

**ANÁLISIS DEL USO DE SERVICIOS SANITARIOS POR LA POBLACIÓN COLOMBIANA DE
ACUERDO CON NIVELES DE ATENCIÓN QUE INCLUYEN CONSULTA EXTERNA Y
HOSPITALIZACIÓN/URGENCIA EN RELACIÓN CON VARIABLES DEL ENTORNO
SOCIODEMOGRÁFICO A PARTIR DE LOS DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD
2007**

ANDRÉS ANGELO CADENA BONFANTI

Asesor Metodológico y de Contenido Académico: Dr. Rafael Tuesca

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

ÍNDICE

1. RESUMEN DEL PROYECTO	1
2. DISEÑO DEL PROYECTO	3
2.1 Naturaleza del Problema	3
2.2 Formulación del Problema	5
2.3 Justificación de la Propuesta de Investigación	6
2.4 Objetivos	9
2.5 Propósito	10
2.6 Marco Teórico	10
3. DISEÑO METODOLÓGICO	23
3.1 Tipo de Estudio	23
3.2 Población de Estudio y Muestra	23
3.3 Cuestionario	24
3.4 Recogida de Datos:	25
3.5 Variables	25
3.6 Plan de Procesamiento	26
3.7 Plan de Presentación	26
3.8 Plan de Análisis	27
3.9 Aspectos Éticos	28
4. RESULTADOS	29
5. DISCUSIÓN	54
6. CONCLUSIONES	61
7. REFERENCIAS	62
8. ANEXOS	72
Anexo a. V de Gowin	72
Anexo b. Tabla de Operacionalización de las Variables Consulta Externa ENS 2007	73
Anexo c. Operacionalización de las Variables Hospitalización/Urgencias ENS 2007	74
Anexo d. Aspectos Administrativos	75
Anexo e. Carta Aprobación Comité de Ética	76

INDICE DE TABLAS

TABLA 1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA EN COLOMBIA. ENS 2007	31
TABLA 2 DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN EN CONSULTA EXTERNA POR TIPO DE SOLICITUD DE SERVICIO EN USUARIOS. ENS 2007-COLOMBIA	31
TABLA 3 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA EN COLOMBIA. ENS 2007	33
TABLA 4 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN COLOMBIA. ENS 2007	35
TABLA 5 CARACTERIZACIÓN DE LA ATENCIÓN DE USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN COLOMBIA. ENS 2007	38
TABLA 6 ATENCIÓN POR PATOLOGÍAS DE INTERÉS EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS EN COLOMBIA ENS 2007	40
TABLA 7 TABLA CRUZADA ENTRE SEXO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARA USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007	43
TABLA 8 TABLA CRUZADA ENTRE SEXO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARA USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN Y URGENCIAS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007	45
TABLA 9 TABLA CRUZADA ENTRE RANGOS DE EDAD Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARA USUARIOS DE CONSULTA EXTERNA DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007	49
TABLA 10 TABLA CRUZADA ENTRE RANGOS DE EDAD Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS PARA USUARIOS DE HOSPITALIZACIÓN/URGENCIAS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2007	53
TABLA 11 TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES DE USUARIOS EN CONSULTA EXTERNA. ENS 2007	73
TABLA 12 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES EN USUARIOS HOSPITALIZACIÓN/URGENCIAS. ENS 2007	74

1. RESUMEN DEL PROYECTO

Introducción: La Encuesta Nacional de Salud 2007 de Colombia se realizó 13 años después de la implementación de la ley 100 de 1993. Caracterizó los datos sociodemográficos y las características de la atención en una muestra representativa del país para usuarios de los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias. **Objetivo:** Analizar el uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo con niveles de atención que incluyen consulta externa y hospitalización/urgencia en relación con variables del entorno sociodemográfico a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo utilizando datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud 2007 con las encuestas de usuarios de IPS en el área de consulta externa y hospitalización/urgencias. El análisis estadístico se realizó en SPSS y la información se presenta en tablas con datos de frecuencia, porcentaje y chi cuadrado. **Resultados:** Se evidenció una mayor utilización por usuarios de sexo femenino en extremos de la edad para todos los servicios, se evaluó la percepción de los usuarios con respecto a la comodidad en la atención y la necesidad de mejorar la educación en atenciones especiales como postparto, atención del niño con infección respiratoria aguda, enfermedad diarreica aguda y desnutrición aguda. **Conclusiones:** Los patrones de utilización son una herramienta útil para identificar barreras a la atención en salud y diseñar estrategias que permitan mejorar la calidad y el acceso a los servicios de salud.

***Introduction:** After 13 years of implementing the law 100 of 1993 the National Health Survey was completed in 2007 in Colombia. The sociodemographic data and features of healthcare delivery were obtained in a representative sample of outpatient clinics, emergency room and hospitalization users. **Objective:** To analyze the healthcare utilization by the Colombian population in outpatient clinics, emergency room and hospitalization when compared to their sociodemographic data and features of healthcare delivery from the National Health Survey in 2007. **Materials and Methods:** This a descriptive study using secondary data from National Health Survey, the forms were completed by users of the areas previously described. The software SPSS was used for statistical analysis and tables with frequencies, percentages and chi square data were used to show the information. **Results:** There was increased utilization by female sex and people in extreme ages for all health services. The perception of comfort during healthcare use and the lack of educational activities in special health situations like postpartum and children with upper respiratory infection, acute diarrheal illness, and acute malnutrition. **Conclusions:** The patterns of healthcare utilization are a useful tool to identify barriers to healthcare delivery and to design strategies allowing to improve quality and access to healthcare services.*

Palabras claves: DeCS

- Servicios de Salud
- Servicios básicos de salud
- Utilización de Servicios
- Encuestas epidemiológicas

2. DISEÑO DEL PROYECTO

2.1 Naturaleza del Problema

La utilización de servicios sanitarios se define como la descripción del uso de servicios por personas con el propósito de prevenir o curar problemas de salud, promover el mantenimiento del bienestar u obtener información acerca del estado de salud y su pronóstico(1)(2).

En la literatura la utilización de los servicios de salud se reporta de diferentes maneras y se han encontrado asociaciones entre la utilización de servicios de salud y condiciones sociodemográficas como la edad, estado civil, raza, pertenencia a minorías entre otros(3)(4).

Los datos en utilización de servicios de salud se pueden obtener de varias fuentes que incluyen datos de los aseguradores, encuestas realizadas por los proveedores de servicios y realizando encuestas dirigidas a la población general(5)(6)

La asociación entre patrones de utilización de servicios de salud ha sido estudiado en múltiples países y muestra una asociación con las características sociales que podría ser explicado en parte por las desigualdades en salud (7)

Con los datos provenientes de la encuesta nacional de salud del año 2007 se tiene información para realizar un análisis de utilización de servicios sanitarios, el producto de este trabajo puede ser utilizado desde diferentes perspectivas que incluyen la del tomador de decisiones en salud, la salud pública y análisis de proyección social y sanitaria del país(8).

En el año 2007 se crea la primera Encuesta Nacional de Salud, estableciendo un primer paso en un análisis poblacional con representatividad nacional y regional cuantificando la ocurrencia de características patrones y usos de servicios de salud, ayudando a describir el estado de salud de las poblaciones, por ejemplo, prevalencias de enfermedades y asociaciones entre factores de riesgo y enfermedades. Por lo anterior, el uso de estas encuestas nacionales de salud permite identificar retos y avances en el estado de salud de las poblaciones. En particular las que se relacionan con la mejor asignación de recursos disponibles(9) En el área de salud estábamos a menos de 15 años de la implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la afiliación al sistema aumentó del 23,7% en 1993 al 82,7% en el año 2006(10) hasta un 94.6% en el año 2017(11).

La ley 1122 del 2007 fue una reforma a la ley 100 de 1993 e inició las actividades del Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) donde se definieron las responsabilidades políticas en salud pública y se delimitaron los 5 ejes de política que incluyen promoción de la salud, prevención de los riesgos, recuperación y superación de los daños en salud, vigilancia en salud y gestión del conocimiento(10).

Bajo este contexto histórico los datos de la ENS2007 permitieron a los tomadores de decisiones conocer los patrones de utilización en un momento de transición del sistema de salud donde continuaba la implementación del nuevo modelo, pero no habíamos llegado a las metas de afiliación y cobertura de la época y donde una relativa bonanza económica por los recursos del petróleo ayudó a mantener la inversión en Salud(12)(13). Esta información no solo permite conocer el contexto histórico, también ayuda a comprender los cambios en el sistema y al compararlo con datos actuales evaluar si los cambios en el plan de Salud las Políticas económicas colombianas se han visto reflejados de manera positiva en el acceso y la disminución de la inequidad en Colombia visto desde los patrones de utilización de servicios de Salud que para la época mostraban inequidad en el acceso a la población más pobre(14).

Desde la Salud Pública esta encuesta es el segundo intento de tomar datos nacionales de manera estructurada, permite continuar una línea de análisis temporal sobre la evolución del sistema de salud, describir cambios, ayudar en el pronóstico y planeación de futuras modificaciones o ajustes al sistema de salud actual, ahora que los pacientes se concentran en un número cada vez menor de aseguradores/administradores y nuevas propuestas para la administración de los recursos de la salud(15)

Desde las IPS el conocimiento de los patrones de utilización y los cambios que se generan en los mismos permiten adaptar los servicios y sus capacidades a los momentos del Sistema. La caracterización de los usuarios y sus frecuencias de utilización permiten gestionar estrategias comerciales, ampliar o restringir la oferta y desarrollar estrategias de análisis para propuestas financieras provenientes desde los aseguradores confrontando la información proveniente de sus notas técnicas con los históricos de utilización(16).

Este trabajo servirá como referencia para el análisis histórico del sistema general de seguridad social en salud, la utilización por parte de los usuarios y como herramienta para comparar los cambios y futuras proyecciones del sistema.

2.2 Formulación del Problema

¿Cuál es el patrón de uso de servicios sanitarios de la población Colombia de acuerdo con niveles de atención de consulta externa y hospitalización/urgencias con relación a variables sociodemográficas encontrado en los datos de la Encuesta Nacional de Salud de Colombia año 2007?

2.3 Justificación de la Propuesta de Investigación

Existen diferentes modelos de sistemas de salud implementados en el mundo, un objetivo común de los sistemas de salud es mejorar la racionalidad en el uso de los recursos, buscar un equilibrio entre la oferta y la demanda y entre equidad y eficiencia (17)

El SGSSS colombiano se basa en un modelo de aseguramiento obligatorio con atención gestionada a través de la intermediación, con mecanismos de control de acceso a través de terceros pagadores y la implementación de modelos de gestión de calidad(18).

Los componentes del sistema colombiano incluyen un modelo de seguridad social con manejo del riesgo en salud, gobernanza desde el Ministerio de Salud y Supersalud, cobertura universal, identificación de los proveedores y pagadores (EPS e IPS), un paquete de beneficios donde están listados las inclusiones y los sistemas de información(19)

El SGSSS colombiano se compone de dos regímenes de aseguramiento que pretenden dar cobertura a toda la población, el régimen contributivo que incluye todos los trabajadores formales los cuales aportan un 12,5% de su salario y el régimen subsidiado que se encarga de cubrir aquellas personas sin capacidad de pago. El gobierno nacional asigna recursos presupuestales desde la Unidad de Pago por capitación para financiar el sistema. Para el año 2010 la cobertura del régimen contributivo fue del 39,4%(20); lo cual no coincidía con las proyecciones del sistema en la década de los 90 donde se espera que el componente contributivo fuera superior al 50%(21).

Durante la evolución del sistema de salud se ha logrado una cobertura mayor al 95% de la población con el propósito de facilitar el acceso a los servicios de salud, una persona asegurada se enfrenta a barreras como la fragmentación de la atención, la baja calidad, falta de dinero o ausencia de red que permita el acceso a los servicios(22).

Esta discrepancia entre el acceso y la cobertura influye tanto en la demanda como en la utilización de servicios de salud en el país(23).

El Sistema de Salud Colombiano se encuentra ante una problemática compleja que involucra una legislación compleja, crisis financiera, confusión administrativa, elevada cartera hospitalaria y servicios de salud que son prestados de manera insuficiente; tanto los usuarios, como el talento humano y las instituciones prestadoras se han adaptado a esta situación (24), pero los retos sobre el sistema y sus usuarios son objeto de discusión en la actualidad colombiana(25).

La encuesta nacional de salud realizada en el año 2007 fue un estudio de cobertura nacional realizado por el Ministerio de Protección Social en cooperación con Colciencias realizado con el objetivo de brindar información sobre la morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo y discapacidad y además caracterización de la oferta y demanda de servicios de salud en Colombia(26). Esta muestra incluyó hogares colombianos, IPS, usuarios de servicios de hospitalización, urgencias y consulta externa programada.

La muestra de usuarios de los servicios de atención fue de 123.917 divididos en 93,737 usuarios de consulta externa, 19.795 de urgencias y 10.385 de hospitalización atendidos en las 1.170 IPS incluidas en la muestra(8).

El momento histórico de la realización de esta encuesta fue un punto equidistante entre la ley 100 de 1993 y la actualidad, en ese momento el sistema continuaba su implementación y ajuste. Trabajos previos y trabajos posteriores permiten hacer una línea temporal sobre la demanda y oferta de servicios de salud en Colombia(27).

Este trabajo de investigación hace parte del área de estudio de la Salud Pública en Colombia incluyendo personal de áreas de planeación, teóricos del aseguramiento, evaluadores de sistemas de salud, epidemiólogos y personal interesado en el tema.

Su utilidad reside en presentar información sobre el patrón de utilización de los servicios sanitarios en Colombia para el año 2007 tanto para consulta externa como hospitalización/urgencias con una muestra representativa de la población colombiana en toda su geografía(8).

La función de este trabajo es de referencia y análisis, al ser un estudio analítico no tiene un impacto social directo, pero permite formar diagnósticos y líneas de tiempo para futuros tomadores de decisiones, el sistema continúa cambiando y la frecuencia de utilización de servicios es útil para describir tendencias, cambios y nuevas necesidades que deben ser asumidas por la red prestadora de servicios.

La utilización de servicios de salud es un reflejo indirecto de las necesidades de la población, de los cambios demográficos y de las presiones a las que son sometidos los sistemas de salud(28), estudios internacionales han investigado el efecto de la población migrante en la utilización de los servicios de salud en países como España(29) y futuros proyectos podrían medir este impacto en el sistema sanitario colombiano.

El análisis de los datos de la encuesta desde los usuarios de servicios de hospitalización/urgencias y consulta externa permite analizar características demográficas, utilización y morbilidad sentida en los usuarios del sistema de salud colombiano en el año 2007, siendo un referente de los cambios sociales que ocurrieron en un momento en el tiempo en el país y permitiendo confrontarlo con información actual creando así una línea de tiempo que ayude a entender mejor el impacto de las frecuentes reformas normativas y estructurales que afectan no solo al sistema de salud Colombiano sino a la sociedad colombiana en general(30).

Además, la interpretación de esta información puede ayudar a identificar diferencias entre las regiones, fortalezas y debilidades de la red prestadora, así como potenciales situaciones de inequidad en el país que se reflejan en la forma como se evalúa la percepción de la atención en salud y algunos de los programas incluidos en la ENS(31)(8).

No se ha evidenciado a la fecha un análisis de la encuesta nacional de salud 2007 bajo la mirada del patrón de utilización de servicios de salud, este trabajo realizará un análisis descriptivo de estos datos con el objetivo de analizar el uso de servicios sanitarios de acuerdo con los niveles de atención en relación con las variables del entorno sociodemográfico y la percepción del servicio prestado(8).

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo General

Analizar el uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo con niveles de atención que incluyen consulta externa y hospitalización/urgencia en relación con variables del entorno sociodemográfico a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007.

2.4.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar el patrón de uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo con niveles de atención consulta externa y hospitalización/urgencia en relación a las variables del entorno sociodemográfico a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007; teniendo en cuenta: sexo, edad en grupos, región, aseguramiento, escolaridad, ocupación y percepción de salud.
- Analizar según sexo el patrón de uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo con los niveles de atención en consulta externa en relación a variables del entorno sociodemográfico a partir de los datos de la Encuesta

Nacional de Salud 2007; teniendo en cuenta: variables de interés del patrón de uso.

- Analizar según el grupo etario el patrón de uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo con el nivel de atención de hospitalización/urgencia teniendo en relación con variables del entorno sociodemográfico a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007; teniendo en cuenta: variables de interés del patrón de uso.
- Analizar parámetros de calidad de la atención en situaciones especiales que incluyen atención del parto, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y desnutrición aguda en menores de 10 años.

2.5 Propósito

Caracterizar el patrón de uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo a los niveles de atención consulta externa y hospitalización/urgencia basado en la información de la ENS 2007 utilizando esta información para mostrar un punto de referencia en la evolución de la cobertura del actual Sistema General De Seguridad Social en Colombia

2.6 Marco Teórico

El marco teórico de este trabajo revisa 3 temas principales que incluyen:

- Utilización de servicios de salud
- Medición de la utilización de servicios de salud
- Sistema General de Seguridad Social en Colombia
- Encuesta Nacional de Salud 2007

Utilización de Servicios de Salud

La utilización de servicios de salud se define como la cuantificación o descripción del uso de servicio por las personas con el propósito de prevenir y curar problemas de salud, promover el mantenimiento de la salud y bienestar u obtener información sobre el propio estado de salud y su pronóstico.(32)

La utilización de servicios de salud es un reflejo indirecto de las necesidades de la población, de los cambios demográficos y de las presiones a las que son sometidos los sistemas de salud(28). Desde el modelo propuesto originalmente por Andersen, la utilización de los servicios de salud es un componente importante del acceso el cual está conformado por:

- Políticas en Salud
- Características de capacidad del sistema y su prestación
- Utilización de servicios de salud
- Características de la población en riesgo
- Satisfacción de los usuarios(33)

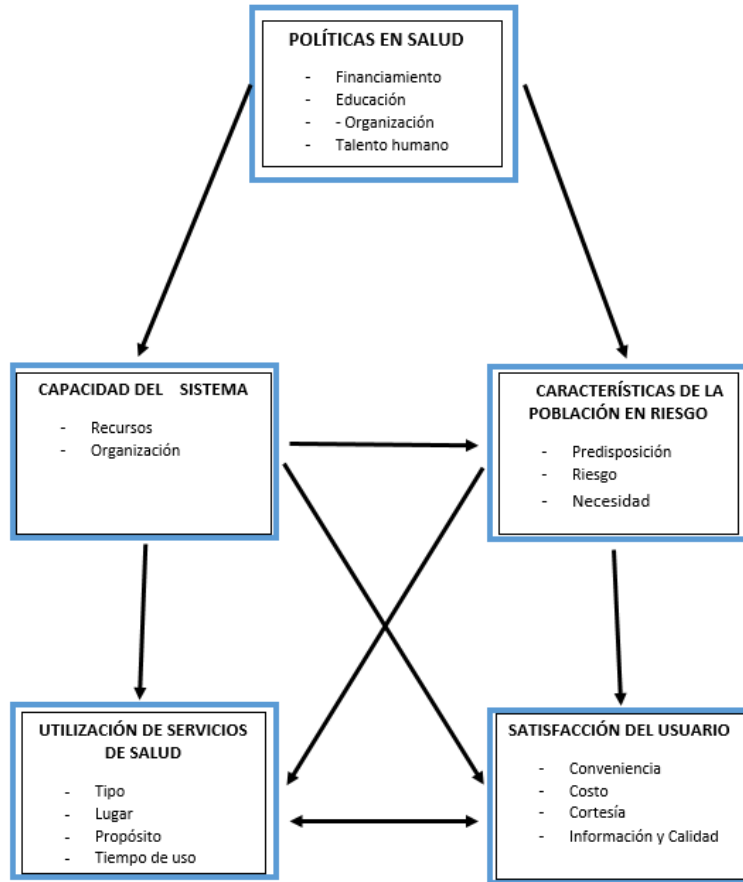


Ilustración 1 Estructura para el estudio del acceso a servicios de Salud Andersen (33)

Esta gráfica muestra que la capacidad de ofrecer servicios cuando estos son necesitados depende de factores relacionados con la capacidad del sistema y la demanda de uso de servicios en base a las características de la población de usuarios, conceptos ligados a la oferta y la demanda. Desde la oferta se debe tener la capacidad suficiente en infraestructura personal y servicios para atender a la población. Desde las características de las personas entran a confluir también diferentes condiciones que van desde la dimensión financiera (Capacidad de pago, costos de la atención), la situación demográfica y las creencias tanto personales como culturales de la persona y su grupo familiar(34).

A nivel mundial se han implementado sistemas de salud basados en modelos diferentes, algunos con enfoque preventivo, curativo, de intervención en determinantes, limitados por los recursos propios del país o de los usuarios. No es fácil medir el éxito o el fracaso de un sistema, la fortalezas y debilidades de los mismos se traducen en éxitos e ineficiencias que finalmente afectan los usuarios, pero también la capacidad productiva de un país, su presupuesto y la capacidad de desarrollo de las futuras generaciones(35)(36).

El modelo occidental de enfoque a la medicina está orientado hacia las enfermedades y la supra especialización del personal sanitario limita el enfoque integral del ser humano ignorando su contexto sociocultural. La incomprensión paciente como un todo fragmenta la capacidad de cuidado, desconoce las interacciones entre otras condiciones patogénicas y no considera las situaciones vitales propias de los pacientes(37). Los altos costos de modelos orientados hacia el tratamiento especializado generan de manera natural mecanismos de contención para no exceder los presupuestos asignados formándose barreras a la atención por falta de oportunidad, costos añadidos, fragmentación del cuidado; impactando de manera negativa en la salud de las personas, propuestas para modelos de salud basados en atención primaria y preventiva con menor uso de recurso especializado y costoso se han implementado en varias zonas del mundo países como Canadá(38) y el Reino Unido(39)(40) utilizan un modelo basado en atención primaria con mayor limitación hacia el acceso especializado e intervenciones con alto costo y beneficio mínimo, este tipo de modelos retardan el acceso a cuidado especializado y se caracterizan por generar menores ganancias económicas para el personal sanitario además de depender de recursos importantes del Producto Interno Bruto de las Naciones impactando en la carga tributaria de los ciudadanos(41), datos de la OECD muestra ha mostrado que los desenlaces en salud han sido superiores en países con sistemas de salud que han adoptado un mayor énfasis hacia los cuidados primarios (42)

Los sistemas de Salud por si mismos pueden ser un causa importante de inequidad, la Doctora Barbara Starfield definió inequidad como la presencia de diferencias sistemáticas y potencialmente remediabiles entre grupos definidos socialmente, económicamente o geográficamente(43) y la define en dos categorías horizontal cuando personas con las mismas necesidades no tienen acceso a los mismos recursos y vertical cuando las personas con mayores necesidades no tienen acceso a los mayores recursos(44).

No se ha encontrado un sistema de salud perfecto todos los países están en constante evaluación de sus modelos y desde entes de referencia mundiales como la organización mundial de la salud, el banco mundial y la OCDE se generan marcos de referencia para el ajuste su ajuste teniendo en cuenta modelos de financiación, distribución de recursos, definiendo indicadores y buscando la manera de cerrar la gran brecha entre la práctica de medicina comunitaria y la práctica médica especializada Parecería razonable que incrementado la cobertura, la utilización de servicios de salud también debería aumentar, se ha estudiado el incremento histórico de los servicios de salud en 11 países de altos ingresos en los últimos 80 años incluyendo Nueva Zelanda, Gran Bretaña, Suecia, Canadá, Estados Unidos, Australia, Portugal, Grecia, Taiwán, Finlandia y Canadá. Estas expansiones no causaron un cambio en el uso de hospitales públicos u utilización del personal sanitario, pero si causaron una redistribución del cuidado desde sectores de la sociedad ricos hacia población con menor capacidad económica disminuyendo la inequidad y desigualdad(45) (46)

Es preocupación de gobernantes, usuarios, administradores, personal sanitario y académicos buscar alternativas para mejorar el acceso de la población a los servicios de salud, siendo este un problema universal a todos los sistemas en mayor o menor grado (47)(48)(49).

La utilización de servicios de salud es un área de estudio en salud pública como una forma de evaluar el funcionamiento de un sistema de salud y las características de las poblaciones que los usan. Por ejemplo los datos de acceso a vacunación, costo en medicamentos de prescripción y necesidades no satisfechas debido a los costos hacen parte del análisis de utilización(50)

Como medir la utilización de servicios de Salud

La Utilización de Servicios de Salud es un componente general de cualquier sistema de salud y está en relación con su accesibilidad. No hay un acuerdo global sobre cuál es la mejor manera de medir los indicadores de utilización y diferentes entidades como la organización mundial de la salud (OMS), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) han propuesto diferentes tipos de datos para estas mediciones sin tener un consenso(51); basados en el modelo de la Doctora Starfield se han propuesto indicadores que evalúen la continuidad asumiendo que la continuidad en el cuidado mejora la relación con el personal de salud, mejora la información y la utilización, el nivel de detalle en la atención, el acceso a los servicios y la productividad(51).

La Utilización de Servicios puede ser vista desde dos perspectivas: la primera la del paciente y la segunda la de los médicos.

La perspectiva de los pacientes está ligada a evaluación de percepción incluyendo aspectos como la continuidad(52), exhaustividad referida como la cantidad de servicios que pueden ser ofrecidos, accesibilidad y productividad referida como la capacidad del sistema para generar los servicios basados en los recursos disponibles(53).

Tomando la información de encuestas nacionales de salud se pueden obtener datos de utilización de servicios sanitarios y las características sociodemográficas de los grupos encuestados, trabajos en España han logrado medir el impacto no solo de las características socioeconómicas sino también el de la población migrante en la utilización de los servicios sanitarios(29) y el estudio de la influencia de la necesidad percibida por parte de la población para utilizar los servicios sanitarios(28). Estudios de recolección de datos más exhaustivos de comunidades pobres en India han sido propuestos donde se realizan encuestas comunitarias cada 3 meses obteniendo mejores datos de utilización y un monitoreo de los mismos(54), las iniciativas de medición de utilización a través de

encuestas son referencias con frecuencia en la literatura mundial y hacen parte de los análisis de inequidad en salud(4)(55)

Estudios latinoamericanos han encontrado también una relación entre los factores sociodemográficos, de desarrollo económico y de prestación de servicios de salud con la utilización de los servicios sanitarios(56), no se ha encontrado una relación entre el incremento en el número de centros de salud ni en la mayor disponibilidad de seguros de salud con la utilización(57) pero si una mejor percepción de salud en personas que utilizan seguros privados en comparación con seguros públicos(58); desde la perspectiva regional los estudios permiten evaluar la influencia de la desigualdad al acceso en las diferentes regiones de los territorios(59).

En Colombia se han realizado estudios de utilización de servicios sanitarios los cuales se encuentran publicados en la literatura, un metaanálisis de los mismos encontró tres grupos de estudios. El primer grupo de estudios buscan explicar los factores de utilización a través de análisis multivariados, el segundo grupo analizan la desigualdad del acceso por afiliación y barreras potenciales y el tercer grupo de estudios son análisis desde la perspectiva de usuarios o profesionales aplicando encuestas(60) concluyendo que se requiere más investigación en esta área y resaltando la importancia de esta información en la planeación de futuras reformas al sistema de salud.

Metaanálisis más recientes evidencian debilidades metodológicas y la falta de herramientas validadas para la realización de estudios de utilización en Colombia pero se afirma en la identificación de barreras al acceso a servicios además de la presencia de inequidades étnicas, económicas y geográficas del país(61)

Los registros individuales de prestación de Servicios o RIPS se consignan los servicios de salud prestados de manera detallada incluyendo el lugar de prestación del servicio, utilizando esta herramienta se ha estudiado el perfil de utilización encontrándose para el período 2004-2008 una alta morbilidad por enfermedades infecciosas en zonas menos

favorecidas del país(62). Proyectos de encuestas conjuntas comunitarias en Brasil y Colombia también han analizado las inequidades y barreras sociodemográficas para el acceso(63).

En años recientes la Universidad Javeriana diseñó, validó y publicó los resultados de una encuesta propia diseñada para evaluar el acceso a servicios de salud de los hogares colombianos, la encuesta consta de 63 preguntas agrupadas en 5 módulos que evalúan el perfil sociodemográfico, perfil socioeconómico, acceso a servicios preventivos, gasto de bolsillo y acceso a servicios curativos/rehabilitación; se encontró que el uso de servicios de promoción fue solo del 44%, la percepción de la atención de la necesidad en urgencias/hospitalización fue del 82% y una percepción negativa de la atención se documentó en el 36% de los hogares encuestados sugiriendo que la cobertura en salud del sistema colombiano no necesariamente refleja acceso real y efectivo a los servicios(64)

Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombia (SGSSS)

La última década del siglo XX estuvo caracterizada por cambios importantes en el orden económico mundial entre los hechos más importantes, la globalización de la economía, un nuevo orden económico internacional mercados globales, desequilibrio entre la oferta y la demanda por la pérdida de capacidad adquisitiva de la población(65).

El panorama de servicios de Salud antes de la reforma mostraba para el año 1990 un Sistema Nacional de Salud completamente centralizado donde el 40% de la población se encontraba en el subsector oficial, 18% en seguridad social, 17% en práctica privada y un 25% de población desprotegida; este fue un modelo con alta inequidad y dividido por estratos donde los más pudientes recibían mayor asistencia sanitaria(66).

La población no asegurada era atendida por el sector público financiado con recursos de la nación y administrado por los servicios seccionales de salud quienes se encargaban de la administración y uso de recursos; haciendo el sistema altamente burocrático y propenso a

la corrupción. El sistema se consideraba ineficiente, con baja cobertura y alta desigualdad. No existía la solidaridad entre el sector público y el privado para la atención de personas no aseguradas(67).

La constitución Política de 1991 declaró la seguridad social como un servicios público, obligatorio, enmarcado en los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. La ley 100 fue aprobada en diciembre de 1993 y estableció los lineamientos para el SGSSS buscando garantizar acceso universal a los servicios de salud junto con un paquete básico de servicios a toda la población(68) bajo los principios de crear un mercado de aseguramiento con competencia entre empresas aseguradores, crear competencia entre las instituciones prestadoras de salud (IPS), regular la competencia e introducir la solidaridad en el financiamiento(67). De acuerdo con la Ley 100 de 1993 el Sistema de Seguridad Social Integran en Colombia se compone de los sistemas de pensiones, de salud, riesgos profesionales y servicios sociales complementarios(69).

El esquema financiero de este sistema contemplaba un plan Obligatorio de Servicios de Salud (POS) y una unidad de pago por capitación (UPC) que equivale a una prima de seguros ajustada por riesgo financiada en conjunto por el estado, empleados y patronos. Se crearon dos regímenes uno contributivo aplicado a aquellas personas con capacidad de pago y empleo formal y un régimen subsidiado financiado con recursos solidarios del régimen contributivo y con aportes fiscales del gobierno, este régimen incluye a las personas más pobres(70).

Los administradores del sistema o empresas promotoras de Salud (EPS) son los encargados de la administración de los recursos y del cuidado de los afiliados a ambos regímenes del sistema bajo un modelo de libre competencia donde los afiliados tienen el derecho de escoger su asegurador.

El asegurador o EPS protege de riesgo financiero a sus afiliados en la eventualidad de enfermedad común, maternidad e incapacidad. Es responsabilidad de las EPS la gestión apropiada de los recursos y realizar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para cuidar la salud de sus afiliados(71).

Las implementaciones de nuevos programas siempre imponen nuevos retos y oportunidades de mejora a pesar que el incremento en la cobertura para el año 2007 era mucho mayor que al momento de la aprobación de la ley 100 de 1993; surgieron críticas desde la academia y los usuarios; una cobertura menor a la esperada y casos de doble afiliación a los regímenes, inequidad en el acceso con el 48% de los campesinos no afiliados a ningún régimen, la necesidad de fortalecer la salud pública y disminuir la corrupción en el sistema(72).

Estudios de la época cercana a los diez años de la implementación del SGSSS muestran que hubo gran asimetría en la información entre la población general usuaria con un poco conocimiento del sistema(68), otros autores concluyeron que para el año 1997 disminuyeron las inequidades en el acceso al aseguramiento, pero no se evidenciaba un impacto claro en la equidad en la utilización final de los servicios y se evidenció un consumo excesivo de servicios de salud superior al óptimo social desde el punto de vista económico(73)

Nos encontrábamos a 14 años de la implementación del SGSSS y surge una de las primeras modificaciones al sistema bajo la ley 1122 del 2007. La ley 1122 del 2007 continuaba el debate nacional sobre la manera como el sector público y el privado participaban del sistema, como aplicar los incentivos y mecanismos de competencia e identificaba la inequidad en los regímenes al tener planes de beneficios diferentes entre el régimen contributivo y el subsidiado. Esta ley no produjo cambios estructurales pero sugiere ajustes al funcionamiento, se creó la CRES(comisión reguladora en Salud), se crean los planes de salud pública, se fortalece la superintendencia de Salud y se establecen indicadores de gestión y resultados; junto con la meta de aumentar la cobertura a un 100% impulsando la afiliación al régimen subsidiado(74).

La siguiente gran reforma al sistema se da con la ley 1438 del 2011 se dan modificaciones importantes al sistema, pero manteniendo la lógica de mercado y libre competencia, pero teniendo en cuenta las limitaciones en la financiación del sistema. Se da un alcance mayor al derecho a la salud, al acceso y la equidad; se avanza en los mecanismos para igualar los

paquetes de beneficios entre los regímenes contributivo y subsidiado, la atención primaria en salud y las redes integradas de salud, manteniéndose la preocupación por la sostenibilidad financiera(75)

En el año 2015 la Ley estatutaria 1751 eleva la salud como un derecho fundamental para los colombianos(76), en esta ley se discuten los principios de continuidad, integralidad, oportunidad y accesibilidad, se busca actualizar y ampliar el plan de beneficios exceptuando lo cosmético o suntuario, lo experimental, lo que no tenga evidencia científica o los tratamientos en el exterior que puedan ser brindados en el país; se busca aumentar la autonomía de los médicos en su práctica, garantizar la atención integral de los servicios de urgencias(77).

Este es un paso resumido por la historia normativa reciente del sistema de salud colombiano, como ha sido descrito entre sus grandes logros ha sido ampliar la cobertura a casi toda la población colombiana, pero es un sistema en evolución con problemas que no alcanzan a ser resueltos únicamente por la expedición de normas lo que ha llevado a tener una “polución normativa” en el sistema(78), todavía se enfrenta a retos financieros, de calidad y equidad para la población colombiana.

Encuesta Nacional de Salud 2007

La encuesta Nacional de Salud del año 2007 fue realizada para obtener información sobre la situación de salud de los colombianos; este trabajo fue realizado en conjunto entre el entonces llamado Ministerio de la Protección Social en asociación con Colciencias buscando datos sobre morbilidad sentida e institucional, factores de riesgo, discapacidad y caracterización de la oferta y demanda de los servicios de salud.

El protocolo de la encuesta fue diseñado por la Universidad Nacional y la Unión temporal SEI S.A y el centro de proyectos para el desarrollo CENDEX de la Pontificia Universidad Javeriana aplicó durante el año 2007 a lo largo de todo el país.

La Encuesta Nacional de Salud fue un estudio de corte transversal con alcance nacional, con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados y polietápico. Las encuestas estaban diseñadas a hogares, personas e instituciones y fueron aplicadas en hogares, Instituciones prestadoras de salud y usuarios de estas en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

La muestra de hogares incluyó 41.543 hogares con 164.474 personas de todo el país.

La muestra de IPS constó de 1.170 IPS con submuestra de servicios de consulta externa, consultorios y profesionales de obstetricia.

La muestra de usuarios fue de 123.917 de los cuales corresponden 93.737 a consulta externa, 19.795 a urgencias y hospitalización 10.385(8).

La información de la encuesta y sus resultados son de dominio público y pueden ser descargados desde la página del ministerio de salud en el siguiente enlace <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/EncuestaNacionaldeSaludPublica.aspx>.

Esta encuesta ha sido fuente de múltiples líneas de investigación en la salud pública de Colombia(79)(80)(81) y ha permitido describir las características sociodemográficas de los hogares en Colombia, las condiciones de las instituciones prestadoras de salud desde el punto de vista administrativo asistencial y desde la dimensión de percepción por parte de los usuarios

Se han incluido trabajos de percepción del estado de salud, el 72,2% de los colombianos encuestados valoraron positivamente su estado de salud y la caracterización socio demográfica de estas personas ha sido analizada previamente(31). Los datos provenientes de la encuesta también han permitido evaluar el cumplimiento de los protocolos y normas técnicas en la prestación de servicios de salud encontrándose que no hay un cumplimiento del 100% en lo establecido por protocolos y normas técnicas, además de tener una baja disponibilidad de los protocolos (68%)(82).

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo retrospectivo transversal con datos secundarios de la Encuesta Nacional de Salud 2007 desde el módulo de usuarios atendidos en consulta externa y hospitalización/urgencia, analizando factores sociodemográficos y de percepción de la atención en salud.

3.2 Población de Estudio y Muestra

La Encuesta Nacional de Salud fue diseñada como un estudio de corte transversal y alcance nacional en todos sus componentes con un conjunto de encuestas a hogares, personas e instituciones, que se aplicaron en distintas muestras seleccionadas con un diseño muestral probabilístico, de conglomerados estratificado y polietápico.

Se encuestaron 1.170 IPS (608 privadas y mixtas y 562 públicas) y una submuestra de servicios de consulta externa, de consultorio y de profesionales de obstetricia.

Los usuarios de los servicios de hospitalización, urgencia y consulta médica externa fueron investigados a través de muestras probabilísticas representativas de los universos respectivos, con estimaciones a nivel departamental, subregional, regional y nacional con diferentes posibilidades de desagregación por variables demográficas y socioeconómicas y con determinados niveles de precisión.

La encuesta se aplicó inmediatamente después de terminada la atención correspondiente (al egreso hospitalario, salida de urgencias o al terminar la consulta programada), teniendo en cuenta 2 turnos de trabajo 7:00 AM a 2:00 PM y 2:00 PM a 9:00 PM en las instituciones donde la atención lo permitía.

La muestra de servicios de atención fue de 123.917 usuarios de los cuales correspondieron 93.737 a consulta externa, 17.795 a servicios de urgencias y 10.385 a servicios de hospitalización atendidos en las IPS incluidas en la muestra(8).

La información de la encuesta y sus resultados son de dominio público y pueden ser descargados desde la página web del ministerio de salud.

3.3 Cuestionario

El cuestionario fue realizado por la Universidad Nacional, la unión temporal SEI y el centro de proyectos para el desarrollo CENDEX. Previo a la aplicación de los instrumentos de la ENS 2007 se realizó una prueba piloto en los municipios de Mosquera, Campoalegre (Huila), Restrepo (Meta) y Bogotá para la encuesta de hogares, IPS y entidades territoriales aplicando 136 encuestas a hogares, 8 en IPS y 623 a usuarios de las IPS visitadas. Los ajustes a la herramienta contaron con la aprobación del Ministerio de la Protección Social(8).

Se tomaron para el análisis de los datos la Encuesta a Usuarios módulo 1 Consulta Externa y Módulo 2 Hospitalización y Atención de Urgencias. El diseño de los cuestionarios de encuentra referenciado en la página del Ministerio de Salud y también hace parte de los anexos de este trabajo.

El cuestionario de usuarios de Consulta Externa contiene 2405 ítems. Fueron utilizados para este trabajo los datos de Identificación, Datos de Control, Datos del Usuario

El cuestionario de usuarios de Hospitalización/Urgencias contiene 1832 ítems. Fueron utilizados para este trabajo los datos de Identificación, Datos de Control, Datos del Usuario, Datos sobre la hospitalización o la atención de urgencias y se analizó información de percepción de pacientes admitidos por atención del parto, enfermedad diarreica aguda en menores de 10 años, infección respiratoria aguda en menores de 10 años y atención por desnutrición.

3.4 Recogida de Datos:

Para este estudio se utilizaron datos secundarios, la base de datos fue recibida en formato digital desde la dirección del programa de Salud Pública de la Universidad del Norte con los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Los datos fueron recolectados en el territorio nacional en el año 2007 a través de personal de la Universidad Javeriana.

La Encuesta Nacional de Salud 2007 tuvo dos componentes diferentes, los hogares y las IPS. Para el trabajo de campo se organizaron dos operativos independientes, con personal y en períodos de tiempo diferentes, bajo una sola dirección para ambos tanto a nivel nacional como regional.

La información de las encuestas fue obtenida mediante entrevistas personales y capturada en campo usando los programas instalados en los computadores portátiles y en los Dispositivos Móviles de Captura. Esta información fue leída con escáner e interpretada y verificada en Bogotá con ayuda del software TELEFORM. Semanalmente se recibió la información en Bogotá y se procesó para generar los reportes e indicadores requeridos para el monitoreo y seguimiento de la encuesta(8).

3.5 Variables

Las variables sociodemográficas y de utilización de la encuesta nacional de Salud 2007 consideradas relevantes para el análisis fueron seleccionadas. Todas las variables de la encuesta se analizaron de manera categórica.

Las variables sociodemográficas para ambos grupos incluyen la procedencia, el área de residencia, región, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ocupación, participación en la encuesta del SISBEN, nivel del SISBEN y aseguramiento.

Se crearon grupos de edad por décadas, el estado civil las categorías casado y unión libre formaron la categoría vivir en pareja, el aseguramiento se describió como contributivo,

subsidiado, régimen especial, vinculado, desplazado y otro. Los regímenes especiales incluyeron los maestros, policía y fuerzas militares.

Se analizaron variables asociadas con la atención en Consulta Externa que incluyen atención recibida, prioridad en la consulta, asignación de IPS, claridad en el informe actual del estado de salud, explicación del tratamiento a realizar, molestia o incomodidad durante la atención, causas de molestia durante la atención.

En la encuesta de Hospitalización y Urgencias se incluyeron datos de atención como el responsable de los gastos de atención, causas de molestia durante la atención, razón de visita a la institución y se evaluaron grupos especiales de atención: la atención del parto, atención del niño con deshidratación, atención del niño con infección respiratoria aguda y atención del niño con desnutrición aguda.

3.6 Plan de Procesamiento

Utilizando SPSS versión 25 se describieron las frecuencias de las variables sociodemográficas de utilización y percepción en las encuestas a usuarios de consulta externa y hospitalización/urgencias.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y se dividieron los grupos de comparación por sexo y por rangos de edad que incluyeron menores de 15 años, 15 a 19 años, 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y mayores de 60 años.

Se analizaron parámetros de calidad de la atención para hospitalizaciones por parto, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y atención del niño menor de 10 años con desnutrición aguda.

3.7 Plan de Presentación

Los datos fueron presentados a través de tablas donde se describen las frecuencias de las variables analizadas, con estos datos se realizó el análisis posterior y la discusión de los resultados.

Los datos de las tablas son un consolidado de los resultados obtenidos a través del software SPSS, las salidas de SPSS originales no fueron utilizadas en la presentación de los datos y se guardaron como respaldo de los cálculos.

3.8 Plan de Análisis

Se analizaron los datos sociodemográficos, de utilización de servicios de salud y percepción de comodidad durante la atención médica en los usuarios de hospitalización/urgencias y consulta externa de la Encuesta Nacional de Salud 2007.

El análisis incluyó el patrón de uso de servicios sanitarios en consulta externa hospitalización y urgencias en Colombia según el sexo y los grupos de edad como variables del entorno sociodemográfico y la búsqueda de asociaciones que pudieran ser explicadas como particulares a estos grupos. Las asociaciones se describirán a través de la significancia estadística del chi cuadrado de asociación entre grupos de variables.

Para ambos grupos estudiados se realizó la descripción en frecuencias de los datos referentes a la atención en salud, las causas de la atención y las causas percibidas de molestia por los usuarios durante la atención en salud.

Se analizó de manera descriptiva y reportada en frecuencias percepciones de calidad de la atención en situaciones especiales que incluyeron: la atención del parto, la atención del niño con infección respiratoria aguda, la atención del niño con enfermedad diarreica aguda y la atención del niño con desnutrición aguda.

3.9 Aspectos Éticos

Este estudio se realiza con fuentes secundarias de características públicas por lo que no implica ningún inconveniente ético.

Este estudio no tiene riesgo para ningún sujeto y no tiene intervenciones.

Este estudio fue sometido al comité de ética de la Universidad del Norte el cual aprobó en reunión del 30 de Julio de 2020 y legalizada mediante acta No 213.

4. RESULTADOS

Características de usuarios de Consulta Externa en Colombia durante 2007.

Los datos se encuentran presentados en la tabla número 1. Se registraron 93737 encuestas, el 97% de los respondedores residía en la cabecera municipal, y en menor proporción 0,7% en áreas rurales dispersas. El 27,4% fueron menores de 15 años, 14,4% mayores de 60 y menor proporción el grupo entre 16 a 19 años con un 6,2% del total, los encuestados son de preferencia de sexo femenino en el 67%. El 44,1% de los participantes viven en pareja y 48% son solteros. El nivel educativo de los participantes preferencialmente es de estudios básicos primaria en el 31,8% y 32,8% básica secundaria mientras que sin estudios el 18,5%. Una cuarta parte informa que trabaja, un 28% refiere otra actividad de empleabilidad y un 26% de oficios del hogar. Con respecto a la clasificación del SISBEN el 64,2% ha recibido la encuesta y de este grupo el 86,4% pertenecen al nivel I y II. Con respecto al régimen de salud el 42,1% refiere estar en el contributivo y el 40,7% en el subsidiado.

<i>SOCIODEMOGRAFICOS</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Área de Residencia	Cabecera Municipal	90883	97%
	Centro Poblado	2241	2,40%
	Rural Disperso	611	0,70%
Regiones	Región Atlántica	18014	19,2%
	Región Oriental	15962	17,0%
	Región Central	26386	28,1%
	Región Pacífica	14491	15,5%
	Nuevos Departamentos	3760	4,0%
	Bogotá D.C.	15124	16,1%
Rangos Edad	Menor de 15 años	25708	27,4%
	16 a 19 años	5765	6,2%

	20 a 29	15422	16,5%
	30 a 39	12137	12,9%
	40 a 49	11342	12,1%
	50 a 59	9829	10,5%
	Mayor de 60 años	13534	14,4%
Sexo	Masculino	30558	32,6%
	Femenino	63179	67,4%
Estado Civil	Viven Juntos	41405	44,2%
	Separado/a	5163	5,5%
	Viudo/a	5204	5,6%
	Soltero/a	41965	44,8%
Nivel Educativo	Ninguno	17360	18,5%
	Preescolar	3244	3,5%
	Básica primaria	29810	31,8%
	Básica secundaria y media	30704	32,8%
	Técnico o tecnológico	4631	4,9%
	Universitaria sin título	2842	3,0%
	Universitaria con título	3977	4,2%
	Postgrado sin título	145	0,2%
	Postgrado con título	1024	1,1%
Ocupación	Trabajando	23502	25,1%
	No trabajó, pero tenía trabajo	870	0,9%
	Buscando trabajo	1078	1,2%
	Estudiando	14432	15,4%
	Oficios del hogar	24784	26,4%
	Otra actividad	26709	28,5%
	Incapacitado permanentemente para trabajar	2362	2,5%
Le realizaron encuesta del SISBEN	Sí	60168	64,2%
	No	30866	32,9%
	No sabe	2703	2,9%
Nivel SISBEN	1	33386	55,5%
	2	18616	30,9%
	3	3116	5,2%
	4	118	0,2%
	5	18	0,0%
	6	9	0,0%
	No sabe	4905	8,2%
Aseguramiento	EPS Contributivo	38109	40,7%
	EPS Subsidiado	39418	42,1%
	Régimen Especial	4655	5,0%

	Desplazado	1174	1,3%
	Otro	2109	2,2%
	Ninguno	8272	8,8%

Tabla 1 Caracterización sociodemográfica de usuarios en consulta externa en Colombia. ENS 2007

Distribución de la atención en consulta externa por servicio

Como se observa en la tabla número 2, la consulta externa en si con el 46% aproximadamente y 24% en consulta con especialista corresponde con la mayor frecuencia y en menor proporción reunión con grupo terapéutico 0,4% y educación 0,1%.

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Consulta Externa	43019	45,90%
Consulta Médica Especializada	22911	24,40%
Consulta odontológica	9157	9,80%
Consulta Prenatal	4064	4,30%
Consulta Crecimiento y Desarrollo	3143	3,40%
Vacunación	2644	2,80%
Examen De Laboratorio	2455	2,60%
Imágenes Diagnósticas	2066	2,20%
Otras	1905	2%
Consulta por otro profesional	1749	1,90%
Citología	1775	1,90%
Planificación Familiar	1306	1,40%
Curaciones	823	0,90%
Consulta preventiva salud bucal	750	0,80%
Cirugía ambulatoria	500	0,50%
Reunión grupo terapéutico	334	0,40%
Educación	69	0,10%
Reunión diferente a grupo terapéutico	17	0%

Tabla 2 Distribución de la atención en consulta externa por tipo de solicitud de servicio en usuarios. ENS 2007-Colombia

Caracterización de la atención de usuarios consulta externa en la Encuesta Nacional de Salud 2007

El resultado de este análisis se encuentra resumido en la tabla número 3, el 86,7% de los encuestados asistieron a una consulta prioritaria, la asignación de institución fue de libre escogencia por el usuario en un 42,1% de los encuestados.

El 83,7% de los encuestados manifestaron tener claridad en la forma como les mostraron su estado de salud, un 10,6% respondieron de manera negativa, el 84,3% entendieron el tratamiento a realizar, un 10,3% no entendieron el tratamiento a realizar.

Al interrogar si el personal de salud solicitó autorización para examinar o realizar algún procedimiento el 69,8% respondió de manera afirmativa, el 24,4% de manera negativa y no aplicó esta pregunta para un 5,9% de los encuestados.

La encuesta abordó los siguientes aspectos que están relacionados con la experiencia de la atención e incomodidades o molestias. Valora la manera que le hablaron o explicaron el procedimiento a realizar, su percepción ante otras personas de los comentarios del personal de salud. La poca atención prestada al problema de salud se identificada como la causa más frecuente de molestia durante la atención. En la siguiente tabla se ilustran los motivos y situaciones de incomodidad.

<i>Datos de la Atención</i>		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Prioridad de la Consulta	Programada	81305	86,70%
	Prioritaria	12432	13,30%
Asignación de IPS	La eligió usuario	39505	42,10%
	Fue asignada	54232	57,90%
¿Le informaron su estado de salud en la atención de hoy con claridad?	Si	78488	83,70%
	No	9946	10,60%
	No aplica	5303	5,70%
¿Le explicaron el tratamiento a realizar?	Si	78996	84,30%
	No	9683	10,30%
	No aplica	5058	5,40%

<i>En algún momento de la atención recibida hoy se sintió molesto o incómodo por:</i>			
La forma en que le hablaron	Si	3474	3,7%
	No	90263	96,3%
Por lo que le pidieron hacer durante la atención	Si	1316	1,4%
	No	74361	79,3%
	No aplica	18060	19,3%
¿Por el examen realizado por quien lo atendió?	Si	1385	1,5%
	No	69385	74,0%
	No aplica	22967	24,5%
¿Por la falta de cortesía de quien lo atendió?	Si	4053	4,3%
	No	81216	86,6%
	No aplica	8468	9,0%
La poca atención dada a su problema de salud	Si	5221	5,6%
	No	79079	84,4%
	No aplica	9437	10,1%
Comentarios en voz alta y en presencia de otras personas sobre su estado de salud	Si	967	1,0%
	No	70735	75,5%
	No Aplica	22035	23,5%
Algún procedimiento hecho en presencia de otras personas sin autorización	Si	852	0,9%
	No	70743	75,5%
	No Aplica	22142	23,6%

Tabla 3 Caracterización de la atención de usuarios en consulta externa en Colombia. ENS 2007

Características sociodemográficas de usuarios de hospitalización y urgencias en la Encuesta Nacional de Salud 2007.

Se registraron 30180 encuestas, los datos se encuentran presentados en la tabla número 4, el 95,2% de los respondedores residía en la cabecera municipal y en menor proporción el 0,4% en áreas rurales dispersas. El 36,5% de los consultantes son menores de 19 años y de preferencia de sexo femenino en el 60,3%. El 44,3% de los encuestados vive en pareja y 46,1% eran solteros. El

nivel educativo de los participantes preferencialmente es de estudio básico primario en el 26,8%, básico secundaria en el 33,3% mientras que sin estudios el 20,9% de los encuestados.

El 27,5% de los encuestados trabajan de manera formal, el 20,3% se dedican a los oficios del hogar y 32,4% refieren otra actividad de empleabilidad. EL 56,6% de los participantes responden que fueron encuestados por el SISBEN, entre los que responden de manera afirmativa un 56,1% pertenecía al nivel 1, 28,3% al nivel 2 y 5,1% al nivel 3. Con respecto al régimen de salud el 52,2% refiere estar afiliado a EPS del contributivo y un 30,8% afiliado a una EPS del régimen subsidiado.

SOCIODEMOGRÁFICOS		Frecuencia	Porcentaje
Área de Residencia	Cabecera Municipal	28718	95,2%
	Centro poblado	1334	4,4%
	Rural disperso	128	0,4%
Región	Atlántico	7744	25,70%
	Oriental	4615	15,30%
	Central	8164	27,10%
	Pacífica	4723	15,60%
	Nuevos Departamentos	643	2,10%
	Bogotá D.C.	4291	14,20%
Sexo	Femenino	18195	60,3%
	Masculino	11985	39,7%
Rango de Edad	Menor de 15 años	8800	29,2%
	16 a 19 años	2203	7,3%
	20 a 29 años	6171	20,4%
	30 a 39 años	3986	13,2%
	40 a 49 años	2818	9,3%
	50 a 59 años	2192	7,3%
	Mayor de 60 años	4010	13,3%
Estado Civil	Viven Juntos	13384	44,30%
	Separado	1348	4,50%
	Viudo	1542	5,10%
	Soltero	13906	46,10%
Nivel Educativo	Ninguno	6319	20,9%

	Preescolar	994	3,3%
	Básica primaria	8098	26,8%
	Básica secundaria y media	10046	33,3%
	Técnico o tecnológico	1727	5,7%
	Universitaria sin título	1064	3,5%
	Universitaria con título	1596	5,3%
	Postgrado sin título	31	0,1%
	Postgrado con título	305	1,0%
Ocupación	Trabajando	8297	27,5%
	No trabajó, pero tenía trabajo	340	1,1%
	Buscando trabajo	238	0,8%
	Estudiando	4279	14,2%
	Oficios del hogar	6134	20,3%
	Otra actividad	9768	32,4%
	Incapacitado permanente para trabajar	1124	3,7%
Le realizaron encuesta del SISBEN	Sí	17094	56,6%
	No	11855	39,3%
	No sabe	1231	4,1%
Clasificación Nivel SISBEN	Uno	9591	56,1%
	Dos	4843	28,3%
	Tres	865	5,1%
	Cuatro	29	0,2%
	Cinco	7	0,0%
	Seis	4	0,0%
	No sabe	1755	10,3%
Aseguramiento	EPS contributivo	15762	52,2%
	Subsidiado	9305	30,8%
	Régimen Especial	1179	3,9%
	Desplazado	328	1,1%
	Otro	517	1,7%
	Ninguno	3089	10,2%

Tabla 4 Caracterización sociodemográfica de usuarios de hospitalización y Urgencias en Colombia. ENS 2007

Datos de la Atención en Usuarios de los Servicios de Hospitalización y Urgencias en la Encuesta Nacional de Salud 2007

Los datos de la atención incluyen la causa principal de la atención, pagador de la atención, percepción con respecto a la claridad en que la información les fue explicada a los usuarios y causas de molestias durante la atención. Estos datos se pueden revisar en la tabla número 5.

La causa más frecuente de atención fue por enfermedad aguda en un 55,7% de los encuestados, enfermedad crónica 15,7%, accidente 12,1%, atención del parto 9,4% y lesiones por violencia en el 1% de los casos. El 88,1% de los encuestados afirma que la información explicada en el servicio fue clara y el 11,9% no lo considera así. El principal pagador fue la EPS del régimen contributivo subsidiado o régimen especial, 2,3% por póliza prepagada, 8,5% por alcaldía, recursos propios 2,8%, SOAT 2,5% y el 1,2% por entidades por fuera del sistema de seguridad social.

Al evaluar si durante la atención los encuestados se sintieron incómodos o molestos en alguno momento el 9,6% sintió que se le prestó poca atención a su problema de salud, el 7,1% por la falta de cortesía, el 6,5% por la forma que le habló el personal de salud, el 2,6% por el examen realizado, 2,2% por lo que le pidieron hacer durante la atención, el 1,9% por los comentarios realizados en voz alta sobre el estado de salud y el 1,4% por procedimientos realizados en presencia de otras personas sin autorización.

DATOS DE LA ATENCIÓN

Frecuencia		Porcentaje	
Motivo de la atención	Enfermedad física aguda o malestar de aparición reciente	16818	55,70%
	Enfermedad física o malestar de larga duración	4730	15,70%
	Enfermedad o problema mental, emocional o de los nervios	93	0,30%

	Disminución en la capacidad para hacer cosas	149	0,50%
	Lesión por accidente	3655	12,10%
	Lesión por violencia	287	1%
	Atención del parto	2850	9,40%
	Otra	1598	5,30%
Claridad en la información del estado de salud	Sí	26585	88,10%
	No	3595	11,90%
Responsable del pago de los servicios prestados	EPS o ARS u Otra entidad de seguridad social	24810	82,20%
	Medicina prepagada, póliza de salud o plan complementario	706	2,30%
	Secretaría de salud o alcaldía (vinculado)	2553	8,50%
	Usted o alguien de su hogar con recursos propios	830	2,80%
	Otra persona con recursos propios	98	0,30%
	El SOAT, seguro obligatorio de accidentes de tránsito	740	2,50%
	Patrón o empleador	78	0,30%
	Entidad por fuera del sistema de seguridad Social	365	1,20%
<i>En algún momento de esta atención sintió molestia o incomodidad por:</i>			
La forma que le hablaron las personas que lo atendieron	Sí	1964	6,5%
	No	28216	93,5%
Lo que le pidieron hacer durante la atención (ej. desnudarse)	Sí	670	2,2%
	No	26509	87,8%
	No aplica	3001	9,9%
Por el examen que le hizo alguna de las personas que lo atendió	Sí	778	2,6%
	No	25187	83,5%
	No aplica	4215	14,0%
Por la falta de cortesía y simpatía de las personas que lo atendieron	Sí	2151	7,1%
	No	26275	87,1%
	No aplica	1754	5,8%
Por la poca atención que se le dio a su problema	Sí	2890	9,6%
	No	25491	84,5%
	No aplica	1799	6,0%

de salud			
Por comentarios hechos en voz alta y en presencias de otras personas sobre su estado de salud	Sí	579	1,9%
	No	25034	82,9%
	No aplica	4567	15,1%
Por algún procedimiento en presencia de otras personas sin autorización	Sí	425	1,4%
	No	25310	83,9%
	No aplica	4445	14,7%

Tabla 5 Caracterización de la atención de usuarios de hospitalización y urgencias en Colombia. ENS 2007

Datos de Atenciones de Interés

Las atenciones categorizadas como de interés incluyen atención del parto, atención del niño con enfermedad diarreica aguda, atención por infección respiratoria aguda en menores de 10 años y atención del menor de 10 años con desnutrición. Los resultados se encuentran en la tabla número 6.

Atención del parto

Se documentaron en la encuesta atenciones para 2880 partos y de estos 2741 nacidos vivos, al momento de evaluar si las maternas recibieron información sobre el cuidado de las heridas del parto el 75,2% afirmó haberlas recibido y al preguntar si se aplicó alguna vacuna al niño durante la hospitalización el 72,9% de los encuestados respondieron de manera afirmativa el 18,4% manifestó que no se aplicó vacuna y el 8,7% no lo sabe.

Atención del niño con enfermedad diarreica aguda (EDA)

En la encuesta se atendieron 718 menores de 10 años con enfermedad diarreica aguda correspondiente al 9,8% de las atenciones en este grupo de edad. Al evaluarse si las personas a cargo de los niños recibieron entrenamiento en cómo preparar el suero oral el 42,6% si lo recibieron y el 57,4% no recibieron. El 72% recibieron información en como

alimentar al niño durante la enfermedad y el 55,7% recibieron explicaciones sobre la razón por la cual el niño enfermó.

Atención por Infección Respiratoria Aguda en menores de 10 años (IRA)

El 15,1% de las consultas en niños menores de 10 años se relaciona con Infección respiratoria aguda, el 53,5% de los acudientes recibieron explicaciones sobre la causa de la enfermedad del menor, el 53,3% recibió explicaciones sobre los signos de alarma que indican agravamiento de la enfermedad y al 94,4% le explicaron cómo darle los medicamentos.

Atención del menor de 10 años con desnutrición

La consulta por desnutrición es el 0,6% de las consultas en menores de 10 años, el 93,3% de los acudientes recibieron información del estado de salud del menor, el 75,6% recibió información sobre los alimentos que debía darle y el 64,4% fue informado que debía regresar a una consulta de control.

ATENCIÓN POR PATOLOGÍAS DE INTERÉS			Frecuencia	Porcentaje
Atención del parto	Nacido Vivo	Si	2741	95,2%
		No	139	4,8%
		Total	2880	100,0%
	¿Antes de salir le dieron información de cómo cuidar las heridas del parto?	Si	2060	75,2%
		No	681	24,8%
	Le aplicaron al bebé alguna vacuna	Si	1998	72,9%
		No	505	18,4%
		No Sabe	238	8,7%
	Atención del niño con enfermedad diarreica aguda	Consulta por EDA en menores de 10 años	Si	718
No			6610	90,2%
Total			7328	100,0%
Le enseñaron como preparar suero oral		Si	306	42,6%

(EDA)		No	412	57,4%
	Le explicaron como alimentarlo	Si	517	72%
		No	201	28%
	¿Le explicaron porque se enfermó?	Si	400	55,7%
No		318	44,3%	
Atención por Infección Respiratoria Aguda en menores de 10 años. (IRA)	Consulta por IRA en menores de 10 años	Si	1106	15,1%
		No	6222	84,9%
	¿Le explicaron porque se enfermó?	Si	592	53,5%
		No	514	46,5%
	Le enseñaron cuales signos de alarma indican que se está agravando	Si	589	53,3%
		No	517	46,7%
	¿Le explicaron cómo darle los medicamentos?	Si	911	94,4%
		No	54	5,6%
Atención por desnutrición en menores de 10 años	Consulta por desnutrición menor de 10 años	Si	45	0,6%
		No	7283	99,4%
	Le explicaron cómo se encontraba de salud	Si	42	93,3%
		No	3	6,7%
	Le explicaron que alimentos debía darle	Si	34	75,6%
		No	11	24,4%
	Le dijeron que debía regresar a una consulta de control	Si	29	64,4%
		No	16	35,6%

Tabla 6 Atención por patologías de interés en el servicio de hospitalización y urgencias en Colombia ENS 2007

Análisis Cruzado entre sexo y variables sociodemográficas para usuarios del Servicio de Consulta Externa de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Se realizó un análisis cruzado entre el sexo de los usuarios del Servicio de Consulta Externa y las otras variables sociodemográficas cuyos resultados se encuentran en la tabla número 7, la p es la significancia estadística del chi cuadrado para la asociación.

No se encontró asociación entre el sexo y el área de residencia, las otras variables sociodemográficas analizadas se encontró una asociación con el sexo de los usuarios incluyendo la región de procedencia; las mujeres utilizaron más los servicios de consulta externa en todos los rangos de edad excepto el de mayores a 60 años, con respecto al estado civil un status de casado, unión libre y viudez fue más frecuente en las mujeres, con respecto al nivel educativo un mayor porcentaje de mujeres accedieron a completar el bachillerato y acceder a la educación superior. En la ocupación los oficios del hogar es una actividad casi exclusiva para mujeres y se observó una mayor participación laboral en el sexo masculino. Se encontró asociación también entre nivel del SISBEN y aseguramiento y se evidenció un mayor acceso al régimen contributivo en los usuarios de sexo masculino lo cual podría estar en relación con una mayor participación de empleo formal que permita el acceso al aseguramiento.

		Sexo				
		Femenino		Masculino		p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Residencia	Cabecera Municipal	61253	97,0%	29630	97,0%	0,108
	Centro Poblado	1535	2,4%	706	2,3%	
	Rural Disperso	391	0,6%	220	0,7%	
Región	Región Atlántica	12161	19,2%	5853	19,2%	0,000

	Región Oriental	10366	16,4%	5596	18,3%	
	Región Central	18111	28,7%	8275	27,1%	
	Región Pacífica	9754	15,4%	4737	15,5%	
	Nuevos Departamentos	2504	4,0%	1256	4,1%	
	Bogotá D.C.	10283	16,3%	4841	15,8%	
Rango de Edad	Menor de 15	13045	20,6%	12663	41,4%	0,000
	16 a 19	4505	7,1%	1260	4,1%	
	20 a 29	12191	19,3%	3231	10,6%	
	30 a 39	9330	14,8%	2807	9,2%	
	40 a 49	8375	13,3%	2967	9,7%	
	50 a 59	7100	11,2%	2729	8,9%	
	Mayor 60 años	8633	13,7%	4901	16,0%	
Estado Civil	Viven Juntos	29889	47,3%	11516	37,7%	0,000
	Separado/a	4225	6,7%	938	3,1%	
	Viudo/a	4543	7,2%	661	2,2%	
	Soltero/a	24522	38,8%	17443	57,1%	
Nivel Educativo	Ninguno	9399	14,9%	7961	26,1%	0,000
	Preescolar	1582	2,5%	1662	5,4%	
	Básica Primaria	20294	32,1%	9516	31,1%	
	Básica secundaria y media	22577	35,7%	8127	26,6%	
	Técnico o tecnológico	3590	5,7%	1041	3,4%	
	Universitaria sin título	2049	3,2%	793	2,6%	
	Universitaria con título	2876	4,6%	1101	3,6%	
	Postgrado sin título	88	0,1%	57	0,2%	
Postgrado con título	724	1,1%	300	1,0%		
Ocupación	Trabajando	13964	22,1%	9538	31,2%	0,000
	No trabajó, pero tenía trabajo	425	0,7%	445	1,5%	
	Buscando trabajo	632	1,0%	446	1,5%	
	Estudiando	8437	13,4%	5995	19,6%	
	Oficios del hogar	24469	38,7%	315	1,0%	
	Otra actividad	14148	22,4%	12561	41,1%	
	Incapacitado permanentemente para trabajar	1104	1,7%	1258	4,1%	
¿Le realizaron encuesta del SISBEN al hogar?	Si	41639	65,9%	18529	60,6%	0,000
	No	19987	31,6%	10879	35,6%	
	No Sabe	1553	2,5%	1150	3,8%	
Clasificación Nivel SISBEN	1	22811	54,8%	10575	57,1%	0,000
	2	13170	31,6%	5446	29,4%	
	3	2248	5,4%	868	4,7%	
	4	94	0,2%	24	0,1%	

	5	16	0,0%	2	0,0%	
	6	7	0,0%	2	0,0%	
	No Sabe	3293	7,9%	1612	8,7%	
Aseguramiento	EPS Contributivo	25061	39,7%	13048	42,7%	0,000
	EPS Subsidiado	27342	43,3%	12076	39,5%	
	Régimen Especial	2966	4,7%	1689	5,5%	
	Desplazado	788	1,2%	386	1,3%	
	Otro	1374	2,2%	735	2,4%	
	Ninguno	5648	8,9%	2624	8,6%	

Tabla 7 Tabla cruzada entre sexo y variables sociodemográficas para usuarios de consulta externa en la encuesta nacional de salud 2007

Análisis Cruzado entre sexo y variables sociodemográficas para usuarios los servicios de Hospitalización/Urgencias de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Los datos de este análisis se encuentran en la tabla número 8 donde se compara el sexo con las variables sociodemográficas en los usuarios de hospitalización/urgencias de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Al comparar sexo con las variables sociodemográficas en los participantes de la Encuesta de Hospitalización y Atención de Urgencias no hubo asociación entre el área de residencia y la clasificación en el nivel de SISBEN. Las otras variables sociodemográficas sugirieron asociación con el sexo incluyendo la edad en donde se aprecia una menor cantidad de mujeres menores a 15 años utilizando los servicios de hospitalización, aunque esta tendencia se invierte entre los 15 y los 40 años posiblemente en relación con la edad reproductiva de la mujer y su uso de servicios de salud. En el nivel educativo hubo mayor cantidad de mujeres que completaron la educación secundaria y lograron alcanzar educación superior o técnica al compararse con los hombres. Las mujeres se ocupan con mayor frecuencia de las actividades del hogar y se desempeñan menos en trabajos formales. También se encontró una posible asociación entre la realización de la encuesta del SISBEN y el aseguramiento, una mayor informalidad laboral pudiera estar en relación con un menor acceso al aseguramiento contributivo.

		Sexo				
		Femenino		Masculino		p
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	
Área de Residencia	Cabecera Municipal	17286	95,0%	11432	95,4%	0,308
	Centro Poblado	828	4,6%	506	4,2%	
	Rural Disperso	81	0,4%	47	0,4%	
Región	Región Atlántica	4753	26,1%	2991	25,0%	0,012
	Región Oriental	2730	15,0%	1885	15,7%	
	Región Central	4942	27,2%	3222	26,9%	
	Región Pacífica	2813	15,5%	1910	15,9%	
	Nuevos Departamentos	355	2,0%	288	2,4%	
	Bogotá D.C.	2602	14,3%	1689	14,1%	
Rango de Edad	Menor de 15	4206	23,1%	4594	38,3%	0,000
	16 a 19	1599	8,8%	604	5,0%	
	20 a 29	4444	24,4%	1727	14,4%	
	30 a 39	2703	14,9%	1283	10,7%	
	40 a 49	1716	9,4%	1102	9,2%	
	50 a 59	1292	7,1%	900	7,5%	
	Mayor 60 años	2235	12,3%	1775	14,8%	
Estado Civil	Viven Juntos	8803	48,4%	4581	38,2%	0,000
	Separado/a	946	5,2%	402	3,4%	
	Viudo/a	1259	6,9%	283	2,4%	
	Soltero/a	7187	39,5%	6719	56,1%	
Nivel Educativo	Ninguno	3140	17,3%	3179	26,5%	0,000
	Preescolar	484	2,7%	510	4,3%	
	Básica Primaria	4759	26,2%	3339	27,9%	
	Básica secundaria y media	6586	36,2%	3460	28,9%	
	Técnico o tecnológico	1249	6,9%	478	4,0%	
	Universitaria sin título	720	4,0%	344	2,9%	
	Universitaria con título	1047	5,8%	549	4,6%	
	Postgrado sin título	24	0,1%	7	0,1%	
	Postgrado con título	186	1,0%	119	1,0%	
Ocupación	Trabajando	3948	21,7%	4349	36,3%	0,000
	No trabajó, pero tenía trabajo	174	1,0%	166	1,4%	

	Buscando trabajo	91	0,5%	147	1,2%	
	Estudiando	2270	12,5%	2009	16,8%	
	Oficios del hogar	6042	33,2%	92	0,8%	
	Otra actividad	5150	28,3%	4618	38,5%	
	Incapacitado permanentemente para trabajar	520	2,9%	604	5,0%	
¿Le realizaron encuesta del SISBEN al hogar?	Si	10621	58,4%	6473	54,0%	0,000
	No	6940	38,1%	4915	41,0%	
	No Sabe	634	3,5%	597	5,0%	
Clasificación Nivel SISBEN	1	5973	56,2%	3618	55,9%	0,057
	2	3028	28,5%	1815	28,0%	
	3	555	5,2%	310	4,8%	
	4	22	0,2%	7	0,1%	
	5	5	0,0%	2	0,0%	
	6	3	0,0%	1	0,0%	
	No Sabe	1035	9,7%	720	11,1%	
Aseguramiento	EPS Contributivo	9360	51,4%	6402	53,4%	0,000
	EPS Subsidiado	5867	32,2%	3438	28,7%	
	Régimen Especial	698	3,8%	481	4,0%	
	Desplazado	197	1,1%	131	1,1%	
	Otro	307	1,7%	210	1,8%	
	Ninguno	1766	9,7%	1323	11,0%	

Tabla 8 Tabla cruzada entre sexo y variables sociodemográficas para usuarios de los servicios de hospitalización y urgencias de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Análisis cruzado entre rangos de edad con respecto a las variables sociodemográficas para los participantes de la encuesta de consulta externa de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Los datos de este análisis se encuentran en la tabla número 9, el valor del p refleja la significancia estadística del análisis de chi cuadrado.

Se tomaron los rangos de edad como menor de 15 años, 16-19 años, 20 a 29 años, 30 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y mayor de 60 años y se realizó análisis bivariado con las variables sociodemográficas, en todos los casos la p fue menor de 0,05 sugiriendo que existe una relación entre los rangos de edad y todas las variables comparadas.

Se encontró una asociación entre los rangos de edad, el área de residencia y la región de residencia. La mayor cantidad de población encuestada se concentra en la región central y en Bogotá D.C. Se aprecia una mayor participación en la encuesta para el sexo femenino entre todos los rangos de edad. Es de esperar que algunos hallazgos en el estado civil y laboral de los participantes estén en relación con su momento en el ciclo vital normal de las personas. Una quinta parte de los adultos mayores de 60 años no tuvieron ninguna educación y se aprecia que para ningún grupo de edad la educación superior fuera mayor del 10% de los encuestados, sugiriendo un acceso limitado a educación de mayor nivel en esta población.

Con respecto al aseguramiento se aprecia una mayor frecuencia de pertenencia al régimen subsidiado en la población más joven con una inversión hacia el régimen contributivo después de los 40 años y un porcentaje de 10% de encuestados menores de 40 años sin ningún tipo de aseguramiento.

		RANGO DE EDAD														
		Menor de 15 años		16 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		Mayor 60 años		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Área de Residencia	Cabecera Municipal	24756	96,3	5572	96,7	14922	96,8	11786	97,1	11057	97,5	9592	97,6	13198	97,5	0,000
	Centro Poblado	791	3,1	158	2,7	397	2,6	270	2,2	224	2,0	164	1,7	237	1,8	
	Rural Disperso	160	0,6	35	0,6	103	0,7	81	0,7	60	0,5	73	0,7	99	0,7	
Región	Región Atlántica	5514	21,4	1079	18,7	3023	19,6	2439	20,1	2038	18,0	1726	17,6	2195	16,2	0,000
	Región Oriental	4536	17,6	938	16,3	2635	17,1	2014	16,6	1911	16,8	1622	16,5	2306	17,0	
	Región Central	6261	24,4	1639	28,4	4000	25,9	3335	27,5	3427	30,2	3185	32,4	4539	33,5	
	Región Pacífica	3998	15,6	877	15,2	2300	14,9	1928	15,9	1709	15,1	1518	15,4	2161	16,0	
	Nuevos Departamentos	1199	4,7	267	4,6	711	4,6	583	4,8	439	3,9	289	2,9	272	2,0	
	Bogotá D.C.	4200	16,3	965	16,7	2753	17,9	1838	15,1	1818	16,0	1489	15,1	2061	15,2	
Sexo	Femenino	13045	50,7	4505	78,1	12191	79,0	9330	76,9	8375	73,8	7100	72,2	8633	63,8	0,000
	Masculino	12663	49,3	1260	21,9	3231	21,0	2807	23,1	2967	26,2	2729	27,8	4901	36,2	
Estado Civil	Viven Juntos	214	0,8	1789	31,0	9222	59,8	8981	74,0	7979	70,3	6289	64,0	6931	51,2	0,000
	Separado/a	7	0,0	43	0,7	441	2,9	841	6,9	1245	11,0	1333	13,6	1253	9,3	
	Viudo/a	3	0,0	6	0,1	49	0,3	129	1,1	360	3,2	870	8,9	3787	28,0	
	Soltero/a	25484	99,1	3927	68,1	5710	37,0	2186	18,0	1758	15,5	1337	13,6	1563	11,5	
Nivel Educativo	Ninguno	12811	49,8	58	1,0	239	1,5	311	2,6	530	4,7	768	7,8	2643	19,5	0,000
	Preescolar	3211	12,5	3	0,1	5	0,0	3	0,0	6	0,1	16	0,2	0	0,0	
	Básica Primaria	6198	24,1	609	10,6	2689	17,4	3683	30,3	4251	37,5	4610	46,9	7770	57,4	
	Básica secundaria y media	3486	13,6	4305	74,7	8075	52,4	5342	44,0	4457	39,3	2828	28,8	2211	16,3	
	Técnico o tecnológico	0	0,0	313	5,4	1921	12,5	1053	8,7	658	5,8	415	4,2	271	2,0	

	Universitaria sin título	2	0,0	465	8,1	1494	9,7	391	3,2	219	1,9	170	1,7	101	0,7	
	Universitaria con título	0	0,0	10	0,2	905	5,9	1115	9,2	885	7,8	653	6,6	409	3,0	
	Postgrado sin título	0	0,0	2	0,0	31	0,2	35	0,3	30	0,3	36	0,4	11	0,1	
	Postgrado con título	0	0,0	0	0,0	63	0,4	204	1,7	306	2,7	333	3,4	118	0,9	
Ocupación	Trabajando	69	0,3	791	13,7	6056	39,3	6018	49,6	5569	49,1	3723	37,9	1276	9,4	0,000
	No trabajó, pero tenía trabajo	3	0,0	24	0,4	237	1,5	235	1,9	201	1,8	132	1,3	38	0,3	
	Buscando trabajo	6	0,0	93	1,6	415	2,7	230	1,9	211	1,9	91	0,9	32	0,2	
	Estudiando	10481	40,8	2332	40,5	1419	9,2	143	1,2	35	0,3	21	0,2	1	0,0	
	Oficios del hogar	264	1,0	1672	29,0	5907	38,3	4518	37,2	4220	37,2	4149	42,2	4054	30,0	
	Otra actividad	14782	57,5	807	14,0	1179	7,6	770	6,3	839	7,4	1362	13,9	6970	51,5	
	Incapacitado permanentemente para trabajar	103	0,4	46	0,8	209	1,4	223	1,8	267	2,4	351	3,6	1163	8,6	
¿Le realizaron encuesta del SISBEN al hogar?	Si	17746	69,0	3859	66,9	10147	65,8	7986	65,8	7139	62,9	5774	58,7	7517	55,5	0,000
	No	7256	28,2	1625	28,2	4785	31,0	3874	31,9	3958	34,9	3823	38,9	5545	41,0	
	No Sabe	706	2,7	281	4,9	490	3,2	277	2,3	245	2,2	232	2,4	472	3,5	
Clasificación Nivel SISBEN	1	11028	62,1	2259	58,5	5753	56,7	4305	53,9	3625	50,8	2788	48,3	3628	48,3	0,000
	2	4959	27,9	1107	28,7	2988	29,4	2510	31,4	2367	33,2	1974	34,2	2711	36,1	
	3	638	3,6	181	4,7	480	4,7	387	4,8	489	6,8	417	7,2	524	7,0	
	4	15	0,1	5	0,1	17	0,2	23	0,3	20	0,3	23	0,4	15	0,2	
	5	0	0,0	0	0,0	1	0,0	3	0,0	4	0,1	5	0,1	5	0,1	
	6	2	0,0	0	0,0	0	0,0	6	0,1	0	0,0	1	0,0	0	0,0	
	No Sabe	1104	6,2	307	8,0	908	8,9	752	9,4	634	8,9	566	9,8	634	8,4	
Aseguramiento	EPS Contributivo	8782	34,2	1709	29,6	6187	40,1	5298	43,7	5121	45,2	4568	46,5	6444	47,6	0,000
	EPS Subsidiado	12217	47,5	2791	48,4	6270	40,7	4746	39,1	4378	38,6	3664	37,3	5352	39,5	
	Régimen Especial	930	3,6	251	4,4	578	3,7	662	5,5	803	7,1	819	8,3	612	4,5	
	Desplazado	464	1,8	97	1,7	228	1,5	152	1,3	112	1,0	67	0,7	54	0,4	

Otro	617	2,4	140	2,4	345	2,2	231	1,9	189	1,7	202	2,1	385	2,8
Ninguno	2698	10,5	777	13,5	1814	11,8	1048	8,6	739	6,5	509	5,2	687	5,1

Tabla 9 Tabla cruzada entre rangos de edad y variables sociodemográficas para usuarios de consulta externa de la Encuesta Nacional de Salud 2007

Análisis cruzado entre rangos de edad con respecto a las variables sociodemográficas para los participantes de la encuesta de hospitalización/urgencias de la Encuesta Nacional de Salud 2007

La tabla número 10 presenta los resultados de este análisis.

La asociación entre los rangos de edad y las otras variables sociodemográficas se demostró en todos los usuarios de hospitalización/urgencias en la encuesta nacional de salud del año 2007 excepto por el área de residencia. Las región central y Bogotá D.C agrupan la mayor cantidad de encuestados, aunque de la región Atlántica son el mayor grupo en los menores de 20 años. La mayor utilización de servicios de hospitalización/urgencias en la población menor de 50 años podría reflejar las necesidades de maternidad y atención al embarazo, parto y atención postnatal en la población de sexo femenino.

Es razonable argumentar que existe una asociación entre el ciclo vital junto con el estado civil, la educación y la ocupación, esto se ve reflejado en las cifras analizadas donde la población más joven no trabaja, tiene menor educación superior y no accede a trabajo, estos porcentajes se ajustan durante el avance en el grupo de edad de los encuestados. En la forma como la encuesta fue completada la encuesta a los menores de edad fue completada por su cuidador lo cual pudiera introducir sesgos en el reporte.

Con respecto al aseguramiento la participación en el régimen contributivo se incrementa cuando los encuestados son mayores a 20 años lo cual puede estar en relación con la oportunidad de trabajar, el rango de personas sin seguro se encuentra entre el 5 y el 12% para todos los rangos de edad.

		RANGO DE EDAD														
		Menor de 15 años		16 a 19 años		20 a 29 años		30 a 39 años		40 a 49 años		50 a 59 años		Mayor 60 años		p
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Área de Residencia	Cabecera Municipal	8371	95,1%	2100	95,3%	5875	95,2%	3800	95,3%	2673	94,9%	2078	94,8%	3821	95,3%	0,813
	Centro Poblado	396	4,5%	95	4,3%	264	4,3%	165	4,1%	137	4,9%	105	4,8%	172	4,3%	
	Rural Disperso	33	0,4%	8	0,4%	32	0,5%	21	0,5%	8	0,3%	9	0,4%	17	0,4%	
Región	Región Atlántica	2796	31,8%	569	25,8%	1611	26,1%	1013	25,4%	640	22,7%	417	19,0%	698	17,4%	0,000
	Región Oriental	1296	14,7%	381	17,3%	951	15,4%	618	15,5%	419	14,9%	333	15,2%	617	15,4%	
	Región Central	2023	23,0%	575	26,1%	1639	26,6%	1046	26,2%	840	29,8%	720	32,8%	1321	32,9%	
	Región Pacífica	1236	14,0%	326	14,8%	973	15,8%	633	15,9%	445	15,8%	403	18,4%	707	17,6%	
	Nuevos Departamentos	204	2,3%	52	2,4%	147	2,4%	95	2,4%	51	1,8%	38	1,7%	56	1,4%	
	Bogotá D.C.	1245	14,1%	300	13,6%	850	13,8%	581	14,6%	423	15,0%	281	12,8%	611	15,2%	
Sexo	Femenino	4206	47,8%	1599	72,6%	4444	72,0%	2703	67,8%	1716	60,9%	1292	58,9%	2235	55,7%	0,000
	Masculino	4594	52,2%	604	27,4%	1727	28,0%	1283	32,2%	1102	39,1%	900	41,1%	1775	44,3%	
Estado Civil	Viven Juntos	97	1,1%	841	38,2%	3834	62,1%	3073	77,1%	2030	72,0%	1469	67,0%	2040	50,9%	0,000
	Separado/a	1	0,0%	24	1,1%	142	2,3%	241	6,0%	300	10,6%	292	13,3%	348	8,7%	
	Viudo/a	1	0,0%	2	0,1%	23	0,4%	31	0,8%	91	3,2%	154	7,0%	1240	30,9%	
	Soltero/a	8701	98,9%	1336	60,6%	2172	35,2%	641	16,1%	397	14,1%	277	12,6%	382	9,5%	
Nivel Educativo	Ninguno	4996	56,8%	26	1,2%	85	1,4%	94	2,4%	113	4,0%	178	8,1%	827	20,6%	0,000
	Preescolar	973	11,1%	0	0,0%	1	0,0%	1	0,0%	2	0,1%	3	0,1%	14	0,3%	
	Básica Primaria	1780	20,2%	308	14,0%	925	15,0%	1023	25,7%	918	32,6%	967	44,1%	2177	54,3%	
	Básica secundaria y media	1051	11,9%	1604	72,8%	3232	52,4%	1661	41,7%	1164	41,3%	656	29,9%	678	16,9%	
	Técnico o tecnológico	0	0,0%	99	4,5%	830	13,5%	401	10,1%	205	7,3%	102	4,7%	90	2,2%	

	Universitaria sin título	0	0,0%	158	7,2%	635	10,3%	135	3,4%	69	2,4%	39	1,8%	28	0,7%	
	Universitaria con título	0	0,0%	8	0,4%	419	6,8%	559	14,0%	267	9,5%	194	8,9%	149	3,7%	
	Postgrado sin título	0	0,0%	0	0,0%	10	0,2%	14	0,4%	4	0,1%	1	0,0%	2	0,0%	
	Postgrado con título	0	0,0%	0	0,0%	34	0,6%	98	2,5%	76	2,7%	52	2,4%	45	1,1%	
Ocupación	Trabajando	23	0,3%	346	15,7%	2766	44,8%	2293	57,5%	1590	56,4%	888	40,5%	391	9,8%	0,000
	No trabajó, pero tenía trabajo	2	0,0%	6	0,3%	93	1,5%	106	2,7%	70	2,5%	49	2,2%	14	0,3%	
	Buscando trabajo	1	0,0%	28	1,3%	92	1,5%	47	1,2%	36	1,3%	23	1,0%	11	0,3%	
	Estudiando	3035	34,5%	732	33,2%	446	7,2%	43	1,1%	15	0,5%	4	0,2%	4	0,1%	
	Oficios del hogar	111	1,3%	691	31,4%	1994	32,3%	1113	27,9%	718	25,5%	665	30,3%	842	21,0%	
	Otra actividad	5550	63,1%	381	17,3%	682	11,1%	297	7,5%	290	10,3%	445	20,3%	2123	52,9%	
	Incapacitado permanentemente para trabajar	78	0,9%	19	0,9%	98	1,6%	87	2,2%	99	3,5%	118	5,4%	625	15,6%	
¿Le realizaron encuesta del SISBEN al hogar?	Si	5470	62,2%	1393	63,2%	3570	57,9%	2201	55,2%	1495	53,1%	1098	50,1%	1867	46,6%	0,000
	No	3027	34,4%	688	31,2%	2355	38,2%	1645	41,3%	1210	42,9%	1022	46,6%	1908	47,6%	
	No Sabe	303	3,4%	122	5,5%	246	4,0%	140	3,5%	113	4,0%	72	3,3%	235	5,9%	
Clasificación Nivel SISBEN	1	3280	60,0%	876	62,9%	1994	55,9%	1147	52,1%	751	50,2%	528	48,1%	1015	54,4%	0,000
	2	1476	27,0%	350	25,1%	992	27,8%	645	29,3%	491	32,8%	360	32,8%	529	28,3%	
	3	222	4,1%	54	3,9%	166	4,6%	147	6,7%	95	6,4%	70	6,4%	111	5,9%	
	4	5	0,1%	0	0,0%	4	0,1%	11	0,5%	2	0,1%	3	0,3%	4	0,2%	
	5	2	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	0	0,0%	2	0,1%	0	0,0%	2	0,1%	
	6	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%	2	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
	No Sabe	484	8,8%	113	8,1%	412	11,5%	249	11,3%	154	10,3%	137	12,5%	206	11,0%	
	Aseguramiento	EPS Contributivo	4061	46,1%	828	37,6%	3228	52,3%	2372	59,5%	1645	58,4%	1277	58,3%	2351	58,6%
EPS Subsidiado		3134	35,6%	880	39,9%	1874	30,4%	1002	25,1%	728	25,8%	565	25,8%	1122	28,0%	
Régimen Especial		289	3,3%	82	3,7%	191	3,1%	164	4,1%	140	5,0%	141	6,4%	172	4,3%	
Desplazado		127	1,4%	41	1,9%	70	1,1%	40	1,0%	21	0,7%	13	0,6%	16	0,4%	
Otro		162	1,8%	40	1,8%	96	1,6%	51	1,3%	36	1,3%	39	1,8%	93	2,3%	

Ninguno	1027	11,7%	332	15,1%	712	11,5%	357	9,0%	248	8,8%	157	7,2%	256	6,4%
---------	------	-------	-----	-------	-----	-------	-----	------	-----	------	-----	------	-----	------

Tabla 10 Tabla cruzada entre rangos de edad y variables sociodemográficas para usuarios de hospitalización/urgencias de la Encuesta Nacional de Salud 2007

5. DISCUSIÓN

Las características sociodemográficas colombianas durante la primera década del año 2000 fueron afectadas por cambios económicos, sociales, políticos e internacionales de la época(83), la ENS 2007 permitió una caracterización sociodemográfica y de satisfacción de los usuarios de servicios de salud en Colombia para este período de tiempo.

La Encuesta Nacional de Salud 2007 identificó la mayor cantidad de usuarios de servicios de consulta externa y hospitalización/urgencias concentrados en la región Central y Bogotá D.C, la inequidad regional en el acceso ha sido un fenómeno nacional(61), la encuesta refleja inequidades del país, excluye en la representación del mismo áreas alejadas de la geografía colombiana, población rural y minorías(84). Con datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2012 se reportó una reducción en el acceso a los servicios de salud en Colombia con aumento del acceso en la Región Oriental y Antioquia y disminución en el acceso para regiones como la Caribe, Centro, Orinoquía y Amazonía y el litoral Pacífico en el período entre el año 2000 a 2013(22)(85)

Según el ministerio de Educación en Colombia el porcentaje más alto de personas acceden a educación básica y medica con altas tasas de analfabetismo en la población mayor de 15 años(30), desde la ENS se aprecia un mayor porcentaje de analfabetismo en la población mayor a 60 años y para el año 2005 en Colombia el 9,6% de la población era analfabeta con efecto generacional con mayor analfabetismo en la población mayor(86), similar a los datos presentados en este trabajo.

En los datos de la ENS 2007 también se aprecia una alta ocupación en trabajo informal, los datos de Colombia para la época 2000-2010 mostraron una mayor informalidad entre los grupos con menor nivel educativo y edades menores a 24 años(87)

El nivel de SISBEN permite focalizar el acceso a población con menores recursos económicos y garantizar su acceso al régimen subsidiado, el mayor porcentaje de usuarios del régimen se encuentran categorizados entre los niveles 1 a 3 del SISBEN (88), la ENS 2007 mostró una distribución equiparable a los datos referenciados.

La utilización de Servicios de Salud es evaluada en la ENS 2007; en España la utilización de servicios está restringida en la población de menores recursos y la población migrante siendo los servicios de consulta externa por medicina general junto con hospitalización/urgencias los más usados en contraste con la consulta odontológica y por médico especialista la cual es mucho menor en estos grupos(29).

En la región de Cataluña (España) se disponen de datos de 3 encuestas de salud en períodos diferentes de tiempo (1994, 2002, 2006) y a través de análisis por regresión logística se analizaron factores sociales, demográficos, nivel socioeconómico, estilo de vida, país de origen y lugar de residencia documentándose una mayor utilización por el sexo femenino y personas en los extremos de edad junto a una menor utilización por personas residentes en zonas apartadas, jóvenes o migrantes, independiente del estado socioeconómico o educativo(28). En Colombia las regiones sufren de inequidad siendo la región central la más desarrollada y el resto de las regiones con rezagos económicos, sociales y de infraestructura(89).

La ENS 2007 mostró una mayor cantidad de mujeres accediendo servicios de salud requiriendo los servicios ambulatorios de con medicina general o especializada y en la hospitalización/urgencias atenciones por enfermedad aguda, crónica y externalidades como las causas más frecuentes de atención, siendo las externalidades más frecuentes en los hombres menores a 40 años, estos datos coinciden con los hallazgos de los patrones de utilización de servicios de salud en consulta externa, hospitalización y urgencias para el período 2004 a 2008 en Colombia evaluados con análisis de los Registros Individuales de Atención en Salud (RIPS) con 13,800,000 atenciones en consulta externa, 1,112,000 en urgencias y 834,300 en hospitalizaciones. El estudio mostró una mayor proporción de mujeres accediendo a servicios, atenciones por

enfermedades transmisibles y externalidades en la población menor de 45 años y un incremento en las enfermedades crónicas no transmisibles en población mayor; la mayor cantidad de usuarios se concentraron en el grupo de edad entre 0-4 años y mayores de 60 años (62). Los avances en equidad de género se han observado en Colombia(90) pero no son suficientes para compensar otras fuentes de inequidad en el país como educación, trabajo y pobreza(91). En la ENS 2007 las actividades educativas en consulta externa son un componente mínimo de las atenciones, el impacto de los programas de educación a pacientes en otros países podrían servir de referencia para impactar de manera positiva en la necesidad de grupos de personas en actividades preventivas o de manejo de enfermedades crónicas(92)(93)

Los datos generados por la ENS 2007 permiten conocer patrones de utilización tomados desde usuarios de IPS al momento de la atención, continua siendo un área activa de investigación el identificar métodos de recolección de datos que permitan caracterizar de una manera más clara las barreras en el acceso a los servicios de salud en Colombia, no se tiene una herramienta estandarizada nacional o regional pero se ha propuesto una herramienta validada con un estudio en Jamundí (Valle del Cauca) que mostró la falta de correlación entre cobertura y acceso a servicios de salud. Una revisión sistemática de la literatura referente al acceso a la atención en salud en Colombia evaluó estudios que tomaran en cuenta determinantes sociales, estudios de desigualdad en utilización y estudios de actores sociales encontrando limitaciones en el análisis por la variedad en las herramientas revisadas(60)

La calidad y la comunicación son dimensiones importantes en la atención en salud aceptados a nivel mundial(94), la ENS 2007 encontró que los usuarios de los servicios de salud percibieron problemas de comunicación como causa de molestia o inconformidad en la atención hasta en un 10% de los encuentros, similar a los datos publicados en la red hospitalaria de Risaralda(95). En Colombia se han publicado artículos que reportan el bajo grado de satisfacción de usuarios de consulta externa y

lo relacionan con las características de la población, de la infraestructura y de la atención(96)(97). En los servicios de urgencias también se presenta insatisfacción(98) siendo el tiempo de atención y la deshumanización las quejas más frecuentes(99). A nivel mundial se están desarrollando propuestas para incluir las características sociodemográficas de las comunidades para perfeccionar la atención en Salud(100)

Las inconformidades e incomodidades con la atención se observaron tanto en los servicios de consulta externa como en los de hospitalización y urgencias, la implementación de los conceptos de calidad en la regulación mundial y colombiana deben continuar integrándose en la atención en salud(101)

Preguntas que evalúan la educación y la calidad de la atención durante la atención hospitalaria fueron analizadas para la atención del parto, atención del niño con enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y atención del niño menor de 10 años con deshidratación.

Las intervenciones educativas impactan de manera positiva en el cuidado de los pacientes por ejemplo la educación sanitaria se asocia a un aumento en las tasas de lactancia materna exclusiva(102). En la literatura colombiana un reporte de un hospital obstétrico mostró fallas en la comunicación y empatía entre el personal de salud y las maternas además de bajas prácticas de calidad y educación(103) similares a los hallazgos descritos en la ENS 2007, la organización mundial de la salud ha planteado un marco de calidad en la atención del parto con la intención de mejorar los procesos de atención a nivel global(104) y el seguimiento a indicadores como la mortalidad materna son de alto interés para evaluar resultados en la gestión de la salud pública en Colombia.

La atención de niños enfermos en países en desarrollo se caracteriza por tener limitaciones en el triage, desorganización en las áreas de atención, poca estandarización de los procesos y pobres sistemas educativos y de soporte a los pacientes y sus familias(105). Un estudio peruano realizado en el Hospital 2 de Mayo encontró un 26,36% de los usuarios manifestaron una baja satisfacción con la atención

de los niños con infección respiratoria aguda(106), ante esta situación se han diseñado estrategias con el objetivo de mejorar la calidad de la atención hospitalaria en esta población(107).

La enfermedad diarreica aguda en niños es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países con recursos limitados con más de 1,3 millones de muertes al año(108). En Colombia sigue siendo un reto para la salud pública desde las actividades preventivas y educativas(109), la ENS 2007 evidenció que el 40% de los cuidadores no recibieron recomendaciones nutricionales, instrucciones sobre la preparación de suero oral ni una explicación sobre la causa de la diarrea. El enfoque de estos pacientes centrado en la familia mejora la satisfacción de los padres cuyos hijos son atendidos por esta enfermedad(110)

La desnutrición también es una causa importante de mortalidad infantil en los países en desarrollo, la mortalidad por malnutrición viene directamente relacionada con las infecciones respiratorias y la enfermedad diarreica aguda(111). La mortalidad por malnutrición infantil en Colombia presenta grandes diferencias regionales siendo la Guajira, César, Chocó, Córdoba, Magdalena y Antioquia los departamentos con mayor cantidad de casos asociados(112), la ENS 2007 mostró que un 25% de cuidadores no recibieron recomendaciones al alta ni una cita médica de control en pacientes con diagnóstico de malnutrición.

La ENS 2007 refleja características sociodemográficas y de atención en servicios de salud que evidencian la situación en salud de la época y permite comparar la situación actual de salud en el país.

Limitaciones

Las limitaciones identificadas para este trabajo incluyen:

- La contemporaneidad de los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada en el año 2007 ya que no refleja la realidad del sistema de salud colombiano actual donde se han integrado el régimen contributivo y el régimen subsidiado y las características sociodemográficas de la población colombiana han cambiado.
- Las herramientas utilizadas en la época podrían complementarse con el acceso extendido a Internet facilitando la recolección de datos en lugares que geográficamente no fueron accesibles durante la realización de la primera encuesta.
- La herramienta de recolección de la información abarca una gran cantidad de dimensiones en el área asistencial desde el recurso físico y humano hasta características de los usuarios, causas y barreras de la atención junto con evaluaciones de percepción de calidad en el servicio. Esta herramienta fue diseñada en la Universidad Javeriana en conjunto con el Ministerio de Protección Social, pero carece de validaciones publicadas en la literatura.
- Debido al uso de datos secundarios la forma como algunas variables no están ajustadas a nuestra realidad actual, el universo de recolección podría ser mayor en esta época debido a las nuevas herramientas de recolección de información.

Líneas de Investigación Futuras

La utilización de servicios de salud es un área de investigación en salud pública que permite identificar tanto patrones de uso de servicios como también las barreras para el acceso a los mismos. Entre las líneas de investigación que pueden considerarse en el futuro se incluyen:

- Futuras Encuestas Nacionales de Salud con instrumentos creados y validados desde la dimensión que se busca cuantificar. Por ejemplo: utilización de servicios de salud y barreras de acceso, calidad en la atención de los servicios de salud en las instituciones prestadoras de servicios, percepción de la calidad de la atención en usuarios de servicios de salud.
- Enfocar los resultados de estos análisis para apoyar a poblaciones vulnerables o en riesgo de tener barreras de acceso a la atención de servicios de salud.
- Actualmente existen bases de datos que permiten cruzar datos en tiempo real, entre las opciones más interesantes está el uso de los RIPS y la información de la cuenta de alto costo junto con la del observatorio de talento humano en Salud.
- Diseñar estrategias para mejorar las actividades de educación a los usuarios y de comunicación durante la utilización de servicios de salud ya que esto es percibido como un área susceptible de mejora.

6. CONCLUSIONES

- La Encuesta Nacional de Salud del año 2007 en Colombia es un reflejo de la situación del sistema de salud colombiano para la primera década de la implementación de la Ley 100 de 1993.
- Los datos de la ENS 2007 reflejan un país con cobertura en salud para la mayor parte de la población, pero con inequidades regionales, poco empleo formal y un bajo nivel educativo.
- La utilización de servicios de salud es más frecuente en el sexo femenino y en los extremos de edad.
- Se aprecian mínimas actividades educativas y preventivas en los servicios de consulta externa
- Se requiere reforzar tanto la comunicación como la educación a los usuarios en servicios de hospitalización/urgencias considerando patologías específicas como atención al recién nacido, menores con enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y malnutrición aguda.
- No se dispone de una herramienta nacional y/o regional estandarizada para evaluar la utilización de los servicios, el uso de nuevas tecnologías de recolección de datos podría facilitar la obtención de esta información en futuros proyectos.
- Un análisis que integre datos generados por bases de datos nacionales incluidos RIPS, cuenta de alto costo, datos sociodemográficos del DANE incluido el CENSO en curso y datos provenientes del aseguramiento, serían una nueva propuesta de análisis.

7. REFERENCIAS

1. Orbell S. Encyclopedia of Behavioral Medicine. Encyclopedia of Behavioral Medicine. 2013.
2. Anderson JG. Health services utilization: framework and review. Health Serv Res [Internet]. 1973;8(3):184–99. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4593850><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC1071757>
3. Javali R, Wantamutte A, Mallapur M. Socio-demographic factors influencing utilization of Antenatal Health Care Services in a rural area - A cross sectional study. Int J Med Sci Public Heal. 2014;3(3):308.
4. Ghosh S. Equity in the utilization of healthcare services in india: Evidence from national sample survey. Int J Heal Policy Manag. 2014;2(1):29–38.
5. Diehr P, Yanez D, Ash A, Hornbrook M, Lin DY. Methods for analyzing health care utilization and costs. Annu Rev Public Health. 1999;20:125–44.
6. Hendriks MRC, Al MJ, Bleijlevens MHC, Van Haastregt JCM, Crebolder HFJM, Van Eijk JTM, et al. Continuous versus intermittent data collection of health care utilization. Med Decis Mak. 2013;33(8):998–1008.
7. Garza Elizondo ME, Rodríguez Casas MS, Villareal Ríos E, Salinas Martínez AM, Mayela NRG. Patrón de Uso de los Servicios de Atención Prenatal, Parto y puerperio en una institución de Seguridad Social Mexicana. Rev Esp Salud Pública. 2003;77:267–74.
8. Rodriguez, J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, Amaya JL, Arenas R BY. Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales [National Health Survey 2007. National Results] [Internet]. 2009. 27-260 p. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Córdoba.pdf>
9. Romero-Martínez M, Shamah-Levy T, Franco-Núñez A, Villalpando S, Cuevas-Nasu L, Gutiérrez JP, et al. Encuesta nacional de salud y nutrición 2012: Diseño y cobertura. Salud Publica Mex. 2013;55(SUPPL.2):332–40.
10. Calderón Alberto Agudelo C, Botero JC, Bolaños JO, Martínez RR. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas^ies; The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems^ien. Ciênc.saúde coletiva [Internet]. 2011;16(6):2817–28. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600020
11. Mendieta González D, Jaramillo CE. El sistema general de seguridad social en salud de Colombia. Universal, pero ineficiente: a propósito de los veinticinco años de su creación. Rev Latinoam Derecho Soc. 2019;1(29):201.

12. Riveros-Pérez E, Amado González LN. Modelo de salud en Colombia: ¿financiamiento basado en seguridad social o en impuestos? *Rev Gerenc Polit Salud* [Internet]. 2012;11(23):110–20. Available from: http://rev_gerenc_polit_salud.javeriana.edu.co/vol11_n_23/estudios_2.pdf
13. Guzman Finol K. Radiografía de la oferta de los servicios de salud en Colombia. *Doc Trab sobre Econ Reg Banco la República* ISSN 1692-3715. 2014;202.
14. Rubio-Mendoza ML. Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud y Equidad en la Financiación de la Atención en Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2008;10(1):29–43.
15. Pérez JE. La Eliminación De Las Eps En Colombia, Una Utopía Sin Perspectiva De Cambio. *Biosalud* [Internet]. 2018;17(1):5–6. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95502018000100005
16. Dzakpasu S, Powell-Jackson T, Campbell OMR. Impact of user fees on maternal health service utilization and related health outcomes: A systematic review. *Health Policy Plan*. 2014;29(2):137–50.
17. Molina Marín G. Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano: el bien común en confrontación con los intereses y prácticas particulares. *Tensiones en las decisiones en salud pública en el sistema de salud colombiano*. 2014. 504 p.
18. Guerrero R, Gallego A, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud en Colombia. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011;53(Suppl 2):s144–55. Available from: <http://www.bioeticachile.cl/html/documentos/Situaciones de catastrofe 2010.PDF#page=71>
19. Bernal O, Sp D, Barbosa S. Ensayo de Salud en Colombia. *Salud Publica Mex*. 2015;57(5):3–10.
20. Alberto L, Calderón T. *El sistema de salud en colombia*. 2011;
21. Castillo HW, Castro A, Díaz C. N, Gómez C, Gómez S. La proyección en el sector salud en Colombia. *Rev EAN*. 2006;(57):45.
22. Ayala-García, J., & Ayala-García J. *La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso* [Internet]. *Documentos de Trabajo Sobre Economía Regional y Urbana*. 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biochi.2015.03.025><http://dx.doi.org/10.1038/nature10402><http://dx.doi.org/10.1038/nature21059><http://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrium/article/view/1268/1127><http://dx.doi.org/10.1038/nrmicro2577>
23. Santa Maria S M, Garcia A F, Prada L C, Uribe T MJ, Vasquez B T. El sector salud en Colombia: Impacto del SGSSS despues de mas de una decada de la reforma. (With English summary.). *Coyunt Soc* [Internet]. 2008;(38–39):41–103. Available from:

http://search.proquest.com.ezp-prod1.hul.harvard.edu/docview/56963332?accountid=11311%5Cnhttp://sfx.hul.harvard.edu/hvd?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:ecolnitshell&atitle=El+sector+salud+en+Colombi

24. CADENA AFANADOR, L., USECHE ALDANA, B. Los profesionales de la salud y la crisis del sistema de salud en Colombia: ¿Indignación o acomodamiento? *MedUNAB* [Internet]. 2011;14(2):83–5. Available from: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=1558&path%5B%5D=1465>.
25. Yepes CE, Marín YA. Desafíos del análisis de la situación de salud en Colombia. *Biomedica*. 2018;(38):162–72.
26. Roqueta Egea F, Tomás Vecina S, Chanovas Borrás M. Cultura de seguridad del paciente en los servicios de urgencias: resultados de su evaluación en 30 hospitales del Sistema Nacional de Salud español. *Emergencias* [Internet]. 2011;23(5):356–63. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3769730&info=resumen&idioma=SPA>
27. López-Picazo JJ, Ferrer-Bas P, Garrido-Corro B, Pujalte-Ródenas V, de la Cruz Murie P, Blázquez-Pedrero M, et al. Efectividad de una intervención para mejorar la cultura de seguridad. ¿Menos es más? *Rev Calid Asist*. 2017;32(3):146–54.
28. Medina C, Salvador X, Teresa Faixedas M, Gallo P. [Health services' utilization patterns in Catalonia, Spain]. *Med Clin (Barc)*. 2011;137 Suppl(Supl 2):42–8.
29. Regidor E, Sanz B, Pascual C, Lostao L, Sánchez E, Díaz Olalla JM. La utilización de los servicios sanitarios por la población inmigrante en España. *Gac Sanit*. 2009;23(SUPPL. 1):4–11.
30. Arnedo VM. Crecimiento económico y desarrollo humano en Colombia (2000 – 2010) Economic growth and human development in colombia. 2000;2106:127–43. Available from: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/economia/article/viewFile/5054/3253>
31. Agudelo Londoño SM, Villa AG, Romero Nieto VI. Percepción del estado de salud en la región central colombiana: Encuesta Nacional de Salud, 2007. *Rev salud pública*. 2012;14(6):899–911.
32. Orbell S, Schneider H, Esbitt S, Gonzalez JS, Gonzalez JS, Shreck E, et al. Health Care Utilization. In: *Encyclopedia of Behavioral Medicine* [Internet]. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 909–10. Available from: http://link.springer.com/10.1007/978-1-4419-1005-9_885

33. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* [Internet]. 1974;9(3):208–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4436074>
34. Andersen R, Chen M, Aday LA, Cornelius L. Health Status and Medical Care Utilization. *Health Aff.* 1987 Jan;6(1):136–56.
35. Paris V, Devaux M, Wei L. Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries. *Labour.* 2010;(50):140.
36. Shakarishvili G, Atun R, Berman P, Hsiao W, Burgess C, Lansang MA. Converging Health Systems Frameworks : Towards A Concepts-to-Actions Roadmap for Health Systems Strengthening in Low and Middle Income Countries. *Glob Heal Gov.* 2010;3(2).
37. David B. Reuben MD, Mary E. Tinetti MD. Goal-Oriented patient care: An alternative health outcomes paradigm. *N Engl J Med.* 2012;366(9):777–9.
38. Naylor CD. The Canadian health care system: A model for America to emulate? *Health Econ.* 1992;1(1):19–37.
39. Leatherman S, Sutherland K. Quality of care in the NHS of England. *Br Med J.* 2004;328(April 2004):E288–90.
40. Klein R. The new model NHS: Performance, perceptions and expectations. *Br Med Bull.* 2007;81–82(1):39–50.
41. Holm S. “Socialized medicine”, resource allocation and two-tiered health care - the danish experience. *J Med Philos (United Kingdom).* 1995;20(6):631–7.
42. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 2003;38(3):831–65.
43. Venkatapuram S, Bell R, Marmot M. The right to sutures: Social epidemiology, human rights, and social justice. *Health Hum Rights.* 2010;12(2):3–16.
44. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health.* 2011;10:15–7.
45. Gaffney A, Woolhandler S, Himmelstein D. The Effect of Large-scale Health Coverage Expansions in Wealthy Nations on Society-Wide Healthcare Utilization. *J Gen Intern Med* [Internet]. *Journal of General Internal Medicine*; 2019; Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-019-05529-y>
46. McGlynn EA. There is no perfect health system: All countries need to improve the way they measure and track the quality of patient care. *Health Aff.* 2004;23(3):100–2.
47. Millman M. Access to Health Care in America: Monitoring Access to Personal Health Care Services [Internet]. National Academy Press. 1993. 1-240 p. Available from:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK235882/pdf/Bookshelf_NBK235882.pdf

48. Baeten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies [Internet]. 2018. 74 p. Available from: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=de&pubId=8152&furtherPubs=yes>
49. Meyer SB, Luong TC, Mamerow L, Ward PR. Inequities in access to healthcare: Analysis of national survey data across six Asia-Pacific countries. *BMC Health Serv Res* [Internet]. *BMC Health Services Research*; 2013;13(1):1. Available from: *BMC Health Services Research*
50. National Center for Health Statistics (US). *Health, United States 2018*. Hyattsville (MD); 2019. 65 p.
51. Borgès Da Silva R, Contandriopoulos AP, Pineault R, Tousignant P. A global approach to evaluation of health services utilization: Concepts and measures. *Healthc Policy*. 2011;6(4):106–17.
52. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *Br Med J*. 2003;327(7425):1219–21.
53. Donabedian A. *Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care*. Harvard University Press; 1973. 649 p.
54. Bhuiya A, Hanifi SMA, Urni F, Mahmood SS. Three methods to monitor utilization of healthcare services by the poor. *Int J Equity Health*. 2009;8:1–11.
55. Zhou Z, Su Y, Gao J, Campbell B, Zhu Z, Xu L, et al. Assessing equity of healthcare utilization in rural China: Results from nationally representative surveys from 1993 to 2008. *Int J Equity Health* [Internet]. *International Journal for Equity in Health*; 2013;12(1):1. Available from: *International Journal for Equity in Health*
56. Molina Rodríguez JF, Poblano Verástegui O. Utilización de Servicios de Salud en México. *Salud en Tabasco*. 2006;12(1):427–32.
57. Curioso WH, Pardo K, Valeriano L. Uso de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud del Perú, 2009-2011. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;30(2):1–5.
58. Solís R, Sánchez SE, Carrión M, Samatelo E, Rodríguez-Zubiate R, Rodríguez M. Coverage of health insurance in relation with medical services use, living conditions and perceived health in Lima, Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2009;26(2):136–44.
59. Fuenzalida M. Análisis de desigualdades territoriales en la oferta de equipamientos públicos : El caso de los hospitales en la red asistencial del sistema público de salud en Chile. *Geografía y Sist Inf Geográfica* [Internet]. 2010;1:111–25. Available from: <http://www.gesig-proeg.com.ar>

60. Vargas-Lorenzo I, Luisa Vázquez-Navarrete M, Mogollón-Pérez AS. Acceso a la atención en salud en Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010;12(5):701–12.
61. Tovar-Cuevas LM, Arrivillaga-Quintero M. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: Revisión sistemática crítica. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2014;13(27):7–20.
62. Bernal O, Forero JC, Del Pilar Villamil M, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal*. 2012;31(3):181–7.
63. Garcia-Subirats I, Vargas Lorenzo I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, da Silva MRF, Unger JP, et al. Determinantes del uso de distintos niveles asistenciales en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y Sistema Único de Salud en Colombia y Brasil. *Gac Sanit*. 2014;28(6):480–8.
64. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. *Gac Sanit*. 2016;30(6):415–20.
65. G. AF. Seguridad social y salud en Colombia estado de la reforma. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2010;2(1):1–16. Available from: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/18768>
66. Hernandez M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia [Health reform, equity and the right to health in Colombia]. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2002;18(4):991–1001. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=12118306&lang=es&site=ehost-live>
67. Santa Maria M, Garcia A F, Rozo S, Uribe MJ. UN DIAGNÓSTICO GENERAL DEL SECTOR SALUD EN COLOMBIA: EVOLUCIÓN, CONTEXTO Y PRINCIPALES RETOS DE UN SISTEMA EN TRANSFORMACIÓN Mauricio Santa María S. 1 Fabián García A. Sandra Rozo. María José Uribe 1. FEDESARROLLO; 2013. 1-54 p.
68. Varela A, Carrasquilla G, Tono T, Samper B. Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. *Colomb Med*. 2002;33(3):95–101.
69. DNP(Departamento Nacional de Planeación). Sistema de Seguridad Social en Colombia [Internet]. www.dnp.gov.co. 2019 [cited 2020 Jan 12]. p. 1. Available from: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-empleo-y-seguridad-social/Paginas/Seguridad-Social-Integral.aspx>
70. Titelman D, Uthoff A. Ensayos Sobre El Financiamiento De La Seguridad Social En Salud. Primera. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Naciones Unidas; 2010. 725-758 p.
71. Buitrago RIR. Gestión del aseguramiento en salud. *Rev EAN*. 2013;(67):21.

72. Hernandez Bello A, Román VR. El Sistema Colombiano de seguridad social en salud: Desigualdad y exclusión. *Regist Gerenc y Polit Salud* [Internet]. 2001;1(1):1–14. Available from: <https://fundamusical.org.ve/el-sistema/#.WikdGERIBIU>
73. Cespedes-Londono JE, Jaramillo-Perez I, Castano-Yepes RA. The impact of social security system reform on health services equity in Colombia. *Cad saúde pública / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Esc Nac Saúde Pública*. 2002;18(4):1003–24.
74. Restrepo JH. ¿Qué cambió en la seguridad social con la Ley 1122? *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2007;25(1):82–9.
75. Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano The latest reform of the Colombian healthcare-related social security system. *Salud Pública*. 2012;14(5):8865–77.
76. Romero SL, Cárdenas VE, Mosquera DC. Reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia desde la calidad de la prestación de los servicios [Internet]. Vol. 1, Universidad Santo Tomas. 2018 [cited 2019 Jan 12]. p. 1–17. Available from: <https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/14609/2018vivianmorales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
77. Ramírez Ramírez AM, Rocha Beltrán DE, Durango Suárez LF, Rodríguez Álvarez SB. Implicaciones de la ley estatutaria 1751 de 2015 sobre las entidades promotoras de salud del régimen contributivo. *CES Derecho*. 2016;(2):13–41.
78. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: Una aproximación desde la legitimidad y la regulación. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2017;16(32):34–50.
79. Arévalo MTV, Sánchez DC, Quintero MA, Ossa H de JZ, Hernández PAH, Cuevas LMT. Prevalencia de prácticas sexuales de riesgo en población adulta de Colombia. *Rev Cuba Salud Publica*. 2011;37(4):472–81.
80. Lalinde Ángel M, Molina Marín G, Olarte Lezcano M. Characteristics of users of the Birth Control program: 2007 National Health Survey, Colombia. *Investig y Educ en enfermería*. 2013;31(1):20–5.
81. Arrivillaga DM, Tovar LM, Correa D. Evidencia poblacional y análisis crítico de determinación social sobre el uso del condón en Colombia Population-based evidence and critical analysis of social determinants in the use of condom in Colombia. *Rev Cuba Salud Pública*. 2012;38(4):553–61.
82. Vargas-Peña GS, Gómez-Zona AL, Roa-Piedrahita A. Análisis del manejo del talento humano de los protocolos y normas técnicas y de la percepción sobre la educación recibida por los usuarios Programa de Detección Temprana. Colombia, 2002-2007. *Rev Gerenc y Polit Salud*. 2015;14(29):136–54.

83. Obando Orozco N, Andrián LG. Measuring Changes in Poverty in Colombia: the 2000s [Internet]. Banco Interamericano de Desarrollo. 2016. Available from: <https://publications.iadb.org/en/measuring-changes-poverty-colombia-2000s>
84. Cuevas LMT, Mosquera LNP, Cuevas JRT, Martínez CLZ. Determinantes sociales de la salud autorreportada: Colombia después de una década. *Mundo da Saude*. 2018;42(1):230–47.
85. Colombiano P, Fernando L, Quintero A, Eduardo L, Cruz G, Miguel L, et al. Determinantes del uso de los servicios de salud materna en el litoral Pacífico Colombiano. *Rev Latinoam ciencias Soc niñez y Juv*. 2007;5(1).
86. Martinez Gallego MA. PERFIL NEUROPSICOLÓGICO EN ADULTOS MAYORES COLOMBIANOS SANOS ANALFABETAS Y CON BAJO NIVEL EDUCATIVO [Internet]. Universidad Nacional de Colombia; 2012. Available from: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/10444/598575.2012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
87. Guataquí R, Carlos J, García S, Felipe A, Rodríguez A. El perfil de la informalidad laboral en Colombia. *Perf Coyunt Económica* [Internet]. 2010;(16):91–115. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/861/86120022004.pdf>
88. Bottia M, Sosa LC, Medina C. El SISBEN como mecanismo de focalización individual del régimen subsidiado en salud en Colombia: Ventajas y limitaciones. *Rev Econ del Rosario*. 2012;15(2):137–77.
89. Cortés D, Vargas JF. Documentos CEDE Inequidad Regional en Colombia. 1st ed. Ediciones Uniandes, editor. Bogotá (Col): Facultad Economía Universidad de los Andes; 2012. 76 p.
90. Guarnizo-Herreño CC, Agudelo C. Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. *Rev Salud Pública*. 2008;10(1):44–57.
91. Martínez P, Rodríguez L, Agudelo C C. Equidad en la Política de Reforma del Sistema de Salud. *Rev salud pública*. 2001;3(1):13–39.
92. Sullivan SD, Dalal MR, Burke JP. The Impact of Diabetes Counseling and Education: Clinical and Cost Outcomes From a Large Population of US Managed Care Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educ*. 2013;39(4):523–31.
93. Pedersen CA, Schneider PJ, Ganio MC, Scheckelhoff DJ. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education–2018. *Am J Heal Pharm*. 2019;76(14):1038–58.
94. Mosadeghrad AM. Factors influencing healthcare service quality. *Int J Heal Policy Manag*. 2014;3(2):77–89.
95. Estrada R, Cecilia M, Ospina G, Antonio A. Percepción De Calidad En Servicios De Urgencias Hospitalarias De li Nivel, Risaralda Colombia, 2013. *Investig Andin*.

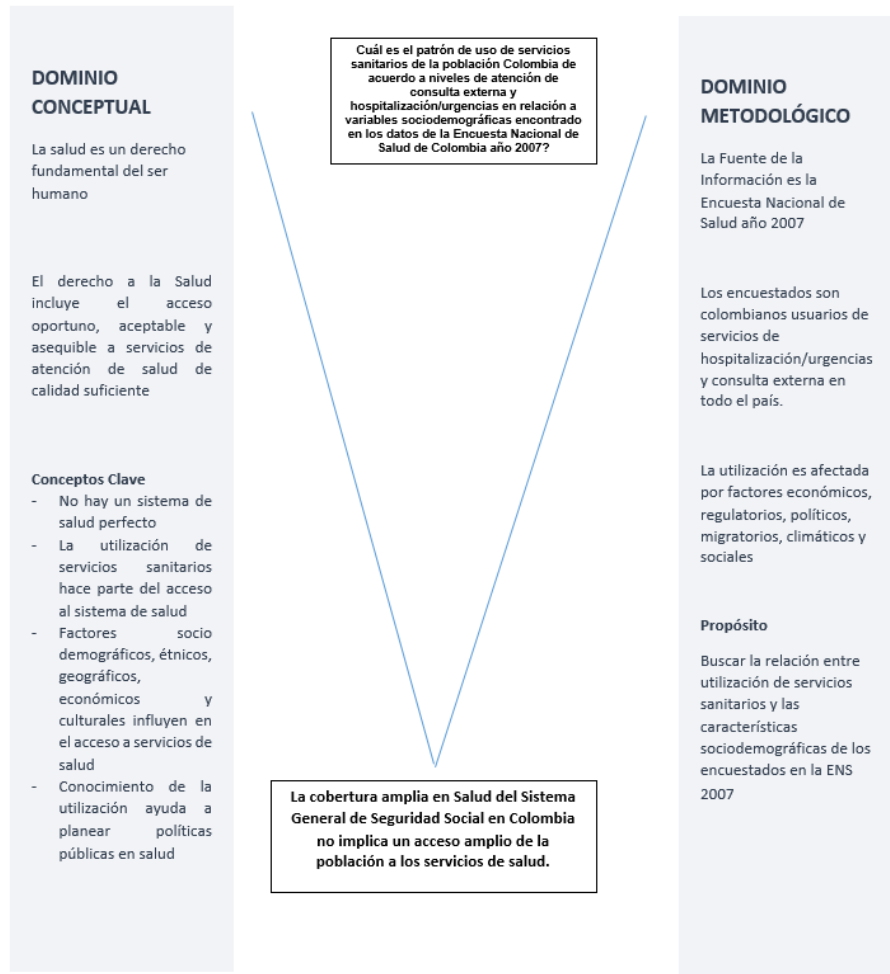
2016;18(32):1507–20.

96. Miguel Perez, Giampaolo Orlandoni, JOsega Ramoni MV. Percepcion de la calidad en la prestacion de servicios de salud con un enfoque Seis Sigma. *J Chem Inf Model*. 2018;44(2):325–43.
97. Yépez M, Ricaurte M, Jurado D. Calidad Percibida De La Atencion En Salud En Un Red Publica. *Univ Salud [Internet]*. 2018;20(2):97–110. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v20n2/0124-7107-reus-20-02-00097.pdf>
98. Ibarra Picón A, Rua Ramirez E, Ibarra Picón A, Rua Ramirez E. Assessment of the user service quality of the emergency department in the public hospital of Yopal, Casanare, Colombia. *Nova [Internet]*. 2018;16(29):21–31. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-24702018000100021&lng=en&nrm=iso&tlng=es
99. Lopera Betancur MA, García Henao ML, Madrigal Ramírez MC, Forero Pulido C. Dificultades para la atención en los servicios de urgencias: la espera inhumana. *Invest educ enferm*. 2010;64–72.
100. Hong R, Baumann BM, Boudreaux ED. The emergency department for routine healthcare: Race/ethnicity, socioeconomic status, and perceptual factors. *J Emerg Med*. 2007;32(2):149–58.
101. Donabedian a. The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*. 1997;260(12):1743–8.
102. Aparicio-Rodrigo M, Balaguer-Santamaría A. Con breves sesiones de educación sanitaria pueden aumentarse las tasas de lactancia materna exclusiva. *Evidencias en Pediatría*. 2007;3(93):2005–7.
103. Rocha M, Socarrás F, Rubio D. Prácticas de atención del parto en una institución prestadora de servicios de salud en la ciudad de Bogotá. *Rev la Fac Nac Salud Pública [Internet]*. 2019;37(1):14. Available from: <https://search.proquest.com/docview/2186913234/E6DDA432F024491DPQ/1?accountid=201395>
104. Tunçalp, Were WM, Maclennan C, Oladapo OT, Gülmezoglu AM, Bahl R, et al. Quality of care for pregnant women and newborns - The WHO vision. *BJOG An Int J Obstet Gynaecol*. 2015;122(8):1045–9.
105. Nolan T, Angos P, Cunha AJLA, Muhe L, Qazi S, Simoes EAF, et al. Quality of hospital care for seriously ill children in less-developed countries. *Lancet*. 2001;357(9250):106–10.
106. Marky Bazán GA. Satisfaccion Según Percepcion De Los Padres Y Cuidado Enfermero Al Niño Con Infeccion Respiratoria Aguda En El Hospital Nacional Dos De Mayo Diciembre 2012 [Internet]. 2013. Available from: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/278/1/Marky_ga.pdf

107. Pinchak MC, Hackembruch C, Algorta G, Rubio I, Montano A, Pírez MC, et al. Estrategia de atención hospitalaria de niños con infección respiratoria aguda baja. *Arch pediatr Urug*. 2007;78(1):15–22.
108. Mokomane M, Kasvosve I, Melo E de, Pernica JM, Goldfarb DM. The global problem of childhood diarrhoeal diseases: emerging strategies in prevention and management. *Ther Adv Infect Dis* [Internet]. 2018 Jan 7;5(1):29–43. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2049936117744429>
109. Cáceres DC, Estrada E, DeAntonio R, Peláez D. La enfermedad diarreica aguda: un reto para la salud pública en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(1):6–14.
110. Rostami F, Hassan STS, Yaghmai F, Ismaeil SB, Suandi T Bin. Effects of family-centered care on the satisfaction of parents of children hospitalized in pediatric wards in a pediatric ward in Chalooos in 2012. *Electron physician*. 2015;7(2):1078–10784.
111. Rice AL, Sacco L, Hyder A, Black RE. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bull World Health Organ*. 2000;78(10):1207–21.
112. Ginnette M, Paipilla R. Informe de evento mortalidad por y asociada a desnutrición en menores de cinco años. Colombia, 2017 [Internet]. 2018. Available from: <https://www.ins.gov.co/Paginas/Inicio.aspx>

8. ANEXOS

a. Anexo a. V de Gowin



Anexo b. Tabla de Operacionalización de las Variables Consulta Externa ENS 2007

ENCUESTA CONSULTA EXTERNA						
Macrovariable	Código	Nombre	Definición	Tipo Variable	Naturalidad	Valor
SOCIODEMOGRÁFICA	603	Área		Categoría	Polinómica	1: Cabecera Municipal 2: Centro Poblado 3: Rural Disperso
	602	Edad Usuario	Edad en años del encuestado	Cuantitativa	Continua	1, 2, 3, 4, ...
	605	Sexo Usuario	Sexo del encuestado	Categoría	Dicotómica	1: Femenino 2: Masculino
	606	Entidad de Afiliación	Entidad prestadora de servicios de salud a la cual está afiliado	Categoría	Polinómica	1: Contributivo 2: Subsidado 3: Especial 4: Otras. 5: Ninguno
	607	Encuestado por el SISBEN	Se ha realizado encuesta de Sisben	Categoría	Polinómica	1: Si. 2: No. 3: No sabe
	608	Nivel educativo más alto alcanzado	Nivel educativo alcanzado por el encuestado	Categoría	Polinómica	1: Ninguno 2: Preescolar 3: Básica Primaria 4: Básica Secundaria 5: Técnico 6: Universitaria sin título 7: Universitaria con título 8: Postgrado sin título 9: Postgrado con título 10: No trabaja pero tiene trabajo 11: Buscando Trabajo 12: Estudiando 13: Oficina del hogar 14: Otra actividad 15: Incapacitado para trabajar
	610	Actividad que más tiempo ocupó hace 1 semana	Actividad en la que el encuestado más ocupó su tiempo la semana pasada	Categoría	Polinómica	
	Datos de la Atención	701	Atenciones recibidas Hoy	Atención recibida en la IPS por el usuario el día de la encuesta	Categoría	Polinómica
702		Consulta programada o prioritaria	Se define la prioridad de la consulta	Categoría	Dicotómica	1: programada. 2: prioritaria
704		El lugar donde se asignaron la IPS	Se pregunta si pudo elegir IPS para atención	Categoría	Dicotómica	1: Le eligió. 2: Se le asignó
707		Claridad en el informe actual del estado de salud	Se evalúa la claridad en el reporte de estado de salud	Categoría	Polinómica	1: Si. 2: No. 3: No Aplica
708		Recibir explicación del tratamiento a realizarse	Se evalúa al encuestado si su tratamiento fue explicado	Categoría	Polinómica	1: Si. 2: No. 3: No Aplica
736a		Sentirse molesto o incómodo durante la atención	Percepción de molestia durante la atención	Categoría	Dicotómica	1: Si. 2: No
736		Causas de molestia durante la atención	Percepción de molestia durante la atención y su causa	Categoría	Polinómica	a: Por la forma en que le hablan las personas que lo atienden. b: Por lo que le pidieron hacer durante la atención. c: Por el examen que le hizo alguna de las personas que lo atendió. d: Por la falta de cortesía y simpatía de las personas que lo atienden. e: Por la poca atención que se le dio a su problema de salud. f: Por comentarios hechos en voz alta y en presencia de otras personas sobre su estado de salud. g: Por algún procedimiento hecho en presencia de otras personas sin su autorización.

Tabla 11 Tabla de Operacionalización de Variables de usuarios en Consulta Externa. ENS 2007

Anexo c. Operacionalización de las Variables Hospitalización/Urgencias ENS 2007

Encuesta a Usuarios Hospitalizados y Atención de Urgencias						
Micromodulador	Código	Nombre	Definición	Tipo Variable	Medida de Escala	Valores
Sociodemográfica	634	Área	Ubicación geográfica de Residencia	Categoría	Polifónica	1. Cardenalito, Mariscal 2. Centro Poblado 3. Rural Uruguayo
	635	Edad Usuario	Edad en Años	Cuantitativa	Cuantitativa	1, 2, 3, 4, ...
	636	Sexo Usuario	Sexo	Categoría	Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
	638	Entidad de Afiliación	Entidad aseguradora	Categoría	Polifónica	1. Cuantitativa 2. No cobrada 3. Urgencia 4. Otras 5. Ninguno
	639	Encuestado por el ICSUR	Se ha realizado encuesta de Surcos	Categoría	Polifónica	1. Si 2. No 3. No sabe
	640	Nivel educativo más alto alcanzado	Nivel educativo alcanzado por el encuestado	Categoría	Polifónica	1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Educación Superior 5. Técnico 6. Sin educación concluida 7. Universidad no graduado 8. Postgrado no graduado 9. Postgrado con título
	630	Actividad que más tiempo ocupó hace 3 semanas	Actividad en la que el encuestado más ocupó su tiempo la semana pasada	Categoría	Polifónica	1. No trabajó o poco tiempo a largo 2. Encuestado a largo 3. Jubilado 4. Oficio del hogar 5. Otra actividad
Datos de la Atención	708	Atención recibida en la institución el día de hoy	Definición de la causa de la atención del encuestado	Categoría	Polifónica	1. Hospitalización por causa no obstétrica (embarazo de urgencia) 2. Hospitalización por causa obstétrica (parto o parto programado de urgencia) 3. Admisión del parto o parto programado de urgencia 4. Admisión del parto o parto programado (cesárea) 5. Admisión de urgencia no obstétrica 6. Admisión de urgencia obstétrica
	709	Clasificación en la información en el estado de salud en esta atención	Percepción sobre la información en estado de salud de la institución	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	711	Repercusión de cubrir los gastos de atención	Información sobre la forma como fueron cubiertos los gastos de atención	Categoría	Polifónica	1. SI 2. Admisión (seguro de salud o plan complementario) 3. Seguro de salud o afiliación 4. Recursos Propios 5. SUI 6. Empleado 7. Indagado por Faja de Seguridad Social (FONSA)
	730	Se sinte incómodo o incómodo durante la atención	Percepción sobre la comodidad durante la atención	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	731	Se recibió información sobre el estado de salud en esta atención	Percepción sobre la información recibida durante la atención	Categoría	Dicotómica	1. Por la forma en que le hablaron las personas que lo atendieron 2. Por la cantidad de información recibida durante la atención 3. Por el momento que le hizo algunas de las preguntas que lo atendió 4. Por la falta de claridad y la rapidez de las personas que lo atendieron 5. Por la poca atención que le dio a su problema de salud 6. Por los comentarios hechos en voz alta y en presencia de otros, personas que no le pertenecen al estado de salud 7. Por algún procedimiento hecho en presencia de otros, personas que no pertenecen al estado de salud
	732	Causas de incómodo durante la atención	Percepción sobre la comodidad durante la atención y lista de causas que pueden hacer incómoda la atención	Categoría	Polifónica	1. Sentido por el ruido de la institución 2. Falta de espacio o confort 3. Higiene de la institución 4. No se respeta la privacidad 5. Sentido por aglomeración 6. Sin 7. Admisión del parto 8. Incómodo durante la atención 9. Información y expectativas de la atención 10. Otros
	721	Razón de visita a la institución	Causa por la cual acudió a los servicios	Categoría	Polifónica	1. Atención por accidente de tránsito 2. Infección de garganta o cuerno 3. Higiene de la institución 4. No se respeta la privacidad 5. Sentido por aglomeración 6. Sin 7. Admisión del parto 8. Incómodo durante la atención 9. Información y expectativas de la atención 10. Otros
Atención del Parto	812	Ante de recibir la información como cuidador de la institución de parto	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	821	Si se fue vacunado en la institución	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	900	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
Atención del niño con deshidratación	900	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	900	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
Atención del niño con Infección Respiratoria Aguda	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
Atención del niño con desnutrición	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No
	1000	Se enseñaron a preparar suero oral	Percepción de recibir información sobre cuidado de la institución de parto	Categoría	Dicotómica	1. Si 2. No

Tabla 12 Operacionalización de las Variables en usuarios Hospitalización/Urgencias. ENS 2007

Anexo d. Aspectos Administrativos

No se requirió ninguna inversión económica para la realización de este trabajo más allá del pago de la matrícula para cubrir los créditos de seminario de investigación en la Maestría de Salud Pública.

El trabajo requirió del tiempo propio del investigador, fue realizado durante marzo a octubre del año 2020

Anexo e. Carta Aprobación Comité de Ética



Contactos:

Correo electrónico: comite_eticauninorte@uninorte.edu.co

Página Web: www.uninorte.edu.co/divisiones/salud/comite_etica

Teléfono: 3509280 – 3509509 Ext. 3493

4. El Investigador principal deberá:

- a. Informar cualquier cambio que se proponga a introducir en el proyecto. Estos cambios no podrán ejecutarse sin la aprobación previa del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL AREA DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE. Si estos son necesarios para minimizar o suprimir un peligro inminente o un riesgo grave para los sujetos que participan en la investigación deben ser notificados al comité de ética tan pronto sea posible cuando aplique.
- b. Notificar cualquier situación imprevista que implica algún riesgo para los sujetos comunidad o el medio en el cual se lleva a cabo el estudio cuando aplique.
- c. Informar la terminación prematura o suspensión del proyecto explicando causas y razones.
- d. Presentar a este comité un informe cuando haya transcurrido un año, contado a partir de la aprobación del proyecto. Los proyectos con duración mayor a un año, serán reevaluados a partir del primer informe entregado.
- e. Todos los proyectos deben entregar al finalizar un informe final de cierre del estudio, firmado por el investigador responsable.

5. Concepto del Comité de Ética:

- a. En reunión del Comité de Ética en Investigación en el Área de la Salud de la Universidad del Norte, efectuada el 30 de julio de 2020, y legalizada mediante acta No. 213, el consenso de sus miembros aprueba el proyecto de investigación: "Análisis del uso de servicios sanitarios por la población colombiana de acuerdo con niveles de atención que incluyen consulta externa y hospitalización/urgencia en relación a variables del entorno sociodemográfico a partir de los datos de la encuesta nacional de salud 2007"

Atentamente,

DANIELA DÍAZ AGUDELO, Enf. M.Sc.

Presidente Comité De Ética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad del Norte.

 **UNIVERSIDAD DEL NORTE**
Comite de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

ENTREGADO 05 A60, 2020