacional de 2007; lo que conlleva a una posible inflación del sistema de salud, que se sustenta con lo mencionado en el párrafo anterior.



Fuente: Encuesta Multiproposito 2014

**Grafico 4. Escolaridad vs Prevención**

De acuerdo a los datos obtenidos en el Grafico 4. Un grupo de individuos con un grado de escolaridad en promedio de 0 a 5 años que representa el 79% de los encuestados para esta pregunta y de acuerdo al sistema educativo colombiano es un grupo poblacional que curso hasta básica primaria; y se relaciona con los datos pertenecientes a la tabla 3.1 que acota en la promoción y prevención de la salud, uno de los campos de aplicación del químico farmacéutico es la atención farmacéutica en la cual da asistencia al paciente, en cuanto, a la dispensación y seguimiento farmacoterapeutico lo que brinda soporte en el campo medico apoyando a mejorar la calidad de vida del individuo.

“La política social de Estado se deberá basar en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y su atención integral, oportuna y de calidad, al igual que rehabilitación.”<sup>25</sup> En cuanto atención integral y por medio de una revisión a la Política de Atención Integral en Salud se encuentra que “Esta regulación incluye la definición y clasificación de grupos de riesgo, de las condiciones de manejo de los pacientes, el seguimiento y monitoreo de su evolución, la adquisición y pago centralizado de los insumos y medicamentos requeridos y todo el conjunto de acciones que garantice el manejo de los riesgos y de la enfermedad en condiciones de equidad y calidad. Esto no exime a los responsables institucionales de sus funciones, sino que, por el contrario, los incluye de una manera organizada y sistemática.”<sup>57</sup>

**Tabla 4.15 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? e. Ninguna de las anteriores vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: b. Indígena o amerindio?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	1028	35907	2739	39674
	% del total	2,6%	90,5%	6,9%	100,0%
Total	Recuento	1028	35907	2739	39674
	% del total	2,6%	90,5%	6,9%	100,0%

**4.15 Prevención vs Etnia**

Dentro de la Política Farmacéutica Nacional, en la sección de antecedentes se resalta el siguiente párrafo: “la Observación General N° 14 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que el derecho a la salud comprende el derecho a condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad. Ello incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos,

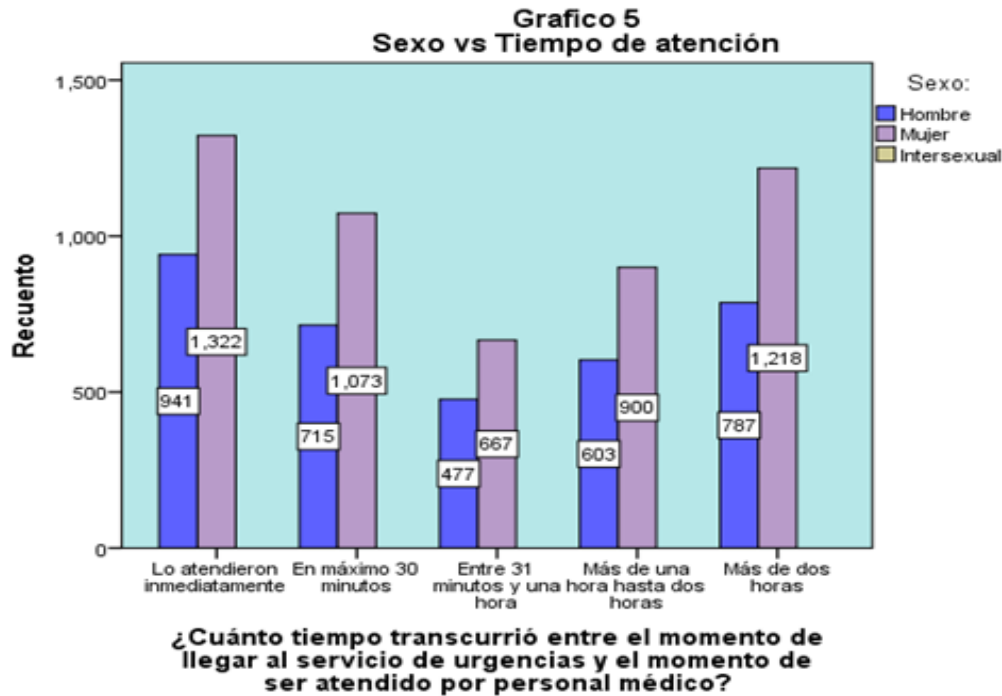
preventivos, curativos y de rehabilitación, que implica un tratamiento apropiado de enfermedades y el suministro de medicamentos esenciales, así como la organización del sector de la salud y del sistema de seguros.”<sup>55</sup> Lo que pretende este Pacto mencionado en la Política es satisfacer las necesidades básicas de las personas y el máximo nivel posible de vida digna sin importar el rasgo cultural o socioeconómico al que pertenezca el individuo.

La tabla 4.1 definen tres variables que permiten contestar la pregunta en cuanto a prevención de la enfermedad según el grupo étnico o cultural al que pertenezca, en esta ocasión se analiza el grupo europeo (los demás grupos étnicos se encuentran en las tablas anexas de este documento). Se obtuvo una mayor respuesta de la variable *no* representado en un 89,1% seguido de *no sabe/no responde* con un 6,9% y finalmente *si* con un 3,9%. En una revisión de los datos estadísticos indiferente de la etnia ya sea asiático, chino o japonés, africano o negro, europeo o indígena, no se observan que las personas mantengan cierto interés por su estado de salud. En cuanto a las culturas indígenas tenemos en conocimiento que el decreto 1811 de 1990 por el cual se reglamenta la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas y de acuerdo al artículo 2 del presente decreto “cualquier actividad que se vaya a llevar a cabo en esta comunidad deberá estar previamente aprobada por los respectivos cabildos o autoridades que ejerzan el gobierno interno de las mismas”<sup>58</sup> y de acuerdo al artículo 4. “El Ministerio de Salud, las Direcciones Seccionales y Locales de Salud en cuya jurisdicción existan comunidades indígenas, harán convenios con las escuelas de ciencias de la salud, con el fin de que éstas orienten programas o contenidos de formación tendientes a proporcionar profesionales y técnicos socialmente conscientes y capacitados para el trabajo con comunidades indígenas. Tanto en el diseño como en la

ejecución de tales programas de formación, deberá garantizarse una amplia participación a las comunidades indígenas.”<sup>58</sup> Y en la ley 691 de 2001 artículo 1. En donde se “reglamenta y garantiza el derecho de acceso y la participación de los Pueblos Indígenas en los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando el debido respeto y protección a la diversidad étnica y cultural de la nación”<sup>59</sup>. De esta manera se genera una duda, si es la falta de participación y autorización por parte de la jurisdicción indígena o falta de fomentación de programas de salud por parte de los entes gubernamentales.

La política nacional de prestación de servicios de salud en Colombia tiene el propósito de garantizar el acceso, optimizar el uso de los recursos y mejorar la calidad del sistema que se prestan a los colombianos, en la que además se encuentra en su formulación la heterogeneidad del país, la descentralización, la posibilidad de diferentes modelos de prestación de sistemas, la rendición de cuentas, la atención centrada en el usuario, la participación ciudadana y la salud como objetivo final del sistema.





Fuente: Encuesta Multiproposito 2014

**Grafico 5. Sexo vs Tiempo de atención**

La atención de urgencias es una atención inmediata que se le debe prestar al individuo sin importar las condiciones, culturales, económicas o sociales del paciente; y se recalca en el artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en el numeral B, donde dice: “Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno.”<sup>25</sup>, complementa con el artículo 14 de la misma ley: “Prohibición de la negación de prestación de servicios. Para acceder a servicios y tecnologías de salud no se requerirá ningún tipo de autorización administrativa entre el prestador de servicios y la entidad que cumpla la función de gestión de servicios de salud cuando se trate de atención de urgencia.”<sup>25</sup> Se fundamenta lo anterior con lo que cita La Ley 019 de 2012 ( Ley Antitramites) en su artículo 131 : “Las Entidades Promotoras de Salud tendrán la obligación de establecer un

procedimiento de suministro de medicamentos cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud a sus afiliados, a través del cual se asegure la entrega completa e inmediata de los mismos.”<sup>60</sup>

El grafico 5 en cuanto al tiempo de atención en urgencias, no especifica el nivel de triage (clasificación de la urgencia) con el que recibieron la atención de urgencias por lo que no es posible determinar porque algunos pacientes fueron atendidos inmediatamente o de forma prioritaria y otros después de una hora e incluso después de dos horas. Es posible que los tiempos de atención se encuentren relacionados con el nivel de la urgencia en este caso un paciente cuya vida esté en riesgo, debe ser atendido de inmediato y clasificado como Triage 1, lo que indica que posiblemente fue atendido en un tiempo inferior a 30 minutos, pero si la condición del paciente puede evolucionar y deteriorarse con rapidez, será catalogado como Triage 2 y posiblemente serán atendidos en un tiempo de 30 minutos. Y finalmente pacientes en el que su estado de salud no se encuentra en peligro serán clasificados como Triage 3 y 4 en donde se ubican los pacientes que requieren exámenes de urgencia y de acuerdo a la información posiblemente se relacione con tiempos de espera de más de una hora .<sup>30</sup>

En la **Guía para Manejo de Urgencias** publicado el 2009 por el Ministerio de Protección Social, determina que “Las patologías de urgencia son una causa de consulta médica que requieren de una adecuada y pronta atención por parte del personal que labora en los servicios de urgencias de las instituciones de salud. Es de vital importancia que este personal tenga los conocimientos y las destrezas necesarias para poder diagnosticar y manejar, de la mejor manera posible, las urgencias médicas que se le puedan presentar en su trabajo cotidiano.”<sup>48</sup>

De esta manera se aclara los tiempos estimados para una atención de urgencia : “Las nuevas disposiciones del Gobierno buscan agilizar y mejorar la calidad de los pacientes que ingresan a un centro asistencial por urgencias.”<sup>48</sup>

“La oportunidad de la atención en este nivel es directamente proporcional al acceso a los servicios ambulatorios y es vital para la seguridad y efectividad de la atención en salud a los usuarios. Una respuesta rápida en este nivel contribuye a la disminución de la mortalidad, la incapacidad, secuelas y riesgos inherentes al proceso patológico que origina la demanda de atención y disminuye la congestión en los servicios de urgencias.”<sup>31</sup>

**Tabla 5.5 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: f. Diabetes vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	1572	2367	1	3940
	% del total	1.1%	1.7%	0.0%	2.8%
No	Recuento	65494	73106	30	138630
	% del total	45.9%	51.3%	0.0%	97.2%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

**Tabla 1.5 Enfermedad vs Sexo**

Las enfermedades crónicas no trasmisibles se generan a partir de condiciones demográficas, como lo indica el Resumen de Intervenciones Poblacionales de Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles, donde las agrupa de la siguiente manera : los cánceres, las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades metabólicas y las enfermedades neurodegenerativas y se subclasifican en : Obesidad, Diabetes Mellitus,

Hipertensión arterial, Cáncer de seno, Cáncer de Pulmón, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Accidentes y lesiones intencionales.<sup>61</sup>

Lo anterior se complementa con uno de los principios de la Política Farmacéutica Nacional: “basado en los componentes de acceso, uso racional y calidad de los medicamentos, focaliza la acción de política en las etapas finales del ciclo de vida del medicamento, la atención de la enfermedad y el acceso. Este último referido a los aspectos relacionados con variables económicas de oferta, competencia y procesos de formación de precios”.<sup>55</sup> “No existe un registro de seguimiento de la terapia farmacológica de pacientes con Enfermedades Crónicas No Transmisibles, a pesar de la evidencia de que la prestación integral de servicios farmacéuticos, y la promoción de hábitos de vida saludables, pueden hacer la diferencia en la reducción de los factores de riesgo”<sup>55</sup>

En la tabla se relaciona el siguiente análisis que se encuentra en el Resumen de la Intervención, mencionada en el párrafo anterior: “La diabetes mellitus ocasiona alrededor de 4.500 muertes al año en Colombia y ocupó variablemente entre el quinto y sexto lugar como causa de muerte en el periodo 2005- 2009 con una tasa cruda de mortalidad para este último año de 16,4x100.000 en mujeres y 12,4 x 100.000 en hombres. La mortalidad por esta causa se incrementó de manera sostenida en el decenio 90-99, siendo constantes las tasas más altas en mujeres.”<sup>61</sup>

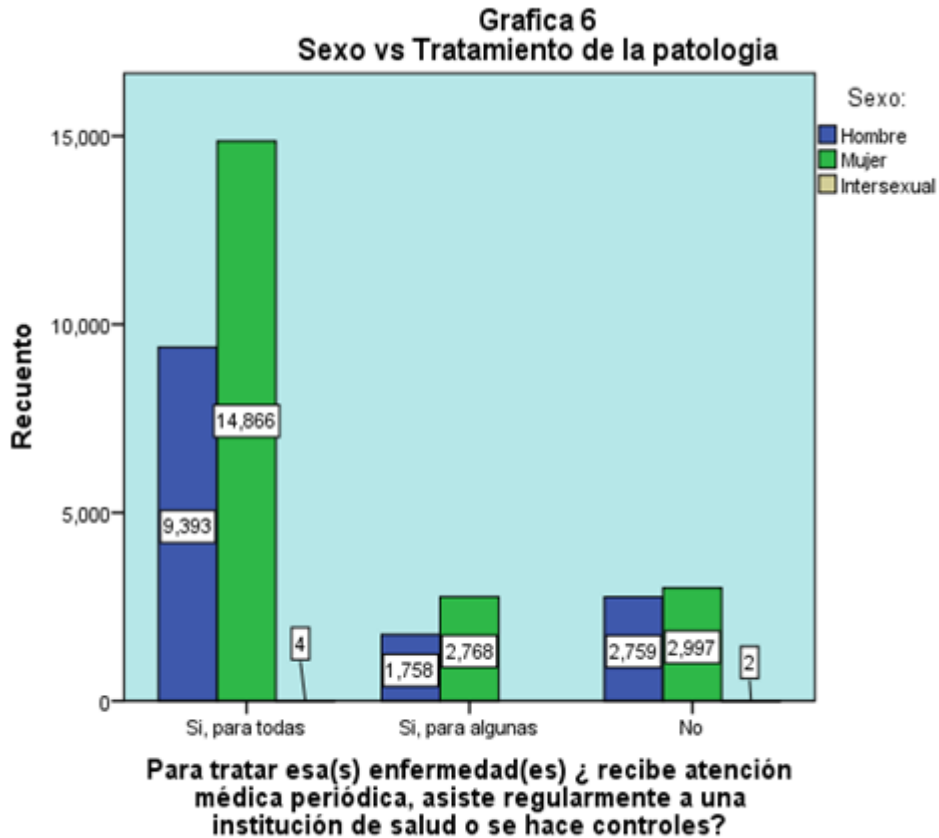
Los datos correspondientes a la tabla reflejan una de las patologías encuestadas en la población estudio frente al sexo, donde se determina la cantidad de personas que la padecen, observándose que el 97.2% de los encuestados *No* la padecen, frente a un 2.8%

que *Si*; adicional refleja que es la mujer la que tiene un porcentaje mayor de 1.7% de si tener la enfermedad. Confirmando lo que indica el Resumen de Intervención. Según una noticia dada a conocer en el 2013 por el Ministerio de Salud, relaciona las enfermedades que se presentan en la Encuesta realizada en el 2014, dando así una introducción de lo que iba a pasar en Bogotá y en los municipios de sus alrededores; “Teniendo en cuenta la medición epidemiológica realizada por el Ministerio de Salud, en Colombia las enfermedades que más se presentan son las no transmisibles, seguidas de los eventos de causa externa como las lesiones personales y en tercer lugar las enfermedades transmisibles. Así lo dio a conocer la directora de Epidemiología y Demografía del Ministerio, Martha Lucía Ospina, quien aclaró que se tienen cuenta la cantidad de eventos presentados, sin tener en cuenta la importancia que representa individualmente cada uno de los padecimientos. Entre ellas están las enfermedades cardiovasculares, seguidas del cáncer, posteriormente la deficiencia pulmonar crónica y la diabetes.”<sup>42</sup>

Posiblemente el género femenino es más propenso a padecerlas, ¿pero porque sucede esto? publicaciones científicas nos dicen que las mujeres son más preocupadas por su estado de salud, esto se debe a una programación neurológica y cultural por el cuidado de su salud y por cumplir los trabajos a los cuales fueron asignadas.<sup>32</sup>

La enfermedad encuestada en la tabla 5.5 (las demás patologías encuestadas se encuentran en el anexo 21.23.24.25.26.27.28.29 ) refleja la principal patología de consulta para la población de Bogotá y de sus alrededores, en el que posiblemente se deba a factores sociales en los que se relacionan los desórdenes alimenticios o factores fisiológicos en los que el cuerpo no es capaz de movilizar el azúcar desde la sangre hasta el músculo y a las

células de grasa para quemarla o almacenarla como energía , causado por la falta de producción de insulina del páncreas. <sup>62</sup>



Fuente: Encuesta Multiproposito 2014

**Grafico 6. Sexo vs Tratamiento**

La interpretación de datos del grafico 6 evidencia que las mujeres son quienes tienen mayor asistencia a los programas de salud; se observó que en mayor proporción la respuesta Si, para todas en cuanto al tratamiento de enfermedades en mujeres se representa con un 72% seguida en hombres con un 68%; en segundo lugar está la respuesta Si, para algunas, con un porcentaje de 13% para los dos grupos encuestados (hombres y mujeres) y por último la respuesta No, con un porcentaje mayor en hombres con el 20%, seguido de las

mujeres con un 15%. Estos últimos datos pueden deberse a que los pacientes buscan soluciones o tratamientos a través de otras terapias complementarias que no necesariamente son farmacológicas; por ejemplo: medicina tradicional china (acupuntura), homeopatía, reflexología (yoga y meditación), entre otras. Posiblemente la búsqueda de otros tratamientos alternativos se deba a la inoportunidad en consultas de medicina especializada, puesto que son de difícil obtención tal como se evidencia en la encuesta de evaluación de servicios de las EPS en el que la variable tiempo de oportunidad de medicina especializada evaluada en un rango de entre 11 y 30 días de espera refleja un porcentaje de 24% <sup>44</sup>.

El tratamiento es la utilización de todos los medios existentes en cuanto a recursos y tecnologías para aliviar o curar el dolor o el padecimiento de la enfermedad que posea un individuo.

El paciente no está obligado a recibir tratamiento de la dolencia que lo aqueje, pero si esta en el derecho de saber todo lo concerniente a la misma; así lo cita el artículo 10 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015 en el numeral D: “A obtener información clara, apropiada y suficiente por parte del profesional de la salud tratante que le permita tomar decisiones libres, conscientes e informadas respecto de los procedimientos que le vayan a practicar y riesgos de los mismos. Ninguna persona podrá ser obligada, contra su voluntad, a recibir un tratamiento de salud.”<sup>25</sup> por lo que antes de iniciar un tratamiento se da a tramitar un consentimiento informado.

De acuerdo a lo anterior se puede nombrar la posible autoprescripción por parte del paciente que no se encuentre de acuerdo con el tratamiento que le ofrezca el profesional de la salud; aunque en la actualidad los índices de autoprescripción han disminuido, no hay

como tal una herramienta que permita confirmar este dato, como lo indica la Política Farmacéutica Nacional: “En el país se ha logrado un desarrollo progresivo de los Servicios Farmacéuticos, en parte gracias a la reglamentación expedida atendiendo a las directrices del documento de Política Farmacéutica de 2012 (Decreto 2200 de 2005 y la Resolución 1403 del 2007). En Colombia, entre el 2003 y el 2010, se observa un aumento en la prescripción de especialista o de profesional de la salud de 16% y reducción de la autoprescripción en un 13% <sup>28</sup>. Sin embargo, no existe información sobre la adherencia a los tratamientos, la oportunidad en la entrega y sobre los resultados en salud, situaciones que reflejan problemas de calidad en la atención.”<sup>55</sup>

**Tabla 8.1 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? a. Citología vaginal (mujeres de 15 años y más)**

**\*Sexo:**

		Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	31500	0	31500
	% del total	52.2%	0.0%	52.2%
No	Recuento	28802	10	28812
	% del total	47.8%	0.0%	47.8%
Total	Recuento	60302	10	60312
	% del total	100.0%	0.0%	100.0%

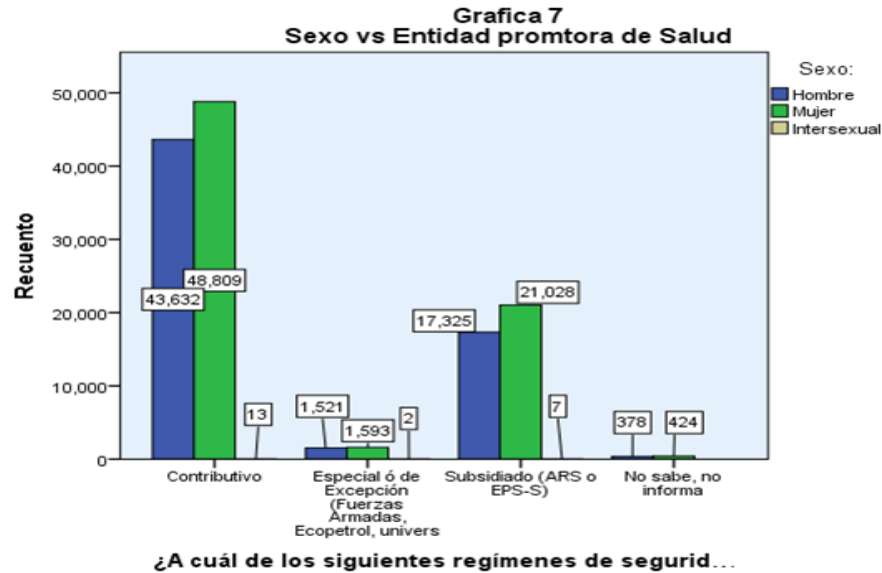
**Tabla 8.1 Promoción vs Sexo**

Las diferentes entidades nacionales de Colombia dirigen campañas de promoción y prevención de enfermedades, como es el caso de la Liga Colombiana contra el Cáncer, en esta oportunidad se trata sobre la citología vaginal que es un examen específico que permite detectar a tiempo cáncer de cuello uterino en la mujer; una vez detectada la enfermedad permite un tratamiento indicado y así mismo se evita una sobrecarga al sistema en medicamentos o terapia farmacológica requerida por el paciente.



Los datos de la tabla 8.1 refleja resultados muy similares en cuanto a la toma de la citología vaginal, donde un 52.2% refleja que las mujeres *Si* realizan la toma del examen frente a un 47.8% que *No* lo realiza; esto en cumplimiento a los programas existentes en Bogotá y sus Alrededores en cuanto a promoción y prevención de la enfermedad, escrito en la Norma Técnica para la prevención temprana del Cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones pre neoplásicas de cuello uterino<sup>53</sup>, publicado por el Ministerio de Salud y de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Plan Decenal de Salud Pública busca "lograr la equidad en salud y el desarrollo humano" de todos los colombianos y colombianas mediante ocho dimensiones prioritarias y dos transversales, que representan aquellos aspectos fundamentales que por su magnitud o importancia se deben intervenir, preservar o mejorar, para garantizar la salud y el bienestar de todos los colombianos, sin distinción de género, etnia, ciclo de vida, nivel socioeconómico o cualquier otra situación diferencial."<sup>52</sup>

Evidenciando que estos programas tienen mediana aceptación entre la población. Al hacer el comparativo con la Encuesta Multipropósito 2011, se demuestra que este porcentaje ha bajado, ya que para el 2011 la práctica del examen estaba en un 68.4% frente a un 63,6% en el 2014; como lo refleja el Boletín de la Encuesta Multipropósito 2014.<sup>43</sup>



Fuente: Encuesta Multipropósito 2014

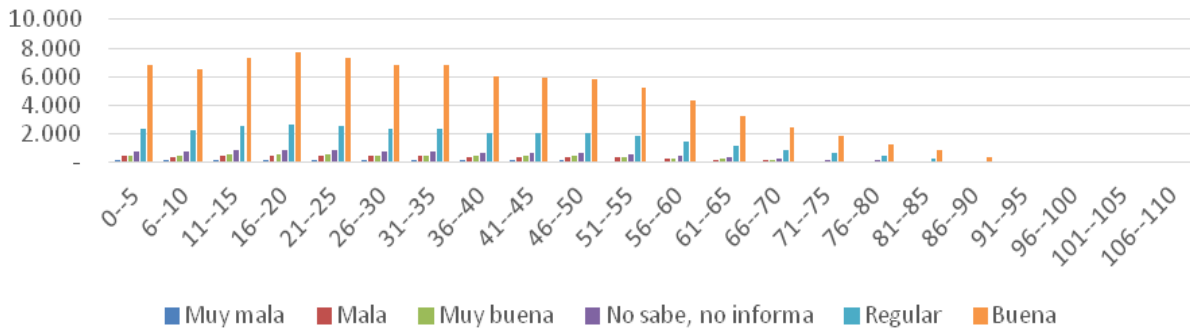
**Grafica 7. Sexo vs EPS**

Los datos del grafico 7 , muestran como el régimen contributivo tiene el mayor porcentaje de 69% en hombre, 68% en mujeres y 59% en intersexuales, seguido del régimen subsidiado con un 28% en hombre, 29% en mujeres y 32% en intersexuales; esto representa los principales regímenes de salud en función de Bogotá y sus alrededores, en la anterior información se encuentran dos regímenes que hacen parte del esquema de aseguramiento del país, se encuentran el régimen contributivo, del cual es posible determinar que son los que se encuentran en el sector formal de la economía, es decir, la población con capacidad, quienes a sus vez son una de las fuentes soporte al régimen subsidiado<sup>40</sup>. En datos obtenidos en la encuesta nacional de evaluación de los servicios de las EPS se observó que 75% de los encuestados pertenecen al régimen contributivo los cuales se concentran en los estratos 2 y 3<sup>44</sup>. Y el régimen subsidiado el cual se encamina a dar cobertura en salud a la población vulnerable que no tienen capacidad de pago y se encuentra en un menor porcentaje en la Encuesta Multipropósito 2014 lo que es posible que evite una sobrecarga en el sistema.<sup>40</sup>

Al Sistema General de Seguridad Social en Salud se accede a través del Régimen Contributivo y a través del Régimen Subsidiado. De otro lado, debe tenerse en cuenta que la Entidad Territorial deberá garantizar la atención de la población pobre no asegurada, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta, para lo cual se deberá cancelar las cuotas de recuperación a que haya lugar.<sup>33</sup>

En un estudio registrado en la Política Farmacéutica Nacional, donde los datos se obtuvieron de la base del DANE 2011, refleja la variación de precios en medicamentos y en general en los gastos de salud; anota lo siguiente: “los precios registraron aumentos y reducciones, de ahí que el Índice de Precios al Consumidor en Colombia no es un buen indicador para establecer un detallado comportamiento de los precios de medicamentos. Análisis parciales realizados sobre los valores de recobro de medicamentos No POS encontraron importantes diferencias en los precios recobrados por las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) y los valores de venta reportados por los laboratorios farmacéuticos.”<sup>55</sup>

## Edad vs Percepcion de atencion de la entidad promotora de salud



**Tabla 2 Edad vs Percepción de atención**

Los datos de la tabla 8 son similares en cuanto a la percepción de la atención recibida en la Entidad Promotora de Salud, en relación a las edades de 0 años a 50 años, de acuerdo al DANE la proyección de la población colombiana entre los años 2005 y 2020 se estima que incrementara de 72,6 a 76,2 años para ambos sexos lo que equivale a una ganancia media anual de 0,18 años<sup>71</sup>. De acuerdo a los datos se percibió una **buena** atención recibida, que puede ser posible por el cumplimiento en cuanto a la satisfacción de la necesidad que cada individuo presento, por ejemplo, entrega de medicamentos, consultas médicas, entre otros. esto se afirma en el Boletín de la Encuesta Multipropósito 2014<sup>43</sup> y por la Encuesta de Evaluación de los Servicios de las Entidades Promotoras de Salud<sup>44</sup>, realizada en el 2012 por el Ministerio de Salud y Protección Social, donde dice: “En el país se han hecho esfuerzos para medir la percepción de calidad de los servicios de salud tanto a los afiliados como a los usuarios de las EPS. Una experiencia importante ha sido la encuesta desarrollada por la Defensoría del Pueblo, que se ha realizado en 3 ocasiones en los años 2003, 2005 y 2009, todas con nivel de representatividad por cada una de las EPS del régimen contributivo y subsidiado. La encuesta se ha venido aplicando a los usuarios de

los servicios de salud en el momento que acuden a las oficinas de la EPS a realizar algún trámite. Otra experiencia fue la encuesta de afiliados a las EPS realizada por la Universidad Nacional como insumo para realizar un ranking de las EPS en el marco de un contrato con el Ministerio de la Protección Social

La edad en la población colombiana no es impedimento para recibir una atención en salud por lo que tienen derecho a gozar de un servicio de salud de calidad, como lo cita el artículo 22 de la Ley Estatutaria 1751 de 2015: “El Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en Salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita mejora de la calidad de vida de la población.”<sup>25</sup>

En la Política Farmacéutica Nacional, se encuentra un diseño de redes de los servicios farmacéuticos, donde la estrategia se orienta a impulsar elementos necesarios para la cualificación y mejoramiento de estos, en concordancia con los objetivos del SGSSS y la Política Farmacéutica; una de estas estrategias es: “Diseño, desarrollo y seguimiento de un programa de acreditación de centros de excelencia de servicios farmacéuticos especializados por problemas de salud (oncología, artritis reumatoidea, asma, etc.); grupos poblacionales (pediátricos, geriátricos, etc.); medicamentos por especialidades”<sup>55</sup>

Esta encuesta evaluó la percepción de los afiliados sobre diversos servicios prestados. Más recientemente la Encuesta de Calidad de Vida de 2011 incluyó un módulo sobre la percepción de los afiliados sobre los servicios de salud, con representatividad a nivel nacional.”, donde hace referencia al nivel o calidad que perciben los usuarios; adicional se observa que la población infantil, joven y adulta es la que más consulta y

puede opinar en la atención recibida; en el que es posible que la población infantil sus respuestas provienen de los padres o adultos que lo acompaña a la entidad.

**Tabla 7.1 En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general? a. Horas\*Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total	
Horas	0	Recuento	49686	56731	15	106432
		% del total	37.1%	42.4%	0.0%	79.5%
	1	Recuento	10349	11785	5	22139
		% del total	7.7%	8.8%	0.0%	16.5%
	2	Recuento	1789	2119	2	3910
		% del total	1.3%	1.6%	0.0%	2.9%
	3	Recuento	351	417	0	768
		% del total	0.3%	0.3%	0.0%	0.6%
	4	Recuento	142	187	0	329
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
	5	Recuento	28	30	0	58
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	6	Recuento	14	16	0	30
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	7	Recuento	6	8	0	14
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	8	Recuento	9	11	0	20
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	9	Recuento	21	21	0	42
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	10	Recuento	16	16	0	32
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	11	Recuento	1	0	0	1
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	12	Recuento	23	25	0	48
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	13	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	15	Recuento	13	21	0	34
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

16	Recuento	1	4	0	5
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
20	Recuento	18	27	0	45
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
21	Recuento	1	0	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
22	Recuento	3	1	0	4
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
23	Recuento	0	1	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
24	Recuento	7	9	0	16
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
Total	Recuento	62478	71430	22	133930
	% del total	46.6%	53.3%	0.0%	100.0%

**Tabla 7.1. Tiempo de traslado vs Sexo**

\*se reporta una (1) cifra decimal que corresponde a una persona encuestada

La interpretación de los datos de la tabla 7.1, manifiesta que los habitantes de Bogotá y sus alrededores tardan menos de 5 horas para desplazarse desde su sitio de vivienda a la IPS donde reciben la atención de salud integral; es posible que se logre por la Red de Servicios amplificada según la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud que presenta lo siguiente: “En esencia se busca lograr que la información sobre la calidad se convierta en un bien público que permita orientar las decisiones de los agentes en el sistema, modernizar las formas de operación de los prestadores públicos, consolidar las redes de servicios de salud para optimizar recursos y mejorar acceso y desarrollar un sistema de incentivos para prestadores en todo el territorio colombiano.”<sup>45</sup> aunque lo anterior es para todo el territorio Nacional, en la actualidad se evidencia en la ciudad de Bogotá y sus alrededores. Esto podría ser a que Bogotá y/o Cundinamarca es el departamento con mejor actividad económica en Colombia. El Boletín de la Encuesta

Multipropósito 2014, evidencia que esta mejora en los tiempos también se debe al acceso y diferentes líneas de transportes (Transmilenio, sitp) implementados en Bogotá y sus alrededores.

La distancia que debe recorrer una persona que requiere servicio de salud tiene una influencia importante, ya que en algunos casos esto puede afectar la calidad del servicio para recibir una atención de salud en un tiempo y en unas condiciones adecuadas.

Una vez que el paciente recibe la atención por el personal médico, ya sea general o especialista y este genere una prescripción, esta será dispensada dentro de un periodo no superior a 48 horas de acuerdo a la resolución 1604 de 2013<sup>69</sup>.

Pero desafortunadamente esto no se percibe en cuanto al servicio farmacéutico, esto se refleja a través de la Política Farmacéutica: “También hay problemas de disponibilidad de medicamentos por regiones e incrementos en el gasto de bolsillo por necesidad de desplazamiento. Una investigación realizada en 2009 mostró que la disponibilidad de medicamentos esenciales se sitúa entre el 70 y 75%”<sup>55</sup>

VALOR COPAGO	\$ 1.000-\$ 1.000.000	\$ 1.000.001-\$ 2.000.000	\$ 2.000.001-\$ 3.000.000
SI ATENDIERON Y PAGARON	8,685	12	6
NO ATENDIERON	567	1	-
NO CONTESTARON	133,019	189	92
TOTAL DE DATOS	142,271	202	98

**Tabla 3. Atención de urgencias vs Copago**



Los datos de la tabla 10, reflejan unos costos que van desde los \$ 1.000, hasta \$ 3.000.000; La encuesta no entrega información del tipo de atención que recibió el paciente y los datos demostrados son los que refleja la Encuesta Multipropósito 2014. El valor o el porcentaje del copago se soporta a través de un informe publicado por el Ministerio de Salud, donde dice: “a través de El Ministerio de Salud y Protección Social, ajustó en promedio en siete por ciento las cuotas moderadoras y copagos de los regímenes subsidiado y contributivo para el año 2016, en virtud del incremento del salario mínimo legal vigente fijado por medio del Decreto 2552 de 2015.

Las cuotas moderadoras son un aporte en dinero que debe ser pagado por todos los afiliados del régimen contributivo cuando asisten a una cita médica u odontológica, cuando reciben medicamentos, o al tomarse exámenes de laboratorio o exámenes diagnósticos como radiografías, endoscopias.

Por su parte, el copago es un pago porcentual que deben realizar los beneficiarios del cotizante al régimen contributivo y todos los afiliados del régimen subsidiado.”<sup>46</sup>

La atención de urgencias es una prioridad que debe recibir todo paciente una vez ingresa a la IPS, sin importar el régimen que lo cobije, esto de acuerdo a la Ley Estatutaria 1751 de 2015 y la Política Farmacéutica Nacional; Artículo 10 numeral B: “Recibir la atención de urgencias que sea requerida con la oportunidad que su condición amerite sin que sea exigible documento o cancelación de pago previo alguno”<sup>25</sup>, numeral i: “Contribuir solidariamente al financiamiento de los gastos que demande la atención en salud y la seguridad social en salud, de acuerdo con su capacidad de pago.”<sup>25</sup>; “Esta política plantea

diez estrategias que buscan mejora el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población independientemente de su capacidad de pago.”<sup>5</sup>

Es importante resaltar el siguiente texto: “De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, el uso adecuado de medicamentos requiere que el paciente reciba la medicación apropiada a su necesidad clínica, en las dosis correspondientes con sus requerimientos individuales, por un periodo adecuado de tiempo y al menor costo para él y su comunidad”<sup>47</sup>

## 8. CONCLUSIONES

- Se determinó en cuanto a la percepción de calidad del sistema de salud agrupado de acuerdo al sexo (hombres, mujeres e intersexuales) que el 93% de los encuestados se encuentra conforme con la atención en salud recibida, de acuerdo a los datos reflejados en la Encuesta Multipropósito 2014 posiblemente por una entrega oportuna de medicamentos en la que el intermediario es el servicio farmacéutico y en donde no se encuentra una atención farmacéutica consolidada, oportunidad en la atención médica y otras especialidades.
- Se evidencio en cuanto al estado de salud que un 71% corresponde a mujeres y 73% a hombres los cuales manifestaron tener un buen estado de salud, esto se puede ameritar a estados de vida saludables donde involucra una alimentación adecuada y actividades físicas aunque no se genera una dispensación de medicamentos se hace referencia a que la calidad de vida que mantenga cada individuo se refleja en una disminución a ingresos en un servicio médico lo que conlleva a un disminución en la sobrecarga del sistema al disminuir la frecuencia en el uso de los servicios.
- Se halló que de acuerdo al esquema de aseguramiento del país los dos regímenes que agrupa, el régimen contributivo y subsidiado, el régimen contributivo corresponde al 52,8% en mujeres, siendo este el régimen al cual pertenecen las personas laboralmente activas o con sostenibilidad económica y de lo cual también se refleja la mayor asistencia de mujeres a un servicio de salud como se

manifestó en los resultados de la Encuesta Multipropósito 2014 con un 56,8% para programas de prevención que aumentan el motivo de consulta como por ejemplo: citologías, mamografías, vacunación, entre otros en comparación con los hombres que su asistencia es menor y se refleja en un 43,2%.

- En cuanto al campo de aplicación del químico farmacéutico el cual según la resolución 1604 de 2013 una de las funciones es informar el uso adecuado del medicamento y la importancia de la farmacoterapia que es posible que no se efectuó por falta de personal capacitado o de estructuración en el servicio farmacéutico, esto se puede asemejar con el 16.6% obtenido para una atención periódica o regular a un tratamiento no recibido lo que conlleva a la búsqueda de tratamientos alternativos evidenciados en posibles inoportunidades en obtención de servicios médicos.

## 9. RECOMENDACIONES

- Se sugiere que se realice un estudio en la red de prestación del sistema fortaleciendo la atención farmacéutica que garantice de esta manera la educación al paciente en cuanto a farmacoterapia y uso adecuado del medicamento para así evitar inoportunidades y así dar cumplimiento a lo establecido en la resolución 1604 de 2013 del artículo 7 numeral 3. Que corresponde al personal que realiza la entrega.
- Se propone la creación de sistemas de información que permitan una constante actualización de conocimientos permitiendo hacer una fuente de recopilación que permita fácil acceso a las nuevas evidencias de medicamentos obtenidas a través de estudios clínicos en el que participa el químico farmacéutico y así evitando posibles interacciones con medicamentos, fallos terapéuticos y posibles efectos adversos.
- Se sugiere mejorar la precisión de los datos reportados en la Encuesta Multipropósito 2014 para garantizar la veracidad y confiabilidad de la información puesto que esta tiene como objetivo realizar mediciones a la calidad de vida, al entorno del hogar, caracterización de grupos étnicos, entre otros que finalmente permiten la construcción de indicadores sociales y sectoriales que permiten implementar programas enfocados al progreso de la población.

## 10. REFERENCIAS

1. Fajardo, G. (1983) Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica. México.
2. Decreto 1011 de 2006. Artículo 2. Definiciones
3. ISO 9000 (Organización Internacional de Normalización). Norma Internacional: Sistemas de gestión de la calidad — Fundamentos y vocabulario (Traducción certificada). Ginebra: ISO; 2005.
4. Aguirre-Gas H. Calidad de la Atención Médica.
5. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-multiproposito-2014>
6. Marco Conceptual STEPS - OMS  
Recuperado de: <http://www.who.int/chp/steps/framework/es/>
7. Marco Conceptual. Sistema Nacional para el Registro de la Queja Medica.  
CEAMED
8. Análisis de la situación de Salud en Colombia. 2002-2007. Tomo VI
9. Hernandez, V. (2009). Intersexualidad y Practicas Científicas: ¿Ciencia o Ficción?.  
Red de Revistas Científicas de américa Latina, el Caribe, España y Portugal.  
Volumen 8. Número 1. Páginas 89-102
10. Guia breve de IBM SPSS Statistics 22. 2013
11. ISO 9001 Calidad. Sistema de Gestión de Calidad.  
Recuperado de: <http://iso9001calidad.com/la-politica-de-calidad-101.html>
12. Arévalo, M. (2012). Calidad y Gestión en Servicios de Salud. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

13. Recuperado de : <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-multiproposito-2014>
14. Plan decenal de Salud Pública. 2012-2021  
Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/Que-es-el-plan.aspx>
15. Guía practica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud. SOGC
16. Estudios de Mercado. El Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia.  
Recuperado de: <http://www.sic.gov.co/drupal/masive/datos/estudios%20economicos/Documentos%20elaborados%20por%20la%20Delegatura%20de%20Proteccion%20de%20la%20Competencia/2012/AS%202013.pdf>
17. Ruiz, F. (2013). Mercados y Sistemas de Salud en Colombia. Desarrollo regulatorio y senda de ajuste. Friederich Ebert Stiftung en Colombia -Fescol-. Páginas 1-21
18. Análisis de la Situación de salud en Colombia 2002-2007. 2010
19. American Marketing Association, Journal of Marketing 49, Otoño de 1985, A. Parasuraman, Valerie A. Zeithaml y Leonard L. Berry, (“A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Reserch”, 1985)páginas 41-50

20. Hospital Universitario del Valle-HUV “Evaristo Garcia”, ESE. 2010. Calidad de la atención en salud – Percepción (Hospital Universitario del Valle - HUV "Evaristo Garcia", 2010) de los usuarios Páginas 26-30
21. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. 2013.La salud en Colombia la construyes tú Ministerio de Salud y Protección Social  
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE. 2014. Encuesta Multipropósito 2014
23. Guía Practica del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud SOGC. 2010.
24. García, J. (2012). La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Banco de la Republica.
25. Ley Estatutaria 1751 de 2015. Regula el Derecho Fundamental a la Salud.
26. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021: La salud en Colombia la construyes tú Bogotá, Marzo 15 de 2013. Ministerio de la protección social y salud.
27. Archivo Nacional de Datos: Encuesta Multipropósito 2014.
28. Unión Europea. Topics  
Recuperado de:  
[https://europa.eu/european-union/topics/health\\_es](https://europa.eu/european-union/topics/health_es)
29. Decreto 1811 de 1990. Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas
30. Noticia: “Gobierno definió tiempos para atención en Urgencias” 2016)  
Vicerrectoría de Investigaciones U.D.C.A | Formato de Presentación ante proyecto de grado



Recuperado :

[http://caracol.com.co/radio/2016/01/15/nacional/1452838866\\_069664.html](http://caracol.com.co/radio/2016/01/15/nacional/1452838866_069664.html)

31. Resolución 1446 de 2006. Sistema de Información para la Calidad y se adoptan los indicadores de monitoria del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud”
32. El Hombre y la Mujer enferman en forma diferente. Boletín de la ANMM
33. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud. 2014.
34. Gilmore, Carol; de Moraes Novaes, Humberto “Manual de Gerencia de la Calidad “. Organización Panamericana de la Salud. Fundación W.K. Kellog, 1996.
35. Llinas, A. (2010). Evaluación de la Calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. Salud Uninorte. Volumen 26(1): 143-154
36. Modelo Integral de Atención en Salud. 2015.
37. Manual Metodológico para la Elaboración e Implementación de las RIAS. 2016.
38. P Braveman, S Gruskin. Defining equity in health. J Epidemiol Community Health. 2003; 57:254–258).”
39. Ley 1122 de 2007. Modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
40. Resolución 429 de 2016. Se adopta la Política de Atención en Salud.
41. Bianchi, B. Valverde, M. (2009). Un caso de estudio de Calidad de Datos para Ingeniería de Software Empírica. Facultad de Ingeniería Universidad de la Republica.

42. Noticia: “El Top de las Enfermedades en Colombia, según Min salud”. 2013.
43. Boletín Encuesta Multipropósito 2014. 2015
44. Encuesta de Evaluación de los Servicios de las EPS. 2012
45. Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. 2005.
46. Cuotas Moderadoras y Copagos 2014. Subdirección de Beneficios en Aseguramiento.
47. Política Farmacéutica Nacional – OPS. 2003
48. Guía para Manejo de Urgencias. Tomo I. 2009.
49. Sistema Educativo Colombiano. Ministerio de Educación. 2010.
50. Estudio sobre el Modo de Gestionar la Salud en Colombia.
51. Noticia: “El Sistema de Salud en Colombia no es equitativo”. 2016.
52. Lineamientos del Plan Decenal de Salud Pública. 2013.
53. Norma técnica para la detección temprana del cáncer de cuello uterino y guía de atención de lesiones preneoplásicas de cuello uterino.
54. Decreto 2200 de 2005. Se Reglamenta el Servicio Farmacéutico.
55. Política Farmacéutica Nacional – CONPES. 2012.
56. Hacia un nuevo Modelo de Salud para los Colombianos.
57. Política de Atención Integral en Salud “Un sistema de salud de la gente” 2016.
58. Decreto 1811 de 1990. Prestación de Servicios de las Comunidades Indígenas.
59. Ley 691 de 2001. Participación de los Grupos Étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia.

60. Decreto 19 de 2012. Procedimientos y trámites innecesarios existentes en la administración pública.
61. Resumen de Política: Intervenciones poblacionales en factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles. Estilo de vida saludable y enfermedades No transmisibles.
62. MedlinePlus-Diabetes
63. Sentencia 450 de 2013.
64. Jaques, M. El gran diccionario de las dolencias y enfermedades. Página 191.
65. Álvarez R. (1996). El Método Científico de las Ciencias de la Salud. Editorial Díaz de santos. pág. 72.
66. Silva, Germán Enrique, Galeano, Esmeralda, y Correa, Jaime Orlando. (2005). Adherencia al Tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30 (4), 268-273.
67. De Pablo, María Mercedes. (2011). La automedicación en la cultura universitaria. *Revista de Investigación*, 35(73), 219-240. R
68. Recuperado de:  
<http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Paginas/Autoprescripcion.aspx>
69. Resolución 1604 de 2013.
70. Decreto 2702 de 2014. Se Actualizan y unifican las condiciones financieras y de solvencia de las entidades autorizadas para operar el aseguramiento en salud.

## ANEXOS

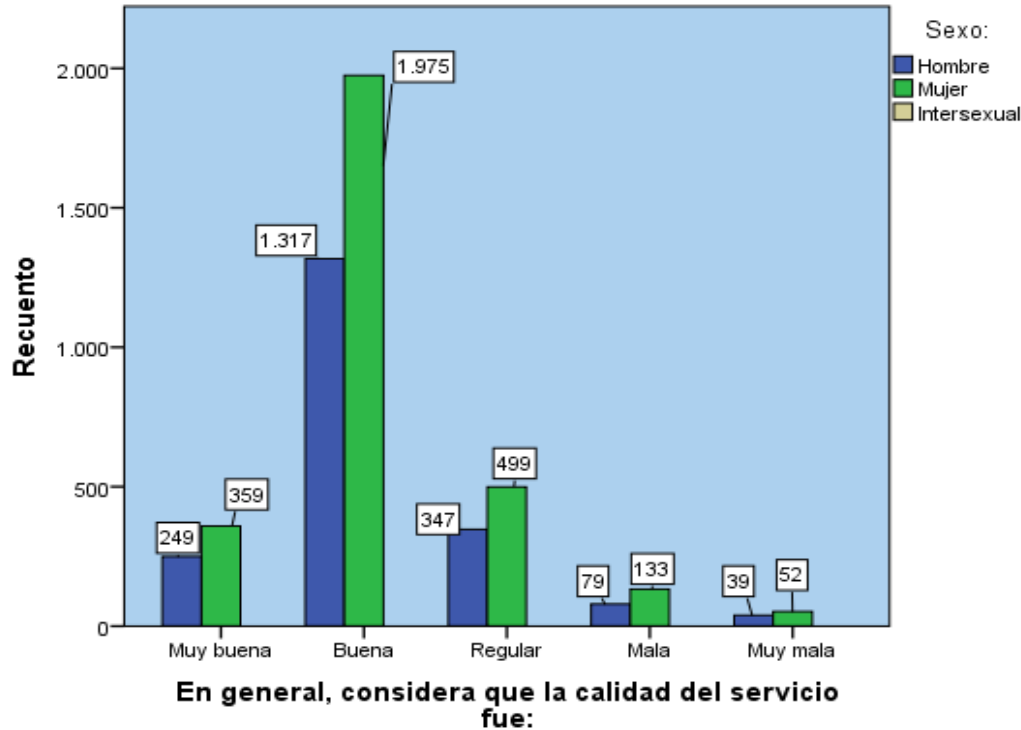
### Anexo 1. Cuadro de variables

<b>Variables leídas</b>	<b>Variables Encuestadas</b>
Gasto en salud	En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado(a) es:
Aumento del Producto interno bruto	En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general? a. Horas
Aumento del Gasto per capita	¿Cuáles de los siguientes planes o seguros complementarios tiene? : a. Póliza de hospitalización o cirugía
Promoción de la salud	El estado de salud en general es:
Descripción de la oferta Nacional de prestadores de servicios de salud	Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿ por lo menos una vez al año, consulta? a. Medicina general
Caracterización de las IPS publicas <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano</li> <li>• Gatos</li> <li>• Capacidad instalada</li> </ul>	Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: a. Enfermedades cardiovasculares, hipertensión

	Para tratar esa(s) enfermedad(es) ¿recibe atención médica periódica, asiste regularmente a una institución de salud o se hace controles?
	En general, considera que la calidad del servicio fue:
	¿Recibió atención médica de urgencias?
	¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?
	Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, utilizó servicios de salud para: a. Consulta de medicina general
	Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, utilizó servicios de salud para: b. Consulta médica con especialista
	Días transcurridos entre la solicitud y la consulta:
	Sexo:
	¿Cuántos años cumplidos tiene?
	¿Habla el idioma, lengua de su pueblo o grupo étnico?
	¿Alguno de los antepasados de esa o era de origen: a. Europeo?
	Años aprobados:
	¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado(a)?

Anexo 2.

**Grafico 2**  
**Sexo vs Impresion del calidad de servicio de la IPS**



Fuente: Encuesta Multiproposito 2014

Anexo 3.

**Tabla 3.2 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta?**

**b. Medicina especializada vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
1	Recuento	12706	18872	4	31582
	% del total	40,2%	59,8%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	12706	18872	4	31582
	% del total	40,2%	59,8%	0,0%	100,0%

Anexo 4.

**Tabla 3.3 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta?**

**c. Odontología vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
1	Recuento	24290	31138	5	55433
	% del total	43,8%	56,2%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	24290	31138	5	55433
	% del total	43,8%	56,2%	0,0%	100,0%

Anexo 5.

**Tabla 3.4 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? d. Medicina alternativa vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Total
1	Recuento	1128	1911	3039
	% del total	37,1%	62,9%	100,0%
Total	Recuento	1128	1911	3039
	% del total	37,1%	62,9%	100,0%

Anexo 6.

**Tabla 3.5 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? e. Ninguna de las anteriores vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
1	Recuento	23753	19705	18	43476
	% del total	54,6%	45,3%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	23753	19705	18	43476
	% del total	54,6%	45,3%	0,0%	100,0%

Anexo 7.

**Tabla 4.2 cruzada Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? a. Medicina general vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: b. Indígena o amerindio?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	2411	69325	5563	77299
	% del total	3,1%	89,7%	7,2%	100,0%
Total	Recuento	2411	69325	5563	77299

% del total	3,1%	89,7%	7,2%	100,0%
-------------	------	-------	------	--------

Anexo 8.

**Tabla 4.3 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? a. Medicina general\*¿Alguno de los antepasados es o era de origen: c. Africano o negro?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	740	71465	5094	77299
	% del total	1,0%	92,5%	6,6%	100,0%
Total	Recuento	740	71465	5094	77299
	% del total	1,0%	92,5%	6,6%	100,0%

Anexo 9.

**Tabla 4.4 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? a. Medicina general vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: d. Asiático, chino o japonés?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	203	72052	5044	77299
	% del total	0,3%	93,2%	6,5%	100,0%
Total	Recuento	203	72052	5044	77299
	% del total	0,3%	93,2%	6,5%	100,0%

Anexo 10.

**Tabla 4.5 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? b. Medicina especializada vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: a. Europeo?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	1740	22906	1763	26409
	% del total	6,6%	86,7%	6,7%	100,0%
Total	Recuento	1740	22906	1763	26409
	% del total	6,6%	86,7%	6,7%	100,0%

Anexo 11.



**Tabla 4.6 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? b. Medicina especializada vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: b. Indígena o amerindio?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	1101	23493	1815	26409
	% del total	4,2%	89,0%	6,9%	100,0%
Total	Recuento	1101	23493	1815	26409
	% del total	4,2%	89,0%	6,9%	100,0%

Anexo 12.

**Tabla 4.7 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? b. Medicina especializada vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: c. africano o negro?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	273	24506	1630	26409
	% del total	1,0%	92,8%	6,2%	100,0%
Total	Recuento	273	24506	1630	26409
	% del total	1,0%	92,8%	6,2%	100,0%

Anexo 13.

**Tabla 4.8 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? b. Medicina especializada vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: d. Asiático, chino o japonés?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	104	24690	1615	26409
	% del total	0,4%	93,5%	6,1%	100,0%
Total	Recuento	104	24690	1615	26409
	% del total	0,4%	93,5%	6,1%	100,0%

Anexo 14.

**Tabla 4.9 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? c. Odontología vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: a. Europeo?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	104	24690	1615	26409
	% del total	0,4%	93,5%	6,1%	100,0%
Total	Recuento	104	24690	1615	26409
	% del total	0,4%	93,5%	6,1%	100,0%

		Si	No	No sabe/ No responde	
	Recuento	2405	41590	3051	47046
	% del total	5,1%	88,4%	6,5%	100,0%
Total	Recuento	2405	41590	3051	47046
	% del total	5,1%	88,4%	6,5%	100,0%

Anexo 15.

**Tabla 4.10 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? c. Odontología vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: b. Indígena o amerindio?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	1919	41967	3160	47046
	% del total	4,1%	89,2%	6,7%	100,0%
Total	Recuento	1919	41967	3160	47046
	% del total	4,1%	89,2%	6,7%	100,0%

Anexo 16.

**Tabla 4.11 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? c. Odontología vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: c. africano o negro?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	539	43641	2866	47046
	% del total	1,1%	92,8%	6,1%	100,0%
Total	Recuento	539	43641	2866	47046
	% del total	1,1%	92,8%	6,1%	100,0%

Anexo 17.

**Tabla 4.12 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? e. Ninguna de las anteriores vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: d. Asiático, chino o japonés?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	67	37077	2530	39674

	% del total	0,2%	93,5%	6,4%	100,0%
Total	Recuento	67	37077	2530	39674
	% del total	0,2%	93,5%	6,4%	100,0%

Anexo 18.

**Tabla 4.13 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? e. Ninguna de las anteriores vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: c. africano o negro?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	401	36746	2527	39674
	% del total	1,0%	92,6%	6,4%	100,0%
Total	Recuento	401	36746	2527	39674
	% del total	1,0%	92,6%	6,4%	100,0%

Anexo 19.

**Tabla 4.1 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? a. Medicina general vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: a. Europeo?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	3016	68911	5372	77299
	% del total	3,9%	89,1%	6,9%	100,0%
Total	Recuento	3016	68911	5372	77299
	% del total	3,9%	89,1%	6,9%	100,0%

Anexo 20.

**Tabla 4.16 Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿por lo menos una vez al año, consulta? e. Ninguna de las anteriores vs ¿Alguno de los antepasados es o era de origen: a. Europeo?**

		Si	No	No sabe/ No responde	Total
	Recuento	1002	35982	2690	39674
	% del total	2,5%	90,7%	6,8%	100,0%
Total	Recuento	1002	35982	2690	39674
	% del total	2,5%	90,7%	6,8%	100,0%

Anexo 21.

**Tabla 5.4 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: d. Enfermedades digestivas, úlcera gástrica vs Sexo:**

			Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento		3368	6519	2	9889
	% del total		2.4%	4.6%	0.0%	6.9%
No	Recuento		63698	68954	29	132681
	% del total		44.7%	48.4%	0.0%	93.1%
Total	Recuento		67066	75473	31	142570
	% del total		47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 22.

**Tabla 5.5 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: f. Diabetes vs Sexo:**

			Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento		1572	2367	1	3940
	% del total		1.1%	1.7%	0.0%	2.8%
No	Recuento		65494	73106	30	138630
	% del total		45.9%	51.3%	0.0%	97.2%
Total	Recuento		67066	75473	31	142570
	% del total		47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 23.

**Tabla 5.7 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: e. Enfermedades de los huesos, lesiones, limitaciones del uso de los huesos, artrosis, artritis vs Sexo:**

			Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento		2650	6602	1	9253
	% del total		1.9%	4.6%	0.0%	6.5%
No	Recuento		64416	68871	30	133317
	% del total		45.2%	48.3%	0.0%	93.5%
Total	Recuento		67066	75473	31	142570
	% del total		47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 24.

**Tabla 5.8 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: g. Tumores malignos, cáncer vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	456	1047	2	1505
	% del total	0.3%	0.7%	0.0%	1.1%
No	Recuento	66610	74426	29	141065
	% del total	46.7%	52.2%	0.0%	98.9%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 25.

**Tabla 5.9 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: h. Enfermedades mentales, trastornos de la conciencia (depresión, ansiedad) vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	615	893	1	1509
	% del total	0.4%	0.6%	0.0%	1.1%
No	Recuento	66451	74580	30	141061
	% del total	46.6%	52.3%	0.0%	98.9%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 26.

**Tabla 5.10 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: i. Asma vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	1177	1525	1	2703
	% del total	0.8%	1.1%	0.0%	1.9%
No	Recuento	65889	73948	30	139867
	% del total	46.2%	51.9%	0.0%	98.1%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 27.

**Tabla 5.11 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: j. Alergia crónica vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	1087	1546	1	2634
	% del total	0.8%	1.1%	0.0%	1.8%
No	Recuento	65979	73927	30	139936
	% del total	46.3%	51.9%	0.0%	98.2%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 28.

**Tabla 5.12 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: k. Epilepsia vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	301	351	1	653
	% del total	0.2%	0.2%	0.0%	0.5%
No	Recuento	66765	75122	30	141917
	% del total	46.8%	52.7%	0.0%	99.5%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 29.

**Tabla 5.13 Le han diagnosticado alguna de estas enfermedades o problemas de salud: l. Trastornos de la conducta (hiperactividad etc.) vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	371	298	2	671
	% del total	0.3%	0.2%	0.0%	0.5%
No	Recuento	66695	75175	29	141899
	% del total	46.8%	52.7%	0.0%	99.5%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 30.

**Tabla 6.1 Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, utilizó servicios de salud para: a. Consulta de medicina general vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	11397	18474	0	29871
	% del total	8.0%	13.0%	0.0%	21.0%
No	Recuento	55669	56999	31	112699
	% del total	39.0%	40.0%	0.0%	79.0%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 31.

**Tabla 6.2 Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, utilizó servicios de salud para: b. Consulta médica con especialista vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	4854	7919	1	12774
	% del total	3.4%	5.6%	0.0%	9.0%
No	Recuento	62212	67554	30	129796
	% del total	43.6%	47.4%	0.0%	91.0%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 32.

**Tabla 6.3 Durante los ÚLTIMOS 30 DÍAS, utilizó servicios de salud para: c. Consulta o tratamiento odontológico vs Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	5673	7300	1	12974
	% del total	4.0%	5.1%	0.0%	9.1%
No	Recuento	61393	68173	30	129596
	% del total	43.1%	47.8%	0.0%	90.9%
Total	Recuento	67066	75473	31	142570
	% del total	47.0%	52.9%	0.0%	100.0%

Anexo 33.

**Tabla 7.2 En promedio, ¿cuánto tiempo se demora en llegar desde su lugar de residencia a la IPS para sus consultas de medicina general? b. Minutos\*Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total	
Minutos	-5	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	0	Recuento	8131	9287	7	17425
		% del total	6.1%	6.9%	0.0%	13.0%
	1	Recuento	129	139	1	269
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
	2	Recuento	102	102	0	204
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
	3	Recuento	89	82	0	171
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
	4	Recuento	45	33	0	78
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
	5	Recuento	1918	2093	0	4011
		% del total	1.4%	1.6%	0.0%	3.0%
	6	Recuento	73	70	0	143
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
	7	Recuento	88	95	0	183
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
	8	Recuento	100	85	0	185
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
	9	Recuento	30	36	0	66
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	10	Recuento	7748	8489	0	16237
		% del total	5.8%	6.3%	0.0%	12.1%
	11	Recuento	10	8	0	18
		% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
	12	Recuento	139	152	0	291
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
	13	Recuento	61	67	0	128
		% del total	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
	14	Recuento	115	118	0	233
		% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
	15	Recuento	8628	9848	0	18476
		% del total	6.4%	7.4%	0.0%	13.8%





16	Recuento	147	148	0	295
	% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
17	Recuento	36	37	0	73
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
18	Recuento	49	61	0	110
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
19	Recuento	33	46	0	79
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
20	Recuento	11074	12782	4	23860
	% del total	8.3%	9.5%	0.0%	17.8%
21	Recuento	2	6	0	8
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
22	Recuento	16	14	0	30
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
23	Recuento	10	11	0	21
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
24	Recuento	11	28	0	39
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
25	Recuento	1208	1446	1	2655
	% del total	0.9%	1.1%	0.0%	2.0%
26	Recuento	26	37	0	63
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
27	Recuento	2	7	0	9
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
28	Recuento	8	17	0	25
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
29	Recuento	82	81	0	163
	% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%
30	Recuento	14443	16661	6	31110
	% del total	10.8%	12.4%	0.0%	23.2%
31	Recuento	2	1	0	3
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
32	Recuento	5	6	0	11
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
33	Recuento	5	5	0	10
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
34	Recuento	16	16	0	32
	% del total				



	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
35	Recuento	629	727	0	1356
	% del total	0.5%	0.5%	0.0%	1.0%
36	Recuento	28	27	0	55
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
37	Recuento	12	3	0	15
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
38	Recuento	5	5	0	10
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
39	Recuento	58	107	0	165
	% del total	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
40	Recuento	3678	4344	1	8023
	% del total	2.7%	3.2%	0.0%	6.0%
42	Recuento	1	0	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
43	Recuento	1	4	0	5
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
44	Recuento	11	12	0	23
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
45	Recuento	2719	3165	2	5886
	% del total	2.0%	2.4%	0.0%	4.4%
46	Recuento	49	85	0	134
	% del total	0.0%	0.1%	0.0%	0.1%
47	Recuento	3	1	0	4
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
48	Recuento	3	11	0	14
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
49	Recuento	27	28	0	55
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
50	Recuento	479	535	0	1014
	% del total	0.4%	0.4%	0.0%	0.8%
52	Recuento	1	0	0	1
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
53	Recuento	0	2	0	2
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
54	Recuento	1	2	0	3
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

55	Recuento	38	59	0	97
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.1%
56	Recuento	4	9	0	13
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
57	Recuento	2	2	0	4
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
58	Recuento	7	7	0	14
	% del total	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
59	Recuento	141	180	0	321
	% del total	0.1%	0.1%	0.0%	0.2%
Total	Recuento	62478	71430	22	133930
	% del total	46.6%	53.3%	0.0%	100.0%

Anexo 34.

**Tabla 8.2 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? b. Mamografía (mujeres de 40 años y más)\*Sexo:**

		Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	11620	0	11620
	% del total	38.5%	0.0%	38.5%
No	Recuento	18520	3	18523
	% del total	61.4%	0.0%	61.5%
Total	Recuento	30140	3	30143
	% del total	100.0%	0.0%	100.0%

Anexo 35.

**Tabla 8.3 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿ le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? c. Exámenes de próstata (hombres de 40 años y más)\*Sexo:**

		Hombre	Intersexual	Total
Si	Recuento	8178	0	8178
	% del total	34.3%	0.0%	34.3%
No	Recuento	15696	3	15699
	% del total	65.7%	0.0%	65.7%
Total	Recuento	23874	3	23877
	% del total	100.0%	0.0%	100.0%

Anexo 36.

**Tabla 8.4 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? d. Toma de tensión arterial\*Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	23433	36456	6	59895
	% del total	21.0%	32.7%	0.0%	53.7%
No	Recuento	27694	23846	25	51565
	% del total	24.8%	21.4%	0.0%	46.3%
Total	Recuento	51127	60302	31	111460
	% del total	45.9%	54.1%	0.0%	100.0%

Anexo 37.

**Tabla 8.5 Durante los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿le han practicado los siguientes exámenes o procedimientos? e. V.I.H.\*Sexo:**

		Hombre	Mujer	Intersexual	Total
Si	Recuento	3788	6402	8	10198
	% del total	3.4%	5.7%	0.0%	9.1%
No	Recuento	47339	53900	23	101262
	% del total	42.5%	48.4%	0.0%	90.9%
Total	Recuento	51127	60302	31	111460
	% del total	45.9%	54.1%	0.0%	100.0%