# DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS EN COLOMBIA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA, 2013.

**MARÍA ISABEL PINZÓN OCHOA**
**Código. 12802009**

**UNIVERSIDAD DE SANTANDER-UDES-**
**FACULTAD DE MAESTRIAS**
**MAESTRIA EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**
**BUCARAMANGA**
**2015**

# DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA,CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS EN COLOMBIA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA, 2013.

María Isabel Pinzón Ochoa

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR EL TITULO DE MAGISTER EN GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

**DIRECTORA DE TESIS**
Adriana Angarita Fonseca
Docente Fisioterapeuta Msc. Epidemiologia

**CO-DIRECTORA DE TEISIS**
Rocío del Pilar Martínez Marín
Docente Fisioterapeuta Msc. En Gestión de Servicios de Salud

**UNIVERSIDAD DE SANTANDER-UDES-**
**FACULTAD DE MAESTRIAS**
**MAESTRIA EN GESTION DE SERVICIOS DE SALUD**
**BUCARAMANGA**
**2015**

UNIVERSIDAD DE SANTANDER UDES
DIRECCIÓN DE POSGRADOS
COMITE DE TRABAJOS DE GRADO
ACTA DE EVALUACION DE TRABAJOS DE GRADO

En Bucaramanga, a los doce (12) días del mes de Diciembre de 2014, se reunió el Comité de Trabajos de Grado de la Dirección de Posgrados, el cual conceptuó que la estudiante mencionada a continuación, cumplió con los requisitos exigidos por la UDES para la culminación del trabajo de grado en la Maestría de Gestión de Servicios de Salud:

| CODIGO | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | NOMBRE (S) |
|---|---|---|---|
| 12802009 | PINZÓN | OCHOA | MARÍA ISABEL |

**TÍTULO DEL TRABAJO DE GRADO:**

Director Trabajo de Grado: ADRIANA ANGARITA FONSECA

Docentes Evaluadores: JHANCY ROCÍO AGUILAR JIMÉNEZ
JUAN CARLOS URIBE CAPUTI

Docentes Asesores:

CALIFICACIÓN: (En números y letras). TRES, NUEVE (3,9)

En constancia firman:

GLADYS YOLANDA LIZARAZO
Directora de Posgrados

CARLOS PAREDES GOMEZ
Coordinador Maestría

JHANCY ROCÍO AGUILAR JIMÉNEZ
Evaluador

JUAN CARLOS URIBE CAPUTI
Evaluador

## DEDICATORIA

*Dedico este esfuerzo personal en culminar mi trabajo de grado especialmente a mi hija y esposo, quienes han sido el pilar de mi crecimiento personal. A mis padres, por sus valiosas enseñanzas de vida y formación en valores, quienes han sido un apoyo incondicional en cada paso. Este trabajo es fruto de mi dedicación y amor por mi carrera académica que me genera gran satisfacción personal.*

**AGRADECIMIENTOS**

*En primera instancia, quisiera agradecer a Dios y a la Virgen por permitirme dar un paso más de su mano hacia otra etapa de mi formación profesional. Segundo, doy gracias a mi asesora de tesis por ser el soporte y su acompañamiento. Finalmente, a mi familia por cada onza de paciencia, por regalarme el espacio que me permitió culminar este trabajo.*

CONTENIDO


| | Pág. |
|---|---|
| RESUMEN | |
| ABSTRAC | |
| INTRODUCCIÓN | 16 |
| 1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 19 |
| 1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA | |
| 223 | |
| 2. JUSTIFICACIÓN | 234 |
| 3. OBJETIVOS | 27 |
| 3.1 OBJETIVO GENERAL | 27 |
| 3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS | 27 |
| 4. MARCO REFERENCIAL | 28 |
| 4.1 SOBRE LA DEFINICIÓN DE SALUD E IMPLICACIONES EN EL MARCO LEGAL | 28 |
| 4.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD | 30 |
| 4.3 DESCRIPCION DEL MODELO COMPORTAMENTAL DE ADAY ANDERSEN | 31 |
| 4.4 DETERMINANTES DE LA SALUD | 34 |
| 4.4.1 OPERATIVIZACION DE LA POSICION SOCIOECONOMICA | 39 |
| 4.5 BARRERAS DE ACCESO EN SALUD | 43 |
| 4.6 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD EN COLOMBIA | 43 |
| 4.7 LA DEFINICIÓN, LIMITES Y PROPÓSITO DEL SISTEMA DE SALUD | 45 |
| 4.8 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO | 47 |
| 4.9 ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD | 48 |
| 4.9.1 RECTORIA REGULACION Y SUPERVISION | 48 |
| 4.9.2 COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 49 |
| 4.9.3 PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD | 52 |
| 4.9.3.1 SERVICIO DE CONSULT EXTERNA | 54 |
| 4.9.3.2 SERVICIO DE URGENCIAS | 55 |
| 4.9.3.3 ACTIVIDADES DE PROMOCION Y PREVENCION | 56 |
| 4.10. CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD | 59 |
| 5. METODOLOGIA | 64 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDIO | 64 |
| 5.2 HIPOTESIS OPERATIVA | 64 |
| 5.3 POBLACION Y MUESTRA | 64 |
| 5.4 VARIABLES DE ESTUDIO | 66 |
| 5.5 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN | 67 |
| 5.6 INSTRUMENTO | 67 |
| 5.7 PROCEDIMIENTO DE LA ECV-2013 | 69 |
| 5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO | 72 |
| 5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 73 |
| 6. RESULTADOS | 74 |
| 6.1 ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA | 74 |
| 6.2 ACCESO A SERVICIOS DE URGENCIA Y CONSULTA EXTERNA | 82 |
| 6.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD | 90 |
| 7. DISCUSIÓN | 91 |
| 7.1 COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD | 91 |
| 7.2 ACCESO A SERVICIOS | 93 |
| 7.3 DETERMINANTES DE ACCESO A SERVICIOS | 95 |

7.4 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS 98
7.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO 98
7.6 FORTALEZAS DEL ESTUDIO 98
8. CONCLUSIONES 100
9. SUGERENCIAS 101
9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 102
10. PRESUPUESTO 103
10.1 GENERAL 103
10.2 DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL 103
10.3 DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS Y ASESORÍAS 103
10.4 IMPRESOS Y PUBLICACIONES: DESCRIPCIÓN DE PUBLICACIONES 104
10.5 DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS VIAJES 104
10.6 MATERIALES E INSUMOS 104
BIBLIOGRAFÍA 105
ANEXOS 111

## LISTA DE TABLAS

**Pág.**

**Tabla 1**. Distribución de la afiliación al régimen subsidiado en Colombia por Departamento……. …….…… 41
**Tabla 2**. Distribución de la afiliación al régimen Contributivo en Colombia por Departamentos…….. .. 49
**Tabla 3**. Distribución de EPS en el territorio colombiano……..... 50
**Tabla 4**. Prestadores servicios públicos en Colombia .....51
**Tabla 5**. Prestadores servicios privados en Colombia.....52
**Tabla 6.** Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud……53
**Tabla 7**. Variables según los componentes del modelo de Andersen. .....66
**Tabla 8**. Características predisponentes de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud, 2013. .....74
**Tabla 9**. Capacidad de recursos de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud, 2013 .....75
**Tabla 10**. Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial e seguridad social en salud. .....76
**Tabla 11**. Uso de los servicios de salud de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud. .....77
**Tabla 12**. Características predisponentes de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. .....77
**Tabla 13**. Capacidad de recursos de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. .....78
**Tabla 14**. Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. .....80
**Tabla 15**. Determinantes del acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. Análisis multivariado. (Linktest= 0.401).....81
**Tabla 16**. Determinantes del acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. Caracteristicas predisponentes de la poblacion con problemas de slaud en los ultimos 30 dias. 2013 .....82
**Tabla 17**. Capacidad de recursos de la poblacion con problemas de salud en los ultimos 30 dias. .....83
**Tabla 18**. Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, 2013. (Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977) .....85
**Tabla 19**. Características predisponentes de la población con problemas de salud en los últimos 30 días asociadas al acceso a los servicios de urgencia y consulta externa, 2013. .....86
**Tabla 20**. Capacidad de recursos de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. .....86
**Tabla 21**. Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población con problemas de salud asociadas al acceso a los servicios de urgencia y consulta externa, 2013.....87
**Tabla 22**. Determinantes del acceso a los servicios de urgencia y consulta externa, 2013. Análisis multivariado. (Linktest= 0.056).....89

**Tabla 23**. Calidad de los servicios de salud recibido por la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud. .....89
**Tabla 24**. Calidad de los servicios de salud recibidos por la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social .....90
**Tabla 25.** Porcentaje de personas con acceso a prevención primaria por región geográfica, 1997, 2012 y 2013. .....93
**Tabla 26**. Porcentaje de personas con acceso a consulta externa y urgencias por región geográfica, 1997, 2012 y 2013. .....94
**Tabla 27.** Síntesis de los determinantes socioeconómicos asociados con acceso a servicios de prevención primaria. ECV 2013 .....95
**Tabla 28.** Síntesis de los determinantes socioeconómicos asociados con acceso a consulta externa o urgencias. ECV 2013. .....97

## LISTA DE FIGURAS

**Pág.**

Figura 1. El modelo de acceso a los servicios de salud de Andersen (1995)….....33
Figura 2. Los determinantes en salud……..…. ...35
Figura 3. Interacciones de los principales determinantes de la salud ……..... ..38
Figura 4. Mapa del modelo de sistema de salud en Colombia …… ..……....48
Figura 5. Organigrama de la operativización del procedimiento…… ……..70

## LISTA DE CUADROS

**Pág.**

**Cuadro 1.** Componentes y evolución del modelo de Aday y Andersen. 32

## LISTA DE ANEXOS

**Pág.**

Anexo 1. Encuesta nacional de calidad de vida ..... 111

Anexo 2. Variables dependientes: Acceso a los servicios de salud de prevención primaria y acceso a los servicios de salud de urgencia y consulta externa ..... 147

Anexo 3. Variable déficit de vivienda ..... 152

## RESUMEN

**TÍTULO:** DETERMINANTES SOCIOECONÓMICOS DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA, CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS EN COLOMBIA: ANÁLISIS SECUNDARIO DE LA ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA, 2013***.**

**AUTORA:** MARÍA ISABEL PINZÓN OCHOA****.**

**PALABRAS CLAVE**: Acceso, equidad en salud, prestación, utilización, percepción del estado de salud.

**DESCRIPCIÓN**

**Objetivo:** Utilizando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en Colombia durante el año 2013, se encontraron determinantes socioeconómicos del acceso a servicios de salud como prevención primaria, consulta externa y urgencias para la población Colombiana.
**Metodología:** Se realizó un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada en Colombia durante el año 2013. En primera instancia, fueron incluidas personas mayores de 15 años, y excluidas pertenecientes al régimen especial de seguridad social en salud. La variable dependiente fue: Sin estar enfermo(a) y consulta por prevención por lo menos una vez al año al médico, odontólogo o ambos. Un segundo análisis fue realizado excluyendo las personas que no presentaron problemas de salud en los últimos 30 días. La variable dependiente fue: atención formal de salud en urgencia o consulta externa por el problema de salud. Para identificar los determinantes del acceso real a servicios de salud, se utilizaron modelos lineales generalizados para muestras complejas, donde la función de enlace fue el logaritmo de la proporción de la variable dependiente y la distribución de Poisson. Las variables explicativas se clasificaron según los componentes del modelo de Andersen, R (1995) en predisponentes, de capacidad, de recurso y de necesidad.
**Resultados:** Del acceso a los servicios de prevención primaria, se incluyeron 50.532 personas que representaba a 31’968.124 colombianos. Los resultados del análisis multivariado indicarón que los género masculino, las personas que pertenecían a un grupo étnico, aquellas que trabajaron en la semana anterior a la encuesta, que habitaban viviendas en déficit, que no tenían clasificación de estrato socioeconómico, que estaban afiliadas al régimen subsidiado, no sabían o no estaban afiliadas al sistema de seguridad social en salud, y quienes habían interpuesto una acción de tutela, presentaron una probabilidad de acceso a servicios de prevención significativamente menor. Por otro lado, las personas entre 39 y 103 años, con compañero permanente, con escolaridad secundaria o superior, de estrato socioeconómico medio o alto, del área urbana, con limitaciones permanentes, con estado de salud malo o muy malo, que habían recibido acciones de promoción y prevención por la secretaría o municipio, que han recibido subsidios, y que estaban en los dos quintiles superiores de ingresos del hogar presentaron una probabilidad significativamente mayor de acceder a los servicios de prevención. En el análisis de acceso a servicios de urgencia y consulta externa, se incluyeron 5.758 personas que representaban 3’348.977 colombianos. La prevalencia de acceso a estos servicios fue de 74.3%. En el análisis multivariado, se encontró asociación significativa y positiva entre acceso y estado de salud malo o muy malo; y menor probabilidad de acceso estadísticamente significativa con percepción de pobreza y pertenecer al régimen subsidiado o no saber o no estar afiliado al sistema de seguridad social en salud.
**Conclusiones:** Las características de capacidad de recurso y necesidad del modelo de Andersen continúan influyendo sobre el acceso a los servicios de salud de prevención primaria, consulta externa y urgencias en Colombia.


---

*Tesis de grado


** Facultad de Maestrías. Maestría en gestión de servicios de salud. Directora: Ft, Msc. Adriana Angarita Fonseca. Co-directora: Ft, Msc. Rocío del Pilar Martínez Marín.

## ABSTRACT

**TITLE:** SOCIOECONOMIC DETERMINANTS OF ACCESS TO PRIMARY PREVENTION, PRIMARY CARE CONSULTATION, AND EMERGENCY CONSULTATION IN COLOMBIA: SECONDARY ANALYSIS OF NATIONAL SURVEY OF QUALITY OF LIFE, 2013*.

**AUTHOR:** MARÍA ISABEL PINZÓN OCHOA**

**KEY WORDS:** Access, health equity, health care delivery, and perception of health status.

**Objective:** Using the National Survey on Quality of Life in Colombia during 2013, found socioeconomic determinants of access to health services such as primary prevention, primary care consultation, and emergency consultation in the Colombian population.
**Methods:** It was made a secondary analysis of the National Survey on Quality of Life in Colombia during 2013. At first, people older than 15 years were included, and those who belonged to special social security health regime were excluded. The dependent variables were: Without being sick and to attend for prevention to primary care at least once a year to the physician, dentist, or both. The second part of the analysis, people who had no health issues in the past 30 days was excluded. The dependent variable was: The formal health care provided in outpatient consultation and emergency cause by a health issue. To identify the determinants of real access was used generalized linear models for complex samples where the link function was logarithm ratio of the dependent variable and Poisson's error distribution. The explanatory variables were categorized according to Andersen's model (1995) in predisposing components by resources, capacity and need.
**Results:** About the access to primary prevention, 50,532 individuals representing 31,968,124 Colombians were included. The results of the multivariate data analysis showed that the being male, people who belong to an ethnic group, those who worked in the week prior to the survey, which inhabited housing deficit, which had no classification of socioeconomic status, which were affiliated to the subsidized regime, that did not know if were affiliated to the social security health and who had filed out a petition right for protection had the probability of access to primary prevention health services significantly lower than the rest of the population. On the other hand, people between 39 and 103 years, that had a life partner, with secondary or higher level of education, middle or high socioeconomic status, in urban area, with permanent restrictions, poor health status or even very poor, who received shares promotion and prevention of the secretariat or municipality, that have received contributions, and that were in the top two quintiles of household income had a significantly higher probability of accessing prevention services. 5,758 individuals representing 3,348,977 Colombians were included in the analysis of access to emergency services or outpatient consultation. The prevalence of access to those was 74.3%. In multivariate data analysis, significant and positive association was found between access and poor or very poor health status; and a lower probability statistically significant of access to health services with the variable poverty perception and being part of subsidized regime or not knowing or not being affiliated to the social security health.
**Conclusions:** The characteristics of resource capacity and necessity Andersen's model still continue influencing access to primary health services and tertiary prevention in Colombia.


*Work of grade.

** Masters Faculty. Master of Management and Health Services. Director: PT, Msc. Angarita Adriana Fonseca. Co-director: PT, Msc. Rocio Martinez del Pilar Marin.

## INTRODUCCIÓN

El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace referencia a «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»[1] La cita que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional indica la confluencia entre los diferentes ámbitos que tienen impacto (biológico, social, político y económico); ya sea en la esfera individual y/o colectiva. En la búsqueda de ese completo estado de bienestar, se evidencian las barreras que obstaculizan dicho proceso como la inequidad en el acceso a los servicios de salud, explicada por la situación económica, política, administrativa, geográfica, social, cultural y ambiental, que impiden la resolución de las necesidades sanitarias y un buen estado de salud. Esto imposibilita, tanto a individuos como familias, lograr el desarrollo personal y genera así insatisfacción en la población[2].

Históricamente, aspectos relacionados con los determinantes del acceso a los servicios sanitarios han sido objeto de estudio. Existen referentes desde finales del siglo XIX, publicaciones cuyo objetivo era evaluar la calidad de vida y su relación con la salud, no sólo aspectos descriptivos, epidemiológicos sino también comprendían la percepción del individuo sobre su condición de salud. Los resultados que fueron producto de dichos estudios ilustraban una visión subjetiva del problema, lo cual generó gran polémica; ya que sólo hechos y una visión objetiva influenciaba las decisiones del estado, el cual era capaz de transformar la condición de vida de la población[3].

Los indicadores sanitarios han sido tradicionalmente la manera objetiva de ilustrar el estado de salud de un individuo y/o población mediante tasas de morbilidad, tasas de mortalidad y expectativa de vida. Hoy día se ha determinado que los aspectos antes mencionados, no son los únicos que intervienen en la condición de salud de las personas, si bien es cierto factores como los socioeconómicos donde la resistencia a la aparición de la enfermedad se debe a las características socialmente producidas, le marcan a la persona la condición social y económica en la que vive y a su vez le modifican el estado de salud; para tal efecto las características de un empleo, el tipo de trabajo que se realice, la exclusión social, nivel socioeconómico, nivel de estudios y el ambiente externo producen acontecimientos como la pobreza, corta escolaridad, mala calidad de vida en la vivienda, como hechos concluyentes de inequidades sanitarias [4].

Al respecto la conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud(World Conferencia)[5]; 19-21 de octubre de 2011 Río de Janeiro, Brasil convocada por la

---

[1]ALCANTARA MORENO, Gustavo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. En: *SAPIENS*. 2008, vol.9, no. 1, p. 93-107 .

[2]SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Cienc. enferm.* 2003, vol.9, no. 2, p. 9-21.

[3] ALFARO, Eyleen.Uso de las concepciones teoricas sobre los determinantes sociales de la salud.Universidad de Costa Rica.Doctorado en Salud Publica

[4] RODRIGUEZ,Jorge.Determinantes Socioeconómicos y Salud en Canarias el caso de los factores de riesgo Cardiovascular. I.S.B.N.: 978-84-7756-946-6.pg 397

[5] Tomado de: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf

OMS, donde participarón mas de 1000 personas; en donde representantes de 125 estados, debatierón y compartierón experiencias sobre el abordaje de los determinantes sociales en salud; al resaltar la intervención del Dr. Purnima Mane, donde manifestó que los factores sociales eran el resultado de desigualdades, no solo en salud sino en todos las esferas que rodean al individuo, sin embargo la mayoría de los países no están ejecutado acciones que impacten en este aspecto, y a su vez hay un retraso el Desarrollo de los Objetivos del Milenio, de igual manera hace un llamado a los países a trabajar de forma coordinada en todos los sectores sociales,políticos,económicos, culturales y ambientales para llegar hasta todas las poblaciones con el lema salud para todos y concientizar a los gobiernos que el tema de salud sea transversal en los planes nacionales. Por lo cual, se considera de carácter imperativo implementar dentro del análisis de sistemas de salud, el concepto de «acceso» desde la percepción del usuario, utilizando instrumentos estadísticos que cuenten con la validez, para considerar su aporte como evidencia científica que logre contribuir en la toma de decisiones de las autoridades sanitarias de un país[6].

Dentro del contexto del desarrollo de las políticas económicas -y en ellas las políticas de salud juegan un rol predominante en países en vías de desarrollo, cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener una población saludable. Siendo la «equidad en la prestación de los servicios de salud», el punto crítico, ya que la falta de acceso oportuno a la prestación y atención de problemas sanitarios de una comunidad, ha obligado a estos gobiernos a centrarse en reformas de estructura en los sistemas de salud, en lo concerniente a financiamiento y prestación de servicios. Lo cual ha convertido a la salud en un “proceso mercantilista”, desde una visión del paradigma neoliberal. Desde el año 1993 el sistema de salud Colombiano se ha propuesto ampliar la cobertura de aseguramiento en seguridad social y prestación de servicios, tanto a nivel colectivo e individual, permitiendo la participación del sector público y privado en el proceso de oferta y demanda de los servicios de salud[7].

En este orden de ideas, la prestación de los servicios de salud en Colombia, a pesar de ser considerado un bien público a cargo del estado, presenta serias deficiencias a nivel estructural y organizacional en relación con la oferta. Día a día se refuerza la relación entre el incremento del porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI), barreras geográficas y deficiencia en la sostenibilidad financiera de las entidades prestadoras de salud (EPS). Esto se evidencia en el aumento del número de reclamaciones a Supersalud, la Defensoría del Pueblo y un sinnúmero de derechos de petición presentados ante la Corte Constitucional. Inclusive, las entidades aseguradoras de salud presentan falencias hasta en la oportunidad de entrega de medicamentos, programación de cirugías, realización de

---

[6]DANESE, Laura; SOSA, Sandra y VALENCIA, Atanacio. Analysis of Changes in the Association of Income and the Utilization of Curative Health Services in Mexico Between 2000 and 2006. En: *BMC Public Health.* 2014. vol.11, no. 2011, p. 771.
[7] MEJÍA, Aurelio; SÁNCHEZ, Andrés y TAMAYO, Juan. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2007. vol. 9, no. 1, p. 26-38.

pruebas diagnósticas, siendo estas parte del Plan Obligatorio de Salud (POS) de Colombia[8].

Vargas y Bellaterra (2009), realizaron un estudio exploratorio y descriptivo, que identificó las barreras para el uso de los servicios de salud en Colombia, enfatizando en la cobertura y afiliación, tanto al régimen subsidiado como contributivo. Mediante entrevistas a usuarios y profesionales de la salud encontraron que gran parte consideraba que la falta de recursos económicos era la principal barrera para acceder a los servicios de salud del área urbana, así como el acceso a medicamentos, pruebas diagnósticas y atención especializada, (por cada servicio se realiza copago). Adicionalmente, se indicó el absoluto desconocimiento de los derechos y servicios de la red de prestación, tanto para el área urbana como la rural; así como el número de hijos y la falta de apoyo familiar fueron considerados como barreras de acceso[9].

Dentro de los modelos de análisis de barreras para el acceso a los servicios de salud, el más utilizado es del modelo comportamental de Andersen R. (1995)[10]. El presente trabajo de grado se enfatizó en el componente de capacidad de recurso, de este modelo aunque se tuvieron en cuenta las características de la población, las necesidades, el uso de los servicios de salud, el sistema de salud, la satisfacción y el estado de salud percibido. De esta manera se buscó identificar los determinantes socioeconómicos que influyen sobre el acceso a los servicios de salud de prevención primaria, consulta externa y urgencias. Utilizando los datos obtenidos de la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) del año 2013.

[8] Ibid., p. 26-38.
[9] VARGAS, Ingrid y BELLATERRA, Lorenzo. Barreras en el acceso a la atención en salud modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. 2009. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina.
[10] ANDERSEN, Ronald. Revisiting The Behavioral Model And Access To Medical Care: Does It Matter?. En: Journal of Health and Social Behavior. 1995. vol. 36, no. 1, p. 1-10.

# 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Más de tres décadas han transcurrido después de la declaración de Alma Ata, donde muchos países hicieron un compromiso para aumentar cobertura e indicadores sanitarios; a este respecto el aumento de la expectativa de vida y la disminución de la tasas de mortalidad han sido el punto de partida en muchos países para proponer acciones que garanticen la equidad y el acceso a los servicios de salud; actualmente el 20% de la población carece de acceso a la protección en salud, muchas barreras interfieren para el no uso de los servicios dentro de las más comunes tenemos las socioeconómicas, donde en la mayoría de los casos el origen es la pobreza.

Las condiciones de vida de una persona y el oficio que desempeña tiene mayor impacto que el mismo cuidado de la salud, factores como el tipo de vivienda, el ingreso económico, la educación, las actividades laborales influyen en el bienestar de una comunidad; hablar de determinantes sociales es conocer las condiciones en que las personas viven , trabajan y se relacionan, son las características sociales en que se desarrolla la vida, estos representan tanto al ámbito social y los procesos que con las condiciones sociales se traducen en efectos para la salud. En este caso el estado de salud de una persona depende de sus determinantes sociales, para conocer realmente como es la situación social de un individuo los países aplican instrumentos que recolectan información básica de las condiciones de vida.

El acceso inequitativo debe ser considerado un problema de salud pública de impacto a gran escala sobre la panorámica mundial, donde la equidad es fundamental. Para disminuir la inequidad en el uso de los servicios de salud se hace importante conocer los determinantes socioeconómicos, para generar acciones que impulsen el incremento del financiamiento y mejore la distribución de los recursos del Estado según las necesidades de la población. Ejemplificado por un estudio publicado en el año 2004 por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[11], donde manifestó que la expectativa de de vida en los países desarrollados puede variar entre 5 a 10 años dependiendo de las diferencias salariales, de educación y condiciones de trabajo; al respecto, se estimó que la expectativa de vida al nacer en Sierra Leona es de 34 años; mientras que en Japón es de 81.9 años. Ahora bien, más alarmante aún puede llegar a ser el contraste entre la probabilidad de que una persona muera en Suecia, entre las edades de 15 y 60 años, que es de 8.3%; mientras que en Rusia y Lesoto es de 46.45% y 90.2%, respectivamente[12].

[11] GÓMEZ, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2002.
[12] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. 2010.

Un estudio realizado por la dirección general de Epidemiologia del Perú, con datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Hogares del año 2011, encontró que solo un 69.5% del total de la población encuestada que manifestaba haber tenido un problema de salud, accedió a servicios médicos, comparado este con los años anteriores (2005:54.1%; 2008: 63.0%; 2010: 68.0%) muestra que ha venido en aumento, la utilización de los servicios de salud, pese a esto, el acceso continua siendo un problema en este país, y a pesar del esfuerzo por mejorar las condiciones de vida todavía se refleja que la falta de dinero es la principal causa de repercusión en aquellas personas con pobreza extrema, seguido la ubicación geográfica para poder hacer uso de los servicios sanitarios[13].

De igual forma en Colombia, se han tenido en cuenta estudios basados en los datos de la ECV, los resultados han demostrado que el acceso no es equitativo y sigue siendo un problema de salud (Vargas y cols.)[14] hicieron una comparación entres los años 1997 y 2003 donde encontraron una disminución en el porcentaje de las personas que acudieron al médico (77.1% a 67%), También la población que manifestó tener algún problema de salud y que accedieron a los servicios fue para el 2008 (Rodríguez, Sandra)[15] en un 78,6%, en el 2010 (Rodríguez, María)[16] el 67,9% y para el 2012 (Ayala)[17] un 77%. Estudio similar realizado en Colombia con la ENDS (Avis y cols.)[18] 2010 donde el 68% de la población que reportó haber tenido una afección en salud y acudió a una institución para su tratamiento médico; de igual forma todos los estudios demuestran que una de las razones de no acceso a los servicios es el factor socioeconómico.

Según Guerrero *et al*. (2011) [19] en Colombia la Ley 100 reformó el sistema de salud a partir del año de 1993,en busca de mejor calidad de vida, desarrollo de la economía en salud y la prestación de servicios. Dentro de sus objetivos se resaltan crear condiciones de acceso para toda la población y mejorar y mantener el estado de salud garantizando el acceso a los servicios de salud[20]. Como resultado de la Ley 100, ha aumentado la cobertura del aseguramiento de 57,5%[21] en 2003 a 90,8% en 2012[22]. En contraste, el acceso a los servicios de salud al momento de necesitarlos disminuyó de 79,1% en 1997 a 75,5% en 2012[23]. De lo anterior se deduce que estar afiliado a un seguro no garantiza el acceso a los servicios de

[13] DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA ANÁLISIS DE LA DEMANDA Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ Análisis de la demanda y el acceso a los servicios de salud en el Perú Ministerio de Salud del Perú , Dirección General de Epidemiología,2011.
[14] VARGAS, Lorenzo; VASQUEZ, Luisa Aceso a la atención en salud en Colombia, Grup de Recerca en Polítiques de Salut i Serveis Sanitaris (GRPSS). Servei d'Estudis i Prospectives, Polítiques de Salut, Consorci de Salut i Social de Catalunya. Barcelona, España. 2010.
[15] Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Tesis para optar al grado de magíster en Investigación en Economía Aplicada. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Economia Aplicada. 2003. 34 p
[16] RODRÍGUEZ,Maria .determinantes socioeconómicos del acceso a la prestación trabajo de grado para obtener el título de economista, de los servicios de salud en la región caribe colombiana universidad de cartagena,facultad de ciencias económicas programa de economía cartagena de indias, 2011
[17] AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Banco de la república, centro de estudios económicos, regionales (CEER). 2014. no. 204, 26 p.
[18] AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Banco de la república, centro de estudios económicos, regionales (CEER). 2014. no. 204, 26 p.
[19] GUERRERO, Ramiro, *et al*. Sistema de salud de Colombia. En: Rev. Salud Publica Mex. 2011. vol. 53, no. supl 2, p. S144-S155.
[20] Ibid., p. S144-S155.
[21] RESTREPO, Jairo, *et al*.. Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. Documentos de trabajo, No. 17, Universidad del Rosario. 2007.
[22] AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Banco de la república, centro de estudios económicos, regionales (CEER). 2014. no. 204, 26 p.
[23] Ibid., 26 p.

salud, puede ser un factor que influya, pero se requiere estudiar todas las variables que estarían involucradas en el acceso.

Con referencia en la elaboración de análisis para el acceso en salud se vienen utilizando con mayor frecuencia dos grupos, en el primer grupo el acceso se refiere al proceso que va desde la búsqueda hasta el inicio de la atención, analizando los factores que obstaculizan o facilitan realizar la atención. En este grupo se destacan Donabedian[24] y Frenk, J. (1985)[25]. Donabedian[26] (1973) analiza el acceso como la capacidad de producir servicios en relación con las necesidades de la población. Mientras que, Frenk, J. (1985)[27] concibió el término «acceso» en materia de salud como una interacción entre factores individuales, organizacionales, culturales, políticos y sociales. En el segundo grupo, el acceso adicionalmente comprende las necesidades de salud, la percepción de de forma distinta entre individuos, el desear la atención y el proceso en la toma de decisiones, este incluye los antecedentes a la búsqueda de la atención, así como la continuidad y los resultados luego del contacto inicial. Dentro de este grupo, se destacan Aday y Andersen R. (1974), quienes plantearon un modelo comportamental para analizar la dinámica en la utilización de los servicios de salud, el cual incluía el acceso potencial, que es la presencia de recursos que habilitan a utilizar los servicios y el acceso realizado que es la utilización de los servicios.

La prestación de los servicios es regulada por el del estado, en torno a los principios de accesibilidad y equidad, cumpliendo con los características del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (SOGC), garantizando al usuario una red prestadora de servicios a través de las administradoras de salud en los tres niveles de complejidad, de este modo brindar continuidad y seguridad a los problemas sanitarios de la población. Con el objeto de evaluar la prestación de los servicios este Sistema de Calidad, lleva paso a paso este proceso desde que inicia el paciente con una necesidad en salud hasta que egresa con el resultado que pude ser de satisfacción o no satisfacción como producto de los servicios recibidos, de este modo el paciente identifica los beneficios, riesgos y costos que el afrontó para poder solucionar su problemática en salud[28].

Estudios realizados por algunos autores sobre la percepción en la utilización de los servicios de salud se han enfocado en hallar la relación entre los usuarios y lo prestadores, estudio hecho por Rosenstock y Dutton (1990) cuyo objeto fue analizar las características entre los servicios y los profesionales, también consideró necesario estudiar la decisión de los pacientes en algunos procedimientos preventivos y aquellos donde hay dependencia de otros servicios como son las

[24] DONABEDIAN, Avedis. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge MA: Harvard University Press; 1973. 649 p.
[25] FRENK, Julio. El concepto y medición de la accesibilidad. En: Revista de Salud Pública de México. 1985. vol. 27, no.5, p. 438-53.
[26] DONABEDIAN. Op. cit., 649 p.
[27] FRENK. Op. cit., p. 438-53.
[28] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993).Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C.1993. No. 41.148.p.1-90.

consultas posteriores, tratamientos, desde esta perspectiva es de gran importancia incluir la apreciación del usuario en relación al uso de los servicios de salud[29].

Datos registrados por el Ministerio de salud y protección social 2012 sobre percepción que tienen los usuarios de las EPS a la cual están afiliados dentro del sistema general de Seguridad Social en Salud en Colombia demostró que los servicios que mas utilizarón fueron: consulta médica general con una atención de los 3 primeros días de la cita (58%), entrega de medicamentos formulados (63%), atención por medicina especializada los 10 primeros días de la cita (56%), y servicio de urgencias (40%); y los de menos concurrencia fueron terapias(18%),hospitalización (19%) y promoción y prevención (20%); en general el 54% de los encuestados percibieron la calidad de la EPS a que pertenecen como la mejor, mientras que el 38% la considera regular y 7% la consideran como la peor[30].

La dinámica entre el modelo de salud adoptado por un país y el funcionamiento del sistema de salud condiciona el acceso a la prestación de los servicios en los diferentes grupos sociales como lo señalaron Vargas-Lorenzo, Vásquez-Navarrete y Mogollón-Pérez (2010) mediante una revisión sistemática de publicaciones realizadas entre 1994 hasta el 2009, incluyendo investigaciones cualitativas sobre el acceso a los servicios de salud, en el que concluyeron que existía una clara limitación en el análisis del acceso en Colombia por falta de información disponible.[31]

Estudios similares han evaluado el acceso de salud siguiendo el modelo comportamental de Aday Andersen, Llanos y cols (2009) determinaron el comportamiento de los costarricenses para la utilización de los servicios de salud en consulta externa y urgencias, donde frecuentaban más las mujeres(53%), y resaltarón que la región de residencia y el nivel de ingreso son los factores predisponentes que inciden con más frecuencia la población en Costa Rica[32].

En el contexto Colombiano se encontraron varias investigaciones con enfoque cuantitativo que evaluaron el acceso a salud usando datos de las ECV Velandia[33] *et al.* evaluaron la satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de atención médica en Colombia a partir de la ECV de 1997, encontraron que las razones de no uso de los servicios de salud estuvieron relacionados con las variables de afiliación al sistema de salud, el tipo de entidad a la cual estaban afiliados, el tipo de régimen de afiliación y el tipo de recurso utilizado para acceder al servicio. Por su parte Mejía, Sánchez y Tamayo[34] (2007) realizaron un análisis de

[29] CASTRO,Genith. Evaluación de la utilización adecuada del control prenatal en Bogotá con base en la Encesta Nacional de Salud 2007. Universidad Nacional de Colombia,2009.tesis de Grado Magister en salud Pública.
[30] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL,. Encuestas de Evaluación de los servicios de la s EPS. Oficina de calidad del Ministerio, BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL NOVIEMBRE DE 2012. Pg 55.
[31] VARGAS-LORENZO, Ingrid; VAZQUEZ-NAVARRETE, M. Luisa y MOGOLLON-PEREZ, Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Rev. salud pública. 2010. vol.12, no. 5, p. 701-712.
[32] LLANOS,Amanda. Et.al.Factores relacionados con la utilización de servicios de Salud en costa Rica. En Rev. Salud Pública 11(3) 323-335, 2009
[33]VELANDIA, Freddy, et al. Oportunidad, Satisfacción y Razones de no Uso de los Servicios de Salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997. En: Rev. salud pública. 2004. vol. 5, no. 1, p. 46 -58.
[34]MEJÍA, Aurelio; SÁNCHEZ, Andrés y TAMAYO, Juan. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2007. vol. 9, no. 1, p. 26-38

la información recopilada por la ECV de 2003 sobre el acceso a los servicios de salud y sus principales determinantes en el departamento de Antioquia. Hallarón que un 69% de los encuestados no realizaba consulta preventiva destacándose las personas de nivel socioeconómico bajo y que no tienen ningún tipo de seguridad social siendo los hombres los que menos frecuentaban[35]

De igual forma Rodríguez y Roldán (2008)[36] estimaron los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región Caribe usando la ECV de 2003, los autores encontraron que para hacer uso de los servicios de salud en esta región la principal barrera fue la económica tanto para los afiliados al régimen subsidiado como al contributivo. Desde esta perspectiva Rodríguez[37] *et al.* (2010) establecieron las barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud a partir de la ECV de 2008,dentro de las principales barreras encontradas estaban los excesivos trámites para conseguir una cita(5.63%),lejanía de los centros de atención(1.39%), no tenían tiempo o no confiaban en los médicos (12%),no tenían dinero en el caso de los afiliados (14.4%), y los no afiliados (50.4%).Recientemente Ayala[38] (2014) evaluó los determinantes del acceso a los servicios de consulta externa y urgencias en Colombia con datos de la ECV de 2012 Encontró que los departamentos con menor acceso a los servicios pero que presentaron mayor necesidad para acceso a consultas de prevención, consulta externa y urgencias son la región pacifica, la central y la del Caribe, mientras que Antioquia con mayor acceso obtuvo menor necesidad de los servicios mencionados, de igual manera la falta de dinero es la principal barrera para acceder a los servicios de salud.

A pesar de la existencia de estas investigaciones sigue vigente la necesidad de conocer si los determinantes socioeconómicos, como parte del componente de capacidad según el modelo de Andersen, continúan influyendo sobre el acceso a los servicios de prevención primaria, consulta externa y urgencia ajustado por los componentes de necesidad y características de la población

## 1.1 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los determinantes socioeconómicos del acceso a servicios de prevención primaria, consulta externa y urgencias en la población Colombiana para el año 2013 según los componentes del modelo de acceso a salud de Aday y Andersen?

[35] MEJIA, Aurelio,et al.Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia,Colombia.En:Rev salud pública.9(1):26-38,2007
[36] RODRÍGUEZ, Sandra y ROLDÁN Paola. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región caribe. En: Revista economía del caribe 2008. no. 2, p. 106-129.
[37]Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Tesis para optar al grado de magíster en Investigación en Economía Aplicada. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Economia Aplicada. 2003. 34 p.
[38]AYALA. Op. cit. 26 p.

## 2. JUSTIFICACIÓN

Países en vías de desarrollo incluido Colombia se han propuesto grandes retos para alcanzar las condiciones de vida de la población de países desarrollados, lo que implica la adopción y ejecución de estrategias que resulten en modificaciones estructurales de los sistemas de salud, cuya finalidad es demostrar un mayor compromiso, responsabilidad y competencia a nivel de Estado, autoridades centrales, regionales y locales. El Estado como eje cardinal planifica y actúa como ente regulador de las entidades intermediarias como los prestadores y administradores de los servicios de salud, ya sean estos de carácter público o privado, para garantizar una mejor calidad de oferta y prestación. Dicha garantía de acceso a la utilización de los servicios de salud es el punto quiebre entre las limitantes que repercuten negativamente en las reformas estatales, indicando no sólo la deficiencia de la vigilancia y control; sino la negligencia en la gestión de los entes públicos[39]. Por lo anterior, el acceso a la atención en salud continua siendo una preocupación para el gobierno Colombiano[40].

El presupuesto de inversión en materia salud en Colombia es de 40 billones de pesos colombianos cada año, lo cual representa el 6.5% del producto interno bruto (PIB). Esto dividido entre la población colombiana correspondería aproximadamente a 400 dólares americanos por habitante[41]. Esto significa que comparativamente con otros países de América Latina el valor del PIB por habitante es 4 a 5 veces inferior. A pesar de que la reforma del sistema de salud colombiano ha seguido un modelo de competencia regulado, del cual se enfatizan cuatro actividades específicas: financiamiento, prestación del servicio, administración del servicio a través de los regímenes de aseguramiento y la función de modulación (*el quehacer del Estado)*, se afirma que para el año 2014 se requieren en Colombia de 3.5 billones más de inversión en el sector salud[42].

El análisis situacional de la salud por regiones en Colombia, la pirámide poblacional muestra una disminución desde el año 2005 de la fecundidad y natalidad, con un aumento en la expectativa de vida de 75 años, la situación de pobreza ha disminuido entre los años 2009 y 2010. En el departamento de Bolívar disminuyó la prevalencia de la población en situación de pobreza en 13.5 puntos porcentuales (de 57.1% a 43.7%); seguido por el departamento de Sucre, con una disminución de 13.1% y en el departamento de Cesar ha caído a 11.4%. En los departamentos de Córdoba y Magdalena, tan sólo se observó una mínima mejoría de este indicador con cambios de 0.3% y 0.8%, respectivamente. Probablemente sean cambios originados a partir de la ejecución de la reforma del sistema de salud, debido a que

[39] GÓMEZ, Diana. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. En: Rev. salud pública. 2005. vol. 7, no. 3, p. 305-316.
[40] COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Informe de Gestión. Bogotá. D. C.2010
[41] PERIÓDICO EL PAÍS. Sector de salud en Colombia requiere $3.5 billones más para el 2014. Sección Economía. (Agosto 19 de 2013). Disponible en: http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/sector-salud-colombia-requiere-35-billones-para-2014. Consultado el 14 de marzo de 2014.
[42] Restrepo, J., Echeverry, E., Vasquez, J., & Rodríguez, S. (2006). El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. . Centro de Investigaciones Económicas. Universidad de Antioquia

la cobertura de la seguridad social en salud ha mostrado una tendencia al aumento anualmente en estas poblaciones. El mejoramiento de la financiación de la salud y su distribución es procurada por el Estado colombiano a la población con NBI (27.78%), uno de los retos impuestos en los últimos años ha sido el cumplimiento de los Objetivos del Milenio, con el fin de erradicar la situación de pobreza hasta de los lugares más remotos de nuestro país[43].

En este orden de ideas el SGSSS garantiza el acceso para la atención en salud mediante una red de prestadores de servicios, en Colombia existen cuatro niveles de atención(Resolución 5261 de 1994)[44] para garantizar la continuidad en los tratamientos de la enfermedad. Los servicios de consulta externa y prevención son de baja complejidad y de mayor cobertura, mientras que el servicio de urgencias pertenece al segundo nivel y es de mediana complejidad y cobertura, sin embargo, la población accede mas a estos dos servicios ;resulta interesante y benéfico para los sistema de salud analizar cuáles son las barreras socioeconómicas que impiden acceder a la prestación de estos servicios.

Para identificar los determinantes socioeconómicos asociados al acceso en salud, este trabajo se fundamentó en el modelo de Andersen, especialmente en sus componentes. La última versión del marco conceptual de Andersen se centra en el individuo como la unidad de análisis y va más allá de la utilización de servicios de salud, así mismo, la adopción de los resultados de salud es el evento final de interés. Este modelo se diferencia de los anteriores principalmente por el uso de un circuito de retroalimentación para ilustrar que los resultados de salud pueden afectar aspectos tales como las creencias de salud y necesidad. Mediante el uso de las relaciones del modelo se puede determinar la direccionalidad del efecto después de un cambio en las características de un individuo o del medio ambiente. Por ejemplo, si se experimenta un aumento de la necesidad, como resultado de una infección, se espera un mayor uso de los servicios[45].

Además, según este modelo, se pretende identificar los contextos que facilitan o dificultan la utilización de los servicios mediante diferentes componentes: el componente de la características inherentes al usuario, el componente de las características referentes a la predisposición, los cuales son independientes de la patología, el componente de capacidad y el componente relacionado con aspectos de la necesidad o directamente con la enfermedad[46]. En una revisión posterior, Andersen da un mayor peso al sistema de salud y las políticas como determinantes importantes del acceso; así mismo, incluye un modelo más dinámico con interrelaciones en diferentes direcciones, es así como el sistema de salud impacta en el estado de salud de las personas, y éste en el acceso a los servicios, al mismo tiempo, los resultados de experiencias previas impactan en el acceso futuro. A su

[43] NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011. New York: Naciones Unidas. 2011. [citado 10 junio,. 2014]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342%28S%29MDG_Report_2011_Book_LR.pdf
[44] MINISTERIO DE SALUD. Por el cual se establecen el manual de actividades, intervenciones y procedimientos Salud en colombia.Bogotá p 138
[45] ANDERSEN. Op. cit., p. 1-10.
[46] ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A Framework for the Study of Access to Medical Care. En: Health Services Research. 1974. vol. 9, no. 3, p. 208–220.

vez añade los términos acceso efectivo, aquel acceso a los servicios que mejora la salud y acceso eficiente que relaciona el nivel de cambio en la salud y el volumen del servicio utilizado[47].

Hasta el presente, el nivel de Calidad de Vida en Colombia ha sido estudiado en los años de 1997, 2003, 2008, 2010, 2011, 2012 y 2013. La encuesta nacional de Calidad de Vida (ECV) realizada por el DANE pretende obtener información básica de las condiciones de vida de los colombianos sobre indicadores de pobreza y desigualdad. Además sus resultados son utilizados para realizar el diseño, seguimiento y evaluación de las políticas públicas en el país. El concepto de «calidad de vida» incluye cualidades y criterios que permiten apreciar los diferentes aspectos de una vida en particular de un individuo. Por lo tanto, se considera que la medición de los determinantes de la salud debe abarcar no sólo indicadores de morbilidad, mortalidad y esperanza de vida, sino la interacción de múltiples factores previamente mencionados[48].

Según Vargas-Lorenzo, Vásquez-Navarrete y Mogollón-Pérez (2010), los trabajos de investigación y revisiones sistemáticas publicadas en la literatura científica nacional, entre 1994 y 2009, sobre los determinantes del acceso a los servicios de salud se centraron en esclarecer como la ampliación de la cobertura de la seguridad social en salud no ha tenido mayor impacto en mejorar el acceso y calidad del servicio prestado al usuario[49]. No obstante, autores como Rodríguez *et al*.[50], Rodríguez[51] y Ayala[52] estudiaron los determinantes del acceso a salud utilizando como fundamento el modelo de Aday y Andersen.

Se considera que este trabajo de investigación recobra vital importancia puesto que realiza un análisis secundario de la ECV más recientemente aplicada (2013), lo que provee información actualizada. En dicho análisis el enfoque central recae sobre los determinantes socioeconómicos del acceso a los servicios de salud en prevención primaria, consulta externa y urgencias utilizando como base los componentes del modelo comportamental de Aday y Andersen. La aplicabilidad de los resultados que puedan obtenerse de este trabajo, para Colombia, está centrada en que en la medida en que se conozcan los determinantes del acceso, se analicen sus facilitadores y barreras se podrán reorientar en forma efectiva los cursos de acción en materia de política de salud, que en últimas beneficie a los usuarios del sistema de salud y contribuya con una mejor calidad de vida; para la Universidad de Santander, la aplicabilidad radica en la contribución de la consolidación de una línea de investigación en acceso en salud.

[47] ANDERSEN, Ronald. Revisiting The behavioral model and access to medical care: does it matter?. En: Journal of Health and Social Behavior. 1995. vol. 36, no. 1, p. 1-10.
[48] LUGONES BOTELL, Miguel. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. En: Rev Cubana Med Gen Integr. 2002, vol.18, n.4, pp. 287-289 .
[49] VARGAS-LORENZO. Op. cit., p. 701-712.
[50] RODRÍGUEZ. Op. cit., p. 106-129.
[51] RODRÍGUEZ. Op. cit., 34 p.
[52] AYALA. Op. cit. 26 p.

# 3. OBJETIVOS

## 3.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer los determinantes socioeconómicos asociados al acceso a los servicios de prevención primaria, consulta externa y urgencias en la población Colombiana para el año 2013.

## 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Cuantificar el acceso a los servicios de prevención primaria, urgencias y consulta externa de la población Colombiana mayor de 15 años usuaria del SGSS en Colombia para el año 2013.

Identificar las barreras de acceso que existen en prevención primaria, consulta externa y urgencias en el sistema de salud para el año 2013.

Analizar el comportamiento de la prestación de los servicios siguiendo los componentes del modelo de Aday y Andersen.

Analizar la percepción de los usuarios en la prevención primaria, consulta externa y urgencias sobre la calidad de los servicios de salud prestados.

# 4. MARCO REFERENCIAL

## 4.1 DEFINICIÓN DE SALUD E IMPLICACIONES EN EL MARCO LEGAL

Con la declaración de Alma Ata el 21 de noviembre de 1986, se emite la carta de Ottawa con el lema salud para todos en el año 2000, y donde aparece una nueva concepción de salud pública en el mundo, factores políticos, económicos, sociales y culturales, de medio ambiente de conducta o biológico pueden influir para una buena o mala salud. Igualmente en la declaración política de Rio (OMS,2011), se debatieron los determinantes sociales de la salud, quedó establecido el compromiso de los gobiernos la responsabilidad de la garantía de salud a la población, donde plasman compendios adquiridos. El concepto de salud de gira alrededor de muchas políticas parte de la promoción y la equidad establecida por los mismos gobiernos ,La salud colectiva se trató en la octava conferencia de salud, con el objetivo de apuntar a las fallas que inevitablemente son determinantes en la propagación de las enfermedades[53].

A partir de la Asamblea Mundial de Salud (Resolución WHA 30,43, 1977), todos los países miembros acordaron garantizar el derecho a la salud de los individuos con la condición de llevar una vida socialmente útil y económicamente productiva (SPT/2000)[54]. Posteriormente, en la declaración de Alma Ata (1978) se ratificó el compromiso de los gobiernos por trabajar en la estrategia de atención primaria en salud (APS)[55]. Los gobiernos de América (1980) acordaron en el XXVII Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, las estrategias y objetivos regionales, donde se establecieron compromisos y metas en relación a indicadores de: mortalidad, expectativa de vida al nacer, cobertura total de inmunizaciones, agua potable, disposición de excretas y los servicios de atención médica ligados a la atención primaria en salud. Buscando garantizar la eficiencia, eficacia y equidad en los diferentes sectores, para así mejorar la calidad de vida de los grupos más vulnerables[56].

Dentro del marco legal, en el panorama mundial con el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), (22º período de sesiones, 2000), establecen que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de

[53] LA 8 ª CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [Citado 15 julio de 2014]. Disponible en: http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Octava-Helsinki.pdf
[54] BARRENECHEA, J.J., et al. Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de A.P.S. y S.P.T 2000. Washington: OPS. 1987. 99
[55] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS. 1978. (Serie Salud Para Todos, 1).
[56] CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 1998. vol. 11, p 40-55.

salud, la aplicación de los programas de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos[57].

La Declaración Universal de Derechos Humanos (párrafo 1, artículo 25 ) afirma que *"toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".* La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales[26].

En relación con la Tercera Comisión de la Asamblea General de las Naciones Unidas no se tomó el concepto de salud como: *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como ausencia de afecciones o enfermedades".* Sin embargo, la referencia que en el párrafo 1 del artículo 12 del Pacto lo señala como el "más alto nivel posible de salud física y mental", sin restringir al derecho a la atención de la salud. Dentro de esta perspectiva al hablar de salud se deben tomar en cuenta los factores socioeconómicos que promueven las condiciones de una vida saludable, en ese caso identificar los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente saludable[58].

Se enumeran los principios básicos del derecho a la salud según la OMS[59]:

1) Universalidad: el derecho a la salud es de carácter universal, ya sea expresamente o implícitamente. Algunos países como Uruguay, Venezuela, Nicaragua y República Dominicana pueden garantizar la atención gratuita a los indigentes. Algunos textos constitucionales (Colombia y Nicaragua), tienen previsiones específicas respecto al derecho a la salud de los niños, los jóvenes, la familia, los adultos mayores, los trabajadores y los discapacitados.
2) Interdependencia e indivisibilidad: es la relación que tiene el derecho a la salud con otros derechos ej. La relación de salud con la vida.
3) De carácter individual y social: Hace referencia que no solamente es de carácter individual, sino es la influencia sobre el ámbito social.
4) Progresividad e irreversibilidad: medidas o actos que son determinantes como por ejemplo: unificación del POS.

[57] MINISTERIO DE LAPROTECCION SOCIAL. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud Informe Final. Capítulo 1. 2013. [Consultado 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf
[58] VELANDIA. Op. cit., p. 46 -58.
[59] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución W.H.A. 30, 43. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. 1977.

## 4.2 ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Desde los años 60, se hace referencia a la accesibilidad a los servicios de salud, la cual se podría definir como *"la condición que relaciona la población que necesita servicios de salud, con el sistema de prestación de servicios",* siendo tres los factores a estudiar: (1) La capacidad de los usuarios para buscar y obtener atención, (2) tipo y forma de organización de los servicios para garantizar la atención a los ciudadanos de manera oportuna e integral y (3) las relaciones que se establecen entre la población, aseguradoras, entidades territoriales y prestadores de servicios de salud[60]. Abordar el tema de acceso en salud, implica la interacción del individuo, los profesionales de la salud, las instituciones, los gobernantes y el mismo sistema de salud donde favorecen o limitan la utilización de los servicios; factores como el estrato socioeconómico, el nivel educativo, la edad, el medio ambiente [61].

Actualmente los gobiernos facilitan y promueven la creación de políticas públicas y estrategias para evaluar las barreras que impiden la prestación de servicios de salud ;se abarcan diferentes dimensiones como la geográfica, es decir, en términos de distancia, facilidades de transporte y condiciones topográficas; la dimensión económica que se podría entender por capacidad de pago, costos del acceso, lugar de atención y de la prestación del servicio. Con respecto a la dimensión cultural involucra los conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la utilización de los servicios. Finalmente, la dimensión organizacional considera las condiciones locativas, administrativas y de información de las instituciones a cargo de administrar o prestar los servicios[62].

En la literatura se han realizado varios estudios donde muestran que el factor socioeconómico es la principal barrera para el acceso a los servicios de salud, de esta manera se conocen algunos autores que han trabajado en este tema; Donabedian, manifestó que la accesibilidad a un servicio debe ser un factor inmediato entre la producción y el consumo, define el acceso como el grado de ajuste entre las características de una población y los recursos para la atención en salud. Donde la disponibilidad del recurso se dá en el sitio y el momento necesario, de la misma manera facilita o dificulta la utilización del servicio. Abordando así los determinantes geográficos, sociales y organizacionales [63], se centró en la percepción de las necesidades de las personas. Perchansky y Thomas establecen ambientes en entre cliente y servicio. Para Frenk[64], se pueden distinguir tres dominios o alcances del acceso: El estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta (demanda efectiva); el intermedio, que adiciona la continuación de la atención; y el amplio, que adiciona el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto , el define la accesibilidad como el

[60] COMES,Yamila.et.al.El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre poblacion y servicios.Facultad de Psicolía.UBA/secretaria de investigaciones/Volumen XIV.año 2006.
[61] VARGAS,Ingrit.Acceso a la Atencion en Salud en Colombia,en Rev.Salud publica 12(5).2010
[62] GRANADOS, Ramón and GÓMEZ , María C. Health system reform in chile and colombia: results and balance. En: Journal of Public Health. 2000, vol. 2, no. 2, p. 97-120.
[63] DONABEDIAN. Op. cit., 649 p.
[64] FRENK. Op. cit., p. 438-53.

resultado de la interacción de los obstáculos para superar los mismos logrando mayor capacidad en la población.

El comité para Monitoreo de Acceso a servicios de Salud del Instituto de Medicina de Estados Unidos definió el acceso como el uso de los servicios en el tiempo adecuado y lograr los mejores resultados, definición similar es propuesta por Rogers "el cuidado sea adecuado en el tiempo adecuado y en un establecimiento adecuado" y lograr un impacto en la salud de la población[65].

Por su parte Starfield destacó la percepción que tiene la población con respecto a la utilización y las limitación en el conocimiento de las personas sobre el acceso a los servicios de Salud. Evans y Stoddart (1994) propusieron el modelo de producción en salud, donde existe una relación alterna entre la utilización del servicio y la enfermedad y dolencia, manifiesta que los determinantes de la salud son diferentes a los determinantes del acceso en salud y las variables sociodemográficas que definen la perspectiva social de la persona[66].

Este estudio sigue los lineamientos del modelo de Andersen R. quien describió el resultado de los servicios de salud en función a tres variables: (1) La necesidad de la atención médica, desde el punto de vista del usuario como del personal de salud, (2) los factores predisponentes conformados por variables sociodemográficas incluyendo actitudes y creencias en torno a la salud y enfermedad, edad, sexo, composición familiar, clase social y ocupación, y (3) los factores capacitantes que se asocian a la condición socioeconómica; ya sea en el ámbito familiar, ingresos, ahorros y seguros médicos.

## 4.3 DESCRIPCIÓN DEL MODELO COMPORTAMENTAL DE ADAY Y ANDERSEN

En el modelo de medición del acceso propuesto en 1969 por Aday y Andersen (Cuadro 1), se incluyen los conceptos acceso realizado y acceso potencial. El acceso realizado es la posibilidad de ser atendido y cómo fueron las condiciones en que se recibió, se tiene en cuenta la utilización en el momento indicado y como tal la atención recibida, tiene que ver con el funcionamiento del sistema de salud y las necesidades que presenta el usuario que conllevan a una percepción real del uso del servicio de salud. Es la utilización efectiva en los servicios de salud los cuales en el caso de la oferta van desde el tipo de institución y servicios utilizados hasta la capacidad resolutiva. El acceso potencial en salud hace referencia a las barreras que predisponen la utilización de los servicios de salud, y según Aday Andersen estos factores pueden ser sociodemográficos, el conocimiento del funcionamiento de salud y entre otros, la interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de

[65] CASTRO,Monica.Et. al.Evaluacion de la utilización adeucada del control prenatal en Bogotá con base en la encuesta Nacional de Salud 2007.Universidad Nacional de Colombia,facualtad de Medicina.Bogotá D.C. 2009.
[66] CASTRO.Op. Cit. p. 10-15

prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial, y a la salida del usuario[67].

**Cuadro 1.** Componentes y evolución del modelo de Aday y Andersen.

| Modelo de comportamiento inicial (1960) | Medición de acceso inicial (1969) | Fase2 (1970) | Fase3 (1980-1990) | Fase 4 (1993) |
|---|---|---|---|---|
| Características predisponentes | No incluido | Características de la población | Determinantes primarios del comportamiento en salud | Características de la población |
| Características demográficas | Equidad de acceso | | | |
| Estructura social | Inequidad de acceso | | | |
| Creencias en la salud | | | | |
| Capacidad de recursos | Acceso potencial | Características de la población | Determinantes primarios del comportamiento en salud | Características de la población |
| Personales, familiares | Inequidad de acceso | | | |
| Comunidad | | | | |
| Necesidades | Equidad de acceso | Características de la población | Determinantes primarios del comportamiento en salud | Características de la población |
| Percibidas | | | | |
| Evaluadas | | | | |
| Uso de los servicios de salud | Acceso realizado | Tipo<br>Sitio<br>Propósito<br>Intervalo de tiempo | Comportamiento de salud | Comportamiento de salud |
| Sistema de salud | No incluido | Política<br>Recursos<br>Organización | Determinantes primarios del comportamiento en salud | Ambiente |
| Satisfacción del consumidor | No incluido | Conveniencia<br>Disponibilidad<br>Financiación<br>Características del proveedor<br>Calidad | Evento en salud | Evento en salud |
| Ambiente externo | No incluido | No incluido | No incluido | Ambiente |
| Políticas de salud personal | No incluido | No incluido | Comportamiento de salud | Comportamiento de salud |
| Estado de salud percibida | No incluido | No incluido | Evento en salud | Evento en salud |
| Estado de salud evaluada | No incluido | No incluido | Evento en salud | Evento en salud |

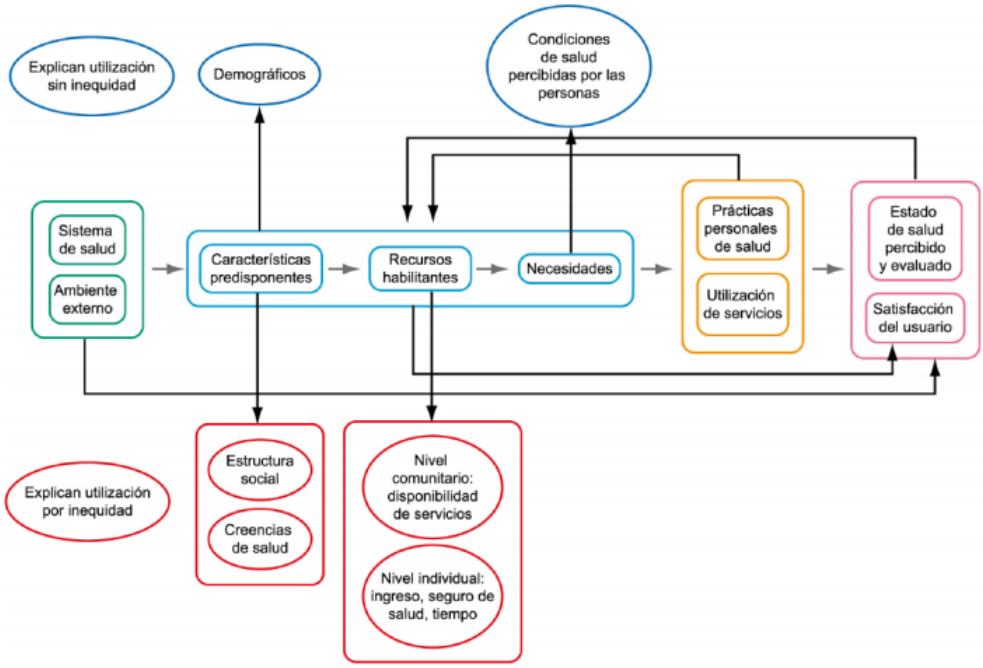
Fuente: ANDERSEN, Ronald. Revisiting The Behavioral Model And Access To Medical Care: Does It Matter?. En: Journal of Health and Social Behavior. 1995. vol. 36, no. 1, p. 1-10.

[67] ANDERSEN. Op. cit., p. 1-10.

La evolución de los componentes del modelo inicial propuesto por Aday y Andersen se presenta en el Cuadro 1. Fase uno (1969) en este tiempo se limito al abordaje de equidad e inequidad y acceso realizado, en la fase dos (1970) además de lo anterior incluyó las características de la población, la política, la satisfacción del consumidor; para la fase 3 (1980-1990) le adicionó las políticas de salud personal, el estado de salud percibida y el estado de salud evaluada; en la fase 4 (1993) le involucró el ambiente externo.

Con la intención de analizar la utilización de los servicios de salud por parte del paciente, proponen entender los factores que influencian la utilización para identificar las razones que distinguen entre la satisfacción del consumidor y el resultado. A partir de dicho análisis se podría formular políticas y programas que fomenten la apropiada utilización y promover un balance entre el costo y la efectividad de la atención. Se destaca la naturaleza dinámica entre la relación del uso y el estado de salud. A través de circuitos de retroalimentación expone resultados que afectan los factores predisponentes posteriores y la percepción de las necesidades de servicios, así como el comportamiento en salud (Figura 1)[68, 69].

**Figura 1. El modelo de acceso a los servicios de salud de Andersen (1995).**




Fuente: BALLESTEROS, Matías. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. *En:* Documentos de Jóvenes Investigadores. 2014. no. 41, p. 11-99.

[68] ANDERSEN. Op. cit., p. 1-10.
[69] BALLESTEROS, Matías. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. *En:* Documentos de Jóvenes Investigadores. 2014. no. 41, p. 11-99.

Por lo general, la aplicación de este modelo requiere que la conceptualización sea creativa y desafiante, el diseño metodológico de los estudios longitudinales, experimentales y de sistemas innovadores de análisis estadísticos. Adicionalmente se establece una relación entre las variables ambientales de la población y del comportamiento en salud. Proponiendo que los factores del ambiente externo relacionados con el sistema de salud y sus políticas, cobertura de aseguramiento, costos y calidad de los servicios, sean fundamentales en el uso de los mismos; obteniendo como resultado un emparejamiento en oportunidad, demanda, disponibilidad y características de los servicios. Por lo tanto, el ambiente externo al paciente no debería explicar en su totalidad las diferencias en la decisión de usar los servicio por su parte dentro de una misma institución para la atención primaria[70].

A si mismo los factores de necesidad fundamentados por la psicología social tratan la percepción y la acción que requiere una motivación. Se consideran que las necesidades parten de los daños en la salud y no sólo de sí misma. Por esta razón, pueden existir diferencias entre la necesidad percibida por el otorgante (médico) que parte de la enfermedad y la percibida por el que recibe (paciente) que parte del daño de la salud. De la percepción individual se genera un estado en el que intervienen la percepción de la severidad de los síntomas, la susceptibilidad individual, las experiencias previas, el sistema no profesional y profesional de referencias y el grado de discapacidad[71].

Para tal fin, el acceso a la atención en salud se considera como un indicador social del proceso y resultado del paso del individuo a través del sistema de atención médica. Las características del desarrollo del sistema (recursos y organización) y de la población en situación de riesgo se presentan como un indicador de procesos (variables independientes) y la utilización de servicios y satisfacción de la atención como indicador de resultado (variable dependiente) del concepto de acceso. Si una persona asiste o no a un médico cuando la necesidad aparece, puede ser en función a su propia predisposición o recursos, o puede ser resultado de las barreras puestas por la estructura o los recursos del desarrollo del sistema en sí mismo (escasez del personal médico y políticas de admisión, entre otras) [72].

## 4.4 DETERMINANTES DE LA SALUD

Rudolf Virchow (1848) enunció la relación entre la posición social, las condiciones de vida y el estado de salud. Un determinante de la salud es un *"elemento que ejerce un efecto positivo o negativo sobre la salud"*. De manera más general, los determinantes de la salud son los factores que influencian la salud de las personas, su interrelación en los distintos niveles de jerarquía establece el estado de salud de

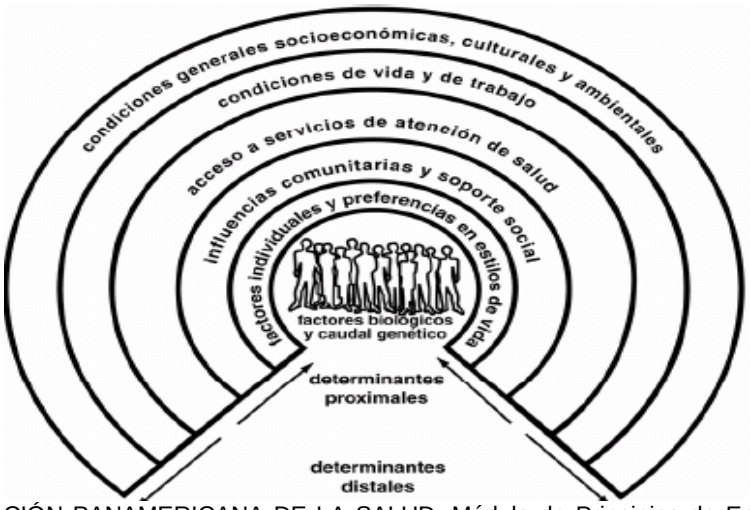
[70] ANDERSEN. Op. cit., p. 1-10.
[71] ANDERSEN. Op. cit., p. 1-10.
[72] PHILLIPS, K A et al. Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. En: Health Services Research. 1998. vol. 33, no. 3 Pt 1, p. 571–596.

la población. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es compleja e involucra a diversos niveles de la sociedad[73].

Los determinantes de la salud han tenido diversas significancias en el transcurso de la historia, anteriormente se concebía como castigo el estar enfermo; para Hipocrates los determinantes de la aparición de la enfermedad era el resultado de características internas como raza, sexo, edad, también consideraba que existían unas características externas como los malos hábitos alimenticios, trastornos sexuales, emocionales, venenos entre otros; para finales del siglo XIX surgió la triada ecología donde la enfermedad era la consecuencia de la relación entre el huésped el agente y el medio ambiente. En el siglo XX surgen distintos modelos para explicar la salud y sus determinantes como fue el de Laframboise (1973) y que un año después fue desarrollado por Marc Lalonde (1974), este autor catalogó los determinantes de la salud de la siguiente forma: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema sanitario. Siendo más influyentes los estilos de vida en relación con las conductas individuales, dependiente a su vez de otros factores como la cultura, el empleo, la educación, el nivel de ingresos y las redes sociales (Figura 2) [74].

Adicionalmente, los determinantes se pueden agrupar en proximales o microdeterminantes, asociados a características del nivel individual, y distales o macrodeterminantes, asociados a variables de los niveles de grupo y sociedad, es decir, poblacionales. Figura 2.

**Figura 2. Los determinantes en salud**




Fuente: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulo de Principios de Epidemiología Para el Control de Enfermedades, segunda edición. Washington DC: OPS 2002. Módulo 1, p 17-23.

[73] REX Taylor and RIEGER Annelie, Rudolf Virchow on the typhus epidemic in Upper Silesia: an introduction and translation. Sociology ofHealth and Illness Vol. 6 No. 2 1984

[74] ADOLFO GERARDO, Álvarez Pérez; GARCIA FARINAS, Anaí y BONET GORBEA, Mariano. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. En: Rev Cubana Salud Pública. 2007, vol. 33, no. 2, p. 1-10 .

A continuación se describen brevemente las principales características en cada uno de los niveles considerados en el modelo de determinantes de la salud[75].

Factores biológicos y caudal genético: Se incluye en este grupo la genética, el género, la nutrición y dieta, el funcionamiento de los sistemas orgánicos internos y los procesos de maduración y envejecimiento.

Factores individuales y preferencias en estilos de vida: En este grupo se encuentran el comportamiento individual, creencias, valores, antecedentes históricos y las percepciones y actitud frente al riesgo, la perspectiva de su futura salud, la capacidad de comunicación, el estrés, la adaptación y control sobre las circunstancias de la vida que determinan las preferencias y estilo de vivir. Las conductas y estilos de vida están condicionados por los contextos sociales que los moldean y restringen[76].

Influencias comunitarias y soporte social: Comprende la presión de grupo, la inmunidad de masa, la cohesión y la confianza social, las redes de soporte social y otras variables asociadas al nivel de integración social e inversión en el capital social.

Acceso a servicios de atención de salud: Se incluyen en este grupo la organización en la atención de la salud. El recibir los servicios de inmunización y de planificación familiar y asistir a programas de prevención y control de enfermedades prioritarias contribuyen al mejoramiento de la expectativa y la calidad de vida de las poblaciones. Además, el acceso económico, geográfico y cultural a los servicios de salud, la cobertura, calidad y oportunidad de la atención de salud y el alcance de las actividades de proyección comunitaria[77]

Condiciones de vida y de trabajo: En este grupo se incluyen: 1) La vivienda para asegurar un ambiente físico apropiado e incluye la composición, estructura, dinámica familiar y vecinal y los patrones de segregación social. 2) El acceso a trabajo apropiadamente remunerado, la calidad del ambiente de trabajo, la seguridad física, mental y social en la actividad laboral, incluso la capacidad de control sobre las demandas y presiones de trabajo son importantes determinantes de la salud. 3) La educación equitativa y la calidad de la educación recibida. En gran medida, los factores causales que pertenecen a este nivel de agregación son también determinantes del acceso a los servicios de salud, del grado de soporte social e influencia comunitaria y de las preferencias individuales y estilos de vida prevalentes entre los individuos y los grupos poblacionales[78].

---

[75] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulo de Principios de Epidemiología Para el Control de Enfermedades, Segunda edición. Washington DC: OPS. 2002. Módulo 1, p 17-23.
[76] GIRON Pedro, Determinantes de la salud percibida en España.trabajod e grado para optar por el título a Doctor., ISBN: 978-84-693-7633-1, Madrid.2010
[77] Ibít
[78] Ibit.

Condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales: En este grupo se encuentran los grandes macrodeterminantes de la salud, que están asociados a las características estructurales de la sociedad, la economía, el ambiente, las políticas y las decisiones de gobierno.

No obstante los determinantes sociales en salud son la base para la organización y desarrollo de una sociedad y a la vez tienen una influencia sobre la situación de salud de una población; son las condiciones en que una persona nace, crece, trabaja y envejece, interactuando en un ámbito social económico, político, cultural y ambiental. En la conferencia mundial de Río de janeiro representantes de 125 países del mundo concluyeron que la equidad en salud es una responsabilidad de todos y que se debe garantizar la creación de políticas públicas y estableció vínculos entre los determinantes sociales y el desarrollo sostenible[79].

### 4.4.1 DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

La OMS en la conferencia sobre los determinantes sociales en octubre de 2011 en Brasil, donde el principal objetivo fue impulsar la acción mundial en base a cinco esferas[80]:

1. La Gobernanza para abordar las causas fundamentales de las inequidades en materia de salud, el compromiso es la ejecución de de medidas sobre los determinantes de la salud.
2. La promoción de la participación: donde se enfatiza en el liderazgo de las comunidades para actuar sobre los determinantes.
3. La función del sector de salud, donde se incluye los programas de salud pública para reducir las inequidades sanitarias.
4. La acción mundial sobre los determinantes sociales de la salud, donde se trabaje en las prioridades y con los actores involucrados.
5. La vigilancia del progreso: control y seguimiento para la rendición de cuentas a nivel político sobre los determinantes sanitarios.

La Declaración de Rio, expresa el compromiso un compromiso social y político hacia los determinantes sociales de la salud, incentivando a los países a orientar políticas y estrategias para disminuir la inequidad en salud.

Dentro del marco de los determinantes sociales de la salud : se encuentran la situación económica y política, los determinantes estructurales y los determinantes intermedios.

En el contexto ***socioeconómico y político*** aspectos estructurales y culturales y funcionales del sistema social que ejercen poderosa influencia formativa en los patrones de estratificación social y por lo tanto en las oportunidades de la salud de la gente, incluye mecanismos sociales y políticos que mantienen la jerarquías

[79] TOMADO DE: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conference_Report.pdf
[80] TOMADO DE : file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/CSP28-INF-3-A-s.pdf

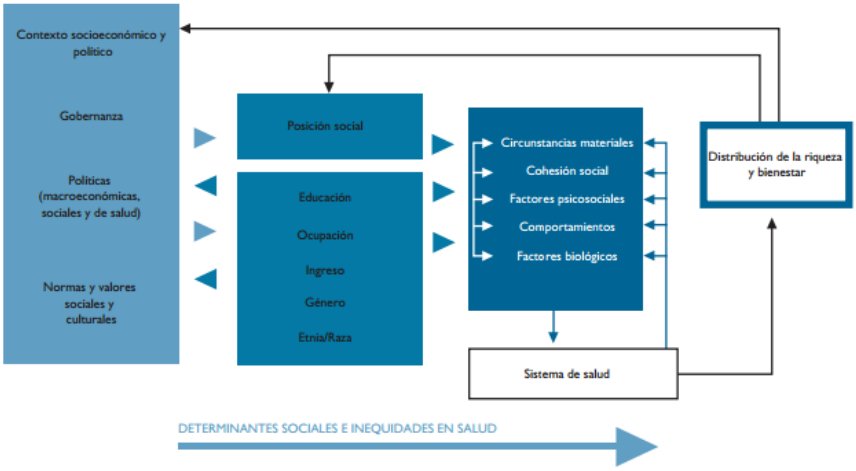
sociales, el mercado de trabajo, el sistema educativo y las instituciones políticas. Loa elementos básicos son la gobernanza y sus procesos, las políticas macroeconómicas las políticas sociales, las políticas públicas los valores culturales y sociales y los resultados epidemiológicos[81]. Figura 3.

***Los determinantes estructurales***: son aquellos atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas. Estos establecen las condiciones de lud de un grupo social en relación a la ubicación de las jerarquías en dominio, influencia y uso de los recursos. Tiene que ver con la categoría causal de los determinantes sociales de las inequidades sanitarias.la posición social, el género, raza y grupo étnico.

Acceso a la educación: la educación determina las oportunidades para el empleo, los ingresos familiares y la participación de los programas de protección social, causas que intervienen en el acceso a los servicios de salud.

***Determinantes intermedios:*** estos se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y debilidad de las situaciones nocivas para la salud. Pertenecen a los determinantes intermedios las circunstancias materiales, las circunstancias psicosociales, los factores conductuales y biológicos, la cohesión social y el propio sistema de salud[82].

Figura 3: Interacciones de los principales determinantes de la salud




FUENTE: Organización Panamericana de la Salud, 2012, Salud en las Américas, Edición de 2012: Volumen regional.

[81] DETERMINANTES E INEQUIDADES EN SALUD, Organización Panamericana de la Salud, 2012, Salud en las Americas, Edición de 2012: Volumen regional
[82] Op.Cit.

### 4.4.2 OPERATIVIZACIÓN DE LA POSICIÓN SOCIOECONÓMICA SEGÚN KUNST Y MACKENBACH

El nivel de ingresos mide la posición socioeconómica permitiendo cuantificar directamente los recursos materiales junto con otros como la educación. El nivel de ingresos tiene un efecto acumulativo a lo largo de la vida y es un indicador que puede variar con mayor facilidad a corto plazo. Engloba aspectos como el salario, dividendos, intereses bancarios, pensión alimenticia, pagos por transferencias, pensiones contributivas y no contributivas. Los ingresos individuales permiten conocer las características materiales a nivel individual, mientras que los ingresos por hogar permiten conocer los elementos del consumo y la acumulación de bienes compartidos por todos los miembros de la unidad familiar[83].

Macinko *et al*. (2003) propusieron el siguiente esquema para explicar la interrelación entre las desigualdades en el nivel de ingresos y salud[84]:

A nivel psicosocial (micro): estatus social las desigualdades en el nivel de ingresos resultan de un proceso injusto de comparación social.

A nivel psicosocial (macro): Cohesión social las desigualdades en el ingreso erosionan los vínculos sociales lo que permite que puedan trabajar en equipo.

A nivel neomaterialista (micro) ingresos individuales menos recurso para los pobres lo que pone en riesgo la capacidad para atención de enfermedades o accidentes.

A nivel neomaterialista (macro): escasa inversión social. Para promover la salud entre los pobres.

Artefacto estadístico: Normalmente, en todas las sociedades, los más pobres son los más enfermos.

## 4.5 BARRERAS DE ACCESO EN SALUD

Tener buena salud depende de la interaccion de la persona con los factores sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales; a su vez influye en el entorno social de tal forma que el tipo de trabajo y las condiciones de vida son desicivos para los efectos sobre la salud. En la literatura existen estudios que se han encargado de analizar los limitantes y facilitadores para el uso de los servicios de salud, ya sea de forma individual o en grupos poblacionales, basados en programas preventivos, en servicios específicos como urgencias, consulta externa,

[83] REGIDOR, Enrique. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. En: Rev. Esp. Salud Publica. 2001, vol.75, n.1 [citado 25 de noviembre de 2014]. Disponible en: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000100003&lng=es.

[84] CHUNG, Haejoo y MUNTANER, Carles. Determinantes políticos y del estado de bienestar de los indicadores de salud infantil y juvenil: un análisis de los países ricos. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2008, vol.7, no.14, p. 32-52

hospitalización y servicios especializados que se contemplan dentro de los sistemas de Salud. Según Tanshashi para tener un acceso efectivo se deben identificar las barreras en primera medida, para establecer quienes no acceden o acceden y precisar en qué momento se presentan las dificultades y plantear soluciones e intervenciones, además propone que se deben involucrar los sectores comprometidos de los grupos más afectados por la barrera y garantizar un nivel de mediación o resolución que puedan facilitar el acceso al uso de los servicios [85].

***Barreras de acceso según Modelo de Tanahashi[86]***

*De aceptabilidad*: Mide la actitud de la población respecto a los servicios de salud, dentro de esta se encuentran eventos como: temor o vergüenza al atenderse en un servicio de salud, incompatibilidad cultural entre el usuario y el equipo de salud, desconfianza en los equipos de salud y en el tratamiento prescrito, creencias y mitos, clase social, diferencia entre la practica medica y de los tratamientos.

*Accesibilidad*: Tiene en cuenta la objetividad de la población para utilizar los servicios de salud; se presenta en las limitantes físicas, financieras, organizacionales o administrativas y se dé en eventos como: costos de medicamentos, consultas medicas y exámenes, horarios de atención inadecuados, distancias largas entre la vivienda del paciente y el centro asistencial, escasez y dificultad de transporte, largas listas y tiempos de espera excesivos, procedimientos complicados, costos de traslado al centro asistencial.

*De contacto*: Está íntimamente relacionado con el paciente y servicio o programa que recibe; se da en eventos como: percepción de la atención como impersonal o de mala calidad, falta de conciencia de la enfermedad en los usuarios, efectos secundarios de los medicamentos, numero y tamaño de píldoras, carga de planificación relacionada al tratamiento, sensación de bienestar que conlleva a los controles y abandono del tratamiento.

*De disponibilidad*: Hace referencia a que exista una oferta de servicios suficiente para cubrir las necesidades de una población, tiene relación con el tipo de servicio disponible;se da en eventos como: escasez de recursos, infraestructura, horas de atención y medicamentos, falta de información, poca capacitación y formación del equipo médico.

Cobertura efectiva: hace referencia a la población que necesitando la atención recibe dicha atención , es decir que establece si realmente los servicios están llegando a la población que verdaderamente lo necesita; se da en eventos como: cumplir totalmente con el tratamiento; falta de conocimiento y conciencia de enfermedad, indicaciones pocas claras, mala relación con el equipo de salud,

[85] HIRMAS, Macarena et al. • Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud, Articulo de Revisión, Rev. Panamá Salud Publica 33(3), 2013
[86] HIRMAS, Op. cit

percepción sobre la eficacia del tratamiento. Modalidad de entrega del medicamento o tratamiento

**Tabla 1.** Problemas y consecuencias para el acceso a servicios de salud.

| PROBLEMAS ENCONTRADOS | CONSECUENCIA DEL PROBLEMA |
|---|---|
| Injerencia de las EPSs y EPSc | – Barreras administrativas<br>– Limitación en la prestación del servicio |
| Intereses económicos por parte de los prestadores de servicios de salud | – Negación del servicio por trámite en documentación o dinero para copagos |
| Decisiones políticas en el aseguramiento | – Condiciones de afiliación<br>– Características del POS<br>– Modalidades de contratación |
| Políticas para la afiliación al sistema | – Procesos que utilizan en la selección de beneficiarios en el régimen subsidiado por parte de las entidades locales.<br>– Encuesta del SISBEN para la estratificación.<br>– Intereses políticos. |
| Inconsistencias en las bases de datos de los usuarios del sistema de seguridad social en salud | – Doble afiliación al sistema<br>– Falta de auditorías y controles por parte de las entidades locales<br>– Falta de actualización de las bases de datos<br>– Rechazo al usuario para la prestación de servicios de salud<br>– Perdida de cobertura para el aseguramiento. |
| Cobertura del POS por Niveles | – Negación de los servicios a los usuarios<br>– Tramitología a los usuarios |
| Copagos y pago de servicios no POS | – Dificultad para acceder a la prestación de servicios<br>– Falta de recursos económicos de los pacientes<br>– Adquisición de servicios con instituciones particulares generando gasto de bolsillo |
| Tramitología en las autorizaciones | – No garantiza continuidad en el tratamiento<br>– Retraso en la atención del paciente<br>– Retraso en la recuperación<br>– Incremento de costos para la atención |
| Modalidad de contratación por capitación | – Limitan la cantidad de atención<br>– Incrementa el tiempo de espera para una cita<br>– Conflicto entre IPS para reducir la atención |
| Falta de información al paciente sobre los servicios que le ofrece la IPS | – Viajes repetidos de los pacientes, para resolver sus dudas en la interpretación de los procedimientos.<br>– Empeoramiento del estado de salud del paciente |
| Problemas en la entrega de medicamentos | – No garantiza continuidad al tratamiento.<br>– Desorganización en la IPS en la adquisición de medicamentos<br>– Falta de auditorías por las EPS y entes gubernamentales. |
| Contratación fragmentada con las IPS | – Concurrencia de los pacientes a diferentes sitos para dar continuidad a un tratamiento |

| PROBLEMAS ENCONTRADOS | CONSECUENCIA DEL PROBLEMA |
|---|---|
| | – No contar con una planificación las IPS |
| Red de prestadora de servicios | – Direccionar al paciente incorrectamente.<br>– Problemas de adaptación a nuevos centros y profesionales |
| Restricción geográfica a la población | – Dificulta acceso a los servicios de prevención y promoción |
| Crecimiento de la población en el área urbana | – Tiempo de espera a los servicios elevado |
| Baja rotación de camas hospitalarias | – Subutilización del recurso cama hospitalaria |
| Incumplimiento a las citas | – Problemas de transporte y económicos |
| Bajo nivel de ingresos económicos | – Dificultad de desplazamiento a los servicios especializados en salud |
| Desconocimiento de los derechos | – Dificultad en la utilización de los servicios |
| Carga familiar<br>Falta de apoyo | – Dificultad en el desplazamiento a los servicios especializados.<br>– Dificulta acceso a la prestaciones con copagos<br>– Dificulta la realización de trámites de autorización.<br>– Interrupción del tratamiento de la enfermedad |
| Desconocimiento de los no asegurados a asegurarse | – Personas sin capacidad de pago sin cobertura |
| Poco acceso al trabajo estable | – Tener un tratamiento oportuno de la enfermedad |
| Redes de prestadores de EPS inaccesibles geográficamente | – Complicación en el estado de salud del paciente |
| Mayores copagos en el régimen contributivo | – Falta de continuidad en los tratamientos<br>– Retraso en los procedimientos |
| No actualización del pos, exclusión de prestaciones especializados | – Población no puede acceder a los servicios |
| Límites para acceso a pruebas diagnósticas y medicamentos y especialistas | – Dificultad en el acceso a los pacientes |
| Oferta insuficiente en todos las nivel se atención | – Tiempo de espera elevado |
| Bajo nivel de ingresos económicos | – Dificultad para obtener servicios con copagos |
| Analfabetismo | – Dificultad para comprender información médica y realizar tramites |
| Periodos mínimos de cotización en el régimen contributivo, impago de la cotización | – No tiene derecho a ser atendido |
| Mala calidad en la atención especializada: falta de respuesta, poco tiempo para la consulta. | – Desestimación de la prestación del servicio |
| Problemas de comunicación para solicitar telefónicamente las citas | – Largas en la espera de solicitud de citas |
| Incumplimiento de los horarios por parte de los especialistas | – Dificultades de transporte |
| Tramite en las autorizaciones | – Costos en el desplazamiento para obtener autorizaciones. |

| PROBLEMAS ENCONTRADOS | CONSECUENCIA DEL PROBLEMA |
|---|---|
| | – Lentitud en el acceso a la consulta médica especializada |
| Desinformación por parte de la EPS | – No proporciona información sobre, los tramites, red de servicios etc., |

Fuente: Elaborador por la autora del trabajo de investigación, recopilación de diferentes fuentes previamente citadas.

Las barreras de acceso en salud se presentan en todos los momentos y circunstancias, y se pueden generar a través de los usuarios, las entidades de salud, los profesionales de la salud, el ambiente o por el mismo sistema sanitario las barreras más notorias con relación a la utilización de los servicios de salud son las que tienen relación con la parte socio-económica de las personas como son las que se derivan del gasto de bolsillo por el costo que asumen los usuarios por lo copagos cuotas moderadoras[87].

## 4.6 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA SALUD EN COLOMBIA

En la constitución de 1886 preponderó el modelo higienista. Bajo los lineamientos de este modelo, la provisión de salubridad pública se limitaba a atender aspectos de carácter sanitario; mientras que la atención preventiva y curativa debía ser financiada por los mismos usuarios o entidades religiosas de caridad. Para el año de 1946, en Colombia se crean nuevas instituciones de salud como los ministerios de trabajo y de higiene, el instituto colombiano de los seguros sociales (para empleados del sector privado formal) y la caja de previsión social (para empleados del sector público), se caracterizó por la separación de la atención médica para lo público y lo privado[88].

Dos momentos históricos marcaron el punto de partida para la organización de un sistema de salud unificado. La crisis del 1929 y la Segunda Guerra Mundial, momentos que cambiaron la tendencia de crecimiento de la economía y distribución del presupuesto nacional en los diferentes países involucrados. Mientras tanto, en Colombia dividían la prestación de los servicios posterior creación de un nuevo sistema, mostrando el crecimiento de cuatro campos sociales diferentes. Primero, el campo de la Higiene, tanto el sector público como el privado, administrada los servicios de prevención y la atención primaria de determinadas enfermedades de afectación comunitaria. Segundo, la atención médica para la población en situación de pobreza, exclusivamente dedicado a brindar los servicios de curación a individuos, en la figura del hospital inicialmente, para posteriormente transformar la beneficencia privada a la asistencia pública. Tercero, la atención médica privada era ejercida con autonomía por los profesionales de la salud. Finalmente, otros aspectos

[87] ALVIS,Jossie,HERRERA,María. Determinantes sovioeconomicos del acceso a prestación de los servicios de salud en la región Caribe Colombiana, programa de Economia,Universidad de Cartagena,2013.
[88] HERNANDEZ, Mario. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. Cartilla De Seguridad Social En Proceso De Publicación ed: v.5 fasc. p.21 - 43 ,1999.

preventivos y curativos dispuestos por la previsión y seguridad social, formaban parte del conjunto de demandas sociales inscritas en el conflicto obrero-patronal[89].

Entre los años de 1910 y 1950, ocurre una transformación importante para el país durante tres épocas bien delimitadas. El periodo de hegemonía conservadora (año 1910 a 1929 ) con el agotamiento del modelo paternalista, basado en la caridad privada y pública, se inicia por ofrecer atención médica a los trabajadores y campesinos por la vía patronal. Entre tanto, la práctica médica privada la brindaban a personas acaudaladas. Entonces, la incorporación por la vía legal se da con la reforma laboral (año 1930 a 1938) con la creación del ministerio de trabajo y previsión social, la cual surgió como propuesta del partido liberal. Después sobreviene la fragmentación del sector salud, marcado por el temor al comunismo; se crean asociaciones como sindicatos, partidos de izquierda, surgiendo el "gaitanismo" y dando entrada al capitalismo industrial que limitó el alcance de políticas sociales. Entre los años de 1970 a 1989, fue creado el Sistema Nacional de Salud, siendo los recursos del gobierno central para el pago de los servicios de salud, los cuales eran transferidos directamente a la red de instituciones públicas hospitalarias en un esquema tripartito -estado, empleadores y empleados- de financiación. Aunque esto no fue suficiente para garantizar los servicios de salud para toda la población[90].

En el artículo 49 de la constitución política de 1991, se establece que la atención en salud y saneamiento ambiental como servicios públicos están a cargo del estado que debe *"garantizar a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud"*. Siendo así considerada como un bien público, por lo que le corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de dichos servicios de salud y saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. Colombia es un país descentralizado, le concierne vigilar y controlar asuntos competentes a la nación, las entidades territoriales y de los particulares para determinar los aportes a su cargo, en los términos y condiciones señalados por la ley[91].

El sistema de salud en Colombia antes de 1990 era centralizado, con la reforma propuesta por la ley 100 de 1993 al SGSS en salud se convirtió en descentralizado, siendo organizado por niveles de atención y dando participación a la comunidad. Igualmente las normas legales determinaron cuando las condiciones de atención básica para la población debían ser de forma gratuita y obligatoria, tomando en consideración que toda persona tiene el deber de procurar tanto el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. Los principios fundamentales estipulados son: La protección integral, universalidad, solidaridad, igualdad, obligatoriedad, prevalencia de derechos, enfoque diferencial, equidad, calidad, eficiencia, participación social, progresividad, libre escogencia, sostenibilidad, transparencia, descentralización

[89] ABEl, Christopher. Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, CEREC. 1996.
[90] GRANADOS. Op. cit., p. 97-120.
[91] Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 49. Julio 7 de 1991 (Colombia).

administrativa, complementariedad y concurrencia, corresponsabilidad, irrenunciabilidad, intersectorialidad, prevención y continuidad. Se pretendió separar los roles de regulación del sistema de salud frente al aseguramiento y prestación de los servicios. Dichas funciones fueron estipuladas a nivel nacional, para que tanto el Ministerio de salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud como las entidades territoriales y distritales garanticen su cumplimiento[92].
En Colombia el acceso a los servicios de salud es garantizado por el estado dentro del sistema de salud; ya sea por el régimen subsidiado, contributivo o vinculado. Las barreras para el acceso existen de manera más notoria en cuanto a la cobertura de seguridad social, la falta de atención especializada para enfermedades de origen común, cancelación de copagos y las carencias de infraestructura hospitalaria modernizada. Las condiciones de accesibilidad geográfica, la falta de recurso humano capacitado para brinda atención en salud, fallas en la red vial y de transporte, las condiciones económicas y la funcionalidad de las personas[93].

## 4.7 LA DEFINICIÓN, LIMITES Y PROPÓSITO DEL SISTEMA DE SALUD

La OMS define el sistema de salud como *"el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos dedicados a la actividad sanitaria".* Siendo una entidad sanitaria la encargada del esfuerzo desplegado en el ámbito de lo servicios de salud pública, o bien en el desempeño de una actividad intersectorial, todo esto con el propósito de mejorar la salud humana. Igualmente ratificó que representa los objetivos de la política social de un país, funcionando como articuladores entre lo político y lo económico. El propósito de los sistemas de salud es mejorar las condiciones de salud de la población a través del cumplimiento de los siguientes objetivos: (1) Mejorar la salud de la población,(2) responder a las expectativas de las personas y (3) brindar protección financiera contra los costos[94].

Dentro de las funciones del sistema de salud:

Generación de recursos: Los recursos incluyen capital físico (instalaciones y equipamiento), el capital humano y lo bienes consumibles. La generación de recursos comprende la inversión y la formación de estos.

Prestación de los servicios: incluye los servicios asistenciales individuales así como las acciones de salud pública dirigidas a la población o al medio ambiente.

Financiamiento: según Figueras *et al.*[95], manifiestan que el financiamiento se descompone en tres fases, las cuales son la recaudación de fondos vía impuestos,

[92] VEGA-VARGAS, Manuel, et al. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2012, vol.11, no. 23, p. 58-84.
[93] MOGOLLON, Amparo y VAZQUEZ, María. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. En: *Cad. Saúde Pública* 2008, vol.24, no. 4, p. 745-754 .
[94] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie: sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC. OPS. 2008. 70 p.
[95] FIGUERAS,J., *et al*. Retos de sistemas sanitarios de Latinoamérica. ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gac Sanit 2002. vol. 16, no. 1, p. 5-17.

donaciones, seguros sociales o privados y pagos directos, su puesta en común (salvo para los pagos de bolsillo) con la finalidad de compartir riesgos financieros entre los grupos de población y la compra de asistencia y remuneración a los proveedores.

Ejercer rectoría: establecer las políticas y reglas de la operación del sistema, la regulación hace parte de esta función, la rectoría debe considerarse como función más radical; ya que el desempeño de ella puede afectar otras funciones. Esta función se considera irrenunciable por parte del estado.

Tanto la definición, límites y objetivos del sistema de salud son especificados por cada país de acuerdo con los valores que rigen la conformación de su sociedad. La salud es un bien de consumo, una inversión, una extensión de la calidad y un derecho[96]. Han sido descritos cuatro principios fundamentales del acceso al sistema. Primero, el poder de compra, el cual considera que la atención en salud es un elemento de la economía del mercado que es asignado. El segundo es la pobreza, en el cual se plantea la necesidad de ayudar a los grupos más vulnerables de la sociedad y de este modo proteger el bien común. El Estado es quien proporciona determinados servicios a quienes carecen de medios para adquirirlos. El tercero, es la prioridad socialmente percibida o merito reconocido, en el cual se estima la necesidad de prestar la atención médica a grupos definidos de la población. Por último, la ciudadanía, que surge al ampliarse los conceptos de derechos civiles y políticos al espacio correspondiente a asuntos sociales[97]. De lo anterior se puede concluir, que la salud no debe concebirse como un producto, un privilegio o un objeto de caridad, que adquiere las características de un derecho social que implica el acceso universal.

Los países de América Latina son el reflejo de una realidad cruda de abandono por parte del Estado, donde la inequidad en las condiciones de salud y de acceso a los servicio de salud afecta un porcentaje superior al 20% de la población general. Considerando sí que en los últimos años algunos de estos países como Brasil, Chile y Colombia han mejorado el financiamiento y prestación de los servicios por medio de la creación de un plan básico de servicios, incluyendo procedimientos y medicamentos, con paquetes adicionales en atención de enfermedades catastróficas, para accidentes de tránsito y desastres naturales, y programas individuales y colectivos dirigidos a grupos vulnerables. Contemplando ante todo el propósito de universalidad en la cobertura en seguridad social, ya sea desde el sector público o privado, continúa siendo el Estado el único responsable de salvaguardar este derecho para la población afiliada, como también es el encargado de efectuar las estrategias para ampliar cobertura y brindar atención gratuita[98]. Marcan la pauta los indicadores establecidos para Estados Unidos de Norteamérica como la esperanza de vida de mínimo 70 años, la tasa de mortalidad infantil de 2,4

[96] FRENK. Op. cit., p. 438-53.
[97] VARGAS-LORENZO. Op. cit., p. 701-712.
[98] GRANADOS. Op. cit., p. 97-120.

por cada mil niños, el acceso al agua potable y deshechos higiénicos de aguas residuales para la totalidad de la población y el acceso a los servicios de salud de completa cobertura. Sin embargo, estos indicadores parecen inverosímiles, lo que muestra que las condiciones de vida no se encuentran dentro de los términos imperceptibles planteados por la OMS ni siquiera en países desarrollados[99].

## 4.8 ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO

La ley 100 de 1993, enmarca la creación del Sistema General de Seguridad Social Integral (SGSS), sistema de Pensiones, riesgos profesionales y programas complementarios. Siguiendo el modelo mixto y segmentado, en donde hay participación tanto de la parte pública y privada. Para el funcionamiento del sistema de salud se hace necesario participación de dos grupos: los afiliados al sistema, tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado, y el grupo de los vinculados. Los objetivos del sistema son: (1) regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población; (2) mejorar y mantener el estado de salud garantizando el acceso a los servicios de salud a través de los planes de beneficios como son el Plan Obligatorio de Salud (POS) (contributivo y subsidiado), Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT), Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional (ATEP), Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT); (3) proveer protección financiera mediante un seguro de salud contributivo, seguro de salud subsidiado y acciones de financiamiento público;(4) lograr equidad y justicia mediante la distribución de los impuestos a la nómina y los aportes de los independientes al sistema y (5) distribución del presupuesto general de la nación, entes territoriales y Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema General de Seguridad en Salud de Colombia (FOSYGA)[100].

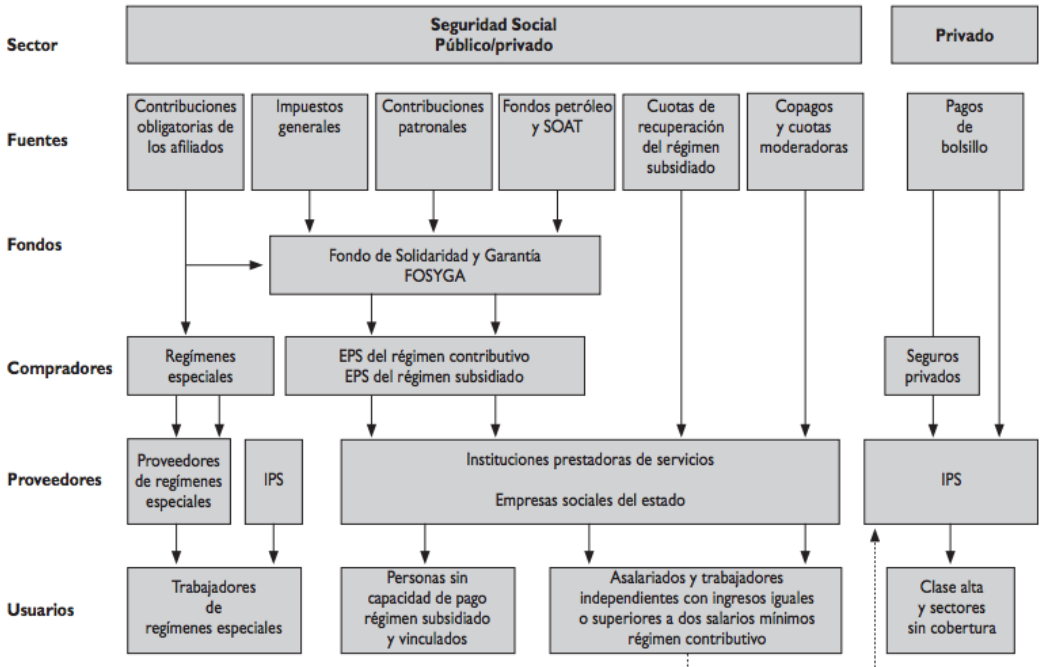
Según la ley 1438 de 2011, se contemplan las actividades, metas, acciones, recursos, responsables sectoriales, indicadores de seguimiento y mecanismos de evaluación del Plan Decenal de Salud (PDS), las cuales se desarrollan en el marco de la estrategia APS. Las funciones de los actores que ejecutaran tareas para la intervención sobre los determinantes del proceso de participación social también se encuentran plasmadas[101].

[99] ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. En: Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. (29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999). Memorias. México: OIT-OPS. 2003. p. 1-35

[100] MERLANO, Carlos, y GORBANEV, Louri .Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. En: Rev. *Gerencia y Políticas de Salud*. 2013. Vol. 12, no. 24, p. 74-86.

[101] BERNAL, Oscar y FORERO, Juan. Sistemas de información no sector saúde Colômbia. En: *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2011, vol.10, n.21, p. 85-100 .

**Figura 4. Mapa del modelo de sistema de salud en Colombia**




Fuente: GUERRERO, Ramiro, et al. Sistema de salud de Colombia. En: Rev Salud Publica Mex. 2011. vol. 53, no. supl 2, p. S144-S155.

## 4.9 LOS ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD Y SUS FUNCIONES

### 4.9.1 RECTORIA REGULACION Y SUPERVISION

El Ministerio de la Protección Social es el ente rector del sistema, el cual consolida las políticas de salud. Sus funciones son de formulación, adopción, coordinación, ejecución, control y seguimiento del sistema de la protección social. Hasta junio de 2009, el Consejo Nacional de Seguridad Social funcionó como el organismo rector del SGSS. La ley 1122 del 2007, introdujo a la Comisión Reguladora en salud (CRES), que reemplazó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) en la función de regular el sistema. La ley 1438 ratifica al Ministerio de salud en sus funciones de rectoría. La Superintendencia Nacional en Salud supervisa, vigila y controla los actores del sistema. Cumple las funciones de crear políticas de inspección, vigilancia y control de las normas. Además se encarga de la supervisión de la calidad de la prestación de los servicios de salud y la protección

de los usuarios, garantizando así la eficiencia en la generación, recaudo, flujo, administración, custodia y aplicación de los recursos destinados para este fin[102].

### 4.9.2 COBERTURA EN SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Las compañías aseguradoras llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) operan dentro del régimen de seguridad social, encargándose de la promoción del buen estado de salud de sus afiliados por medio de la prestación de los servicios de salud definidos por el POS. Las EPS funcionan como centro financiero de recaudo de las cotizaciones, descuentan la capitación correspondiente a cada uno de sus afiliados, y administran el plan de salud para sus usuarios mediante la prestación directa o la contratación de servicios con otros agentes.

**Tabla 2.** Distribución de la afiliación al régimen subsidiado en Colombia por Departamentos

| Departamento | Contributivo | Excepción | Subsidiado | Nº de afiliados |
|---|---|---|---|---|
| Amazonas | 13.047 | 2.323 | 53.273 | **68.643** |
| Antioquia | 3.361.460 | 112.486 | 2.374.070 | **5.848.016** |
| Arauca | 39.938 | 6.311 | 186.372 | **232.621** |
| Atlantico | 1.089.367 | 42.374 | 1.291.806 | **2.423.547** |
| Bogota d.c. | 5.824.302 | 122.875 | 1.264.885 | **7.212.062** |
| Bolivar | 641.870 | 49.680 | 1.383.062 | **2.074.612** |
| Boyacá | 433.099 | 31.467 | 660.983 | **1.125.549** |
| Caldas | 426.494 | 20.774 | 441.320 | **888.588** |
| Caquetá | 70.800 | 10.470 | 294.468 | **375.738** |
| Casanare | 160.059 | 9.761 | 197.901 | **367.721** |
| Cauca | 262.751 | 32.080 | 965.041 | **1.259.872** |
| Cesar | 309.324 | 25.706 | 810.523 | **1.145.553** |
| Choco | 49.200 | 13.065 | 391.640 | **453.905** |
| Córdoba | 313.371 | 44.057 | 1.320.996 | **1.678.424** |
| Cundinamarca | 1.129.976 | 28.959 | 893.525 | **2.052.460** |
| Guainía | 3.982 | 1.000 | 38.062 | **43.044** |
| Guaviare | 12.869 | 1.994 | 59.784 | **74.647** |
| Huila | 314.362 | 25.946 | 736.908 | **1.077.216** |
| INPEC | | 2 | 112.186 | **112.188** |
| La guajira | 147.081 | 13.996 | 704.140 | **865.217** |
| Magdalena | 371.807 | 30.260 | 930.619 | **1.332.686** |
| Meta | 429.792 | 19.145 | 416.729 | **865.666** |
| Nariño | 257.900 | 34.348 | 1.131.117 | **1.423.365** |
| No aplica | | 563.780 | | **563.780** |
| Norte de Santander | 436.167 | 28.872 | 858.185 | **1.323.224** |
| Putumayo | 45.713 | 10.706 | 248.771 | **305.190** |
| Quindío | 235.693 | 9.866 | 244.551 | **490.110** |
| Risaralda | 492.544 | 17.135 | 369.957 | **879.636** |
| San Andrés | 36.759 | 988 | 19.332 | **57.079** |
| Santander | 1.066.212 | 74.607 | 834.226 | **1.975.045** |
| Sucre | 163.795 | 24.764 | 822.302 | **1.010.861** |
| Tolima | 474.916 | 28.394 | 722.881 | **1.226.191** |
| Valle | 2.336.976 | 61.877 | 1.812.910 | **4.211.763** |
| Vaupés | 2.747 | 1.369 | 27.199 | **31.315** |
| Vichada | 6.494 | 1.737 | 69.690 | **77.921** |
| Total | **20.960.867** | **1.503.174** | **22.689.414** | **45.153.455** |

[102] MUÑOZ E, Iván et al. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. En: Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009, vol.27, no. 2, p. 142-152 .

SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204]. Disponible en: FUENTE: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.aspx

El sector privado ofrece diversos planes y cobertura de seguridad social en salud que son contratados en forma voluntaria y se concentran en la población que reciben mayores ingresos. El número de afiliados en las EPS con aseguramiento para el régimen contributivo (Tabla 2) eran 20'960.867 afiliados. Del régimen subsidiado para septiembre del 2014 (Tabla 3) era 22'689.414 usuarios; mientras que En el régimen de excepción se calculan 1.503.174 usuarios. Actualmente existen 19 EPSs contributivas activas y del régimen subsidiado son 45 EPSs en el territorio colombiano[103].

**Tabla 3.** Distribución de la afiliación al régimen Contributivo en Colombia por Departamentos

| ADMINISTRADORA | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|
| EAS016 - EMPRESAS PUBLICAS DE MEDELLIN-DEPARTAMENTO MEDICO | 11.432 |
| EAS027 - FONDO DE PASIVO SOCIAL DE LOS FERROCARRILES NALES | 45.870 |
| EPS001 - ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A. | 245.692 |
| EPS002 - SALUD TOTAL S.A. E.P.S. | 2.136.816 |
| EPS003 - CAFESALUD E.P.S. S.A. | 724.125 |
| EPS005 - E.P.S. SANITAS S.A. | 1.267.856 |
| EPS008 - COMPENSAR E.P.S. | 1.011.664 |
| EPS010 - EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | 1.918.460 |
| EPS012 - COMFENALCO VALLE E.P.S. | 316.332 |
| EPS013 - E.P.S. SALUDCOOP | 4.336.380 |
| EPS014 - HUMANA VIVIR S.A. E.P.S. | 5 |
| EPS016 - COOMEVA E.P.S. S.A. | 2.982.036 |
| EPS017 - E.P.S. FAMISANAR LTDA. | 1.643.674 |
| EPS018 - EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A. | 874.191 |
| EPS023 - CRUZ BLANCA EPS S.A. | 571.087 |
| EPS026 - SOLSALUD E.P.S. S.A | 1 |
| EPS033 - SALUDVIDA S.A .E.P.S | 75.106 |
| EPS034 - SALUDCOLOMBIA EPS S.A. | 1 |
| EPS037 - LA NUEVA EPS S.A. | 2.747.927 |
| EPS038 - MULTIMEDICAS SALUD CON CALIDAD EPS S.A. | 1 |
| EPS039 - GOLDEN GROUP S.A. EPS | 52.211 |
| **Total** | **20.960.867** |

SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204]. Disponible en: FUENTE: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.asp

[103] SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.asp

**Tabla 4.** Distribución de EPS en el territorio colombiano

| Administradora | Número de afiliados |
|---|---|
| CCF002 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA COMFAMA | 1.715.823 |
| CCF007 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CARTAGENA "COMFAMILIAR CARTAGENA" | 241.149 |
| CCF009 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BOYACÁ COMFABOY | 106.539 |
| CCF015 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE CORDOBA COMFACOR | 562.921 |
| CCF018 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAFAM | 180.423 |
| CCF023 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE LA GUAJIRA | 127.266 |
| CCF024 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL HUILA "COMFAMILIAR" | 492.899 |
| CCF027 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE NARIÑO "COMFAMILIAR NARIÑO" | 174.783 |
| CCF033 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE SUCRE | 94.751 |
| CCF045 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL NORTE DE SANTANDER "COMFANORTE" | 55.301 |
| CCF049 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR C.C.F. DEL ORIENTE COLOMBIANO "COMFAORIENTE" | 118.934 |
| CCF053 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CUNDINAMARCA COMFACUNDI | 84.431 |
| CCF055 - CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR CAJACOPI ATLANTICO | 536.944 |
| CCF101 – COLSUBSIDIO | 89.365 |
| CCF102 - CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL CHOCÓ COMFACHOCO | 82.114 |
| EPS020 - CAPRECOM EPS | 3.400.664 |
| EPS022 - EPS CONVIDA | 349.923 |
| EPS025 - CAPRESOCA EPS | 146.001 |
| EPS028 - CALISALUD E.P.S | 1 |
| EPSI01 - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CESAR Y LA GUAJIRA DUSAKAWI | 249.198 |
| EPSI02 - MANEXKA EPSI | 225.699 |
| EPSI03 - ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA | 435.484 |
| EPSI04 – ANASWAYUU | 118.606 |
| EPSI05 – MALLAMAS | 281.879 |
| EPSI06 - PIJAOS SALUD EPSI | 80.785 |
| EPSM03 - CAFESALUD E.P.S. S.A. | 1.001.008 |
| EPSM33 - SALUDVIDA S.A .E.P.S | 1.314.859 |
| EPSS01 - ALIANSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A.-CM | 194 |
| EPSS02 - SALUD TOTAL S.A. E.P.S. CM | 12.692 |
| EPSS05 - E.P.S. SANITAS S.A.-CM | 644 |
| EPSS08 - COMPENSAR E.P.S.-CM | 4.158 |
| EPSS10 - EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A-CM | 6.751 |
| EPSS12 - COMFENALCO VALLE E.P.S.-CM | 2.089 |
| EPSS13 - E.P.S. SALUDCOOP-CM | 14.796 |
| EPSS16 - COOMEVA E.P.S. S.A.-CM | 2.291 |
| EPSS17 - E.P.S. FAMISANAR LTDA.-CM | 15.346 |
| EPSS18 - EPS SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A. - EPS S.O.S. S.A.-CM | 4.740 |
| EPSS23 - CRUZ BLANCA EPS S.A.-CM | 802 |
| EPSS26 - SOLSALUD E.P.S. S.A | 1 |

| Administradora | Número de afiliados |
|---|---|
| EPSS34 - CAPITAL SALUD | 1.070.969 |
| EPSS37 - NUEVA EPS S.A. –CM | 21.160 |
| ESS002 - EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD E.S.S. EMDISALUD ESS | 483.179 |
| ESS024 - COOPERATIVA DE SALUD Y DESARROLLO INTEGRAL ZONA SUR ORIENTAL DE CARTAGENA LTDA. COOSALUD E.S.S. | 1.619.517 |
| ESS062 - ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD | 1.595.435 |
| ESS076 - ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ E.S.S. | 840.791 |
| ESS091 - ENTIDAD COOPERATIVA SOL.DE SALUD DEL NORTE DE SOACHA ECOOPSOS | 286.923 |
| ESS118 - ASOCIACIÓN MUTUAL EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD DE NARIÑO E.S.S. EMSSANAR E.S.S. | 1.679.027 |
| ESS133 - COOPERATIVA DE SALUD COMUNITARIA-COMPARTA | 1.598.498 |
| ESS207 - ASOCIACIÓN MUTUAL SER EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD ESS | 1.161.661 |
| **Total** | **22.689.414** |

SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204]. Disponible en: FUENTE:http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/CoberturasdelR%C3%A9gimenSubsidiado.aspx

### 4.9.3 PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS

Las EPSs deciden si quieren prestar los servicios de salud dentro de su propia red de intención, lo cual se denomina integración vertical. Con la posibilidad de contratar estos servicios con la red pública o privada. No obstante, la ley 1122 de 2007 legitimó la contratación, limitando la libertad para contratar hasta el 30% del valor total de las primas por red propia; en cuanto a las aseguradoras del régimen subsidiado les obliga a contratar por lo menos el 60% con la red pública de hospitales. En la actualidad existen 1.203 prestadores públicos en el país según datos del ministerio[104].

**Tabla 5.** Prestadores servicios públicos en Colombia

| Departamento | Prestadores | Sedes | Servicios | Camas | Salas | Ambulancias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amazonas | 2 | 12 | 270 | 79 | 6 | 3 |
| Antioquia | 138 | 322 | 6.192 | 3.543 | 206 | 230 |
| Arauca | 6 | 57 | 729 | 339 | 17 | 29 |
| Atlántico | 32 | 88 | 1.387 | 833 | 43 | 52 |
| Bogotá D.C | 62 | 243 | 3.856 | 4.115 | 138 | 110 |
| Bolívar | 50 | 240 | 2.863 | 1.091 | 78 | 27 |
| Boyacá | 115 | 183 | 3.666 | 748 | 52 | 173 |
| Caldas | 40 | 154 | 2.131 | 723 | 53 | 73 |
| Caquetá | 8 | 26 | 573 | 360 | 23 | 38 |
| Casanare | 7 | 30 | 675 | 321 | 23 | 20 |
| Cauca | 33 | 138 | 2.357 | 793 | 75 | 97 |
| Cesar | 36 | 153 | 2.007 | 966 | 55 | 65 |
| Chocó | 7 | 44 | 535 | 255 | 13 | 1 |

[104] RESTREPO VILLA, Román. A propósito de la Ley 1122 del 2007 Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. En: *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2007, vol.25, no.1, p. 90-105 .

| Departamento | Prestadores | Sedes | Servicios | Camas | Salas | Ambulancias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Córdoba | 36 | 178 | 1.883 | 847 | 55 | 76 |
| Cundinamarca | 58 | 250 | 4.604 | 1.576 | 98 | 195 |
| Guainía | 1 | 3 | 114 | 46 | 6 | 3 |
| Guaviare | 2 | 13 | 226 | 103 | 6 | 8 |
| Huila | 43 | 71 | 1.438 | 1.043 | 58 | 93 |
| La Guajira | 47 | 151 | 2.364 | 417 | 32 | 36 |
| Magdalena | 40 | 211 | 2.822 | 942 | 66 | 68 |
| Meta | 22 | 65 | 1.170 | 756 | 41 | 75 |
| Nariño | 88 | 342 | 4.771 | 828 | 84 | 132 |
| Norte de Santander | 20 | 136 | 2.043 | 830 | 67 | 95 |
| Putumayo | 13 | 55 | 868 | 354 | 21 | 24 |
| Quindío | 19 | 44 | 728 | 538 | 18 | 34 |
| Risaralda | 22 | 65 | 1.038 | 702 | 26 | 35 |
| San Andrés y Providencia | 2 | 2 | 5 | 0 | 0 | 0 |
| Santander | 92 | 184 | 3.470 | 1.764 | 132 | 158 |
| Sucre | 36 | 87 | 1.279 | 750 | 50 | 51 |
| Tolima | 59 | 117 | 2.320 | 1.149 | 66 | 127 |
| Valle del cauca | 62 | 418 | 5.657 | 1.847 | 105 | 142 |
| Vaupés | 1 | 3 | 86 | 14 | 4 | 2 |
| Vichada | 4 | 21 | 389 | 84 | 8 | 6 |
| Totales: | 1.203 | 4.106 | 64.516 | 28.756 | 1.725 | 2.278 |

FUENTE: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204].

**Tabla 6.** Prestadores servicios privados en Colombia

| Departamento | Prestadores | Sedes | Servicios | Camas | Salas | Ambulancias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Amazonas | 53 | 55 | 203 | 52 | 3 | 0 |
| Antioquia | 6.754 | 8.743 | 24.178 | 5.407 | 324 | 217 |
| Arauca | 157 | 185 | 837 | 24 | 2 | 7 |
| Atlántico | 1.971 | 2.213 | 9.493 | 4.112 | 264 | 113 |
| Bogotá D.C | 13.010 | 15.070 | 37.265 | 8.940 | 563 | 500 |
| Bolívar | 1.646 | 1.928 | 7.188 | 2.155 | 109 | 87 |
| Boyacá | 1.075 | 1.253 | 4.320 | 524 | 38 | 57 |
| Caldas | 1.122 | 1.266 | 3.401 | 1.072 | 51 | 41 |
| Caquetá | 223 | 238 | 1.143 | 337 | 31 | 21 |
| Casanare | 384 | 448 | 1.578 | 77 | 8 | 72 |
| Cauca | 903 | 1.013 | 3.301 | 560 | 28 | 40 |
| Cesar | 823 | 902 | 3.802 | 1.003 | 63 | 86 |
| Chocó | 210 | 282 | 2.749 | 545 | 40 | 14 |
| Córdoba | 868 | 973 | 3.681 | 1.490 | 64 | 50 |
| Cundinamarca | 1.559 | 1.856 | 7.216 | 804 | 38 | 83 |
| Guainía | 7 | 8 | 80 | 0 | 0 | 0 |
| Guaviare | 52 | 51 | 175 | 0 | 0 | 3 |
| Huila | 740 | 849 | 2.945 | 617 | 52 | 50 |
| La Guajira | 292 | 364 | 2.220 | 758 | 36 | 29 |
| Magdalena | 803 | 894 | 5.044 | 1.654 | 100 | 52 |
| Meta | 820 | 968 | 3.500 | 800 | 52 | 199 |
| Nariño | 1.045 | 1.211 | 3.447 | 1.727 | 64 | 33 |

| Departamento | Prestadores | Sedes | Servicios | Camas | Salas | Ambulancias |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Norte de Santander | 1.259 | 1.407 | 4.140 | 886 | 67 | 37 |
| Putumayo | 220 | 268 | 964 | 91 | 8 | 46 |
| Quindío | 743 | 837 | 2.429 | 535 | 27 | 29 |
| Risaralda | 1.030 | 1.178 | 3.538 | 837 | 63 | 38 |
| San Andrés y Providencia | 86 | 86 | 202 | 24 | 4 | 1 |
| Santander | 2.043 | 2.465 | 9.749 | 1.979 | 133 | 112 |
| Sucre | 743 | 917 | 4.005 | 1.491 | 65 | 42 |
| Tolima | 1.041 | 1.188 | 3.716 | 976 | 49 | 93 |
| Valle del cauca | 5.205 | 6.509 | 19.338 | 5.703 | 371 | 308 |
| Vaupés | 4 | 4 | 22 | 0 | 0 | 0 |
| Vichada | 13 | 18 | 69 | 0 | 0 | 0 |
| Totales | 46.904 | 55.647 | 175.938 | 45.180 | 2.717 | 2.460 |

FUENTE: SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204].

### 4.9.3.1 SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA

Según la resolución 2003 de 2014, el grupo de consulta externa tiene los servicios de consulta general, consulta de especialidades medicas, consulta odontológica, general y especializada, medicinas alternativas, que se prestan según la modalidad intramural, extramural o telemedicina[105].

La institución que tenga habilitado este servicio, debe contar con una recepción, un servicio de apoyo diagnostico como laboratorio, imagienología, sala de rehabilitación o terapias, deben contar con un área exclusiva y con circulación restringida, contar un espacio para registro de los pacientes que ingresan al servicio y disponer de un servicio de apoyo diagnostico y terapéutico[106].

Normalmente es un servicio en el cual se brinda atención médica y paramédica, a personas enfermas y que no están internadas y cuyo padecimiento les permite acudir a una institución de salud, la atención del servicio de salud se basa en un interrogatorio y una exanimación al paciente para llegar a un diagnóstico y un tratamiento, este servicio se subdivide en medicina preventiva, medicina general y medicina de especialidades. Hay interdependencia de servicios con otros como urgencias, laboratorios, ayudas diagnósticas, cirugía, archivos clínicos, entre otros, que van a garantizar el tratamiento del paciente.

Según datos del Ministerio de salud en la actualidad prestan servicios de consulta externa que se encuentran registradas en la Rede de Prestadores de servicios de

[105] MINISTERIO DE DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolucion 2003 (Mayo 28 de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud,Bogotá 2014. 225 p.
[106] SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SALUD. Área de análisis y políticas de servicios de salud, plan maestro de equipamiento de salud manual, guía para el diseño arquitectónico para el servicio de consulta externa. Bogotá D.C. 2010.

salud en Colombia 48357 IPS privadas y 10798 publicas se caracterizan por ser de baja complejidad[107].

### 4.9.3.2 SERVICIO DE URGENCIAS

Según la resolución 2003 pertenece al grupo de urgencias y se presta atención de urgencias de baja, mediana y alta complejidad[108]. Además en la resolución 249 de 1998, define la urgencia como la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez o muerte[109].

La atención inicial de urgencias son todas las acciones realizadas a una persona con patología de urgencia, se caracteriza por estabilizar los signos vitales, realizar un diagnostico precoz y tomar decisiones de inmediato si es caso remitir a otro nivel; el artículo 2 de la ley 10 de 1990 establece de obligatorio cumplimiento de todas las instituciones que prestan servicios de urgencias la atención inicial al paciente en estado crítico sin importar el estrato socioeconómico y la afiliación en salud[110].

De acuerdo con las disposiciones del Decreto 4747 de 2007, son procedimientos para la atención de urgencias según el artículo 10 la clasificación de pacientes según el Triage, que debe ser de obligatorio cumplimiento por parte de los prestadores de servicios de salud que tengan habilitados los servicios de urgencias. El Triage se clasifica según el grado de urgencia: de prioridad 1 se atiende de inmediato y cuando el paciente presenta una situación de peligro y tiene en riesgo su vida tales como: paciente en Shock, estado epiléptico o convulsivo, paro cardiaco o respiratorio, dificultad para respirar, fracturas o golpes graves, traumas (cráneo, cadera), heridas graves, parto en curso intento de suicidio, abuso sexual, embarazadas con sangrado. En el Triage de prioridad 2, el paciente se atiende entre 1 y dos horas cuando es una urgencia con un riesgo vital en casos como: Tos con expectoración y fiebre sin mejora después de una consulta médica, cuerpo extraño en ojo, en oído, dolor de cabeza con síntomas asociados, signos de infección de herida quirúrgica, heridas que necesitan puntos que no involucre un órgano vital, embarazadas sin sangrado, dolor en el pecho de más de 5 días y dolor abdominal de más de 5 días. En el Triage 3, el paciente presenta un problema que no compromete la integridad del paciente, no se considera urgencia lo cual puede requerir una consulta prioritaria como: vómito sin sangre, diarrea sin deshidratación, alergias, enfermedades crónicas, enfermedades en menores de 5 años sin

[107] TOMADO DE: http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/serviciossedes.aspx?tbcodigo_habilitacion=
[108] MINISTERIO DE DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolucion 2003. Op. Cit. 225 p.
[109] SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, Resolucion 249 (marzo 20) por la cual se orienta el cumplimiento y se fija el sistema de coordinación de los Servicios de Urgencias y se dictan otras disposiciones. Santa fe de Bogotá, D.C.1998.
[110] Ibid.

complicaciones, esguinces, espasmo muscular, tos seca con malestar general y trauma menor. El promedio de espera para la atención es de 6 horas.

Hay una urgencia que no se considera urgente donde el paciente puede asistir por consulta externa pero decide pasar por urgencias y la atención es máximo en 72 horas o es remitido a consulta externa, se da en pacientes con problema no agudo que no asiste a consulta externa y espera ser atendido en urgencias por una molestia menor o crónica. Ejemplos, resfriado común, malestar sin fiebre, cólico menstrual, flatulencia, estreñimiento, cefalea crónica sin síntomas asociados, revisión de sutura, mas de testículo, oleadas de calor, incontinencia crónica sin síntomas agudos[111].

Actualmente se encuentran registradas en la red de prestadores de servicios de salud de baja complejidad 1029 IPS Publicas y 254 privadas a nivel del país[112].

### 4.9.3.3 ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD

La promoción de la salud se define según la carta de Ottawa como "proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control de la misma" donde se involucran todas las aéreas sociales culturales y económicas, donde los gobiernos involucran estas actividades dentro de sus agendas, con el propósito del empoderamiento del individuo y la comunidad incentivando la participación en la ejecución y evaluación de los proyectos, en búsqueda de un desarrollo personal y responsabilidad social tanto para el individuo, colectivos y entes gubernamentales[113].
En Bogotá (1992) se firmó la declaración de la conferencia Internacional de promoción de la salud, donde el tema principal fue alcanzar la equidad en salud, caso más sentido en países menos desarrollados; para el año 1997 , en Indonesia en la 48 Conferencia Internacional la promoción de la salud paso a estar dentro nueva era como un nuevo actor y considerado como un derecho esencial de la persona, de tal forma que la promoción de la salud es un elemento clave para fomentar estilos de vida saludable[114]

La prevención de la Enfermedad, tiene intima relación con el proceso salud-enfermedad, fue descrita en 1945 por Henry Sigers como una de las cuatro funciones de la medicina, determina que la prevención tiene relación con la causalidad de la enfermedad y se definió como "la aplicación de medidas sistemáticas que abarca aspectos médicos que puedan evitar la aparición de la enfermedad o prevención primaria, curar la enfermedad o prevención secundaria; y reincorporar al individuo a sus entorno o prevención terciaria

[111] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 4747 (Diciembre 7) Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo, y se dictan otras disposiciones, Bogotá 2007.
[112] TOMADO DE: http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/serviciossedes.aspx?tbcodigo_habilitacion=
[113]GARCIA,Consuelo,TOBON,Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?, universidad de Caldas .Colombia
[114] Op Cit

La prevención primaria es toda intervención realizada previa a la aparición de la condición de enfermedad. Principalmente encaminada a proteger las poblaciones vulnerables de la exposición a los factores de riesgo específicos. Son actividades propias de este tipo de intervención las siguientes: inmunización contra enfermedades infecto-contagiosas[115], formulación de ácido fólico en mujeres en edad fértil para la prevención de defectos del tubo neural en el feto[116], estrategias de tamizaje para cáncer de mama como el auto-examen mamario[117], y la citología vaginal en el caso del cáncer de cérvix[118]. Los profesionales de la salud son los principales actores, cumpliendo la función de concientizar sobre los factores de riesgo y estrategias para prevenirlos. Como prevención secundaria se conocen todas las intervenciones orientadas a tratar la enfermedad para prevenir el agravamiento, aquí los profesionales son conscientes de las dificultades del usuario y las complicaciones de su problema de salud. En cuanto, a las intervenciones dirigidas a minimizar las aparición de secuelas se conoce como prevención terciaria. Siendo las actividades enfocadas en la rehabilitación física, psicológica y social del paciente[119].

Cabe resaltar que la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), promulgada en 1978 con la declaración de Alma Ata, donde se constituye en una organización de asistencia sanitaria enmarcada en las actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para combatir los problemas de salud.

En la actualidad se encuentran 21699 IPS privadas y 603 de carácter público, registradas e inscritas como prestadoras de servicios de actividades de protección específica.[120]

### 4.9.4 FINANCIACIÓN POR RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO CONTRIBUTIVO Y SUBSIDIADO

El régimen contributivo se financia con impuestos parafiscales (contribuciones a la nómina), toda persona que tiene ingresos superiores a un salario mínimo tiene que aportar mensualmente el 12.5% de sus ingresos (en caso de trabajadores dependientes el empleador aporta el 8.5% y el trabajador el 4%) para financiar el sistema general de seguridad social en salud, a cambio de esta contribución el cotizante y su núcleo familiar se benefician del POS. El tope máximo de ingreso base de cotización está fijado en 20 salarios mínimos, donde el 11% se usa para financiar el régimen contributivo y el 1.5% es canalizado para financiar el régimen subsidiado. Estudio realizado en el 2007 sobre el gasto de seguridad social en salud de Colombia para el régimen contributivo fue de 9.887 millones de dólares (PPA), la mayor parte de este gasto (8.452 millones de dólares PPA) se gastó a través de

[115] PORRAS, Oscar. Vacunación: esquemas y recomendaciones generales. En: Acta pediátr. costarric. 2008, vol.20, no. 2, p. 65-76 .
[116] NAZER H, Julio. Prevención primaria de los defectos congénitos. En: Rev. méd. Chile . 2004, vol.132, no. 4, p. 501-508.
[117] SARDINAS PONCE, Raysy. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cancer de mama en atencion primaria de salud. En: Rev haban cienc méd . 2009, vol.8, n.3 , p. 1-10.
[118] MAYA, Jairo y RESTREPO, Sonia. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. En: Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005, vol.56, no.1, p. 59-67.
[119] AGREST, Alberto. Prevención de enfermedades y medicina preventiva. En: Medicina (B. Aires). 2009, vol.69, no.3, p. 382-386.
[120]TOMADO DE: http://201.234.78.38/habilitacion/consultas/serviciossedes.aspx?tbcodigo_habilitacion=

las EPS seguido por los regímenes especiales (esquemas de seguridad social de diferentes ramos públicos específicos tales como maestros y fuerza militar que aún no han teniendo que integrar aportes de sus trabajadores al pool de recursos del régimen contributivo) y por las entidades adaptadas que son esquemas de seguridad social de algunos ramos del sector público que se han venido integrando al régimen contributivo. La mayor parte de la financiación del régimen contributivo proviene de los impuesto parafiscales (89%) seguido por algunos impuestos generales (8%) y los copagos que tienen que hacer los usuarios en el momento de hacer uso de los servicios del POS (4%)[121].

El régimen subsidiado es financiado por impuestos generales de orden nacional y local, y por un impuesto de solidaridad de 1.5% sobre los ingresos laborales que hacen todos los cotizantes del régimen contributivo; estudios realizados en el 2007 el gasto del régimen subsidiado fue de 3.116 millones de dólares (PPA) de los cuales el 82% provenía de impuestos generales de orden nacional y local y un 18% proveniente del impuesto de solidaridad que se cobra a todos los cotizantes del régimen contributivo. Además el gasto en seguros privados voluntarios en salud fue de 2.087 millones de dólares (PPA) según un estudio realizado por Barón (2007)[122].

En este país la adopción del Sistema General de la Seguridad Social en Salud (Figura 3) ejemplifica cómo disposiciones generales extraídas de la constitución se convierten en la fuente de regulación legislativa que enmarca las responsabilidades del Estado. Es preciso mencionar que el esfuerzo conjunto de los órganos legislativo y ejecutivo del Estado colombiano por modernizar la infraestructura legal del sector salud se halló en la jurisprudencia de los dos tribunales más altos de su rama jurisdiccional, la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado. La reforma en Colombia logró triplicar la cobertura de los asegurados. Para 1992 el 19% de la población se encontraba asegurada, lo que aumentó significativamente hasta el 61% para el año de 1996. Aunque el porcentaje restante sólo tiene cobertura teórica del subsector público, existe un porcentaje residual aún sin cobertura. Para el año 2013, la cobertura del régimen contributivo esta en 42.76%, el régimen subsidiado en 48.11%; con un porcentaje de afiliación de un 91.69%, población no afiliada un 8.31%. Como se evidencia la afiliación al régimen subsidiado ha aumentado progresivamente, y el aumento en la cobertura al régimen contributivo no ha sido impresionante (35.22% en el año 2000 a 42.76% en el 2013). Cifras que sustentan como la financiación del sistema en mayor medida es respaldada por los recursos públicos, más no por los aportes de los trabajadores formales, ya que tanto la situación de desempleo como el subempleo influencian de manera directa el monto de las cotizaciones al régimen contributivo[123].

[121] PRADA, Luis . Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, e impacto en los prestadores de servicios. En: Rev. salud pública. 2004, vol.6, no.1, p. 1-27.
[122] FUNDACIÓN MAPFRE. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. [Citado 15 de agosto de 2014]. Disponible en: https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf
[123] YEPES, Francisco, et al. Funding Research for Policy in Colombia's Reformed Health Sector. Geneva, Alliance HPSR. Working Paper No. 11. 2002.

## 4.10 CALIDAD EN LA PRESTACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La calidad en salud integra todas las áreas que constituyen una entidad, para permitir que los servicios sean oportunos, accesibles, seguros y pertinentes, contando con el talento humano necesario, disponibilidad de recursos físicos y financieros , para lograr el posicionamiento de la entidad en un alto nivel[124].En Colombia, el Sistema de Salud se encuentra diseñado con herramientas y metodologías que fortalecen la prestación de los servicios, cuenta con un sistema propio de calidad enmarcado en el Decreto 1011 de 2006 donde establece el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud (SOGCS), con propósito es mejorar la calidad en la prestación de los servicios en salud y brindar seguridad al paciente[125].

La calidad en salud se puede definir como la provisión de servicios a los usuarios de forma accesible, equitativa y con un nivel profesional óptimo, considerando el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el fin de lograr la satisfacción. Esta definición centrada en el usuario, involucra aspectos como accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad en la atención, que se deben considerar en la prestación de los servicios a la población colombiana, siendo la satisfacción, el principal resultado resultados más importantes[126].

*Satisfacción del usuario*

Dado que la satisfacción del usuario influye de tal manera en su comportamiento y es una meta muy valiosa para lograr la resolución a las necesidades[127].Philip Kotler, define la satisfacción del cliente como: “el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas”. El concepto de satisfacción, se ha ido matizando a lo largo del tiempo, según han ido avanzando sus investigaciones, enfatizado distintos aspectos y variando su concepción[128]. Según Pascoe define la satisfacción como "la reacción de una persona a los aspectos más destacados del contexto, el proceso y el resultado de su experiencia de servicio"[129].

La satisfacción está conformada por tres elementos:

El Rendimiento Percibido: Se refiere al desempeño que el cliente considera haber obtenido luego de adquirir un producto o servicio. Dicho de otro modo, es el "resultado" que el cliente "percibe" que obtuvo en el producto o servicio que adquirió.

Las Expectativas: Las expectativas son las "esperanzas" que los clientes tienen por conseguir algo.

Los Niveles de Satisfacción: Luego de realizada adquisición de un producto o servicio, los clientes experimentan uno de éstos tres niveles de satisfacción: Insatisfacción, Satisfacción, Complacencia***:***

---

[124]LLINÁS, Adalberto. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la Reforma del Sistema. En: Salud Uninorte. Colombia, Barranquilla. 26, marzo, 2010. Vol. 26, no.1. ISSN: 0120-5552

[125] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100. (23, diciembre, 1993).Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial. Bogotá D.C.1993. No. 41.148.p.1-90.

[126] Berry, L. Leonard, David R. Bennet, Carter W. Brown, *Calidad de servicios, una ventaja estratégica para instituciones financieras,* Díaz de Santos, Madrid, 1989.

[127] Ruiz-Olalla, C. (2001): "Gestión de la calidad del servicio", [en línea] 5campus.com, Control de Gestión

[128] Fundación Universitaria Andaluza Inca Garcilaso. Satisfaccion .Revisado 14-04-10 en: http://www.eumed.net/libros/2007b/269/26.htm

[129] Marcinowicz L, Slawomir C, Ryszard G. Understanding patient satisfaction with family doctor care. Journal of Evaluation in Clinical Practice 16 (2010) 712–715

**Eficiencia en salud**

El concepto de eficiencia implica emplear menor cantidad posible de recursos para obtener una determinada cantidad de producto. Se pueden enumerar los principales problemas de las entidades prestadoras de servicios en salud para mantener el principio de eficiencia en su oferta: (1) brindar las servicios sin modificar las condiciones (2) capacidad de las instalaciones o infraestructura,(3) la demanda de las necesidades de la población, (4) No tienen una base de datos de historial médico mantenida entre las entidades para poder hacer referencias y contra-referencia y seguimiento a la condiciones del paciente y (5) cantidad personal insuficiente y no capacitado que es superado por la demanda para atender estas necesidades[130].

La metodología que utilizada por las instituciones prestadoras de salud se conoce como costos privados de la producción pública o modelo de frontera, el cual consiste en comparar el costo en los que se ha incurrido por parte de la administración pública para producir un determinado bien o servicio frente al costo de producción, si es factible o no[131].

## 4.11 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CONTEXTO GEOGRÁFICO DE COLOMBIA

Según el DANE (2005) las proyecciones del total de la población para el año 2020 la población proyectada será 50'911.747. Cambiando la distribución por edad de la población, de joven a moderadamente adulta durante la mayor parte del siglo XX. En los últimos 70 años, la edad promedio ha aumentado 6 años (de 23,2 en el año 1938 a 29.1 2005) reflejando un aumento del envejecimiento poblacional con respecto al proceso vivido por los países. También se evidencia un aumento considerable en la esperanza de vida de la población, adicionando 21 años para las mujeres y 25 años para los hombres. De la misma manera, se ha incrementado el promedio de años vividos desde 68 años a 74 años[132].

La carga de morbilidad y mortalidad se percibe a expensas del alto porcentaje de enfermedades crónicas no transmisibles, secuelas de enfermedades transmisibles, carenciales, epidémicas, emergentes y reemergentes. Las principales causas de mortalidad en Colombia en la última década afectan el sistema circulatorio, registrando entre un 28 y un 30% del total de las muertes registradas para el año 2010, concentrándose en el centro del país cerca de 59.938 muertes registradas. Otras causas como muerte por causa externa representan entre 17% al 24%, por causa de neoplasias están entre el 14% al 18%, las enfermedades respiratorias son el 8.7% y las enfermedades del aparato digestivo son en menor porcentaje, aproximadamente 4.3%. Para el año 2010, se estimaron diferencias entre las tasas de mortalidad por género, siendo de 506 hombres por cada 100.000 habitantes y 373 mujeres por cada 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad infantil continúa

[130] ECHEVERRI, Oscar. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. En: *Rev Panam Salud Publica* . 2008, vol.24, n.3, p. 210-216 .

[131] JANOSCHKA, Michael. El nuevo modelo de la ciudad latinoamericana: fragmentación y privatización. En: *EURE (Santiago)*. 2002, vol.28, n.85, p. 11-20 .

[132]DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. [Citado 20 de octubre de 2014]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005

descendiendo en todo el territorio nacional, de 31 muertes registradas en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos desde 1985 a 1990, a 16 entre 2005 a 2010[133].

En la última medición de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS, 2007), el 32,6% de los encuestados, con edades entre 6 y 69 años, reportó haber tenido en los últimos treinta días al menos un problema de salud. La autopercepción de problemas de salud en los últimos 30 días aumento en relación directa con la edad, siendo más frecuente en mujeres con dolor físico. Los problemas mentales están en segundo lugar con un 5.8% y las causas violentas se ubicaron en tercer lugar (3.3%). La morbilidad por enfermedades crónicas no presento diferencia en la prevalencia entre género. Las principales causas son alergias con el 11.6%, trastornos de hipertensión arterial siendo el 6,1%, diabetes y epilepsia representan el 2.8% y alguna enfermedad cardiovascular el menor porcentaje (2.3%). Las principales causas de egresos hospitalarios por la demanda de la población general fueron las infecciones de vías urinarias (4,4% en mujeres y 2,5% en hombres), diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso (2,9% en mujeres y 4,3% en hombres) y otros dolores abdominales y los no especificados (2% en mujeres y 1,8% en hombres) [134].

Por otra parte, la distribución poblacional en las regiones colombianas se relaciona con el perfil epidemiológico. En la región amazónica por sus características de flora y fauna y selva, el comportamiento de la temperatura y por ser húmeda tiene poco desarrollo socioeconómico. Además es la menos poblada del país. Al igual que la región del pacifico caracterizado por región de ciénagas y también de zonas selváticas se encuentra también poco poblada y se observa poco desarrollo socioeconómico. En cambio, la región de la Orinoquia tiene terrenos fértiles para la agricultura y considerado un lugar atractivo para vivir. Por último, en la región andina conformado por las tres cordilleras, se ubica mayor asentamiento poblacional[135].

La división política de Colombia está dada por 1.126 municipios, cuatro distritos y 32 departamentos. Conformada por las regiones:

**Región Caribe e insular:** presenta una población de 10’023.072 habitantes para el año 2012 es la tercera región más habitada del país y un 9.29% más poblada que en el año 2005. El 49.94% está compuesto por hombres y el restante 50.06% por mujeres lo que indica una relación hombre: mujer de 1:1. El 73.56% de la población habita el área urbana y el 26.44% el área rural.
**Región Central:** presenta una población de 11’663.270 habitantes para el año 2012 es la región más habitada del país y un 6.72% más poblada que en el año 2005. El 49.21% está compuesto por hombres y el restante 50.79% por mujeres, es decir

[133] MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. [Citado 16 octubre de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf
[134] ALVAREZ, Víctor Hugo. Encuesta nacional de demografía y salud. [Citado 16 octubre de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/RID/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/Victor%20Hugo%20Alvarez.pdf
[135] COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones de Colombia. Dirección de epidemiología y demografía. Grupo Asis. 2013.

que por cada 100 mujeres hay 97 hombres. El 73.96% de la población habita el área urbana y el 26.04% el área rural.

**Región Cundinamarca:** presenta una población de 10'128.968 habitantes para el año 2012 es la segunda región más habitada del país. Para el año 2012 muestra un incremento del 9.96% con respecto al año 2005. El 48.67% está compuesto por hombres y el restante 51.33% por mujeres, es decir que por cada 100 mujeres hay 94.82 hombres. El 91.38% de la población habita el área urbana y el 8.62% el área rural.

**Región Oriental:** presenta una población total de esta región es de 6'187.858 para el año 2012 muestra un incremento del 5.89% con respecto al año 2005. El 49.82% está compuesto por hombres y el restante 50.18% por mujeres, con una relación hombre: mujer prácticamente de 1:1. El 70.55% de la población habita el área urbana y el 29.45% el área rural.

**Región Pacífica:** presenta una población total de 7'983.357 para el año 2012 muestra un incremento del 6.98% con respecto al año 2005. El 49.30% está compuesto por hombres y el restante 50.70% por mujeres, es decir que por cada 100 mujeres hay 97.23 hombres. El 68.66% de la población habita el área urbana y el 31.34% el área rural.

**Región Amazonía-Orinoquía:** presenta una población total de 595.298 para el año 2012.

## 4.12 CONTEXTO SOCIOECONÓMICO DE AMÉRICA LATINA Y COLOMBIA

Actualmente Colombia como otros países de América Latina en vías de desarrollo muestran altos índices de desigualdad social e inequidad en el acceso y prestación de servicios de salud. Igualmente se observan marcados contrates entre el progreso las diferentes regiones del país medido por el índice desarrollo humano, las líneas de pobreza e indigencia, el índice de condiciones de vida y el índice de necesidades básicas insatisfechas.

Según la Comisión Económica para América Latina en el año 2009, la situación se deterioró durante el periodo trascurrido del año 2002 al 2007 por causa de la pésima distribución de ingresos, la cual refleja que al menos un 10% de la población continúa haciéndose más adinerada y el 40% se hizo más pobre[136]. Como posible solución a esta realidad, el estado colombiano se proyecto hacia cumplimiento de las metas del Plan Decenal de Salud Pública (2012-2022) y los Objetivos del Milenio (ONU 2000), que conjuntamente buscan el progreso del país por medio de la ejecución de políticas globales, nacionales y locales, que susciten una formación en valores sociales en todos los ámbitos del desarrollo humano; proponiendo espacios

[136] ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. Op. cit.

para la participación social, la sinergia entre entes públicos y privados, que desplieguen su mejor esfuerzo por modificar las diferencias entre los determinantes estructurales de las inequidades en salud como: la posición socioeconómica, los derechos relacionados con el trabajo y educación, condición de discapacidad, situación de violencia, ciclo de vida, género y etnia.

Los determinantes intermedios de la salud se encuentran orientados al acceso de los servicios de salud, empleo y restablecimiento de la infraestructura de las viviendas y escuelas. Evaluando la relación persona-acceso a los servicios de saneamiento básico como agua potable, evaluando calidad y prestación de los servicios de salud entorno a incumplimiento de las obligaciones de las EPSs, negación de servicios y la desproporción de trámites para adquirirlos. En materia de educación, se alcanzó la meta de 100% de cobertura brusca para la educación básica pre-escolar, primaria, y secundaria. No obstante, aún no se ha logrado reducir en la misma medida el analfabetismo; ni mejorar el nivel educativo de las mujeres en edad fértil que se encuentra estrechamente relacionado con indicadores como la fecundidad y salud materna infantil.

# 5. METODOLOGIA

## 5.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un análisis secundario de un estudio de corte transversal; según el número de mediciones es transversal con una sola medición, sin seguimiento; según la manipulación de las variables por parte del investigador es observacional; según el alcance del análisis de los resultados es analítico por que se comparan grupos.

Los datos analizados corresponden a la Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) realizada en Colombia durante 2013[137]. El objetivo de esta encuesta es obtener información que permita analizar y realizar comparaciones de las condiciones socioeconómicas de los hogares colombianos.

## 5.2 HIPOTESIS OPERATIVA

El uso de los servicios de salud difiere según los factores socioeconómicos de la población de estudio**.**

## 5.3 POBLACION Y MUESTRA

La población y muestra de la ECV se describen a continuación:

**Universo.** El universo de la ECV estuvo conformado por la población civil no institucionalizada del territorio nacional colombiano durante el año 2013.

**Población objeto.** Estuvo conformada por la población civil no institucionalizada en todo el territorio colombiano excepto la parte rural de los nuevos departamentos. En la ECV 2013 se obtuvo información de 73155 personas, 21565 hogares, y 20878 viviendas.

**Criterios de inclusión .** Participaron personas de las cabeceras y municipios. Se constituyeron nueve dominios que fueron: Bogotá Distrito Capital, Antioquia, Valle, Región Atlántica, Región Oriental, Región Central, Región pacifica, San Andrés y Orinoquia y Amazonia.
**Para el análisis de este trabajo:** Se tuvieron en cuenta dentro de los criterios de inclusión las personas mayores de 15 años.

**Criterios de exclusión.** Área rural de San Andrés y Orinoquia-Amazonia, zonas que excluyeron por razones de costo y accesibilidad para la ECV-2012.

[137] DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Calidad de Vida. [Consultado el 18 de mayo de 2014]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv.

**Para el análisis de este trabajo:** En el acceso a servicios de prevención primaria se tomaron como criterios de exclusión las personas que pertenecían al régimen especial de salud. De igual forma para el análisis del acceso a servicios de urgencia y consulta externa se tomaron como criterios de exclusión aquellas personas que no presentaron problemas de salud en los últimos 30 días.

**Marco muestral.** El marco estadístico estuvo constituido por el inventario cartográfico y el archivo agregado de viviendas y hogares a nivel de manzanas para cabeceras municipales y centros poblados, y el agregado a nivel de sección cartográfica para el resto. Estos datos los obtuvieron a partir de la información del censo general de población y vivienda del 2005.

**Tipo de muestreo.** Diseño probabilístico de muestras complejas, donde cada unidad de muestreo tuvo una probabilidad de selección conocida y mayor que cero lo que permitió determinar *a priori* la precisión deseada en las estimaciones y posteriormente calcular la precisión de los resultados obtenidos a partir de la información recolectada.

Las unidades primarias de muestreo (UPM) fueron los municipios de 7.000 y más habitantes. Los municipios de menor tamaño se combinaron con algún vecino de similares características, para completar un tamaño mínimo de 7.000 habitantes. Las unidades secundarias de muestreo (USM) fueron las manzanas en las cabeceras municipales y secciones en el resto del municipio, y las unidades terciarias de muestreo (UTM) fueron los segmentos o medidas de tamaño MT (áreas de 10 viviendas en promedio) tanto en la cabecera como en el resto del municipio, con límites naturales fácilmente identificables en los que se encuestaron todos los hogares.

Por último se hizo un diseño multietápico: para lograr la selección de las unidades de observación (viviendas, hogares o personas), se seleccionaron secuencialmente las unidades de muestreo de cada tipo (UPM,USM y UTM) con probabilidades de selección en función del número de viviendas. La probabilidad final de selección de viviendas, hogares y personas es el producto de las probabilidades de las cuatro etapas.

**Definición del tamaño de la muestra.** Para el tamaño de la muestra se tuvieron en cuenta parámetros básicos a estimar: proporción del 10% para los diferentes indicadores de la ECV-2013 con error estándar relativo no mayor del 5%. Según estos parámetros se requerían 2170 segmentos para cumplir con los objetivos de la ECV.

## 5.4 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables del estudio se clasificaron según los componentes del modelo de Andersen, como se observa en la Tabla 4. La definición operacional de las variables analizadas se encuentra en el anexo 2. Se consideraron dos variables dependientes: Acceso a los servicios de salud de prevención primaria y acceso a los servicios de salud de urgencia y consulta externa.

**Tabla 7. Variables según los componentes del modelo de Andersen.**

| COMPONENTES | Variables |
|---|---|
| **Características predisponentes (características de la población)** | Estado civil<br>Escolaridad<br>Etnia<br>Sexo<br>Edad |
| **Capacidad de recursos( acceso potencial, inequidad acceso, características población)** | Déficit de vivienda<br>Régimen de afiliación al sistema de salud (Razones de no afiliación)<br>Trabajo<br>Estrato socioeconómico<br>Región del país<br>Ubicación geográfica<br>Recibe subsidios<br>Percepción de pobreza<br>Ingresos mensuales del hogar |
| **Necesidades (determinantes del comportamiento en salud)** | Limitaciones permanentes<br>Estado de salud<br>Problema de salud en los últimos 30 días |
| **Uso de los servicios de salud (acceso realizado, comportamiento en salud)** | Acceso a Promoción y prevención: Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿consulta por lo menos una vez al año?<br>Acceso a urgencias o consulta externa. (Aplica solo para personas con un problema de salud en los últimos 30 días). |
| **Sistema de salud (determinantes y el ambiente)** | Usted o algún miembro de su hogar sabe si la secretaria o el municipio en el que habitan ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.<br>Tutela<br>Razones de instaurar la tutela |
| **Satisfacción del consumidor** | Queja por inconformidad en el servicio de salud en el hogar en los últimos 12 meses<br>Entidad donde se presentó la queja<br>Calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.). |
| **Ambiente externo** | No se cuentan con variables del ambiente externo. |
| **Prácticas de salud personal** | No se evalúan estilos de vida en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. |
| **Estado de salud percibida** | Estado de salud (Es la misma variable del componente de necesidad) |

| | |
|---|---|
| **Estado de salud evaluado** | No se evalúa el estado de salud de las personas en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. |

Fuente: Autora del trabajo de investigación.

## 5.5 OBTENCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La información que se analizó en este estudio, obtuvo un permiso previo del DANE para la utilización de los datos, por medio de una comunicación escrita directa con los investigadores, donde se garantiza el uso adecuado de dicha información confidencial.

De esta manera el DANE solicita la aceptación de algunos términos y condiciones de confidencialidad. Los datos se obtienen del siguiente link: http://formularios.dane.gov.co/Anda_4_1/index.php/catalog/213.

## 5.6 INSTRUMENTO

### Encuesta De Calidad de Vida en Colombia

La encuesta es un instrumento que permite analizar la situación del bienestar de una población investigada, es el DANE el responsable de recoger la información sobre diferentes aspectos como son: el acceso a bienes y servicios públicos, privados o comunales, salud, educación, cuidado de niños y niñas menores de 5 años, fuerza de trabajo, seguridad alimentaria, condiciones de hogar y tendencia de bienes, tendencia y afiliación de viviendo que ocupa el hogar, características del hogar, tecnologías de información y comunicación.

### Nomenclaturas y clasificaciones utilizadas

**CIIU Rev. 3 A.C. -** Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las actividades económicas. Revisión 3 Adaptada para Colombia.
**División Político Administrativa de Colombia (DIVIPOLA).**
**Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO - 70**)16. **CISE – 93.** Clasificación Internacional de la Situación del Empleo.

Los períodos de referencia que se manejan en la ECV-2012 son los relacionados a continuación:
**Semana pasada o de referencia**: respectiva semana calendario (lunes a domingo) inmediatamente anterior a la semana en la que se efectúa la entrevista. Es utilizado para obtener información sobre la fuerza de trabajo.
**Mes pasado**: mes calendario inmediatamente anterior al mes en que se realiza la encuesta. Es utilizado para captar información sobre ingresos laborales.
**Últimas 4 semanas**: las últimas 4 semanas calendario que preceden a la semana de la encuesta. Se utiliza en preguntas relacionadas con fuerza de trabajo.

**Últimos 30 días:** los 30 días inmediatamente anteriores a la fecha en que se está realizando la encuesta. Es utilizada para captar información acerca de problemas de salud y fuentes para cubrir gastos en salud diferentes a hospitalización.

**Últimos 12 meses**: hace referencia a los doce meses calendario, inmediatamente anteriores al mes en que se está haciendo la encuesta. Se utiliza para obtener información sobre: afectación de la vivienda, ingresos para personas de 12 años y más, problemas del hogar y hospitalización de algún miembro del hogar.

**Diseño de la encuesta**

La encuesta se ha diseñado con el objetivo de recopilar datos importantes de múltiples variables. Para lograr el propósito de la investigación, se usó un formulario que consta de 12 módulos en los que se obtiene información sobre viviendas, hogares y personas. A continuación se lista cada uno de los módulos (Anexo 1):

Módulo A: identificación y control
Módulo B: datos de la vivienda
Módulo C: datos del hogar
Módulo D: características y composición del hogar
Módulo E: salud
Módulo F: cuidado de niños y niñas menores de cinco años
Módulo G : Educación
Módulo H: fuerza de trabajo
Módulo I: tecnologías de información y comunicación
Módulo J: tenencia y financiación de la vivienda que ocupa el hogar
Módulo K: condiciones de vida del hogar y tenencia de bienes
Módulo L: seguridad alimentaria

En el capítulo E salud (para todas las personas del hogar), este capítulo obtuvo información sobre la aplicación de la ley 100 de 1993 que establece el sistema general de seguridad social en salud, con objetivos de regular el servicio público especial de salud y crear condiciones de acceso de toda la población al servicio en todos los niveles de atención, de igual forma se indagó sobre el tipo de afiliación al sistema de salud, la cobertura por regímenes y el acceso a los servicios de medicina general, urgencias, hospitalización y medicina especialista y también se indago sobre la calidad en la prestación de estos servicios y la percepción del estado de salud que tienen las personas. Se aclara que para este trabajo de grado únicamente se estudiaron los determinantes asociados a prevención primaria, consulta externa y urgencias.

## 5.7 PROCEDIMIENTO DE LA ECV-2013

### Sensibilización

Primer paso: se ubicó y reconoció el Área Geográfica (AG) o manzana.

Segundo paso: se verificó el recuento en el área asignada y establecer el número de hogares y personas en las medidas de tamaño seleccionadas.

Tercer paso: notificó en donde se realiza la entrega de la información relacionada con la ECV y la comunicación de la visita del encuestador, aquí se visitó la unidad de vivienda en listado, se hizo una presentación de sensibilización al hogar, se presentó la información sobre la ECV, se entregó un plegable y se entregó una notificación al hogar sobre la hora y fecha de la visita del encuestador.

### Capacitación

Para la ECV-2013 se utilizó el método de cascada, el cual consiste en capacitar a un grupo de funcionarios que luego transferirán sus conocimientos a otro grupo de personas. La capacitación estuvo a cargo de los profesionales del equipo técnico del DANE Central.

La capacitación consistió en primer nivel explicar cada uno de los capítulos del formulario conceptos operativos, técnicos, y metodológicos de la investigación, se efectuó una capacitación sobre el manejo del dispositivo móvil de captura (DMC) y el diligenciamiento de la encuesta en el mismo. En segundo nivel se entrenó al personal de campo asumida por las personas previamente capacitadas en el primer nivel y responsable de la encuesta en cada sede y subsede, el DANE distribuyo en cada ciudad una guía de capacitación que contenía bases teóricas, talleres prácticos ejercicios y estudios de casos, y apoyos informáticos para el adiestramiento en el manejo del DMC, para complementar esta capacitación se realizó una video conferencia donde participaron personal de campo, administrativos, apoyos informáticos de oficinas territoriales que contaban con estos recursos tecnológicos.

### Selección y entrenamiento del personal

En la ECV-2013 se siguieron las directrices establecidas por el DANE Central para la selección y contratación del personal de campo (coordinador, supervisor, encuestadores) en las direcciones territoriales.

Se llevaron a cabo los siguientes subprocesos

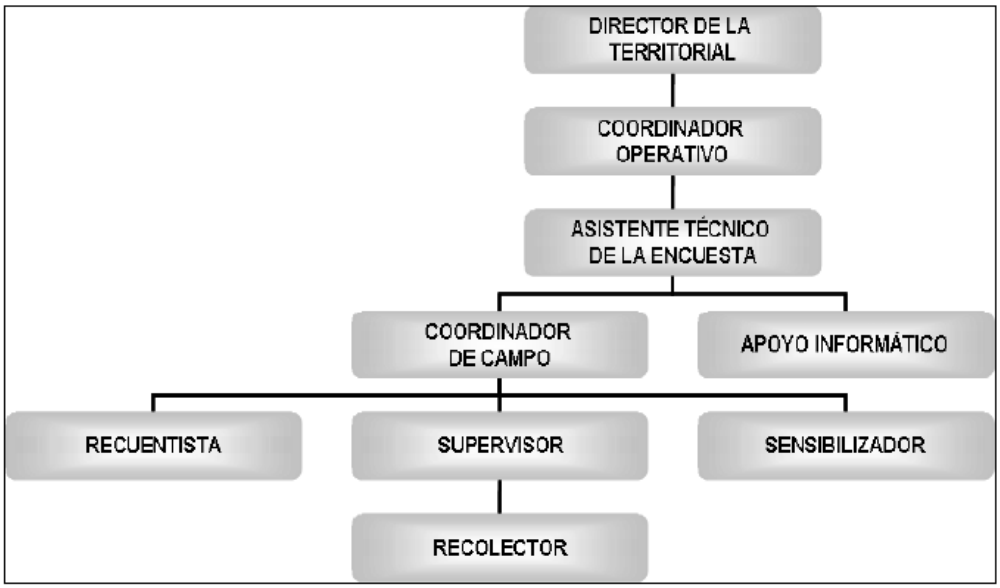
- Convocatoria: se realizó mediante un aviso en la página Web o invitación directa en cada dirección territorial o subsede.

- Inscripción: el personal que acudió a la convocatoria se inscribió en cada dirección territorial o subsede llevando su hoja de vida.
- Preselección: con revisión de hojas de vida y de acuerdo al perfil se escogió el personal que se presentó a la capacitación.
- Entrenamiento: las personas preseleccionadas asistiendo durante tres días al entrenamiento impartido por los responsables de la encuesta en cada sede y subsede y se contrataron las que demostraron mejor desempeño.

**Recolección de la información**

Para la recolección de la información se tomó en cuenta con el siguiente organigrama operativo donde se conformó un equipo operativo de la siguiente forma:

**Figura 5. Organigrama de la operativización del procedimiento**




Fuente: DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Metodología de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística – DIMPE. 2014. 98 p.

**Asistente técnico de la encuesta**

En las sedes y subsedes fue el responsable de la dirección técnica de la encuesta en todos sus aspectos. Del dependieron los equipos de trabajo los cuales mantuvieron una comunicación permanente. Realizo su gestión con la aprobación del coordinador operativo que era un funcionario de planta  y en algunos casos contratistas.

Coordinador de campo de la encuesta: En las direcciones territoriales del DANE fue el responsable de las actividades preliminares de la encuesta y supervisión a los grupos de trabajo en campo y en las subsedes tuvo a su cargo el manejo de la encuesta en todos los aspectos administrativos y operativos.

Apoyo informático: Fue la persona responsable de la revisión y mantenimiento de los dispositivos móviles de captura, prueba del software, recepción, consolidación, depuración, y transmisión de los datos recolectados en campo al DANE central tras previa revisión de la cantidad de viviendas hogares y personas reportadas por los supervisores.

Recuentista: Se encargó de realizar el recorrido de un área previamente seleccionada una semana antes del operativo y efectuó el conteo de las edificaciones y viviendas que conforman el segmento. Esto con el fin de generar la asignación correcta de medidas en tamaño y selección de segmentos por encuestar. En cuanto al dominio rural el recuento es efectuado por los recolectores.

Supervisor: Realiza el seguimiento del trabajo de campo y la revisión de la información recolectada por los encuestados en los segmentos seleccionados y que le fue asignado por el coordinador de campo, tenía a su cargo entre dos y cuatro encuestadores.

Tuvo dominio de la investigación y acompaño permanentemente a su grupo.

Sensibilizador: Se encargó de dar a conocer la encuesta una semana antes en el segmento donde se realizó el operativo, mediante piezas comunicativas dirigidas a las viviendas seleccionadas en la muestra (hogares y personas).

Recolector: Fue el mismo encuestador se encargó de obtener la información en los hogares seleccionados en los segmentos de la muestra teniendo en cuenta las normas y conceptos establecidos en los respectivos manuales, dependió directamente del supervisor a quien reporto diariamente su trabajo.

**Esquema operativo, método y procesamiento para la recolección**

El esquema operativo que diseñaron para la ECV-2013 fue el siguiente:
Grupos de trabajo para llevar a cabo el procesamiento de la recolección se conformaron equipo de trabajo compuesto por un supervisor y entre dos o cuatro recolectores, esto dependió del número de segmentos asignados en cada una de las 24 ciudades objeto de la muestra. Los rendimientos promedio en el nivel urbano por recolector fueron de 7 encuestas completas diarias. En los hogares ubicados en resto (centros, poblados y rural disperso) el rendimiento diario fue de 4 encuestas, en todos los casos se trabajaron seis días a la semana con un día de descanso. Los recuentos los efectuó una persona asignada, para tal fin y se hizo 8 días antes de

comenzar la recolección. El transporte dependió si era área urbana o rural transporte urbano o especial.

El método utilizado para la recolección de la información fue mediante entrevista directa utilizando dispositivos móviles de captura, a personas de 18 años o más y entrevistar de forma directa a los respectivos miembros del hogar.

El sistema de recolección utilizado fue el barrido donde cada equipo de trabajo recorrió simultáneamente un segmento hasta investigar todas las viviendas seleccionadas con sus respectivos hogares.

Para esta encuesta se establecieron 56 rutas de recolección distribuidas a través de las direcciones territoriales, donde se atendieron primero a las ciudades capitales luego se desplazaron a realizar las encuestas en los municipios seleccionados en cabecera y resto.

**Período de recolección**

La ECV-2013 se llevó a cabo durante un período de ocho semanas y media. Para este año, la fecha de recolección comprende desde el 1 de septiembre hasta el 31 de octubre de 2013.

**Transmisión y procesamiento de datos**

En un software swing se organizan y se comprimen todos los datos en un archivo Zip para su transmisión al DANE central vía FTP (File Transfer Protocol), asignando un usuario y una contraseña a cada una de las 24 ciudades del país con el fin que utilicen este medio de transmisión.

Para la consolidación de archivos una vez se recibieron los datos se almacenaron en el servidor del DANE central en una estructura que permite identificar la procedencia y la fecha de envío se utilizó el CLONESPY para detectar los duplicados los cuales se eliminan, después mediante el aplicativo Java se clasificaron los datos y se organizaron en una subdivisión de carpetas así: encuestas completas, encuestas incompletas y archivos de georreferenciación que brindaron una seguridad hasta el momento que se cargaron en las base de datos.

## 5.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El presente estudio se llevo a cabo con el siguiente análisis estadístico:
En el análisis descriptivo se presentaron las frecuencias absolutas y relativas con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%).

En un primer análisis se tomó como variable dependiente: Sin estar enfermo(a) y por prevención consulta por lo menos una vez al año al médico, odontólogo o ambos. Así mismo, la muestra estuvo conformada por los mayores de 15 años.
En el segundo análisis, la variable dependiente fue atención formal de salud en urgencia o consulta externa por el problema de salud. Las variables explicativas se clasificaron según los componentes del modelo de Andersen en predisponentes, de capacidad de recurso y de necesidad.

En ambos análisis, se establecieron los determinantes del acceso real mediante modelos lineales generalizados simples y múltiples para muestras complejas, donde la función de enlace fue el logaritmo de la proporción de la variable dependiente y la distribución de Poisson. Adicionalmente se usaron los factores de expansión, que proporciona a cada elemento de la muestra el peso o representación que le corresponde en el universo investigado. De esta manera se obtuvieron las razones de prevalencia (RP), sus IC95% y valor de p. La selección del modelo final se realizó paso a paso hacia atrás de manera manual partiendo de un modelo con todas las variables. El modelo final fue evaluado mediante la prueba de especificación del modelo (link test) y se calcularon los coeficientes de variación para cada RP.

Todo el análisis se realizó con un nivel de significancia de 0,05 y el software utilizado fue Stata 13.1

## 5.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia[138] este estudio se considera sin riesgo por qué no se intervendrá ni hará seguimiento de los encuestados, en su lugar, se consultarán la ECV-2013 para la recolección de la información. Se solicitó aprobación al comité de ética de la Universidad de Santander y se solicitó consentimiento informado institucional para acceder a la información al DANE. Los investigadores se comprometen a guardar la confidencialidad de la información.

[138] MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE COLOMBIA. Resolución 8430 de 1993. 4-10-1993.

# 6. RESULTADOS

## 6.1 ACCESO A SERVICIOS DE PREVENCIÓN PRIMARIA

**Análisis descriptivo.** En el análisis se incluyeron 50534 personas mayores de 15 años que no pertenecían al régimen especial de seguridad social en salud, quienes representaron a 31.968.124 Colombianos en 2013, provenían de 21152 hogares y 20485 viviendas. El 51.5% de sexo femenino, 51.6% estaba entre los 16 y 38 años de edad, el 55.1% tenía compañero permanente, el 76.5% estudió hasta básica secundaria y el 13.1% consideraba que pertenecía a algún grupo étnico (Tabla 8).

**Tabla 8.** Características predisponentes de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud, 2013.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | |
| Femenino | 16462495 | 51.5 | 51.4 | 51.6 |
| Masculino | 15505629 | 48.5 | 48.4 | 48.6 |
| **Edad** | | | | |
| 16-38 | 16497957 | 51.6 | 51.3 | 51.9 |
| 39-103 | 15470167 | 48.4 | 48.1 | 48.7 |
| **Con compañero Permanente** | | | | |
| No | 14354448 | 44.9 | 44.6 | 45.2 |
| Si | 17613676 | 55.1 | 54.8 | 55.4 |
| **Escolaridad** | | | | |
| Ninguna/Básica primaria | 10699959 | 33.5 | 33.1 | 33.8 |
| Básica secundaria | 13756152 | 43.0 | 42.6 | 43.4 |
| Técnico/Tecnológica/Universitaria | 7512013 | 23.5 | 23.1 | 23.9 |
| **Pertenece a un grupo étnico** | | | | |
| No | 27769257 | 86.9 | 86.6 | 87.1 |
| Si | 4198867 | 13.1 | 12.9 | 13.4 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

El 53.5% de la población trabajaba, el 36.9% vivía en una vivienda con algún tipo de déficit y el 71.0% pertenecía al estrato bajo. En relación con el sistema de afiliación a la seguridad social en salud, el 46.0% estaba en el régimen contributivo y las principales razones de no afiliación fueron está en trámite (23.0%) y falta de dinero (20.6%). Todas las regiones del país participaron en esta encuesta con predominio de la región Atlántica con el 20.6%. Así mismo, el 78,6% pertenecía al área urbana. El 41.1% de la población recibía subsidios y se consideraba en situación de pobreza; mientras que, el 40% de la población vivía en hogares que

recibían hasta 1’046.000 pesos colombianos como parte de sus ingresos mensuales (Tabla 9).

**Tabla 9.** Capacidad de recursos de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud, 2013

| Variable | Población Expandida | % | IC95 % | |
|---|---|---|---|---|
| **Trabajó la semana pasada** | | | | |
| No | 14875162 | 46.5 | 46.2 | 46.9 |
| Si | 17092962 | 53.5 | 53.1 | 53.8 |
| **Déficit de vivienda** | | | | |
| No | 20179720 | 63.1 | 62.8 | 63.5 |
| Si | 11788403 | 36.9 | 36.5 | 37.2 |
| **Tenencia de vivienda** | | | | |
| Propia | 16449798 | 51.5 | 50.9 | 52 |
| Arrendada | 10005423 | 31.3 | 30.8 | 31.8 |
| Otra | 5512903 | 17.2 | 16.9 | 17.6 |
| **Estrato socioeconómico (Según recibo de la luz)** | | | | |
| Bajo | 22688248 | 71.0 | 70.4 | 71.5 |
| Medio/Alto | 8250541 | 25.8 | 25.2 | 26.4 |
| Sin recibo/Sin estrato | 1029335 | 3.2 | 3.1 | 3.3 |
| **Régimen de salud** | | | | |
| Contributivo | 14693888 | 46.0 | 45.5 | 46.4 |
| Subsidiado | 14233133 | 44.5 | 44.1 | 45.0 |
| No sabe/No responde | 3041102 | 9.5 | 9.3 | 9.8 |
| **Razones de no afiliación al sistema de seguridad social** | | | | |
| Por falta de dinero | 615102 | 20.6 | 19.5 | 21.7 |
| Muchos trámites | 308548 | 10.3 | 9.7 | 11.0 |
| No le interesa o descuido | 484672 | 16.2 | 15.5 | 17.0 |
| No sabe que debe afiliarse | 30374 | 1.0 | 0.8 | 1.3 |
| No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad | 575493 | 19.3 | 18.2 | 20.4 |
| Está en trámite de afiliación | 685958 | 23.0 | 22.1 | 23.9 |
| No hay entidad cercana | 22559 | 0.8 | 0.5 | 1.1 |
| Otra | 262411 | 8.8 | 8.2 | 9.4 |
| **Región del país** | | | | |
| Atlántica | 6593344 | 20.6 | 20.5 | 20.8 |
| Oriental | 5501429 | 17.2 | 17.0 | 17.4 |
| Central | 3685061 | 11.5 | 11.4 | 11.7 |
| Pacífica | 2314192 | 7.2 | 7.2 | 7.3 |
| Bogotá | 5599844 | 17.5 | 17.2 | 17.8 |
| Antioquia | 4536166 | 14.2 | 13.9 | 14.5 |
| Valle del Cauca | 3264391 | 10.2 | 10.1 | 10.4 |
| San Andrés y providencia | 37229 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| Orinoquía | 436468 | 1.4 | 1.3 | 1.4 |
| **Ubicación geográfica** | | | | |
| Rural | 6848320 | 21.4 | 21.3 | 21.6 |
| Urbano | 25119804 | 78.6 | 78.4 | 78.7 |
| **Recibe subsidios** | | | | |
| No | 23567829 | 58.9 | 58.4 | 59.4 |
| Si | 8400294 | 41.1 | 40.6 | 41.6 |
| **Percepción de pobreza** | | | | |

| Variable | Población Expandida | % | IC95 % | |
|---|---|---|---|---|
| No | 18837121 | 58.9 | 58.4 | 59.4 |
| Si | 13131003 | 41.1 | 40.6 | 41.6 |
| **Ingresos mensuales del hogar (Pesos Colombianos)** | | | | |
| 0 – 622500 | 6402209 | 20.0 | 19.7 | 20.4 |
| 622500.1 – 1046000 | 6385969 | 20.0 | 19.6 | 20.4 |
| 1046000.1 – 1633000 | 6394373 | 20.0 | 19.6 | 20.4 |
| 1633000.1-2780000 | 6397272 | 20.0 | 19.5 | 20.5 |
| 2780000.1-120410000 | 6388302 | 20.0 | 19.5 | 20.5 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

El 6.0% de la población presentaba alguna limitación permanente, el 24.6% consideraba su estado de salud como malo o muy malo y el 10.5% presentó problemas de salud en los últimos 30 días. En relación con el sistema de salud, el 30,8% reportó que en su hogar alguien sabía si la secretaría o el municipio realizaba acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por otro lado, el 1.7% de los participantes, presentó una tutela para poder acceder a los servicios de salud en los últimos 12 meses. Las principales razones para instaurar la acción de tutela fueron no lo atendieron en una institución de salud (35.1%) y no le dieron los medicamentos (25.2%). (Tabla 10).

**Tabla 10.** Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Características de Necesidad** | | | | |
| **Limitaciones permanentes** | | | | |
| No | 30064216 | 94.0 | 93.9 | 94.2 |
| Si | 1903908 | 6.0 | 5.8 | 6.1 |
| **Estado de salud** | | | | |
| Bueno/Muy bueno | 24115153 | 75.4 | 75.1 | 75.7 |
| Malo/Muy malo | 7852970 | 24.6 | 24.3 | 24.9 |
| **Problema de salud en los últimos 30 días** | | | | |
| No | 28619146 | 89.5 | 89.3 | 89.8 |
| Si | 3348978 | 10.5 | 10.2 | 10.7 |
| **Sistema de salud** | | | | |
| **Acciones de Promoción y prevención en el hogar por parte de la secretaría o municipio** | | | | |
| Si | 9830463 | 30.8 | 30.2 | 31.3 |
| No | 22137661 | 69.2 | 68.7 | 69.8 |
| **Tutela para acceder a salud en últimos 12 meses** | | | | |
| Si | 551799 | 1.7 | 1.6 | 1.9 |
| No | 31416325 | 98.3 | 98.1 | 98.4 |
| **Razón por la cual se instauró la tutela** | | | | |
| No lo atendieron en una institución de salud | 193789 | 35.1 | 32.2 | 38.2 |
| No le dieron los medicamentos | 139240 | 25.2 | 22.6 | 28.1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| No tiene dinero para pagar el tratamiento | 67541 | 12.2 | 10.9 | 13.7 |
| No está de acuerdo con el nivel de SISBEN | 10658 | 1.9 | 0.7 | 5.0 |
| No está afiliado al sistema general de seguridad social en salud | 22186 | 4.0 | 2.1 | 7.5 |
| Otra | 118384 | 21.5 | 18.6 | 24.6 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

En relación con el uso de los servicios de salud, el 64% de los participantes sin estar enfermo(a) y por prevención consultó por lo menos una vez al año al médico, odontólogo o ambos. (Tabla 11).

**Tabla 11**. Acceso a los servicios de promoción y prevención de la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Acceso a Promoción y Prevención** | | | | |
| No | 11522392 | 36.0 | 35.6 | 36.5 |
| Si | 20445731 | 64.0 | 63.5 | 64.4 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124.
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

**Análisis bivariado.** Los hombres y las personas que pertenecen a algún grupo étnico tienen significativamente menor probabilidad de acceso a servicios de salud. Por otro lado, las personas entre 39 y 103 años, con compañero permanente y con escolaridad básica secundaria o superior tienen mayor probabilidad de acceder a los servicios de prevención primaria (Tabla 12).

**Tabla 12.** Características predisponentes de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013.

| Variable | Acceso | | | | RP | IC95% | | p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | | Si | | | | | |
| | % | IC95% | % | IC95% | | | | |
| **Sexo** | | | | | | | | |
| Femenino | 27.9 | 27.5,28.4 | 72.1 | 71.6,72.5 | 1 | | | |
| Masculino | 44.7 | 44.1,45.2 | 55.3 | 54.8,55.9 | 0.77 | 0.76, | 0.78 | <0.0 |
| **Edad** | | | | | | | | |
| 16-38 | 38 | 37.5,38.5 | 62 | 61.5,62.5 | 1 | | | |
| 39-103 | 34 | 33.4,34.6 | 66 | 65.4,66.6 | 1.06 | 1.05, | 1.08 | <0.0 |
| **Con compañero Permanente** | | | | | | | | |
| No | 37.1 | 36.6,37.7 | 62.9 | 62.3,63.4 | 1 | | | |
| Si | 35.2 | 34.6,35.7 | 64.8 | 64.3,65.4 | 1.03 | 1.02, | 1.04 | <0.0 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Escolaridad** | | | | | | | | |
| Ninguna/Básica primaria | 40.6 | 40.1,41.1 | 59.4 | 58.9,59.9 | 1 | | | |
| Básica secundaria | 37.8 | 37.2,38.4 | 62.2 | 61.6,62.8 | 1.05 | 1.03, | 1.06 | <0.0 |
| Técnico/Tecnológica/Universitaria | 26.3 | 25.4,27.2 | 73.7 | 72.8,74.6 | 1.24 | 1.22, | 1.26 | <0.0 |
| **Pertenece a un grupo étnico** | | | | | | | | |
| No | 34.9 | 34.4,35.3 | 65.1 | 64.7,65.6 | 1 | | | |
| Si | 43.7 | 42.9,44.5 | 56.3 | 55.5,57.1 | 0.86 | 0.85, | 0.88 | <0.0 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

En el componente de capacidad de recurso, se encontró una disminución significativa de la probabilidad de acceso a servicios de prevención en las personas que trabajaron la semana anterior a la encuesta, que habitaban una vivienda con déficit, vivían en arriendo o en otra condición, no estaban clasificadas de acuerdo con el estrato socioeconómico, pertenecían al régimen subsidiado, o no estaban afiliadas al sistema general se seguridad social en salud, vivían en San Andrés y providencia comparado con la región Atlántica, recibían subsidios y se percibían como pobres.

Por otro lado, la Tabla 13 muestra un aumento significativo de la probabilidad de acceso a servicios de prevención en las personas que vivían en estrato medio o alto, qué vivían en cualquier región menos en San Andrés y providencia comparado con la región Atlántica, pertenecían al área urbana, y ganaban más de 622.500 pesos colombianos.

**Tabla 13.** Capacidad de recursos de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013.

| Variable | Acceso | | | | RP | IC95% | | V-p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | | Si | | | | | |
| | % | IC95% | % | IC95% | | | | |
| **Trabajó la semana pasada** | | | | | | | | |
| No | 31.6 | 31.1,32.1 | 68.4 | 67.9,68.9 | 1 | | | |
| Si | 39.9 | 39.4,40.5 | 60.1 | 59.5,60.6 | 0.88 | 0.87 | 0.89 | <0.001 |
| **Déficit de vivienda** | | | | | | | | |
| No | 31.1 | 30.5,31.8 | 68.9 | 68.2,69.5 | 1 | | | |
| Si | 44.4 | 44.1,44.8 | 55.6 | 55.2,55.9 | 0.81 | 0.80 | 0.82 | <0.001 |
| **Tenencia de vivienda** | | | | | | | | |
| Propia | 34.1 | 33.6,34.7 | 65.9 | 65.3,66.4 | 1 | | | |
| Arrendada | 36.1 | 35.2,36.9 | 63.9 | 63.1,64.8 | 0.97 | 0.96 | 0.99 | <0.001 |
| Otra | 41.7 | 40.9,42.5 | 58.3 | 57.5,59.1 | 0.88 | 0.87 | 0.90 | <0.001 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Estrato socioeconómico (Según recibo de la luz)** | | | | | | | | |
| Bajo | 38.4 | 38.0,38.9 | 61.6 | 61.1,62.0 | 1 | | | |
| Medio/Alto | 26.7 | 25.7,27.7 | 73.3 | 72.3,74.3 | 1.19 | 1.17 | 1.21 | <0.001 |
| Sin recibo/Sin estrato | 58.1 | 56.9,59.2 | 41.9 | 40.8,43.1 | 0.68 | 0.66 | 0.70 | <0.001 |
| **Régimen de salud** | | | | | | | | |
| Contributivo | 26.7 | 26.1,27.4 | 73.3 | 72.6,73.9 | 1 | | | |
| Subsidiado | 40.0 | 39.6,40.4 | 60.0 | 59.6,60.4 | 0.82 | 0.81 | 0.83 | <0.001 |
| No sabe/No responde | 62.4 | 61.0,63.7 | 37.6 | 36.3,39.0 | 0.51 | 0.49 | 0.53 | <0.001 |
| **Región del país** | | | | | | | | |
| Atlántica | 42.9 | 42.3,43.5 | 57.1 | 56.5,57.7 | 1 | | | |
| Oriental | 31.0 | 30.2,31.7 | 69.0 | 68.3,69.8 | 1.21 | 1.19 | 1.23 | <0.001 |
| Central | 34.0 | 33.7,35.5 | 65.4 | 64.5,66.3 | 1.15 | 1.13 | 1.17 | <0.001 |
| Pacífica | 41.7 | 41.0,42.3 | 58.3 | 57.7,59.0 | 1.02 | 1.01 | 1.04 | 0.007 |
| Bogotá | 24.5 | 23.3,25.7 | 75.5 | 74.3,76.7 | 1.32 | 1.30 | 1.35 | <0.001 |
| Antioquia | 41.5 | 40.0,43.1 | 58.5 | 56.9,60.0 | 1.02 | 0.99 | 1.05 | 0.111 |
| Valle del Cauca | 41.6 | 40.0,43.1 | 58.4 | 56.9,60.0 | 1.02 | 0.99 | 1.05 | 0.123 |
| San Andrés y providencia | 59.0 | 56.3,61.7 | 41.0 | 38.3,43.7 | 0.72 | 0.67 | 0.77 | <0.001 |
| Orinoquía | 27.7 | 26.3,29.1 | 72.3 | 70.9,73.7 | 1.27 | 1.24 | 1.29 | <0.001 |
| **Ubicación geográfica** | | | | | | | | |
| Rural | 45.2 | 44.8,45.6 | 54.8 | 54.4,55.2 | 1 | | | |
| Urbano | 33.5 | 33.0,34.1 | 66.5 | 65.9,67.0 | 1.21 | 1.20 | 1.23 | <0.001 |
| **Recibe subsidios** | | | | | | | | |
| No | 34.4 | 33.9,34.9 | 65.6 | 65.1,66.1 | 1 | | | |
| Si | 40.6 | 40.2,41.1 | 59.4 | 58.9,59.8 | 0.90 | 0.89 | 0.91 | <0.001 |
| **Percepción de pobreza** | | | | | | | | |
| No | 32.5 | 31.9,33.1 | 67.5 | 66.9,68.1 | 1 | | | |
| Si | 41.1 | 40.6,41.6 | 58.9 | 58.4,59.4 | 0.87 | 0.86 | 0.88 | <0.001 |
| **Ingresos mensuales del hogar (Pesos Colombianos)** | | | | | | | | |
| 0 – 622500 | 43.0 | 42.3,43.7 | 57.0 | 56.3,57.7 | 1 | | | |
| 622500.1 – 1046000 | 40.4 | 39.6,41.2 | 59.6 | 58.8,60.4 | 1.05 | 1.03 | 1.07 | <0.001 |
| 1046000.1 – 1633000 | 38.1 | 37.1,39.1 | 61.9 | 60.9,62.9 | 1.09 | 1.06 | 1.11 | <0.001 |
| 1633000.1-2780000 | 33.0 | 32.0,34.0 | 67.0 | 66.0,68.0 | 1.18 | 1.15 | 1.20 | <0.001 |
| 2780000.1-120410000 | 25.7 | 24.7,26.7 | 74.3 | 73.3,75.3 | 1.30 | 1.28 | 1.33 | <0.001 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

En relación con las características de necesidad en salud, aumentó la probabilidad de acceso para las personas que vivían con limitaciones permanentes, con mal o muy mal estado de salud y aquellas con un problema de salud en los últimos 30

días. Asimismo, aquellas personas que vivían en hogares donde la secretaría o municipio ha realizado acciones de promoción y prevención y donde se interpuso una acción de tutela tuvieron mayor probabilidad de acceder a los servicios de prevención (Tabla 14).

**Tabla 14.** Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013.

| Variable | Acceso | | | | RP | IC95% | | Valor p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | | Si | | | | | |
| | % | IC95% | % | IC95% | | | | |
| **Características de Necesidad** | | | | | | | | |
| **Limitaciones permanentes** | | | | | | | | |
| No | 36.4 | 36.0,36.9 | 63.6 | 63.1,64.0 | 1 | | | |
| Si | 29.6 | 28.4,31.0 | 70.4 | 69.0,71.6 | 1.11 | 1.09 | 1.13 | <0.001 |
| **Estado de salud** | | | | | | | | |
| Bueno/Muy bueno | 37.6 | 37.1,38.1 | 62.4 | 61.9,62.9 | 1 | | | |
| Malo/Muy malo | 31.3 | 30.7,31.9 | 68.7 | 68.1,69.3 | 1.10 | 1.09 | 1.11 | <0.001 |
| **Problema de salud en los últimos 30 días** | | | | | | | | |
| No | 36.8 | 36.4,37.2 | 63.2 | 62.8,63.6 | 1 | | | |
| Si | 29.6 | 28.7,30.5 | 70.4 | 69.5,71.3 | 1.11 | 1.10 | 1.13 | <0.001 |
| **Sistema de salud** | | | | | | | | |
| **Acciones de Promoción y prevención en el hogar por parte de la secretaría o municipio** | | | | | | | | |
| No | 37.5 | 37.0,38.0 | 62.5 | 62.0,63.0 | 1 | | | |
| Si | 32.7 | 32.1,33.4 | 67.3 | 66.6,67.9 | 1.08 | 1.06 | 1.09 | <0.001 |
| **Tutela para acceder a salud en últimos 12 meses** | | | | | | | | |
| No | 36.2 | 35.8,36.6 | 63.8 | 63.4,64.2 | 1 | | | |
| Si | 27.6 | 25.1,30.3 | 72.4 | 69.7,74.9 | 1.13 | 1.09 | 1.18 | <0.001 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

**Análisis multivariado.** En el análisis multivariado de nuevo se observa que los hombres, las personas que pertenecen a un grupo étnico, aquellas que trabajaron en la semana anterior a la encuesta, que habitaban viviendas en déficit, que no tenían clasificación de estrato socioeconómico, que estaban afiliadas al régimen subsidiado, no sabían o no estaban afiliadas al sistema de seguridad social en salud, y quienes habían interpuesto una acción de tutela presentaron menor probabilidad de acceso a servicios de prevención. Por otro lado, las personas entre

39 y 103 años, con compañero permanente, con escolaridad secundaria o superior, de estrato socioeconómico medio o alto, del área urbana, con limitaciones permanentes, con estado de salud malo o muy malo, que habían recibido acciones de promoción y prevención por la secretaría o municipio, que han recibido subsidios, y en los dos quintiles superiores de ingresos del hogar presentaron mayor probabilidad de acceder a los servicios de prevención.

**Tabla 15.** Determinantes del acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013. Análisis multivariado. (Linktest= 0.401).

| Variable | RP | IC95% | | Valor p | CV |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | | |
| Femenino | 1 | | | | |
| Masculino | 0.82 | 0.81 | 0.83 | 0.000 | 2.7 |
| **Edad (años)** | | | | | |
| 16-38 | 1.00 | | | | |
| 39-103 | 1.02 | 1.01 | 1.03 | 0.002 | 32.5 |
| **Con compañero permanente** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 1.03 | 1.02 | 1.05 | 0.000 | 17.2 |
| **Escolaridad** | | | | | |
| Hasta primaria | 1.00 | | | | |
| Básica secundario | 1.05 | 1.03 | 1.06 | 0.000 | 15.2 |
| Técnico | 1.14 | 1.12 | 1.16 | 0.000 | 7.2 |
| **Grupo étnico** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 0.93 | 0.92 | 0.94 | 0.000 | 10.4 |
| **Trabajó la última semana** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 0.91 | 0.90 | 0.92 | 0.000 | 6.1 |
| **Déficit de vivienda** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 0.92 | 0.90 | 0.93 | 0.000 | 7.7 |
| **Estrato socioeconómico** | | | | | |
| Bajo | 1.00 | | | | |
| Medio/Alto | 1.04 | 1.02 | 1.06 | 0.000 | 22.5 |
| Sin estrato | 0.80 | 0.78 | 0.82 | 0.000 | 6.4 |
| **Problemas de salud últimos 30 días** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 1.05 | 1.04 | 1.07 | 0.000 | 12.7 |
| **Régimen de afiliación** | | | | | |
| Contributivo | 1.00 | | | | |
| Subsidiado | 0.91 | 0.90 | 0.92 | 0.000 | 7.9 |
| No sabe/ninguno | 0.57 | 0.55 | 0.59 | 0.000 | 3.3 |
| **Ubicación geográfica** | | | | | |
| Rural | 1.00 | | | | |
| Urbano | 1.03 | 1.02 | 1.04 | 0.000 | 21.4 |
| **Limitaciones permanentes** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 1.06 | 1.04 | 1.08 | 0.000 | 17.6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Estado de salud** | | | | | |
| Muy bueno/bueno | 1.00 | | | | |
| Malo/muy malo | 1.09 | 1.08 | 1.11 | 0.000 | 6.7 |
| **Acciones de promoción y prevención por secretaria o municipio** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 1.07 | 1.06 | 1.08 | 0.000 | 8.6 |
| **Tutela** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 0.95 | 0.91 | 0.98 | 0.002 | 32.9 |
| **Subsidios** | | | | | |
| No | 1.00 | | | | |
| Si | 1.02 | 1.01 | 1.04 | 0.000 | 25.5 |
| **Ingreso mensual del hogar (Pesos Colombianos)** | | | | | |
| 0 – 622500 | 1.00 | | | | |
| 622500.1 – 1046000 | 1.02 | 1.00 | 1.04 | 0.018 | 42.1 |
| 1046000.1 – 1633000 | 1.02 | 1.00 | 1.04 | 0.067 | 54.6 |
| 1633000.1-2780000 | 1.05 | 1.03 | 1.08 | 0.000 | 20.6 |
| 2780000.1-120410000 | 1.10 | 1.08 | 1.12 | 0.000 | 11.8 |

Número de observaciones: 50532; Población expandida: 31968124. RP=Razones de Prevalencia. IC95%= Intervalo de confianza del 95%. CV= Coeficiente de variación. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

## 6.2 ACCESO A SERVICIOS DE URGENCIA Y CONSULTA EXTERNA

**Análisis descriptivo.** Las personas que presentaron problemas de salud en los últimos 30 días fueron 5758 que representan a 3348977 Colombianos. El 58.7% de sexo femenino, 54.2% estaba entre los 16 y 38 años de edad, el 56.2% tenía compañero permanente, el 39.3% estudió hasta básica secundaria y el 15.1% consideraba que pertenecía a algún grupo étnico (Tabla 16).

**Tabla 16.** Características predisponentes de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, 2013.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | |
| Femenino | 1965683 | 58.7 | 57.8 | 59.6 |
| Masculino | 1383294 | 41.3 | 40.4 | 42.2 |
| **Edad** | | | | |
| 16-38 | 1533752 | 45.8 | 44.8 | 44.8 |
| 39-103 | 1815225 | 54.2 | 53.2 | 46.8 |
| **Con compañero Permanente** | | | | |
| No | 1468259 | 43.8 | 42.8 | 44.9 |
| Si | 1880718 | 56.2 | 55.1 | 57.2 |
| **Escolaridad** | | | | |
| Ninguna/Básica primaria | 1258401 | 37.6 | 36.6 | 38.6 |
| Básica secundaria | 1315903 | 39.3 | 38.3 | 40.3 |
| Técnico/Tecnológica/Universitaria | 774673 | 23.1 | 22.1 | 24.2 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Pertenece a un grupo étnico** | | | | |
| No | 2822758 | 84.3 | 83.6 | 84.9 |
| Si | 526219 | 15.7 | 15.1 | 16.4 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

De las población con problemas de salud, el 48.1% trabajaba, el 38.8% habitaba una vivienda con algún tipo de déficit, el 50.0% vivía en casa propia, el 74.1% pertenecía al estrato bajo. En relación con el sistema de afiliación a la seguridad social en salud, el 45.4% estaba en el régimen contributivo y las principales razones de no afiliación fueron está en trámite (25.2%) y falta de dinero (19.4%). El 21.2% de los encuestados con problemas de salud pertenecía a la región Atlántica. Asimismo, el 78,5% vivía en área urbana. El 29.6% de la población con problemas de salud recibía subsidios y el 47.6% se consideraba en situación de pobreza; mientras que, el 42.9% de la población con problemas de salud vivía en hogares que recibían hasta 1046000 pesos colombianos como parte de sus ingresos mensuales (Tabla 17).

**Tabla 17.** Capacidad de recursos de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, 2013.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Trabajó la semana pasada** | | | | |
| No | 1738990 | 51.9 | 50.8 | 53.0 |
| Si | 1609987 | 48.1 | 47.0 | 49.2 |
| **Déficit de vivienda** | | | | |
| No | 2048526 | 61.2 | 60.2 | 62.1 |
| Si | 1300451 | 38.8 | 37.9 | 39.8 |
| **Tenencia de vivienda** | | | | |
| Propia | 1673919 | 50.0 | 48.8 | 51.2 |
| Arrendada | 1087253 | 32.5 | 31.3 | 33.6 |
| Otra | 587805 | 17.6 | 16.8 | 18.3 |
| **Estrato socioeconómico (Según recibo de la luz)** | | | | |
| Bajo | 2482245 | 74.1 | 72.9 | 75.3 |
| Medio/Alto | 761787 | 22.7 | 21.5 | 24.0 |
| Sin recibo/Sin estrato | 104945 | 3.1 | 2.9 | 3.4 |
| **Régimen de salud** | | | | |
| Contributivo | 1520601 | 45.4 | 44.2 | 46.6 |
| Subsidiado | 1568527 | 46.8 | 45.7 | 47.9 |
| No sabe/No responde | 259849 | 7.76 | 7.2 | 8.4 |
| **Razones de no afiliación al sistema de seguridad social** | | | | |
| Por falta de dinero | 49578 | 19.4 | 15.9 | 23.5 |
| Muchos trámites | 36636 | 14.3 | 12.2 | 16.8 |
| No le interesa o descuido | 36212 | 14.2 | 12.4 | 16.1 |
| No sabe que debe afiliarse | 2791 | 1.1 | 0.7 | 1.6 |
| No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad | 30911 | 12.1 | 9.4 | 15.5 |
| Está en trámite de afiliación | 64423 | 25.2 | 22.4 | 28.3 |

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| No hay entidad cercana | 268 | 0.11 | 0.10 | 0.12 |
| Otra | 34616 | 13.6 | 11.2 | 16.3 |
| **Región del país** | | | | |
| Atlántica | 709432 | 21.2 | 20.4 | 22.0 |
| Oriental | 493137 | 14.7 | 14.0 | 15.4 |
| Central | 452407 | 13.5 | 12.9 | 14.1 |
| Pacífica | 382602 | 11.4 | 11.0 | 11.8 |
| Bogotá | 575822 | 17.2 | 15.9 | 18.5 |
| Antioquia | 398930 | 11.9 | 11.1 | 12.7 |
| Valle del Cauca | 308736 | 9.2 | 8.6 | 9.9 |
| San Andrés y providencia | 2845 | 0.1 | 0.1 | 0.1 |
| Orinoquía | 25067 | 0.7 | 0.7 | 0.8 |
| **Ubicación geográfica** | | | | |
| Rural | 720508 | 21.5 | 20.9 | 22.1 |
| Urbano | 2628470 | 78.5 | 77.9 | 79.1 |
| **Recibe subsidios** | | | | |
| No | 2357723 | 70.4 | 69.6 | 71.2 |
| Si | 991254 | 29.6 | 28.8 | 30.4 |
| **Percepción de pobreza** | | | | |
| No | 1755717 | 52.4 | 51.3 | 53.6 |
| Si | 1593260 | 47.6 | 46.4 | 48.7 |
| **Ingresos mensuales del hogar (Pesos Colombianos)** | | | | |
| 0 – 622500 | 781976 | 23.3 | 22.5 | 24.2 |
| 622500.1 – 1046000 | 657366 | 19.6 | 18.8 | 20.4 |
| 1046000.1 – 1633000 | 670647 | 20.0 | 19.0 | 21.0 |
| 1633000.1-2780000 | 622963 | 18.6 | 17.6 | 19.7 |
| 2780000.1-120410000 | 616025 | 18.4 | 17.4 | 19.5 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

El 9.8% de la población con problemas de salud en los últimos 30 días presentaba alguna limitación permanente y el 50.1% consideraba su estado de salud como malo o muy malo. En relación con el sistema de salud, el 61.3% reportó que en su hogar alguien sabía si la secretaría o el municipio realizaba acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el 2.6% había interpuesto una acción de tutela. La principal razón de la tutela fue que no lo atendieron en una institución de salud con el 29% seguido por no le dieron los medicamentos con el 26.5%. (Tabla 18).

**Tabla 18.** Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población con problemas de salud en los últimos 30 días, 2013.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Características de Necesidad** | | | | |
| **Limitaciones permanentes** | | | | |
| No | 3020191 | 90.2 | 89.6 | 90.8 |
| Si | 328786 | 9.8 | 9.2 | 10.4 |
| **Estado de salud** | | | | |
| Bueno/Muy bueno | 1670650 | 49.9 | 48.8 | 50.9 |
| Malo/Muy malo | 1678327 | 50.1 | 49.1 | 51.2 |
| **Sistema de salud** | | | | |
| **Acciones de Promoción y prevención en el hogar por parte de la secretaría o municipio** | | | | |
| Si | 1296482 | 38.7 | 37.6 | 39.9 |
| No | 2052495 | 61.3 | 60.1 | 62.4 |
| **Tutela para acceder a salud en últimos 12 meses** | | | | |
| Si | 86163 | 2.6 | 2.3 | 2.9 |
| No | 3262814 | 97.4 | 97.1 | 97.7 |
| **Razón por la cual se instauró la tutela** | | | | |
| No lo atendieron en una institución de salud | 24971 | 29.0 | 23.0 | 35.8 |
| No le dieron los medicamentos | 22842 | 26.5 | 21.5 | 32.2 |
| No tiene dinero para pagar el tratamiento | 10917 | 12.7 | 9.0 | 17.5 |
| No está de acuerdo con el nivel de SISBEN | 1046 | 1.2 | 1.1 | 1.4 |
| No está afiliado al sistema general de seguridad social en salud | 6063 | 7.0 | 3.1 | 15.1 |
| Otra | 20323 | 23.6 | 18.6 | 29.4 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977.
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

Los participantes que tuvieron problemas en los últimos 30 días el 74.3% para tratar ese problema de salud acudió a la institución prestadora de servicios de salud o acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente. Las principales razones por las cuales los participantes no solicitaron o no recibieron atención médica de urgencias o consulta externa fueron porque el caso era leve con el 46.6%, seguido por falta de dinero con un 11.5% (Tabla 19).

**Tabla 19**. Acceso a los servicios de consulta externa o urgencias de la población con problemas de salud en los últimos 30 días.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Acceso a urgencias o consulta externa*** | | | | |
| No | 862222 | 25.7 | 25.0 | 26.6 |
| Si | 2486755 | 74.3 | 73.4 | 75.0 |
| **¿Cuál fue la principal razón por la cual no solicitó o no recibió atención médica en urgencia o consulta externa** | | | | |
| El caso era leve | 401940 | 46.6 | 44.9 | 48.3 |
| No tuvo tiempo | 65164 | 7.6 | 6.5 | 8.8 |
| El centro de atención queda lejos | 48531 | 5.6 | 5.1 | 6.2 |
| Falta de dinero | 99356 | 11.5 | 10.4 | 12.7 |
| Mal servicio o cita distanciada en el tiempo | 86514 | 10.0 | 9.3 | 10.9 |
| No lo atendieron | 20533 | 2.4 | 2.1 | 2.7 |
| No confía en los médicos | 43875 | 5.1 | 4.4 | 5.9 |
| Consultó antes y no le resolvieron el problema | 28417 | 3.3 | 2.9 | 3.7 |
| Muchos trámites para la cita | 67892 | 7.9 | 7.1 | 8.7 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977.
Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

**Análisis bivariado.** En la población con problemas de salud, hay una disminución significativa de la probabilidad de acceder a los servicios de urgencia y consulta externa para los hombres y las personas que pertenecen a algún grupo étnico. Por otro lado, tienen un aumento significativo de acceso las personas entre 39 y 103 años y con compañero permanente (Tabla 20).

**Tabla 20.** Características predisponentes de la población con problemas de salud en los últimos 30 días asociadas al acceso a los servicios de urgencia y consulta externa, 2013.

| Variable | Acceso | | | | RP | IC95% | | Valor p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | | Si | | | | | |
| | % | IC95% | % | IC95% | | | | |
| **Sexo** | | | | | | | | |
| Femenino | 24.1 | 23.0,25.2 | 75.9 | 74.8,77.0 | 1 | | | |
| Masculino | 28.1 | 26.8,29.5 | 71.9 | 70.5,73.2 | 0.95 | 0.93 | 0.97 | <0.000 |
| **Edad** | | | | | | | | |
| 16-38 | 30.9 | 29.5,32.4 | 69.1 | 67.6,70.5 | 1 | | | |
| 39-103 | 21.4 | 20.3,22.4 | 78.6 | 77.6,79.7 | 1.14 | 1.11 | 1.17 | <0.000 |
| **Con compañero Permanente** | | | | | | | | |
| No | 28.4 | 27.3,29.6 | 71.6 | 70.4,72.7 | 1 | | | |
| Si | 23.6 | 22.4,24.9 | 76.4 | 75.1,77.6 | 1.07 | 1.04 | 1.09 | <0.000 |
| **Escolaridad** | | | | | | | | |
| Ninguna/Básica primaria | 25.0 | 23.8,26.2 | 75.0 | 73.8,76.2 | 1 | | | |
| Básica secundaria | 26.5 | 25.0,27.9 | 73.5 | 72.1,75.0 | 0.98 | 0.96 | 1.00 | 0.107 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Técnico/Tecnológica/Universitaria | 25.8 | 23.6,28.0 | 74.2 | 72.0,76.4 | 0.99 | 0.96 | 1.02 | 0.543 |
| **Pertenece a un grupo étnico** | | | | | | | | |
| No | 25.1 | 24.1,26.1 | 74.9 | 73.9,75.9 | 1 | | | |
| Si | 29.1 | 27.5,30.9 | 70.9 | 69.1,72.5 | 0.95 | 0.92 | 0.97 | <0.000 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977. RP=Razones de Prevalencia. IC95%= Intervalo de confianza del 95%. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

En el componente de capacidad de recurso, se encontró una disminución significativa de la probabilidad de acceso a servicios de urgencia y consulta externa en las personas que habitaban una vivienda con déficit, vivían en arriendo o en otra condición, no estaban clasificadas de acuerdo con el estrato socioeconómico, pertenecían al régimen subsidiado, o no estaban afiliadas al sistema general se seguridad social en salud, vivían en región Central, Pacífica y Orinoquía comparado con la región Atlántica, recibían subsidios y se percibían como pobres.

La Tabla 21 muestra un aumento significativo de la probabilidad de acceso a servicios de urgencia y consulta externa en las personas que vivían en estrato medio o alto, qué vivían en región oriental, Bogotá, Valle, San Andrés y providencia comparado con la región Atlántica, pertenecían al área urbana, y ganaban más de 1633000 pesos colombianos.

**Tabla 21.** Capacidad de recursos de la población asociadas al acceso a los servicios de promoción y prevención, 2013.

| Variable | Acceso | | | | RP | IC95% | | Valor p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | | Si | | | | | |
| | % | IC95% | % | IC95% | | | | |
| **Trabajó la semana pasada** | | | | | | | | |
| No | 25.1 | 24.0,26.3 | 74.9 | 73.7,76.0 | 1 | | | |
| Si | 26.4 | 25.1,27.8 | 73.6 | 72.2,74.9 | 0.98 | 0.96 | 1.01 | 0.141 |
| **Déficit de vivienda** | | | | | | | | |
| No | 23.7 | 22.4,25.1 | 76.3 | 74.9,77.6 | 1 | | | |
| Si | 28.9 | 28.1,29.8 | 71.1 | 70.2,71.9 | 0.93 | 0.91 | 0.95 | <0.001 |
| **Tenencia de vivienda** | | | | | | | | |
| Propia | 23.5 | 22.3,24.7 | 76.5 | 75.3,77.7 | 1 | | | |
| Arrendada | 27.1 | 25.2,29.0 | 72.9 | 71.0,74.8 | 0.95 | 0.92 | 0.98 | 0.002 |
| Otra | 29.8 | 28.0,31.6 | 70.2 | 68.4,72.0 | 0.92 | 0.89 | 0.95 | <0.001 |
| **Estrato socioeconómico (Según recibo de la luz)** | | | | | | | - | |
| Bajo | 26.5 | 25.5,27.4 | 73.5 | 72.6,74.5 | 1 | | | |
| Medio/Alto | 21.1 | 19,23.5 | 78.9 | 76.5,81 | 1.07 | 1.04 | 1.11 | <0.001 |
| Sin recibo/Sin estrato | 42.5 | 39.1,45.9 | 57.5 | 54.1,60.9 | 0.78 | 0.74 | 0.83 | <0.001 |
| **Régimen de salud** | | | | | | | | |
| Contributivo | 18.4 | 17.2,19.6 | 81.6 | 80.4,82.8 | 1 | | | |
| Subsidiado | 27.1 | 26.3,27.9 | 72.9 | 72.1,73.7 | 0.89 | 0.87 | 0.91 | <0.001 |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No sabe/No responde | 60.8 | 57.4,64.1 | 39.2 | 35.9,42.6 | 0.48 | 0.44 | 0.53 | <0.001 |
| **Región del país** | | | | | | | | |
| Atlántica | 29.9 | 28.4,31.4 | 70.1 | 68.6,71.6 | 1 | | | |
| Oriental | 17.4 | 15.9,19.1 | 82.6 | 80.9,84.1 | 1.18 | 1.14 | 1.21 | <0.001 |
| Central | 34.5 | 32.4,36.6 | 65.5 | 63.4,67.6 | 0.93 | 0.90 | 0.97 | 0.001 |
| Pacífica | 32.4 | 30.9,33.9 | 67.6 | 66.1,69.1 | 0.96 | 0.93 | 0.99 | 0.022 |
| Bogotá | 22.7 | 19.6,26.2 | 77.3 | 73.8,80.4 | 1.10 | 1.05 | 1.16 | <0.001 |
| Antioquia | 17.7 | 15.7,19.9 | 82.3 | 80.1,84.3 | 1.17 | 1.13 | 1.21 | <0.001 |
| Valle del Cauca | 23.2 | 19.9,26.9 | 76.8 | 73.1,80.1 | 1.10 | 1.04 | 1.15 | <0.001 |
| San Andrés y providencia | 4.34 | 1.6,11.0 | 95.7 | 89.0,98.4 | 1.36 | 1.30 | 1.43 | <0.001 |
| Orinoquía | 44.8 | 40.3,49.4 | 55.2 | 50.6,59.7 | 0.79 | 0.72 | 0.86 | <0.001 |
| **Ubicación geográfica** | | | | | | | | |
| Rural | 30.4 | 29.3,31.5 | 69.6 | 68.5,70.7 | 1 | | | |
| Urbano | 24.5 | 23.4,25.6 | 75.5 | 74.4,76.6 | 1.08 | 1.06 | 1.11 | <0.001 |
| **Recibe subsidios** | | | | | | | | |
| No | 24.7 | 23.5,26.0 | 75.3 | 74.0,76.5 | 1 | | | |
| Si | 28.2 | 27.3,29.1 | 71.8 | 70.9,72.7 | 0.95 | 0.93 | 0.97 | <0.001 |
| **Percepción de pobreza** | | | | | | | | |
| No | 22.6 | 21.4,24.0 | 77.4 | 76.0,78.6 | 1 | | | |
| Si | 29.2 | 28.0,30.4 | 70.8 | 69.6,72.0 | 0.92 | 0.89 | 0.94 | <0.001 |
| **Ingresos mensuales del hogar (Pesos Colombianos)** | | | | | | | | |
| 0 – 622500 | 29.8 | 28.1,31.5 | 70.2 | 68.5,71.9 | 1 | | | |
| 622500.1 – 1046000 | 28.7 | 26.9,30.7 | 71.3 | 69.3,73.1 | 1.01 | 0.98 | 1.05 | 0.417 |
| 1046000.1 – 1633000 | 27.5 | 25.6,29.5 | 72.5 | 70.5,74.4 | 1.03 | 1.00 | 1.07 | 0.079 |
| 1633000.1-2780000 | 21.9 | 19.9,24.1 | 78.1 | 75.9,80.1 | 1.11 | 1.07 | 1.15 | <0.001 |
| 2780000.1-120410000 | 19.4 | 17.1,22.0 | 80.6 | 78.0,82.9 | 1.15 | 1.10 | 1.19 | <0.001 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977. RP=Razones de Prevalencia. IC95%= Intervalo de confianza del 95%. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

En relación con las características de necesidad en salud, aumentó la probabilidad de acceso a servicios de urgencia y consulta externa para las personas que vivían con limitaciones permanentes y con mal o muy mal estado de salud. Asimismo, donde se interpuso una acción de tutela hubo mayor probabilidad de acceder a los servicios de urgencia (Tabla 22).

**Tabla 22.** Características de necesidad en salud y del sistema de salud de la población con problemas de salud asociadas al acceso a los servicios de urgencia y consulta externa, 2013.

| Variable | Acceso | | | | RP | IC95% | | Valor p |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | No | | Si | | | | | |
| | % | IC95% | % | IC95% | | | | |
| **Características de Necesidad** | | | | | | | | |
| **Limitaciones permanentes** | | | | | | | | |
| No | 26.2 | 25.3,27.2 | 73.8 | 72.8,74.7 | 1.00 | | | |
| Si | 21.4 | 19.6,23.4 | 78.6 | 76.6,80.4 | 1.06 | 1.04 | 1.09 | <0.001 |
| **Estado de salud** | | | | | | | | |
| Bueno/Muy bueno | 27.9 | 26.6,29.3 | 72.1 | 70.7,73.4 | 1.00 | | | |
| Malo/Muy malo | 23.6 | 22.5,24.7 | 76.4 | 75.3,77.5 | 1.06 | 1.04 | 1.09 | <0.001 |
| **Sistema de salud** | | | | | | | | |
| **Acciones de Promoción y prevención en el hogar por parte de la secretaría o municipio** | | | | | | | | |
| No | 25.9 | 24.5,27.2 | 74.1 | 72.8,75.5 | 1.00 | | | |
| Si | 25.7 | 24.5,26.9 | 74.3 | 73.1,75.5 | 1.00 | 0.98 | 1.03 | 0.838 |
| **Tutela para acceder a salud en últimos 12 meses** | | | | | | | | |
| Si | 15.4 | 11.8,19.9 | 84.6 | 80.1,88.2 | 1.14 | 1.09 | 1.20 | <0.001 |
| No | 26.0 | 25.1,26.9 | 74.0 | 73.1,74.9 | 1 | | | |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977. RP=Razones de Prevalencia. IC95%= Intervalo de confianza del 95%. Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

**Análisis Multivariado.** En el análisis multivariado se encontró asociación significativa y positiva entre acceso y estado de salud malo o muy malo; y menor probabilidad de acceso estadísticamente significativa con percepción de pobreza y pertenecer al régimen subsidiado o no saber o no estar afiliado al sistema de seguridad social en salud (Tabla 23).

**Tabla 23.** Determinantes del acceso a los servicios de urgencia y consulta externa, 2013. Análisis multivariado. (Linktest= 0.056).

| Variable | RP | IC95% | | Valor p | CV |
|---|---|---|---|---|---|
| **Sexo** | | | | | |
| Femenino | | | | | |
| Masculino | 0.98 | 0.96 | 1.00 | 0.051 | 51.1 |
| **Estado de salud** | | | | | |
| Bueno/Muy bueno | | | | | |
| Malo/Muy malo | 1.08 | 1.06 | 1.11 | 0.000 | 13.5 |
| **Percepción de pobreza** | | | | | |
| No | | | | | |
| Si | 0.94 | 0.92 | 0.96 | 0.000 | 19.8 |
| **Régimen de salud** | | | | | |
| Contributivo | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Subsidiado | 0.90 | 0.88 | 0.92 | 0.000 | 6.5 |
| No sabe/No responde | 0.48 | 0.44 | 0.53 | 0.000 | 5.8 |

Número de observaciones: 5758; Población expandida: 3348977. RP=Razones de Prevalencia. IC95%= Intervalo de confianza del 95%. CV= Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

## 6.3 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DE LA ENTIDAD DE SEGURIDAD SOCIAL

En relación con la calidad de los servicios de salud, un 4.5% de la población mayor de 15 años excluido el régimen especial ha presentado una queja por inconformidad con el servicios de salud en los últimos 12 meses, la principal entidad donde se presentó la queja fue la EPS o ARS. El 71% de las personas que tienen seguridad social en salud indicó que la calidad del servicio era buena o muy buena. El 83.2% de las personas que recibieron atención en el servicio de urgencias o consulta externa refirió buena o muy buena calidad en la atención. (Tabla 24).

**Tabla 24.** Calidad de los servicios de salud recibidos por la población mayor de 15 años, excluidos los afiliados al régimen especial de seguridad social en salud.

| Variable | Población expandida | % | IC95% | |
|---|---|---|---|---|
| **Queja por inconformidad en el servicio de salud en el hogar en los últimos 12 meses** | | | | |
| No | 30527439 | 95.5 | 95.2 | 95.7 |
| Si | 1440685 | 4.5 | 4.3 | 4.8 |
| **Entidad donde se presentó la queja** | | | | |
| EPS o ARS | 1006658 | 69.9 | 67.5 | 72.2 |
| Superintendencia de salud | 135732 | 9.4 | 8.0 | 11.1 |
| Institución prestadora de salud | 137444 | 9.5 | 7.9 | 11.5 |
| Juzgados o entidades judiciales | 46229 | 3.2 | 2.4 | 4.3 |
| Secretara de salud, municipio | 90160 | 6.3 | 5.4 | 7.2 |
| Otra. | 24462 | 1.7 | 1.5 | 1.9 |
| **Calidad del servicio de la entidad de seguridad social** | | | | |
| Buena/Muy buena | 22690568 | 71.0 | 70.5 | 71.4 |
| Mala/Muy Mala | 5345758 | 16.7 | 16.4 | 17.1 |
| No sabe/No responde | 3931797 | 12.3 | 12.0 | 12.6 |
| **Calidad de la prestación del servicio de urgencia o consulta externa(medicina)** | | | | |
| Mala/Muy Mala | 2069334 | 83.2 | 82.3 | 84.1 |
| Buena/Muy buena | 359450 | 14-5 | 13.6 | 15.3 |
| No responde | 57972 | 2.3 | 2.1 | 2.6 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia, 2013.

# 7. DISCUSIÓN

En este trabajo de investigación se realizó un análisis secundario del ECV más recientemente aplicada (2013) enfocándose en los determinantes socioeconómicos del acceso a los servicios de salud en prevención primaria, consulta externa y urgencias, a través de la aplicación de algunos componentes del modelo comportamental de Aday y Andersen para la clasificación de variables, en el cual se puede diferenciar los factores predisponentes, de capacidad y necesidad.

Dentro de las características descriptivas más importantes de este estudio se tomaron a las personas que tenían más de 15 años y que hacían parte de los regímenes subsidiado, contributivo y los que no tenían ningún régimen de salud para el año 2013 según los datos de la ECV del mismo año.

En efecto las variables que plantea el Modelo de Andersen para el uso de los servicios de salud, aplica al sistema de salud Colombiano, según los datos establecidos, se puede afirmar que las variables predisponentes influyeron con mayor fuerza como barreras limitantes para acceder a los servicios de urgencias y consulta externo objeto de este estudio; resultados similares se obtuvieron en Costa Rica con Llanos y cols (2009) donde el acceso a consulta externa o ambulatoria y el servicio de urgencias se vio limitado por la presencia de variables predisponentes(ingreso) como principal barrera para la utilización de los servicios de salud.[139]

La falta de compromiso gubernamental a nivel nacional por reducir la inequidad y erradicar la pobreza de cada rincón de Colombia, podría afirmarse que está asociado con lograr una cobertura total de aseguramiento para garantizar el servicio de la salud a la población como bien público a su cargo. Dicha premisa será siempre objeto de estudio desde diferentes enfoques. Sin embargo, esta investigación ha hecho mayor énfasis en el concepto de «acceso» a los servicios de salud y su importancia desde el momento en que surge la necesidad tanto individual como colectiva, para dar solución a una contingencia sanitaria. Otro concepto estrechamente ligado a este, es la «eficiencia». En la medida que se puedan eliminar las barreras y determinantes socioeconómicos que interfieren en el acceso a los servicios de prevención primaria, consulta externa y urgencias se logrará mejorar la calidad de vida de la sociedad colombiana.

## 7.1 COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La meta del gobierno colombiano es llegar al 100% de cobertura en seguridad social en salud, desde el año 1993 ha desplegado un esfuerzo incansablemente en este propósito, según muestran los indicadores de aseguramiento[140]. El porcentaje de

[139] LLANOS.Amanda.Op.cit. pg 4
[140] COLOMBIA. Seguimiento al sector salud en Colombia. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15. Consultado el 14 de junio de 2014.

personas aseguradas ha aumentado de forma progresiva pasando de un 58.83% en el año 2000 a un 91.69% en el año 2013, también demuestra que este crecimiento porcentual acelerado se asocia al régimen subsidiado; ya que de un 23% en el año 2000 paso a un 48.11% en el año 2013. Siendo evidente que el aumento del aseguramiento por el régimen contributivo no ha presentado mayores cambios –de 35,22% en al año 2000 a 42,76% para el año 2013. Según la datos analizados en este estudio a pesar de excluir la población con edad inferior a 15 años, la cobertura del sistema fue del 46% para el régimen contributivo y 44.5% para el régimen subsidiado y las personas que no sabían o no respondieron alcanzaron el 9.5%. Esto demostró que la población encuestada está en una balanza donde aproximadamente la mitad tiene capacidad de pago, pese a que el 71% pertenecen a estratos bajos, el 46% no había trabajado la semana anterior y el 51.55% vivía en una vivienda propia. Otro aspecto relevante sobre la cobertura se relaciona con las razones para no afiliación, en las cuales sobresalieron que estaba en trámite, falta de recursos para pagar un seguro en salud, o también falta de interés por afiliarse a un régimen.

Ramírez (2010)[141] en su estudio señaló la posibilidad que una persona enferma de recibir atención médica asciende a 82.3% para personas afiliadas a regímenes especiales, al 80.2% para el régimen contributivo, al 75.1% para el régimen subsidiado y al 52,1% para los no afiliados al sistema.

Según datos del Ministerio de la Protección Social para el año 2013 se contaba con 41 EPSs (Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado), y 21 EPSc (Entidades administradoras del Régimen Contributivo) distribuidas en todos los departamentos de Colombia. El régimen contributivo reportó el mayor porcentaje de afiliación Bogotá (27.38%), seguido del departamento de Antioquia (16.12%). Zonas del país como San Andrés (0.13%), Vichada (0.13%) y Guainía (0.15%) tenían menor cobertura. En el caso del régimen subsidiado se reportó que el departamento de mayor cobertura fue Antioquia (10.55%) y los de menor cobertura Vaupés (0.12%) y Guainía (0.16%)[142]. Datos similares se encontraron en el este estudio, donde la población encuestada cubierta por el sistema de salud a excepción del régimen especial y la población menor de 15 años, reportó que la región de la costa Atlántica tenía una mayor cobertura del 20.6%, seguido por Bogotá del 17.5%, siendo la Región insular de San Andrés y Providencia (0.1%), y Orinoquia (1.4%), los de menor cobertura.

[141] RODRÍGUEZ. Op. cit., 34 p.
[142] MORELLI RICO, Sandra. Seguimiento al uso de los recursos del sector salud. Informe No. 10. Bogotá: Contraloría General de la República. 2013. 27 p. [Consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.contraloriagen.gov.co/documents/155638087/171664330/Informe+Salud+10.pdf/09a172c8-5454-4869-8508-eca6d5935049?version=1.0

## 7.2 ACCESO A SERVICIOS

### 7.2.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

En cuanto al acceso a los servicios de prevención primaria, incluyendo la población mayor a 15 años que no pertenecía al régimen especial, se observó que el 64% consultó programas de promoción y prevención sin estar enfermo previamente. Muy similar a lo reportado por Ayala[143] en 2012 en el ámbito nacional (63%) como se observa en la Tabla 25. Las regiones que aumentaron el acceso a prevención primaria en más de tres puntos porcentuales fueron la Oriental y Antioquia. Las demás regiones disminuyeron el acceso a este servicio, a excepción de la región Pacífica que no sufrió cambios de más de un punto porcentual. La región en que más disminuyó el acceso fue en San Andrés y providencia. Rodríguez y Roldán (2008)[144] en la ECV de 2003 encontraron que el 46,6% de las personas de la región Caribe consultan por prevención. En el estudio de equidad al acceso de servicios de salud en Antioquia resultó que las personas con menor gasto en salud no realizaban consultas de prevención primaria (69%)[145]. Siendo la actitud frente al sistema, los profesionales de la salud, e inclusive la autopercepción de su propia salud, la causa por la cual la población vulnerable entra en círculo vicioso entre mayor pobreza peor estado de salud. Además las personas de mayor nivel socioeconómico son quienes más realizan consultas al servicio de prevención primaria, al igual que aquellos con buen estado de salud. Por su parte, las mujeres utilizan servicios de prevención principalmente en atención prenatal y detección temprana de cáncer de cérvix.

**Tabla 25.** Porcentaje de personas con acceso a prevención primaria por región geográfica, 1997, 2012 y 2013.

| **Región geográfica** | Rodríguez | Ayala[146] | Pinzón |
|---|---|---|---|
| | ECV 2003 | ECV 2012 | ECV 2013 |
| Atlántica | 46.6 | 61.8 | 57.1 |
| Oriental | - | 65.6 | 69.0 |
| Central | - | 66.7 | 65.4 |
| Pacífica | - | 57.8 | 58.3 |
| Bogotá | - | 80.5 | 75.5 |
| Antioquia | - | 53.1 | 58.5 |
| Valle del Cauca | - | 63.7 | 58.4 |
| San Andrés y providencia | - | 65.9 | 41.0 |
| Orinoquía | - | 76.6 | 72.3 |
| Nacional | - | 63.0 | 64.0 |

Fuente: Elaboración propia

[143] AYALA. Op. cit., 26 p.
[144] RODRÍGUEZ. Op. cit., p. 106-129.
[145] Mejía. Op. cit., p. 26-38.
[146] AYALA. Op. cit., 26 p.

### 7.2.2 CONSULTA EXTERNA Y URGENCIAS

Para evaluar el acceso a los servicios de consulta externa y urgencias, se incluyó la población con problemas de salud en los últimos 30 días. En la Tabla 26 se presenta la comparación del acceso a servicios de consulta externa y urgencias en los periodos 1997, 2012 y 2013. Se observa una tendencia al aumento del acceso a consulta externa y urgencias únicamente en la región Oriental, en la mayoría de regiones se observa disminución del acceso (Atlántica, Central, Pacífica, Bogotá y Orinoquía), se tiende a estabilizar entre 2012 y 2013 en la región de Antioquia y es oscilante en la región de San Andrés y Providencia.

**Tabla 26.** Porcentaje de personas con acceso a consulta externa y urgencias por región geográfica, 1997, 2012 y 2013.

| **Región geográfica** | Ayala[147] | | Pinzón |
|---|---|---|---|
| | 1997 | 2012 | 2013 |
| Atlántica | 80.2 | 70.6 | 70.1 |
| Oriental | 67.8 | 72.8 | 82.6 |
| Central | 78.8 | 69.4 | 65.5 |
| Pacífica | 82.2 | 74.4 | 67.6 |
| Bogotá | 87.7 | 81.1 | 77.3 |
| Antioquia | 81.7 | 82.9 | 82.3 |
| Valle del Cauca | - | 83.7 | 76.8 |
| San Andrés y providencia | 94.2 | 76.2 | 95.7 |
| Orinoquía | 82.7 | 69.0 | 55.2 |
| Nacional | 79.1 | 75.5 | 74.3 |

Fuente: Elaboración propia

Conforme a los resultados del presente estudio la principal razón para no ser atendido por consulta externa o urgencias fue tratarse de casos de leve gravedad de la enfermedad; mientras para los servicios de consulta externa fue la falta de dinero. Resultados similares han sido reportados en un análisis de la ECV-1997 y ECV-2003[148]. Aunque el hecho de no utilizar los servicios de consulta externa puede relacionarse con la percepción de que su motivo de consulta no ha sido resuelto o queda mal atendido. Así mismo se ha encontrado en estudios previos que el llegar a una consulta médica no garantiza la continuidad de un tratamiento, observándose baja adherencia principalmente en los tratamientos de enfermedades crónicas[149].

[147] AYALA. Op. cit., 26 p.
[148] ZAMBRANO. Op. cit., p. 122-130.
[149] GUARNIZO-HERRENO, Carol C and AGUDELO, Carlos. Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Rev. salud pública. 2008, vol.10, suppl.1 , pp. 44-57 .

## 7.3 DETERMINANTES DE ACCESO A SERVICIOS

### 7.3.1 PREVENCIÓN PRIMARIA

Dado que uno de los objetivos de este estudio era encontrar los determinantes socioeconómicos asociados al acceso a prevención primaria, en la Tabla 27 se resumen los principales hallazgos a la luz del componente de capacidad del modelo de Andersen y teniendo en cuenta los resultados del análisis multivariado, es decir ajustado por los componentes de necesidad, predisponentes y del sistema de salud. Este último componente evaluado con las variables Usted o algún miembro de su hogar sabe si la secretaria o el municipio en el que habitan ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y tutela (Tabla 27).

**Tabla 27.** Síntesis de los determinantes socioeconómicos asociados con acceso a servicios de prevención primaria. ECV 2013.

| Componente de capacidad | Asociación | Probabilidad de acceso a prevención primaria. |
|---|---|---|
| Déficit de vivienda | Si | Disminuye |
| Régimen de afiliación al sistema de salud | Si | Disminuye en subsidiado y no sabía o ninguno |
| Trabajo | Si | Disminuye |
| Estrato socioeconómico | Si | Aumenta en Medio/Alto.<br>Disminuye en sin estrato |
| Región del país | No | |
| Ubicación geográfica | Si | Aumenta en área urbana |
| Recibe subsidios | Si | Aumenta en los que reciben subsidios |
| Percepción de pobreza | No | |
| Ingresos mensuales del hogar | Si | Aumenta ingresos superiores a 1633000 |

Fuente: Elaboración propia.

En lo relacionado con las diferencias entre regímenes, un estudio realizado en Cali encontró una dispersión en la ubicación de las IPS en el régimen contributivo las cuales se encuentran apartadas de los barrios de la mayoría de usuarios, porque se concentran en las zonas centrales de las ciudades. En contraste los afiliados al régimen subsidiado cuentan con una red de prestadores en sus barrios[150]. En este trabajo de grado encontró se mayor acceso a los servicios de promoción y prevención para las personas que habitan el área urbana (RP=1,21 IC95%=65.9-67.0; p=0,001). También se reportó mayor probabilidad de acceso a los servicios de promoción y prevención en las personas de nivel socioeconómico alto (RP=1,19 IC95%=1,17) y en aquellos con escolaridad superior a la básica secundaria (RP=1,05 IC95%=1,03) y superior (RP=1,24 IC95%=1,22). Las actividades de prevención primaria y promoción de la salud son parte de la estrategia APS. Las

[150] CONSTANZA DIAZ GRAJALES, YOLANDA ZAPATA, JUAN CARLOS ARISTIZABAL, "Acceso a servicios preventivos en los regímenes5 contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali" .Revista Gerencia Y Politicas De Salud ISSN: 1657-7027.Editorial Gente Nueva Ltda.v.10 fasc.N/A p.153 - 175 ,2011

entidades territoriales tanto municipales como departamentales y distritales deben buscar una mayor cobertura para evitar la propagación y agravamiento de la enfermedad[151]. En general la tendencia es que una mejor situación socioeconómica favorece el acceso a los servicios de prevención primaria.

Vega y Carrillo (2006) realizaron un estudio en Colombia cuyo objetivo era explorar las barreras de acceso para discapacitados y demás población vulnerable con el fin de aumentar la cobertura en promoción. La alcaldía de Bogotá capacitó 740 profesionales y 400 líderes comunitarios observándose un incremento en las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como en la demanda de servicios curativos garantizando una atención integral y regulación del sistema de salud[152].

### 7.3.1 URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA

En la Tabla 28 se resumen los principales hallazgos a la luz del componente de capacidad del modelo de Andersen, teniendo en cuenta los resultados del análisis multivariado, aunque el ajuste se realizó por una varaible del componente de necesidad (Estado de salud), una variable del componente de características predisponentes (Edad) y ninguna del sistema de salud. En el análisis multivariado para prevención y promoción en salud mostró una asociación estadísticamente significativa positiva entre las variables acceso y estado de salud malo o muy malo; así como menor probabilidad de acceso para las variables percepción de pobreza y pertenecer al régimen subsidiado, o no saber, o no estar afiliado al SGSSS. En este estudio se encontró que para el año 2013 las personas entre 39 y 103 años de edad que habían tenido problemas de salud en los 30 últimos días tenían mayor probabilidad de acceder a los servicios de urgencias y consulta externa (RP=1.14). La decisión de acceder a los servicios de salud depende de la premura de frecuentar el servicio que se requiere y la institución a donde acuda, según la condición si está o no cubierto.

[151] MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 3039, (Agosto 10 de 2007),Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica, 2007-20110.
[152] VEGA, Roman y CARRILLO,Janeth. APS y acceso universales a los servicios de Salud en las condiciones con el SGSSS, de Colombia El caso de salud en su hogar en Bogotá. En: Revista Gerencia y Políticas en Salud. 2006, vol. 5, no.11, p. 38-54.

**Tabla 28.** Síntesis de los determinantes socioeconómicos asociados con acceso a consulta externa o urgencias. ECV 2013.

| Componente de capacidad | Asociación | Probabilidad de acceso a prevención primaria. |
|---|---|---|
| Déficit de vivienda | No | |
| Régimen de afiliación al sistema de salud | Si | Disminuye en subsidiado y no sabía o ninguno |
| Trabajo | No | |
| Estrato socioeconómico | No | |
| Región del país | No | |
| Ubicación geográfica | No | |
| Recibe subsidios | No | |
| Percepción de pobreza | Si | Disminuye si se percibe pobre |
| Ingresos mensuales del hogar | No | |

Fuente: Elaboración propia.

En el área urbana tenían mayor probabilidad de acceder a los servicios de salud (RP=1.08), y la población de la región oriental de Colombia (RP=1.18), aunque únicamente en el bivariado, tenía más probabilidades de acceso en relación con el país. Sánchez *et al.* (2013) presentó que dentro de las barreras de acceso para las personas con diagnóstico de cáncer de piel principalmente son geográficas y laborales. Los determinantes fueron la escolaridad igual o superior a la educación técnica (OR=4,4) y la afiliación al régimen contributivo (OR=19), vivienda propia (OR=4,8) y vivir en área urbana (OR=3,5)[153]. Mejía, Sánchez y Tamayo demostraron que la población pertenecer al régimen contributivo o subsidiado aumentaba la probabilidad de acceso (Contributivo vs ninguno OR=3.3 IC 95% 1,8 – 6.0; subsidiado vs ninguno: 3.5 IC95% 1,621 - 7,405)[154]. En ese mismo estudio, también se encontró que una persona con educación superior tiene una probabilidad seis veces mayor de acceder a servicios curativos[155]. Una revisión sistemática realizada a partir de estudios del año de 1998 al 2011 sobre la implementación del modelo comportamental de Andersen encontró una asociación significativa entre educación y utilización de los servicios de salud. En esta publicación, los hombres afroamericanos con educación baja tienen una menor probabilidad para programar de consultas de control. Adicionalmente tanto hombres como mujeres inmigrantes de nacionalidad China en Canadá con títulos universitarios tuvieron con mayor facilidad consultas de salud mental que sus pares menos educados, adultos y canadienses con menos ingresos y de baja educación[156,]

[153] SANCHEZ, Guillermo, ABADIA, Cesar, DE LA HOZ, Fernando, Nova, Jhon, Cancer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocratico una experiencia Colombiana. En: Revista de salud Publica. 2013. vol.15, no. 5, p. 683,2013.
[154] MEJÍA. Op. Cit., p. 26-38.
[155] MEJÍA. Op. Cit., p. 26-38.
156 BABITSCH, Birgit; GOHL, Daniela y VON LENGERKE, Thomas. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health. Services Use: a systematic review of studies from. 1998–2011. En: Psychosoc Med. 2012. vol. 9, Doc11, [Consultado 15 de noviembre de 2014] Disponible en: http://www.egms.de/static/en/journals/psm/2012-9/psm000089.shtml

## 7.4 CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD RECIBIDOS

El 69.9% personas mayores de 15 años que pertenecían al régimen de salud interpusieron quejas por inconformidad con la prestación del servicio a las EPS o ARS – de estas el 1.7% se fueron derechos de petición-. Según datos de la Supersalud existieron cinco EPS que fueron las que más reportaron quejas por las siguientes razones: 12.6% por negación del servicio, oportunidad en las autorizaciones el 8.76%, negación de insumos 8.48%, negación de medicamentos 7.81%, la oportunidad en la realización de una cirugía 6.19%. Vargas et al. (2009) por medio de una revisión sistemática concluyó que los factores relacionados con las aseguradoras que influyeron en el acceso son las autorizaciones por parte de las aseguradoras, ó bien porque directamente negaba la prestación del servicio o porque retrasaba la atención. En este análisis se evidenció que el 16.7% calificó como de mala calidad el servicio de seguridad social, siendo la calidad de la prestación del servicio de urgencias o consulta externa calificada como mala en un 83.2%. Cabrera-Arana, Bello-Arias y Londoño-Pimienta (2006) demostraron que la calidad percibida en los usuarios que tomaron la decisión de no volver a las IPS fue debido a razones como la mala calidad de la atención por médicos y personal administrativo (1,2%), demora en la atención de urgencias (0,6%), la prestación del servicio incompleto (0,3%), como también identificaron la negación de volver a la IPS por negligencia en la atención[157].

## 7.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La naturaleza transversal de este estudio no permite estudiar el complejo modelo de acceso propuesto por Andersen (1995)[158], el cual es dinámico. Se requería de estudios longitudinales o con seguimiento, por lo cual se hizo una aproximación del modelo utilizando sus componentes para clasificar las variables de la ECV-2013 que explican el acceso a salud. Por lo anterior, no se tienen en cuenta las variables del contexto como las políticas y características de la prestación del servicio a lo largo del continuo asistencial. Adicionalmente, este estudio se refirió a acceso a prevención primaria, urgencias y consulta externa, por lo cual se sugiere realizar un análisis específico para hospitalización. Así mismo en el análisis de los factores asociados al acceso a prevención primaria es posible incurrir en error tipo I por el gran tamaño de muestra.

## 7.6 FORTALEZAS DEL ESTUDIO

Dentro de las fortalezas de este estudio se consideran el libre el acceso a la información proveniente de una encuesta nacional. La representatividad de la muestra en el ámbito Nacional. De igual forma la información obtenida puede servir como sustento para la toma de decisiones de los entes gubernamentales y

[157] CABRERA-ARANA, Gustavo A.; BELLO-PARIAS, León D. and LONDOÑO-PIMIENTA, Jaime L.. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. En: Rev. salud pública . 2008, vol.10, no.4, p. 593-604.
[158] ANDERSEN. Op. cit., p. 1-10.

propuestas de nuevos proyectos para mejorar el acceso a la prestación de servicios de salud en Colombia.

## 8. CONCLUSIONES

Se puede considerar que los hallazgos principales, aplicables a los colombianos mayores de 15 años que pertenecen al Sistema General de Seguridad en Salud según la ECV de 2013, son:

El acceso a servicios preventivos fue del 64% y el acceso a servicios de consulta externa o urgencias del 74.3%. Cabe resaltar, que la región Oriental, que incluye el Departamento de Santander, mostró una tendencia hacia el aumento tanto del acceso a servicios preventivos como de consulta externa y urgencias comparado con la ECV de 2012.

Las principales barreras para acceder a los servicios de salud son la no afiliación al sistema porque estaban en trámite (23,0%) y la falta de dinero (20,6%).

En relación con los determinantes socioeconómicos asociados al acceso a servicios preventivos, de nueve variables estudiadas incluidas en el componente de capacidad según el modelo de Andersen, siete se encontraron asociadas al acceso a servicios de prevención primaria. Se observa que a mejor estado socioeconómico mayor acceso a estos servicios. Ajustado por variables del componente de características predisponentes, de necesidad y del sistema de salud. Por otro lado, solo dos de estas variables (régimen y percepción de pobreza) se encontraron asociadas con el acceso a servicios de consulta externa y urgencias, ajustado por una variable del componente de características de predisposición y una del componente de necesidad. Lo cual refleja que aún continua el acceso inequitativo a los servicios de salud.

La calidad en los servicios de salud es aceptable puesto que el 71% de las personas que tienen seguridad social en salud indicó que la calidad del servicio era buena o muy buena y el 83.2% de las personas que recibieron atención en el servicio de urgencias o consulta externa refirió buena o muy buena calidad en la atención.

# 9. SUGERENCIAS

En el ámbito nacional, se sugiere la formulación de proyectos dirigidos a fomentar la prevención de la salud, puesto que, como se observó en los resultados aquellos que sabían si la secretaria o el municipio en el que habitan había realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad tenían mayor probabilidad de acceder a servicios preventivos.

En el ámbito regional, se podrían focalizar los esfuerzos en regiones con mayores problemas de acceso. Especialmente, distribuir recursos en la región de San Andrés y Providencia para plantear estrategias que aumenten el acceso a servicios preventivos, pues fue la región con menor prevalencia de acceso a este servicio y a su vez la región con mayor prevalencia de acceso a servicios de consulta externa o urgencias.

Realizar futuras investigaciones que involucren variables del ambiente externo, más variables del sistema de salud incluyendo variables relacionadas con las políticas; así como evaluar las diferentes interrelaciones que sugiere el modelo de Andersen (1995).

## 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

(Gráfico de Gant)

| Meses / Actividades | 1 JULIO 2014 | 2 AGOSTO 2014 | 3 SEPT 2014 | 4 OCT 2014 | 5 NOV 2014 | 6 DIC 2014 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Formulación de la propuesta de investigación | X | | | | | |
| Revisión de artículos relacionados | | X | | | | |
| Búsqueda de los datos a analizar en el DANE | | | X | | | |
| Digitación y Análisis de Resultados del estudio | | | | X | | |
| Planteamiento de la discusión, conclusiones y recomendaciones | | | | | X | |
| Sustentación del documento | | | | | | X |

# 10. PRESUPUESTO

## 10.1 GENERAL

| RUBROS | TOTAL |
|---|---|
| Personal | 4.271.760 |
| Servicios Técnicos | 1.600.000 |
| Impresos y Publicaciones | 100.000 |
| Viajes | 600.000 |
| Materiales e Insumos | 200.000 |
| Comunicaciones y Transporte | 0 |
| **TOTAL** | **6.771.760** |

## 10.2 DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL

| Cargo | Perfil | Función | Actividades Relacionadas | Valor | Dedicación | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Hora /semana | N° meses | |
| María Isabel Pinzón Ochoa | Especialista | Investigador Principal | Diseñar, ejecutar y dar resultados de la investigación | 17.799 | 5 | 12 | 4.271.760 |
| Total | | | | | | | 4.271.760 |

## 10.3 DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS Y ASESORÍAS

| SERVICIO TÉCNICO Y/O ASESORÍA | JUSTIFICACIÓN | PERFIL | Valor |
|---|---|---|---|
| Asesoría Adriana Angarita | Asesoría disciplinar | Magister | **1.600.000** |
| Rocío del Pilar Martínez María | Co-asesora disciplinar | Magister | **0** |
| Total | | | |

## 10.4 IMPRESOS Y PUBLICACIONES: DESCRIPCIÓN DE PUBLICACIONES

| PUBLICACIONES PLANEADAS | JUSTIFICACIÓN | TOTAL |
|---|---|---|
| Publicación nacional en revista indexada | Fortalecimiento de la comunidad científica. Compra de papel y tinta. Impresión de artículos científicos | 100.000 |
| Total | | 100.000 |

## 10.5 DESCRIPCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DE LOS VIAJES

| Lugar/ N° viajes | Justificación | Pasajes ($) | Estadía ($) | Total días | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|
| N/N | Presentar el trabajo en un congreso | 300.000.oo | 300.000 | 3 | 600.000 |
| Total | | | | | 600.000 |

## 10.6 MATERIALES E INSUMOS

| MATERIAL BIBLIOGRÁFICO | JUSTIFICACIÓN | TOTAL |
|---|---|---|
| Papelería | Impresiones, fotocopias, papel, para recolección de información | 200.000 |
| Total | | 200.000 |

## BIBLIOGRAFÍA


ABEl, Christopher. Ensayos de historia de la salud en Colombia, 1920-1990. Bogotá: Instituto de Estudios Políticos y Relaciones Internacionales-IEPRI, Universidad Nacional de Colombia, CEREC. 1996.

ADAY, Lu Ann; ANDERSEN, Ronald. A Framework for the Study of Access to Medical Care. En: Health Services Research. 1974. vol. 9, no. 3, p. 208–220.

ADOLFO GERARDO, Álvarez Pérez; GARCIA FARINAS, Anaí y BONET GORBEA, Mariano. Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba. En: Rev Cubana Salud Pública. 2007, vol. 33, no. 2, p. 1-10 .

AGREST, Alberto. Prevención de enfermedades y medicina preventiva. En: Medicina (B. Aires). 2009, vol.69, no.3, p. 382-386.

ALCANTARA MORENO, Gustavo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. En: SAPIENS. 2008, vol.9, no. 1, p. 93-107 .

ALVAREZ, Victor Hugo. Encuesta nacional de demografia y salud. [Citado 16 octubre de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/sites/RID/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/Victor%20Hugo%20Alvarez.pdf

ANDERSEN, Ronald. Revisiting The behavioral model and access to medical care: does it matter?. En: Journal of Health and Social Behavior. 1995. vol. 36, no. 1, p. 1-10.

AYALA GARCÍA, Jhorland. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Cartagena: Banco de la república, centro de estudios económicos, regionales (CEER). 2014. no. 204, 26 p.

BABITSCH, Birgit; GOHL, Daniela y VON LENGERKE, Thomas. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health. Services Use: a systematic review of studies from. 1998–2011. En: Psychosoc Med. 2012. vol. 9, Doc11, [Consultado 15 de noviembre de 2014] Disponible en: http://www.egms.de/static/en/journals/psm/2012-9/psm000089.shtml

BALLESTEROS, Matías. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. En: Documentos de Jóvenes Investigadores. 2014. no. 41, p. 11-99.

BARRENECHEA, J.J., et al. Esquema tentativo de análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de A.P.S. y S.P.T 2000. Washington: OPS. 1987. 99 p.

BERNAL, Oscar y FORERO, Juan. Sistemas de informação no setor saúde na Colômbia. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2011, vol.10, n.21, p. 85-100.

CABRERA-ARANA, Gustavo A.; BELLO-PARIAS, León D. and LONDOÑO-PIMIENTA, Jaime L.. Calidad Percibida por Usuarios de Hospitales del Programa de Reestructuración de Redes de Servicios de Salud de Colombia. En: Rev. salud pública . 2008, vol.10, no.4, p. 593-604.

CASTELLANOS, Pedro Luis. Sobre el concepto de Salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. En: Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 1998. vol. 11, p 40-55.

CHUNG, Haejoo y MUNTANER, Carles. Determinantes políticos y del estado de bienestar de los indicadores de salud infantil y juvenil: un análisis de los países ricos. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2008, vol.7, no.14, p. 32-52

COLOMBIA. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud según regiones de Colombia. Dirección de epidemiología y demografía. Grupo Asis. 2013.

COLOMBIA. Seguimiento al sector salud en Colombia. Disponible en: http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/aseguramiento/grafica.ver/15. Consultado el 14 de junio de 2014.

COMES,Yamila.et.al.El concepto de accesibilidad:la perspectiva relacional entre poblacion y servicios.Facultad de Psicolía.UBA/secretaria de investigaciones/Volumen XIV.año 2006.

CONSTANZA DIAZ GRAJALES, YOLANDA ZAPATA, JUAN CARLOS ARISTIZABAL, "Acceso a servicios preventivos en los regimenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali" .Revista Gerencia Y Politicas De Salud ISSN: 1657-7027.Editorial Gente Nueva Ltda.v.10 fasc.N/A p.153 - 175 ,2011

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 49. Julio 7 de 1991 (Colombia).

CZERESNIA, Dina. The concept of health and the difference between prevention and promotion. En: Cad. Saúde Pública. 1999, vol.15, n.4, pp. 701-709.

DANESE, Laura; SOSA, Sandra y VALENCIA, Atanacio. Analysis of Changes in the Association of Income and the Utilization of Curative Health Services in Mexico Between 2000 and 2006. En: BMC Public Health. 2014. vol.11, no. 2011, p. 771.

HIRMAS,Macarena et al. • Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud,Articulo de Revision, Rev Panam Salud Publica 33(3), 2013

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. [Citado 20 de octubre de 2014]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-registros-vitales/censos/censo-2005

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Calidad de Vida. [Consultado el 18 de mayo de 2014]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-sociales/calidad-de-vida-ecv.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADISTICA. Metodología de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2013. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística – DIMPE. 2014. 98 p.

DONABEDIAN, Avedis. Aspects of Medical Care Administration: Specifying Requirements for Health Care. Cambridge MA: Harvard University Press; 1973. 649 p.

ECHEVERRI, Oscar. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. En: Rev Panam Salud Publica . 2008, vol.24, n.3, p. 210-216 .

FIGUERAS,J., et al. Retos de sistemas sanitarios de latinoamerica. ¿qué puede aprenderse de la experiencia europea? Gac Sanit 2002. vol. 16, no. 1, p. 5-17.

FRENK, Julio. El concepto y medición de la accesibilidad. En: Revista de Salud Pública de México. 1985. vol. 27, no.5, p. 438-53.

FUNDACIÓN MAPFRE. Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. [Citado 15 de agosto de 2014]. Disponible en: https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf

GÓMEZ, Diana. Análisis Comparado de los Sistemas de Salud de la Región Andina y El Caribe. En: Rev. salud pública. 2005. vol. 7, no. 3, p. 305-316.

GÓMEZ, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano, Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2002.

GRANADOS, Ramón and GÓMEZ , María C. Health system reform in chile and colombia: results and balance. En: Journal of Public Health. 2000, vol. 2, no. 2, p. 97-120.

GUARNIZO-HERRENO, Carol C and AGUDELO, Carlos. Equidad de Género en el Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Rev. salud pública. 2008, vol.10, suppl.1 , pp. 44-57 .

GUERRERO, Ramiro, et al. Sistema de salud de Colombia. En: Rev Salud Publica Mex. 2011. vol. 53, no. supl 2, p. S144-S155.

HERNANDEZ, Mario. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. Cartilla De Segurida Social En Proceso De Publicación ed: v.5 fasc. p.21 - 43 ,1999.

VARGAS,Ingrit.Acceso a la Atencion en Salud en Colombia,en Rev.Salud publica 12(5).2010

GARCIA,Consuelo,TOBON,Ofelia. Promoción de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Atención Primaria en Salud y Plan de Atención Básica ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa?, universidad de Caldas .Colombia

JANOSCHKA, Michael. El nuevo modelo de la ciudad latinoamericana: fragmentación y privatización. En: EURE (Santiago). 2002, vol.28, n.85, p. 11-20 .

JIMENEZ PANEQUE, Rosa E. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. En: Rev Cubana Salud Pública. 2004, vol.30, n.1, [citado 20 de octubre de 2014]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm

LA 8 ª CONFERENCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. [Citado 15 julio de 2014]. Disponible en: http://www.mspbs.gov.py/promociondelasalud/wp-content/uploads/2013/08/Octava-Helsinki.pdf

LUGONES BOTELL, Miguel. Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. En: Rev Cubana Med Gen Integr. 2002, vol.18, n.4, pp. 287-289 .

MAYA, Jairo y RESTREPO, Sonia. Tamizaje para cáncer de cuello uterino: cómo, desde y hasta cuándo. En: Rev Colomb Obstet Ginecol. 2005, vol.56, no.1, p. 59-67.

MEJÍA, Aurelio; SÁNCHEZ, Andrés y TAMAYO, Juan. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. En: Revista de Salud Pública. 2007. vol. 9, no. 1, p. 26-38.

MERLANO, Carlos, y GORBANEV, Louri .Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura. En: Rev. Gerencia y Políticas de Salud. 2013. Vol. 12, no. 24, p. 74-86.

MINISTERIO DE DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolucion 2003 (Mayo 28 de 2014) Por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los Prestadores de Servicios de Salud y de habilitación de servicios de salud,Bogotá 2014. 225 p.

MINISTERIO DE DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolucion 2003. Op. Cit. 225 p.

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 3039, (Agosto 10 de 2007),Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Publica, 2007-20110.

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

MINISTERIO DE LAPROTECCION SOCIAL. Proyecto Evaluación y Reestructuración de los Procesos, Estrategias y Organismos Públicos y Privados encargados de adelantar las Funciones de Vigilancia y Control del Sistema de Salud Informe Final. Capítulo 1. 2013. [Consultado 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Marco%20Conceptual%20de%20An%C3%A1lisis%20de%20los%20Sistemas%20de%20Salud-%20CAP%201.pdf

MINISTERIO DE SALUD REPUBLICA DE COLOMBIA. Resolución 8430 de 1993. 4-10-1993.

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Plan decenal de Salud Pública 2012-2021. [Citado 16 octubre de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf

MOGOLLON, Amparo y VAZQUEZ, María. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. En: Cad. Saúde Pública 2008, vol.24, no. 4, p. 745-754 .

MORELLI RICO, Sandra. Seguimiento al uso de los recursos del sector salud. Informe No. 10. Bogotá: Contraloría General de la República. 2013. 27 p. [Consultado 5 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://www.contraloriagen.gov.co/documents/155638087/171664330/Informe+Salud+10.pdf/09a172c8-5454-4869-8508-eca6d5935049?version=1.0

MUÑOZ E, Iván et al. La legislación que reglamenta el sistema de salud colombiano: formulación, aplicación e implicaciones sobre sus actores. En: Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2009, vol.27, no. 2, p. 142-152 .

NACIONES UNIDAS. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2011. New York: Naciones Unidas. 2011. [citado 10 junio,. 2014]. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/11-31342%28S%29MDG_Report_2011_Book_LR.pdf

NAZER H, Julio. Prevención primaria de los defectos congénitos. En: Rev. méd. Chile . 2004, vol.132, no. 4, p. 501-508.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. En: Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe. (29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999). Memorias. México: OIT-OPS. 2003. p. 1-35

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Catalogación por la Biblioteca de la OMS. Estadísticas sanitarias mundiales. 2010.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Alma-Ata. 1978: Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS. 1978. (Serie Salud Para Todos, 1).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Resolución W.H.A. 30, 43. Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. 1977.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Módulo de Principios de Epidemiología Para el Control de Enfermedades, Segunda edición. Washington DC: OPS. 2002. Módulo 1, p 17-23.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Serie: sistemas integrados de servicios de salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington DC. OPS. 2008. 70 p.

PERIÓDICO EL PAÍS. Sector de salud en Colombia requiere $3.5 billones más para el 2014. Sección Economía. (Agosto 19 de 2013). Disponible en: http://www.elpais.com.co/elpais/economia/noticias/sector-salud-colombia-requiere-35-billones-para-2014. Consultado el 14 de marzo de 2014.

PHILLIPS, K A et al. Understanding the Context of Healthcare Utilization: Assessing Environmental and Provider-Related Variables in the Behavioral Model of Utilization. En: Health Services Research. 1998. vol. 33, no. 3 Pt 1, p. 571–596.

PORRAS, Oscar. Vacunación: esquemas y recomendaciones generales. En: Acta pediátr. costarric. 2008, vol.20, no. 2, p. 65-76 .

PRADA, Luis . Aseguramiento en los regímenes contributivo y subsidiado, e impacto en los prestadores de servicios. En: Rev. salud pública. 2004, vol.6, no.1, p. 1-27.

RAMIREZ, Manuel, et al. Una aproximación a la salud en Colombia a partir de las Encuestas de Calidad de Vida. Borradores de Investigación, no. 72, Universidad del Rosario. 2005. 82 p.

REGIDOR, Enrique. La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. En: Rev. Esp. Salud Publica. 2001, vol.75, n.1 [citado 25 d enoviembre de 2014]. Disponible en: Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272001000100003&lng=es.

RESTREPO VILLA, Román. A propósito de la Ley 1122 del 2007 Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia: esperanza, mito y realidad. En: Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007, vol.25, no.1, p. 90-105.

RESTREPO, Jairo, et al.. Health insurance as a strategy for access: Streamlined facts of the Colombian Health Care Reform. Documentos de trabajo, No. 17, Universidad del Rosario. 2007.

RODRÍGUEZ, Sandra y ROLDÁN Paola. Estimación de los determinantes del acceso a los servicios de salud en la región caribe. En: Revista economía del caribe 2008. no. 2, p. 106-129.

RODRÍGUEZ, Sandra. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Tesis para optar al grado de magíster en Investigación en Economía Aplicada. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament d'Economia Aplicada. 2003. 34 p.

SANCHEZ, Guillermo, ABADIA, Cesar, DE LA HOZ, Fernando, Nova, Jhon, Cancer de piel: Barreras de acceso e itinerario burocratico una experiencia Colombiana. En: Revista de salud Publica. 2013. vol.15, no. 5, p. 683,2013.

SARDINAS PONCE, Raysy. Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cancer de mama en atencion primaria de salud. En: Rev haban cienc méd . 2009, vol.8, n.3 , p. 1-10.

SCHWARTZMANN, Laura. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Cienc. enferm. 2003, vol.9, no. 2, p. 9-21.

SECRETARIA DE SALUD DISTRITAL DE SALUD. Área de análisis y políticas de servicios de salud, plan maestro de equipamiento de salud nmanual, guía para el diseño arquitectónico para el servicio de consulta externa. Bogotá D.C. 2010.

SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD, Resolucion 249 (marzo 20) por la cual se orienta el cumplimiento y se fija el sistema de coordinación de los Servicios de Urgencias y se dictan otras disposiciones. Santa fe de Bogotá, D.C.1998.

SISTEMA INTEGRAL DE INFORMACIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. [Citado 17 de septiembre de 204]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SistemaIntegraldeInformaci%C3%B3nSISPRO.asp

VARGAS-LORENZO, Ingrid; VAZQUEZ-NAVARRETE, M. Luisa y MOGOLLON-PEREZ, Amparo S. Acceso a la atención en salud en Colombia. En: Rev. salud pública. 2010. vol.12, no. 5, p. 701-712.

VARGAS, Ingrid y BELLATERRA, Lorenzo. Barreras en el acceso a la atención en salud modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. 2009. Universidad Autónoma de Barcelona. Facultad de Medicina.

VEGA-VARGAS, Manuel, et al. La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo XX: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. En: Rev. Gerenc. Polit. Salud. 2012, vol.11, no. 23, p. 58-84.

VEGA, Roman y CARRILLO,Janeth. APS y acceso universales a los servicios de Salud en las condiciones con el SGSSS, de Colombia El caso de salud en su hogar en Bogotá. En: Revista Gerencia y Políticas en Salud. 2006, vol. 5, no.11, p. 38-54.

VELANDIA, Freddy, et al. Oportunidad, Satisfacción y Razones de no Uso de los Servicios de Salud en Colombia, según la Encuesta de Calidad de Vida del DANE, 1997. En: Rev. salud pública. 2004. vol. 5, no. 1, p. 46 -58.

VELANDIA, Freddy, et al. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. En: Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2001. vol 1, no. 1, p. 116-139.

YEPES, Francisco, et al. Funding Research for Policy in Colombia's Reformed Health Sector. Geneva, Alliance HPSR. Working Paper No. 11. 2002.

ZAMBRANO, Andrés, et al. Qué muestran las Encuestas de Calidad de Vida sobre el sistema de salud en Colombia?. En: Cad. Saúde Pública. 2008, vol.24, n.1, p. 122-130.

# ANEXOS

## Anexo 1. Encuesta nacional de calidad de vida

Formulario número ____ de ____

DANE
Para tomar decisiones

**ENCUESTA NACIONAL DE CALIDAD DE VIDA**
**2013**

**CONFIDENCIAL**
Los datos que el DANE solicita en este formulario son estrictamente confidenciales y en ningún caso tienen fines fiscales ni pueden utilizarse como prueba judicial.

**A. IDENTIFICACIÓN**

**A.I. IDENTIFICACIÓN (prediligenciada)**

1. Región: ____
2. Departamento: ____
3. Municipio: ____
4. Clase
5. Sector
6. Sección
7. Manzana
8. Segmento
9. AG
10. Edificación
11. Vivienda número
12. Barrio, centro poblado o vereda
13. Dirección de la vivienda o nombre de la finca
14. Teléfono: ____
15. Resultado de la encuesta*

**A.II. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA**

**1. ENCUESTA**

Encuestador ____ Nombre: ____ Semana de recolección ____

Resultado de la encuesta

| Visita número | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| Fecha (día-mes) | | | | |
| Día de la semana | | | | |
| Hora de inicio (hora-minutos) | a. m. 1 p. m. 2 | a. m. 1 p. m. 2 | a. m. 1 p. m. 2 | a. m. 1 p. m. 2 |
| Hora de terminación (hora-minutos) | a. m. 1 p. m. 2 | a. m. 1 p. m. 2 | a. m. 1 p. m. 2 | a. m. 1 p. m. 2 |
| Resultado* | | | | |

**2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA**

Supervisor ____

Nombre: ____

Observaciones: ____

* E.C. = 1.Encuesta completa E.I. = 2. Encuesta incompleta O.C. = 3. Ocupado N.H. = 4. Nadie en el hogar A.T. = 5. Ausente temporalmente R. = 6. Rechazo V. = 7. Vacante O. = 8. Otro motivo

Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística del DANE

## B. DATOS DE LA VIVIENDA (diligencie este capítulo solo para el hogar 01 de la vivienda)

**1. Tipo de vivienda**

- Casa [1]
- Apartamento [2]
- Cuarto(s) [3]
- Vivienda (casa) indígena [4]
- Otro tipo de vivienda (carpa, tienda, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, puente, etc.) [5]

**2. Material predominante de las paredes exteriores**

- Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida [1]
- Tapia pisada, adobe [2]
- Bahareque revocado [3]
- Bahareque sin revocar [4]
- Madera burda, tabla, tablón [5]
- Material prefabricado [6]
- Guadua, caña, esterilla, otro vegetal [7]
- Zinc, tela, lona, cartón, latas, desechos, plástico [8]
- Sin paredes [9]

**3. Material predominante de los pisos**

- Alfombra o tapete de pared a pared [1]
- Madera pulida y lacada, parqué [2]
- Mármol [3]
- Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo [4]
- Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal [5]
- Cemento, gravilla [6]
- Tierra, arena [7]

**4. ¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?**

| | | Estrato para tarifa | |
|---|---|---|---|
| 1. Energía eléctrica | Sí [1] | → | No [2] |
| 2. Acueducto | Sí [1] | | No [2] |
| 3. Alcantarillado | Sí [1] | | No [2] |
| | | Veces por semana | |
| 4. Recolección de basuras | Sí [1] | → | No [2] |

**5. En los últimos DOCE MESES, la vivienda ha sido afectada por:**

| | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. Inundaciones, desbordamientos, crecientes, arroyos | 1 | 2 |
| 2. Avalanchas, derrumbes o deslizamientos | 1 | 2 |
| 3. Hundimiento del terreno | 1 | 2 |
| 4. Ventarrones, tormentas, vendavales | 1 | 2 |

**6. ¿Cuáles de los siguientes problemas afectan su vivienda:**

- 1. Ruidos provenientes del exterior? [1]
- 2. Malos olores procedentes del exterior? [1]
- 3. Presencia de basuras en las calles? [1]
- 4. Contaminación del aire? [1]
- 5. Invasión del espacio público (calles o andenes)? [1]
- 6. Presencia de animales que causan molestias? [1]
- 7. Presencia de insectos, roedores, etc.? [1]
- 8. Ninguno de los anteriores [2]

**7. ¿Cuántos grupos de personas (hogares) preparan los alimentos por separado en esta vivienda?**

_____

**Observaciones:**

## C. SERVICIOS DEL HOGAR (diligencie este capítulo para todos los hogares de la vivienda)

**1. Incluyendo sala y comedor, ¿de cuántos cuartos o piezas dispone este hogar?**

Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

[ ][ ]

**2. ¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?**

[ ][ ]

**3. ¿En este hogar tienen servicio de gas natural conectado a red pública?**

- Sí [1]
- No [2]

**4. ¿Con qué tipo de servicio sanitario cuenta el hogar?**

Lea las alternativas

- Inodoro conectado a alcantarillado [1]
- Inodoro conectado a pozo séptico [2]
- Inodoro sin conexión [3]
- Letrina [4]
- Bajamar [5]
- No tiene servicio sanitario [6] Pase a 7

**5. El servicio sanitario está ubicado:**

- Dentro de la vivienda [1]
- Fuera de la vivienda, pero en el lote o terreno [2]

**6. El servicio sanitario del hogar es:**

- De uso exclusivo de las personas del hogar [1]
- Compartido con personas de otros hogares [2]

**7. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?**

- La recogen los servicios del aseo [1]
- La tiran a un río, quebrada, caño o laguna [2]
- La tiran a un patio, lote, zanja o baldío [3]
- La queman [4]
- La entierran [5]
- La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.) [6]

**8. ¿En este hogar clasifican las basuras?**

- Sí [1]

  Qué tipo de material clasifican:

  1. Desperdicios de alimentos y desechos orgánicos [1]
  2. Vidrio [1]
  3. Papel y cartón [1]
  4. Plástico [1]
  5. Pilas y baterías [1]
  6. Envases metálicos o de aluminio [1]
  7. Medicamentos [1]
- No [2]

**9. El agua para preparar los alimentos, la obtienen principalmente de:**

- Acueducto público [1]
- Acueducto comunal o veredal [2]
- Pozo con bomba [3]
- Pozo sin bomba, jagüey [4]
- Agua lluvia [5]
- Río, quebrada, manantial o nacimiento [6]
- Pila pública [7]
- Carro tanque [8]
- Aguatero [9]
- Agua embotellada o en bolsa [10]

Pase a 11

**10. ¿El agua llega al hogar las 24 horas del día, durante los siete días de la semana?**

- Sí [1]
- No [2]

**11. El agua para beber principalmente:**

- La usan tal como la obtienen [1]
- La hierven [2]
- Le echan cloro [3]
- Utilizan filtros [4]
- La decantan o usan filtros naturales [5]
- Compran agua embotellada o en bolsa [6]

**12. ¿En dónde preparan los alimentos las personas de este hogar?**

- En un cuarto usado solo para cocinar [1]
- En un cuarto usado también para dormir [2]
- En una sala-comedor [3]
- En un patio, corredor, enramada, al aire libre [4]
- En ninguna parte (no preparan alimentos) [5]

Pase a 14

**13. ¿El hogar tiene cocina? (espacio exclusivo para preparar alimentos)**

- Sí [1]
- No [2]

Después de diligenciar pase a 15

**14. ¿Qué energía o combustible utilizan principalmente para cocinar?**

- Electricidad [1]
- Gas natural conectado a red pública [2]
- Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol [3]
- Gas propano/GLP (en cilindro o pipeta) [4]
- Carbón mineral [5]
- Leña, madera o carbón de leña [6]
- Material de desecho [7]

**15. ¿En este hogar tienen servicio telefónico fijo?**

- Sí [1]
- No [2]

**16. ¿Cuántas personas componen este hogar?**

_____

**Observaciones:**

## D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar)

**5. ¿Cuál es el parentesco de ... con el jefe o la jefa de este hogar?**

- Jefe(a) del hogar [1]
- Pareja, esposo(a), cónyuge, compañero(a) [2]
- Hijo(a), hijastro(a) [3]
- Nieto(a) [4]
- Padre, madre, padrastro, madrastra [5]
- Suegro o suegra [6]
- Hermano(a), hermanastro(a) [7]
- Yerno, nuera [8]
- Otro pariente del jefe(a) [9]
- Empleado(a) del servicio doméstico [10]
- Parientes del servicio doméstico [11]
- Trabajador [12]
- Pensionista [13]
- Otro no pariente [14]

Para menores de 10 años, pase a 8

**6. Actualmente...:**

- No está casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años [1]
- No está casado(a) y vive en pareja hace dos años o más [2]
- Está viudo(a) [3]
- Está separado(a) o divorciado(a) [4]
- Está soltero(a) [5]
- Está casado(a) [6]

Pase a 8

**7. El (la) cónyuge de... ¿vive en este hogar?**

- Sí [1]
- No [2]

**8. ¿... siempre ha vivido aquí en este municipio?**

- Sí [1] Pase a 13
- No [2]

**9. ¿Cuántos años continuos hace que vive... aquí en este municipio?**

Si es menos de un año escriba 00

| | | | C.R. | Número de orden | | Cuántos años |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |

## D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar) (continuación)

**10. Antes de venir a este municipio... vivía en:**

- Otro país [1] Pase a 13
- Otro municipio [2]

**11. ... vivía en:**

- El centro urbano donde está la alcaldía [1]
- Un corregimiento, inspección de policía, caserío, vereda o campo [2]

**12. ¿Cuál fue la razón principal para cambiar la residencia al municipio actual?**

- Dificultad para encontrar trabajo o ausencia de medios de subsistencia [1]
- Riesgo o consecuencia de desastre natural (inundación, avalancha, deslizamiento, terremoto, etc.) [2]
- Amenaza o riesgo para su vida, su libertad o su integridad física, ocasionada por la violencia [3]
- Necesidad de educación [4]
- Porque se casó o formó pareja [5]
- Motivos de salud [6]
- Mejorar la vivienda o localización [7]
- Mejores oportunidades laborales o de negocio [8]
- Otra [9]

**13. El padre de... ¿vive en este hogar?**

- Sí [1] → Pase a 15
- No [2]
- Fallecido [3]

| | C.R. | Departamento | Código | Municipio | Código | | | C.R. | Número de orden |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | |

## D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar) (conclusión)

**14. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por el padre de...?**

- Algunos años de primaria [1]
- Toda la primaria [2]
- Algunos años de secundaria [3]
- Toda la secundaria [4]
- Uno o más años de técnica o tecnológica [5]
- Técnica o tecnológica completa [6]
- Uno o más años de universidad [7]
- Universitaria completa [8]
- Ninguno [9]
- No sabe [10]

**15. La madre de... ¿vive en este hogar?**

- Sí [1] → Pase a 17
- No [2]
- Fallecida [3]

**16. ¿Cuál es o fue el nivel de educación más alto alcanzado por la madre de...?**

- Algunos años de primaria [1]
- Toda la primaria [2]
- Algunos años de secundaria [3]
- Toda la secundaria [4]
- Uno o más años de técnica o tecnológica [5]
- Técnica o tecnológica completa [6]
- Uno o más años de universidad [7]
- Universitaria completa [8]
- Ninguno [9]
- No sabe [10]

**17. De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, ... es o se reconoce como:**

- Indígena [1]
- Gitano (Rom) [2]
- Raizal del archipiélago [3]
- Palenquero [4] → Termina capítulo
- Negro, mulato (afrodescendiente) [5]
- Ninguno de los anteriores [6]

**18. ¿A cuál pueblo o etnia indígena pertenece...?**

| | C.R. | Número de orden | 16 | 17 | 18 Etnia indígena | Código |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |

## E. SALUD (para todas las personas del hogar)

**1. ¿... está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud [EPS] o Administradora de Régimen Subsidiado [ARS] a través del Sisbén)**

- Sí [1] Pase a 3
- No [2]
- No sabe, no informa [9] Pase a 8

**2. ¿Por qué razón principal no está afiliado o no es beneficiario de una entidad de seguridad social en salud? (Entidad Promotora de Salud [EPS] o Administradora de Régimen Subsidiado [ARS])**

- Por falta de dinero [1]
- Muchos trámites [2]
- No le interesa o descuido [3]
- No sabe que debe afiliarse [4]
- No está vinculado laboralmente a una empresa o entidad [5]
- Está en trámite de afiliación [6]
- No hay una entidad cercana [7]
- Otra razón, ¿cuál? [8]

Después de responder la pregunta, pase a 8

**3. ¿A cuál de los siguientes regímenes de seguridad social en salud está afiliado?**

- Contributivo (EPS) [1]
- Especial (Fuerzas Armadas, Ecopetrol, universidades públicas, magisterio) [2]
- Subsidiado (EPS-S) [3] Pase a 7
- No sabe, no informa [9] Pase a 8

**4. ¿Quién paga mensualmente por la afiliación de...?**

- ... paga una parte y otra la empresa o patrón [1]
- Le descuentan de la pensión [2] → Pase a 6
- ... paga la totalidad de la afiliación [3]
- Paga completamente la empresa o patrón donde trabaja o trabajó [4] Pase a 7
- No paga, es beneficiario [5]

**5. ¿De quién es beneficiario...?**

- De una persona de este hogar [1]
- De una persona de otro hogar [2]

Después de diligenciar pasa a 7

| | C.R. | Otra razón, ¿cuál? | C.R. | Número de orden | ¿Qué parentesco tiene usted con esa persona? |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |
| 06 | | | | | |
| 07 | | | | | |
| 08 | | | | | |
| 09 | | | | | |

## E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

| | 6. ¿Cuánto paga o cuánto le descuentan mensualmente a... para estar cubierto por una entidad de seguridad social en salud? | 7. En general, considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que... está afiliado(a) es: | 8. El estado de salud de... en general, es: | 9. Sin estar enfermo(a) y por prevención, ¿... consulta por lo menos una vez al año? | 10. ¿... tiene limitaciones permanentes para: | 11. En los últimos 30 días, ... ¿tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización? |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Si no sabe cuánto paga o cuánto le descuentan, escriba 99<br>Valor mensual pagado o descontado ($) | Muy buena 1<br>Buena 2<br>Mala 3<br>Muy mala 4<br>No sabe 9 | Muy bueno 1<br>Bueno 2<br>Regular 3<br>Malo 4 | Solo al médico 1<br>Solo al odontólogo 2<br>Al médico y al odontólogo 3<br>A ninguno 4 | Moverse o caminar? 1<br>Usar sus brazos o manos? 2<br>Ver, a pesar de usar lentes o gafas? 3<br>Oír, aún con aparatos especiales? 4<br>Hablar? 5<br>Entender o aprender? 6<br>Relacionarse con los demás por problemas mentales o emocionales? 7<br>Bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo? 8<br>Otra limitación permanente? 9<br>Ninguna de las anteriores 10 | Sí 1<br>No 2 Pase a 26 |
| 01 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 02 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 03 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 04 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 05 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 06 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 07 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 08 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |
| 09 | | | | | 1 2 3 4 5<br>6 7 8 9 10 | |

## E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

**12. Por ese problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?**

Número de días

**13. Para tratar ese problema de salud ¿qué hizo principalmente...?**

- Acudió a una institución prestadora de servicios de salud [1]
- Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente (de forma particular) [2] Pase a 19
- Acudió a un boticario, farmaceuta, droguista [3]
- Consultó a un tegua, empírico, curandero, yerbatero, comadrona [4]
- Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeópata, etc.) [5] → Pase a 18
- Usó remedios caseros [6]
- Se autorrecetó [7]
- Nada [8]

**14. ¿Acudió al servicio de urgencias en la institución prestadora de servicios (hospital o clínica) pública o privada?**

- Sí [1]
- No [2] Pase a 19

**15. ¿A... le brindaron asistencia médica en el servicio de urgencias para solucionar el problema de salud?**

- Sí [1] Pase a 17
- No [2]

**16. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no recibió atención médica en el servicio de urgencias?**

- El caso era leve [1]
- Esperó demasiado tiempo y no lo atendieron [2]
- Indicaron que allí no lo podían atender porque no estaba afiliado a alguna entidad que tuviera contrato con ellos [3]
- No tenía identificación y por eso lo rechazaron [4]
- Indicaron que debían remitirlo a otra institución prestadora de servicios que tuviera los servicios requeridos para atenderlo [5]
- No le dieron información [6]
- No sabe/no responde [9]

Después de diligenciar pase a pregunta 26

| | Número de días | 13 | 14 | 15 | 16 |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | |
| 02 | | | | | |
| 03 | | | | | |
| 04 | | | | | |
| 05 | | | | | |
| 06 | | | | | |
| 07 | | | | | |
| 08 | | | | | |
| 09 | | | | | |

## E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

**17. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento de llegar al servicio de urgencias y el momento de ser atendido por personal médico?**

- Lo atendieron inmediatamente [1]
- En máximo 30 minutos [2]
- Entre 31 minutos y una hora [3]
- Más de una hora, hasta dos horas [4]
- Más de dos horas [5]

**17A. En el servicio de urgencias... fue atendido por:**

- Médico general [1] → Pase a 20
- Odontólogo [2] → Pase a 20
- Especialista [3] Pase a 21

**18. ¿Cuál fue la razón principal por la que... no solicitó o no recibió atención médica?**

- El caso era leve [1]
- No tuvo tiempo [2]
- El centro de atención queda lejos [3]
- Falta de dinero [4]
- Mal servicio o cita distanciada en el tiempo [5]
- No lo atendieron [6]
- No confía en los médicos [7]
- Consultó antes y no le resolvieron el problema [8]
- Muchos trámites para la cita [9]

Una vez diligenciada esta pregunta pase a 26

**19. ¿Cuántos días transcurrieron entre el momento de pedir la cita y el momento de la consulta con el médico general u odontólogo?**

- Médico general [1]
- Odontólogo [2]
- Acudió directo al especialista [3] Pase a 21

**20. ... ¿fue remitido a especialista?**

- Sí [1]
- No [2]

**21. En general, considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontología, etc.) fue:**

- Muy buena [1]
- Buena [2]
- Mala [3]
- Muy mala [4]

| | | | | C.R. | Número de días | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | |

## E. SALUD (para todas las personas del hogar) (continuación)

**22. ¿Cuáles de las siguientes fuentes utilizó... para cubrir los costos de atención en salud en los últimos 30 días? (incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)**

- Entidad de seguridad social de la cual es afiliado [1]
- Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada [2]
- Servicio médico de la empresa, médico particular [3]
- Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) [4]
- Secretaría de salud o la alcaldía [5]
- Recursos propios o familiares [6]
- Ninguna [7]

**23. Por esta enfermedad, ¿a... le formularon medicamentos?**

- Sí [1]
- No [2] Pase a 26

**24. ¿Estos medicamentos o remedios le fueron entregados a... por cuenta de la institución a la cual está afiliado?**

- Sí, todos [1] Pase a 26
- Sí, algunos [2]
- No [3]

**25. ¿Por qué razón no le fueron entregados los medicamentos (todos o algunos)?**

- No están incluidos en el POS [1]
- No había los medicamentos recetados [2]
- No había la cantidad requerida [3]
- Por errores o deficiencias en la expedición de la fórmula médica [4]
- No hizo las gestiones para reclamarlos [5]
- Acudió a médico particular [6]
- Otra, ¿cuál? [7]

**26. ¿Durante los últimos 12 meses... tuvo que ser hospitalizado?**

- Sí [1] Cuántas veces
- No [2] → Si D2 = 2 y D4 entre 12 y 49, pase a E30. Si D2 = 1 o 12 > D4 > 49, termine capítulo

| | 22 | 23 | 24 | 25 C.R. | 25 Otra, ¿cuál? | 26 C.R. | 26 Número de veces |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 02 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 03 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 04 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 05 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 06 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 07 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 08 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |
| 09 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | | | |

## E. SALUD (para todas las personas del hogar) (conclusión)

**27. ¿Cuáles de las siguientes fuentes se utilizaron para cubrir los costos de esta hospitalización?**

(incluya consulta médica, exámenes y medicamentos)

| | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. Entidad de seguridad social de la cual es afiliado | 1 | 2 |
| 2. Seguro médico, plan complementario o medicina prepagada | 1 | 2 |
| 3. Seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT) | 1 | 2 |
| 4. Secretaría de salud o la alcaldía | 1 | 2 |
| 5. Recursos propios o familiares | 1 | 2 |

Si estuvo hospitalizado más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días

**28. Considera que la calidad del servicio en esta hospitalización fue:**

- Muy buena 1
- Buena 2
- Mala 3
- Muy mala 4

**29. Por este problema de salud, ¿durante cuántos días en total dejó... de realizar sus actividades normales?**

Si estuvo hospitalizado más de una vez, refiérase a aquella en la que estuvo el mayor número de días

Número de días

**30. ¿...está embarazada actualmente o ha tenido hijos?**

- Sí 1
- No 2

Solo para mujeres de 12 a 49 años

**Observaciones:**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 01 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 02 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 03 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 04 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 05 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 06 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 07 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 08 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |
| 09 | 1. 1 2 2. 1 2 3. 1 2 4. 1 2 5. 1 2 | | | |

## F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

**1. ¿Dónde o con quién permanece... durante la mayor parte del tiempo entre semana?**

- Asiste a un hogar comunitario, guardería, jardín o centro de desarrollo infantil [1] Pase a 4
- Con su padre o madre en la casa [2]
- Con su padre o madre en el trabajo [3]
- Con empleada o niñera en la casa [4]
- Al cuidado de un pariente de 18 años o más [5]
- Al cuidado de un pariente menor de 18 años [6]
- En casa solo [7] → Pase a 3
- Otro, ¿cuál? [8] → Pase a 3

**2. ¿La persona con quien permanece... asiste o ha asistido a algún proceso de formación o acompañamiento para la crianza?**

- Sí [1]
- No [2]
- No sabe [9]

**3. ¿Cuál es la razón principal por la que... no asiste a una guardería, hogar comunitario, jardín o centro de desarrollo infantil?**

- No hay una institución cercana [1]
- Es muy costoso [2]
- No encontró cupo [3]
- Prefiere que no asista todavía [4]
- Tiene un familiar en la casa que lo cuida [5]
- Considera que no está en edad de asistir, o es recién nacido [6]
- La institución no cuenta con el servicio de alimentación (desayuno, almuerzo o refrigerio) [7]
- Solo asiste algunas horas o algunos días de la semana [8]
- Otra, ¿cuál? [9]

Después de diligenciar pase a 5

**4. ¿A qué tipo de establecimiento (hogar comunitario, guardería, jardín o centro de desarrollo infantil) asiste?**

- Hogar comunitario de Bienestar Familiar [1]
- Hogar infantil o jardín de Bienestar Familiar [2]
- Centro de Desarrollo Infantil Público [3]
- Jardín oficial [4]
- Guardería o jardín privado [5]

**5. ¿Recibe o toma... desayuno o almuerzo en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?**

- Sí [1]
- No [2] Pase a 7

| | C.R. | Otro, ¿cuál? | | C.R. | Otra, ¿cuál? | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | |

## F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

**6. ¿... paga por esta alimentación?**

Sí, completamente [1]

Sí, por un pago simbólico [2]

a. ¿Valor que paga DIARIO? Valor $...

b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? Valor $...

No paga, lo recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste [3]

a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? Valor $...

No paga, lo recibe o lo lleva del hogar [4]

**7. ¿Recibe o toma... onces o medias nueves en el lugar donde permanece la mayor parte del tiempo entre semana?**

Sí [1]

No [2] Pase a 9

**8. ¿... paga por esta alimentación?**

Sí, completamente [1]

Sí, por un pago simbólico [2]

a. ¿Valor que paga DIARIO? Valor $...

b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? Valor $...

No paga, lo recibe en otro hogar o en la institución a la que asiste [3]

a. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? Valor $...

No paga, lo recibe o lo lleva del hogar [4]

**9. ¿Con quién permanece... después de asistir al hogar comunitario, guardería, jardín o centro de desarrollo infantil, o durante la mayor parte del tiempo entre semana?**

Si F1 = 7 permanece en casa solo, NO formule esta pregunta y pase a la pregunta 13

Una persona de este hogar [1] Número de orden → Pase a 12

Una persona de otro hogar [2]

| | 6. | | | | 7. | 8. | | | | 9. | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2 | | 3 | | | 2 | | 3 | | | | |
| | C.R. | a. Valor ($) | b. Valor ($) | a. Valor ($) | | C.R. | a. Valor ($) | b. Valor ($) | a. Valor ($) | C.R. | Número de orden | Hombre | Mujer |
| 01 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 02 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 03 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 04 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 05 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 06 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 07 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 08 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |
| 09 | | | | | | | | | | | | 1 | 2 |

## F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (continuación)

**10. ¿Cuántos años tiene esta persona?**

**11. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?**

- Algunos años de primaria [1]
- Toda la primaria [2]
- Algunos años de secundaria [3]
- Toda la secundaria [4]
- Uno o más años de técnica o tecnológica [5]
- Técnica o tecnológica completa [6]
- Uno o más años de universidad [7]
- Universitaria completa [8]
- Ninguno [9]
- No sabe [10]

**12. ¿Cuáles de las siguientes actividades realiza esta persona con...?**

- Leer libros de cuentos o historias o mirar libros de dibujos [1]
- Contarle cuentos o relatos [2]
- Realizar actividades artísticas o manualidades [3]
- Cantar canciones o tocar algún instrumento musical [4]
- Realizar juegos y rondas [5]
- Salir al parque [6]
- Ver televisión [7]
- Realizar alguna actividad deportiva [8]
- Otras, ¿cuáles? [9]
- Ninguna [10] Pase a 13

**12A. ¿Con qué frecuencia realiza estas actividades?**

- Todos los días [1]
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día [2]
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana [3]
- Al menos una vez al mes, pero no todos los meses [4]

**13. De los siguientes servicios o programas, ¿cuáles ha recibido... en los últimos doce meses?**

1. Esquema completo de vacunación, según su edad
   - Sí [1]
   - No [2]

| | Años | | | | C.R. | ¿Paga por este servicio? Sí | No |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 02 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 03 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 04 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 05 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 06 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 07 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 08 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |
| 09 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ____ 10 | | | 1 | 2 |

## F. ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS (conclusión)

| | 13. De los siguientes servicios o programas, ¿cuáles ha recibido... en los últimos doce meses? (conclusión) | | | | | | | | | 14. ¿... tiene registro civil de nacimiento? | 15. ¿Llevan a... a control de crecimiento y desarrollo? | 16. ¿Cuál fue la principal razón para no llevar a... a un control de crecimiento y desarrollo? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2. Programas culturales ofrecidos en bibliotecas, museos, casas de cultura u otros ámbitos<br>Sí 1<br>No 2 | | | 3. Programas de Protección Especial del ICBF<br>Sí 1<br>No 2 | | | 4. Programa modalidad entorno familiar<br>Sí 1<br>No 2 | | | Sí 1<br>No 2 | Sí 1 → Termina capítulo<br>No 2 | No pensó que fuera necesario llevarlo(a) a consulta 1<br>La consulta es muy cara, no tiene plata 2<br>El lugar donde lo atienden queda muy lejos/no hay servicio cerca 3<br>No pudo dejar el trabajo/no tuvo tiempo 4<br>No está afiliado a EPS o a régimen subsidiado 5<br>No consiguió cita cercana en el tiempo o lo atienden muy mal 6<br>Los trámites en la EPS/IPS son muy complicados 7<br>Considera que no está en edad o es recién nacido 8<br>Otra, ¿cuál? 9 | |
| | | ¿Paga por este servicio? | | | ¿Paga por este servicio? | | | ¿Paga por este servicio? | | | ¿Cuántas veces lo llevaron durante los ÚLTIMOS 12 MESES? | | |
| | C.R. | Sí | No | C.R. | Sí | No | C.R. | Sí | No | | | C.R. | Otra, ¿cuál? |
| 01 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 02 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 03 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 04 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 05 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 06 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 07 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 08 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |
| 09 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | 1 | 2 | | | | |

## G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más)

**1. ¿Sabe leer y escribir?**

- Sí [1]
- No [2]

**2. ¿... actualmente estudia? (asiste al preescolar, escuela, colegio o universidad)**

- Sí [1] Pase a 6
- No [2]

Si es menor de 35 años, continúe
Si tiene 35 años o más pase a 4

**3. ¿Cuál es la razón principal para que... no estudie?**

Espere respuesta

- Considera que no está en edad escolar [1]
- Considera que ya terminó [2]
- Falta de dinero o costos educativos elevados [3]
- Debe encargarse de los oficios del hogar (cuidado de niños y de otras personas del hogar: ancianos, personas discapacitadas, etc.) [4]
- Por embarazo [5]
- Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo; inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia [6]
- Falta de cupo [7]
- No existe un centro educativo cercano o el establecimiento asignado es muy lejano [8]
- Necesita trabajar [9]
- No le gusta o no le interesa el estudio [10]
- Por enfermedad [11]
- Necesita educación especial [12]
- Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual [13]
- Otra razón, ¿cuál? [14]

**4. ¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado por... y el último año o grado aprobado en este nivel?**

- Ninguno [1]
- Preescolar [2]
- Básica primaria (1.°-5.°) [3]
- Básica secundaria (6.° a 9.°) [4]
- Media (10.°-13.°) [5]
- Técnico sin título [6]
- Técnico con título [7]
- Tecnológico sin título [8]
- Tecnológico con título [9]
- Universitario sin título [10]
- Universitario con título [11]
- Posgrado sin título [12]
- Postgrado con título [13]

Si es menor de 18 años pase a pregunta 18, de lo contrario termine capítulo

| | | | C.R. | Otra razón, ¿cuál? | Nivel | Grado o año aprobado: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |

## G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

**5. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?**

Si es menor de 18 años pase a pregunta 18, de lo contrario termine capítulo

**6. ¿En qué nivel está matriculado... y qué grado o año cursa?**

- Preescolar [1] → Pase a 8
- Básica primaria (1.°-5.°) [2]
- Básica secundaria (6.° a 9.°) [3] → Pase a 9
- Media (10.°-13.°) [4]
- Técnico [5]
- Tecnológico [6]
- Universitario [7]
- Posgrado [8]

**7. ¿Cuántos años de estudios superiores (técnicos, tecnológicos, universitarios, de posgrado, etc.) ha realizado y aprobado?**

Después de diligenciar pase a 9

**8. ¿Dónde o con quién permanece... la mayor parte del tiempo, en las horas en que no está asistiendo al establecimiento educativo?**

- Con su padre o madre en la casa [1]
- Con su padre o madre en el trabajo [2]
- Con empleada o niñera en la casa [3]
- Al cuidado de un pariente de 18 años o más [4]
- Al cuidado de un pariente menor de 18 años [5]
- En un sitio para el cuidado de menores (jornada adicional o alterna, talleres, etc.) [6]
- En casa solo [7]
- Otro, ¿cuál? [8]

**9. El establecimiento donde estudia... es:**

- Oficial [1]
- No oficial [2]

**10. Este establecimiento está ubicado en:**

- Un centro urbano donde está la alcaldía municipal [1]
- Corregimiento, inspección de policía o caserío [2]
- Vereda o campo [3]

| | Número de años | Nivel | Grado o año que cursa | Número de años | C.R. | Otro, ¿cuál? | C.R. | Con subsidio del estado | Sin subsidio | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 02 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 03 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 04 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 05 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 06 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 07 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 08 | | | | | | | | 1 | 2 | |
| 09 | | | | | | | | 1 | 2 | |

## G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (continuación)

**11. ¿Recibe... en el plantel educativo alimentos (desayunos, medias nueves, almuerzos, etc.) en forma gratuita o por un pago simbólico?**

Sí [1]
No [2]

**12. Durante este AÑO ESCOLAR ¿... recibió beca en dinero o en especie para estudiar?**

Sí [1]
No [2] Pase a 14

Frecuencia:
Mensual [1]
Bimestral [2]
Semestral [3]
Anual [4]

**13. ¿De quién recibió la beca para estudiar?**

De la misma institución educativa [1]
ICETEX [2]
Gobierno nacional o departamental [3]
Gobierno distrital o municipal [4]
Otra entidad pública [5]
Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan [6]
Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan [7]
Otra entidad privada [8]

**14. Durante este AÑO ESCOLAR ¿... recibió subsidio en dinero o en especie para estudiar?**

Sí [1]
No [2] Pase a 16

Frecuencia:
Mensual [1]
Bimestral [2]
Semestral [3]
Anual [4]

**15. ¿De quién recibió el subsidio para estudiar?**

De la misma institución educativa [1]
ICETEX [2]
Gobierno nacional o departamental [3]
Gobierno distrital o municipal [4]
Otra entidad pública [5]
Empresa pública donde Ud. o un familiar trabajan [6]
Empresa privada donde Ud. o un familiar trabajan [7]
Otra entidad privada [8]

| | 11. C.R. | 11. a. ¿Valor que paga DIARIO? ($) | 11. b. ¿Si lo tuviera que comprar en otra parte, cuánto pagaría al día por lo que recibe? ($) | 12. C.R. | 12. Valor ($) | 12. Frecuencia | 13. | 14. C.R. | 14. Valor ($) | 14. Frecuencia | 15. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | |

## G. EDUCACIÓN (para personas de 5 años y más) (conclusión)

**16. Durante este AÑO ESCOLAR ¿... ha recibido crédito educativo?**

- Sí [1]
- No [2] → Si es menor de 18 años pase a pregunta 18, de lo contrario termine capítulo

Frecuencia:

- Mensual [1]
- Bimestral [2]
- Semestral [3]
- Anual [4]

**17. ¿Quién le concedió el crédito educativo?**

- ICETEX [1]
- Fondo Nacional del Ahorro [2]
- Banco o corporación [3]
- Otra entidad pública [4]
- Establecimiento educativo [5]
- Fundación (ONG) [6]
- Otra entidad, ¿cuál? [7]

Si es menor de 18 años continúe, de lo contrario termine capítulo

**18. ¿Con quién permanece... después de asistir al establecimiento educativo o durante la mayor parte del tiempo entre semana?**

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años

Si G8 = 7 permanece en casa solo, NO formule esta pregunta y termine capítulo

- Una persona de este hogar [1] Número de orden → Termine capítulo
- Una persona de otro hogar [2]
- Una institución [3] → Termina capítulo
- Permanece solo [4]

**19. ¿Cuántos años tiene esta persona?**

**20. ¿Cuál es el nivel educativo de esta persona?**

- Algunos años de primaria [1]
- Toda la primaria [2]
- Algunos años de secundaria [3]
- Toda la secundaria [4]
- Uno o más años de técnica o tecnológica [5]
- Técnica o tecnológica completa [6]
- Uno o más años de universidad [7]
- Universitaria completa [8]
- Ninguno [9]
- No sabe [10]

| | 16. C.R. | 16. Valor ($) | 16. Frecuencia | 17. C.R. | 17. Otra entidad, ¿cuál? | 18. C.R. | 18. Número de orden | 18. Hombre | 18. Mujer | 19. Años | 20. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 02 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 03 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 04 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 05 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 06 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 07 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 08 | | | | | | | | 1 | 2 | | |
| 09 | | | | | | | | 1 | 2 | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más)

| 1. Registre el número de orden de la persona que suministra la información | 2. ¿En qué actividad ocupó... la mayor parte del tiempo LA SEMANA PASADA? (Espere respuesta) | C.R. | Otra actividad, ¿cuál? | 3. Además de lo anterior, ¿... realizó LA SEMANA PASADA alguna actividad paga por una hora o más? | 4. Aunque... no trabajó LA SEMANA PASADA, por una HORA O MÁS en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos? | 5. ¿... trabajó LA SEMANA PASADA en un negocio por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran? | 6. En las ÚLTIMAS 4 SEMANAS ¿... hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio? | 7. ¿Desea... conseguir un trabajo remunerado o instalar un negocio? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Trabajando 1 Pase a 12<br>Buscando trabajo 2<br>Estudiando 3<br>Oficios del hogar 4<br>Incapacitado permanente para trabajar 5 Pase a 42<br>Otra actividad, ¿cuál? 6 | | | Sí 1 Pase a 12<br>No 2 | Sí 1 Pase a 12<br>No 2 | Sí 1 Pase a 12<br>No 2 | Sí 1 Pase a 11<br>No 2 | Sí 1<br>No 2 |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

| | 8. Durante los últimos 12 MESES ¿... trabajó por lo menos 2 semanas consecutivas? | 9. Después de su último empleo, ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio? | 10. Durante los últimos 12 MESES ¿... ha hecho alguna diligencia para conseguir trabajo o instalar un negocio? | 11. Si le hubiera resultado algún trabajo a... ¿estaba disponible LA SEMANA PASADA para empezar a trabajar? | 12. ¿Qué hace... en este trabajo? | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sí 1<br>No 2 Pase a 10 | Sí 1 Pase a 11<br>No 2 Pase a 42 | Sí 1<br>No 2 Pase a 42 | Sí 1 Pase a 39<br>No 2 Pase a 42 | | Código |
| 01 | | | | | | |
| 02 | | | | | | |
| 03 | | | | | | |
| 04 | | | | | | |
| 05 | | | | | | |
| 06 | | | | | | |
| 07 | | | | | | |
| 08 | | | | | | |
| 09 | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

| | 13. ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca donde trabaja...? | 14. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o negocio en la que... realiza su trabajo? | Código | 15. En este trabajo... es: (Lea las alternativas) |
|---|---|---|---|---|
| | | | | Obrero o empleado de empresa particular 1 |
| | | | | Obrero o empleado del gobierno 2 |
| | | | | Empleado doméstico 3 |
| | | | | Profesional independiente 4 |
| | | | | Trabajador independiente o por cuenta propia 5 |
| | | | | Patrón o empleador 6 → Pase a 29 |
| | | | | Trabajador de finca, tierra o parcela propia en arriendo, aparcería, usufructo o posesión 7 |
| | | | | Trabajador sin remuneración 8 |
| | | | | Ayudante sin remuneración (hijo o familiar de empleados domésticos, mayordomos, jornaleros, etc.) 9 → Pase a 31 |
| | | | | Jornalero o peón 10 |
| 01 | | | | |
| 02 | | | | |
| 03 | | | | |
| 04 | | | | |
| 05 | | | | |
| 06 | | | | |
| 07 | | | | |
| 08 | | | | |
| 09 | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

| | 16. ¿Cuántos meses lleva trabajando en esta empresa, negocio, industria, oficina, firma o finca de manera continua? Si es menos de un mes, escriba 00. | 17. ¿Está afiliado por una empresa o individualmente a una Administradora de Riesgos Laborales, ARL (por accidentes de trabajo, enfermedad profesional, etc.)? Sí 1 / No 2 / No sabe, no informa 9 | 18. ¿La empresa donde trabaja le suministra elementos de protección personal para la realización de su trabajo? Sí 1 / No 2 / No necesita 3 | 19. Antes de descuentos ¿cuánto ganó... el mes pasado en este empleo? (incluya propinas y comisiones y excluya horas extras, viáticos y pagos en especie) Si no recibe salario en dinero, escriba 00. | 20. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió alimentos como parte de pago por su trabajo? Sí 1 Valor $... / No 2 / No sabe, no informa 9 | | 21. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO recibió vivienda como parte de pago por su trabajo? Sí 1 Valor $... / No 2 / No sabe, no informa 9 | | 22. Además del salario en dinero, ¿el MES PASADO... recibió otros ingresos en especie por su trabajo (electrodomésticos, ropa, productos diferentes a alimentos o bonos tipo Sodexho, etc.)? Sí 1 Valor $... / No 2 / No sabe, no informa 9 | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Meses | | | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) |
| 01 | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

**23. ¿Normalmente... utiliza transporte de la empresa para desplazarse a su trabajo (bus o automóvil) particular u oficial?**

Sí [1] Valor $...
No [2]
No sabe, no informa [9]

**24. El MES PASADO¿... recibió subsidio de alimentación en dinero?**

Sí [1] Valor $...
No [2]
No sabe, no informa [9]

**25. El MES PASADO ¿... recibió auxilio de transporte en dinero?**

Sí [1] Valor $...
No [2]
No sabe, no informa [9]

**26. El MES PASADO¿... recibió subsidio familiar en dinero?**

Sí [1] Valor $...
No [2]
No sabe, no informa [9]

**27. El MES PASADO¿... recibió primas (técnica, de antigüedad, clima, orden público, etc.) en dinero?**

Sí [1] Valor $...
No [2]
No sabe, no informa [9]

**28. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió:**

1. Prima de servicios?

Sí [1] Valor $...
No [2]
No sabe, no informa [9]

| | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor mensual ($) | C.R. | Valor ($) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

**28. ¿Durante los ÚLTIMOS 12 MESES recibió: (conclusión)**

2. Prima de navidad?
   - Sí [1] Valor $...
   - No [2]
   - No sabe, no informa [9]

3. Prima de vacaciones?
   - Sí [1] Valor $...
   - No [2]
   - No sabe, no informa [9]

4. Bonificaciones?
   - Sí [1] Valor $...
   - No [2]
   - No sabe, no informa [9]

5. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo?
   - Sí [1] Valor $...
   - No [2]
   - No sabe, no informa [9]

Después de diligenciar pase a pregunta 31

**29. ¿Cuál fue la ganancia neta o los honorarios netos de... en esa actividad, negocio, profesión o finca, el MES PASADO?**

Si no obtuvo ganancias, escriba 00

**30. ¿Cuál fue la ganancia neta del negocio o de la cosecha durante los ÚLTIMOS 12 MESES?**

Solo para centros poblados y área rural dispersa

**31. ¿Cuántas personas, incluido usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja?**

- Trabaja solo [1]
- 2 a 3 personas [2]
- 4 a 5 personas [3]
- 6 a 10 personas [4]
- 11 a 19 personas [5]
- 20 a 30 personas [6]
- 31 a 50 personas [7]
- 51 a 100 personas [8]
- 101 o más personas [9]

| | 2. Prima de navidad? | | 3. Prima de vacaciones? | | 4. Bonificaciones? | | 5. Pagos o indemnizaciones por accidentes de trabajo? | | 29. Honorarios o ganancia neta en el MES PASADO ($) | 30. Honorarios o ganancia neta en los últimos 12 meses ($) | 31. ¿Cuántas personas, incluido usted, tiene la empresa o negocio donde trabaja? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | C.R. | Valor ($) | C.R. | Valor ($) | C.R. | Valor ($) | C.R. | Valor ($) | | | |
| 01 | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

**32. Fundamentalmente, ¿dónde realiza usted su trabajo principal?**

- Local fijo, oficina, fábrica, etc. 1
- En la vivienda que habita 2 Pase a 35
- En otras viviendas 3
- En kiosco-caseta 4
- En un vehículo (taxi, carro, bus, lancha, barco) 5
- Puerta a puerta 6
- Sitio al descubierto en la calle (ambulante o estacionario) 7
- En el campo o área rural mar o río 8
- En una obra de construcción 9
- En una mina o cantera 10

**33. El medio de transporte que usted utiliza principalmente para ir a su sitio de trabajo es:**

- Bus intermunicipal 1
- Bus urbano 2
- A pie 3
- Metro 4
- Transporte articulado (transmilenio, MIO y otros) 5
- Taxi 6
- Transporte de la empresa 7
- Automóvil de uso particular 8
- Lancha, planchón, canoa 9
- Caballo 10
- Moto 11
- Bicicleta 12
- Otro 13

**34. ¿Cuánto tiempo se demora usted en su viaje de ida al trabajo? (incluya tiempo de espera del medio de transporte)**

**35. ¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente... en ese trabajo?**

**36. ¿Cuántas horas trabajó durante la semana pasada en este trabajo?**

**37. ¿Por qué razón, de las horas que normalmente trabaja, hubo algunas que no trabajó la semana pasada?**

Solo realice esta pregunta si H36 es menor a H35.

- Enfermedad, permiso o licencia 1
- Festivos 2
- Vacaciones 3
- Capacitación 4
- Suspensión o terminación del empleo 5
- Reducción de la actividad económica de la empresa o del negocio 6
- Otra, ¿cuál? 7

| | | | 34. Minutos | 35. Horas | 36. Horas | 37. C.R. | 37. Otra, ¿cuál? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

| | 38. Además de su ocupación u oficio principal, ¿... el mes pasado tuvo otros trabajos o negocios por los cuales recibió ingresos? | | 39. ¿Durante cuántas semanas ha estado o estuvo... buscando trabajo? | 40. ¿... ha buscado trabajo por primera vez o había trabajado antes, por lo menos durante dos semanas consecutivas? | 41. ¿A qué actividad se dedicaba principalmente la empresa o negocio en la que... realizó su trabajo? | | 42. ¿El mes pasado... recibió algún ingreso por concepto de trabajo? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sí 1 Valor $... | | | Por primera vez 1 Pase a 42 | | | Sí 1 Valor $... | |
| | No 2 | | | Trabajó antes 2 | | | No 2 | |
| | Después de diligenciar pase a 43 | | | | | | No sabe, no informa 9 | |
| | C.R. | Valor total percibido ($) | Número de semanas | | | Código | C.R. | Valor ($) |
| 01 | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

**43. ¿Está... cotizando actualmente a un fondo de pensiones?**

- Sí [1]
- No [2] → Pase a 45
- Ya es pensionado [3] → Pase a 45

**44. ¿A cuál de los siguientes fondos cotiza actualmente:**

- Colpensiones (ISS)? [1]
- Cajas de previsión? [2]
- Fuerzas Militares o Policía Nacional? [3]
- Magisterio? [4]
- ECOPETROL? [5]
- Fondo privado (Administradora Fondos de Pensiones)? [6]
- Fondo subsidiado (Prosperar)? [7]
- No sabe [8]

**45. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de pensión de jubilación, sustitución pensional, invalidez o vejez?**

- Sí [1] Valor $...
- No [2]
- No sabe, no informa [9]

**46. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso en dinero para el sostenimiento de hijos menores de 18 años? (incluya pensión de alimentación y contribución de padres ausentes)**

- Sí [1] Valor $...
- No [2]
- No sabe, no informa [9]

**47. El mes pasado... ¿recibió algún ingreso por concepto de arriendos de casas, apartamentos, fincas de recreo, lotes, vehículos, maquinaria y equipo?**

- Sí [1] Valor $...
- No [2]
- No sabe, no informa [9]

**48. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió primas por pensión de jubilación o por sustitución pensional?**

- Sí [1] Valor $...
- No [2]
- No sabe, no informa [9]

| | 43. | 44. | 45. C.R. | 45. Valor ($) | 46. C.R. | 46. Valor ($) | 47. C.R. | 47. Valor ($) | 48. C.R. | 48. Valor ($) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (continuación)

**49. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió algún ingreso por concepto de ayudas en dinero proveniente de otros hogares o instituciones? (padres, hijos, familiares, amigos)**

Sí 1
No 2
No sabe, no informa 9

El dinero provino de:
Fuera del país 1
Dentro del país 2
Ambas partes 3

**50. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por venta de propiedades? (casas, edificios, lotes, maquinaria, vehículos, electrodomésticos, etc.)**

Sí 1 Valor $...
No 2
No sabe, no informa 9

**51. Durante los ÚLTIMOS 12 MESES... ¿recibió dinero por otros conceptos? (cesantías, intereses de cesantías, intereses por préstamos o CDT, rifas, etc.)**

Sí 1 Valor $...
No 2
No sabe, no informa 9

**52. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo:**

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años

1. ¿Ayudar en labores del campo o en la cría de animales? — Sí 1 Horas... / No 2
2. ¿Realizar oficios en su hogar? — Sí 1 Horas... / No 2
3. ¿Realizar oficios en otros hogares o instituciones? — Sí 1 Horas... / No 2
4. ¿Cuidar o atender niños? — Sí 1 Horas... / No 2

| | 49. C.R. | 49. Proced. | 49. Valor ($) | 50. C.R. | 50. Valor ($) | 51. C.R. | 51. Valor ($) | 52.1 C.R. | 52.1 ¿Cuántas horas a la semana? | 52.2 C.R | 52.2 ¿Cuántas horas a la semana? | 52.3 C.R | 52.3 ¿Cuántas horas a la semana? | 52.4 C.R | 52.4 ¿Cuántas horas a la semana? |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | |

## H. FUERZA DE TRABAJO (para todas las personas de 12 años y más) (conclusión)

**52. Adicional a las actividades que me informó haber realizado la semana pasada, cuáles de las siguientes labores no remuneradas hizo: (conclusión)**

Formule esta pregunta solo para personas menores de 18 años

| | 5. ¿Cuidar personas enfermas, ancianas o discapacitadas? | | 6. ¿Elaborar prendas de vestir o tejidos para miembros del hogar? | | 7. ¿Asistir a cursos o eventos de capacitación? | | 8. ¿Trabajar en la autoconstrucción de vivienda? | | 9. ¿Realizar trabajos comunitarios o voluntarios en edificaciones u obras comunitarias o públicas? | | 10. ¿Participar en otras actividades cívicas, sociales, comunales o de trabajo voluntario? | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sí 1 Horas... No 2 | | Sí 1 Horas... No 2 | | Sí 1 Horas... No 2 | | Sí 1 Horas... No 2 | | Sí 1 Horas... No 2 | | Sí 1 Horas... No 2 | |
| | C.R. | ¿Cuántas horas a la semana? | C.R | ¿Cuántas horas a la semana? | C.R | ¿Cuántas horas a la semana? | C.R | ¿Cuántas horas a la semana? | C.R | ¿Cuántas horas a la semana? | C.R | ¿Cuántas horas a la semana? |
| 01 | | | | | | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | | | | | | |

**Observaciones:**

## I. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (para personas de 5 años y más)

**1. ¿Con qué frecuencia utiliza... el computador (en cualquier lugar)?**

- Todos los días de la semana [1]
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día [2]
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana [3]
- Al menos una vez al año, pero no cada mes [4]
- No utiliza computador [5]

**2. ¿Con qué frecuencia utiliza... internet (en cualquier lugar y desde cualquier dispositivo)?**

- Todos los días de la semana [1]
- Al menos una vez a la semana, pero no cada día [2]
- Al menos una vez al mes, pero no cada semana [3]
- Al menos una vez al año, pero no cada mes [4]
- No utiliza internet [5] Pase a 6

**3. ¿Cuáles de los siguientes dispositivos utiliza... para acceder a internet:**

- Computador de escritorio? [1]
- Computador portátil? [2]
- Tableta? [3]
- Teléfono celular? [4]
- Consolas para juegos electrónicos (Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc.)? [5]
- Televisor inteligente? [6]
- Reproductores digitales de música video e imagen (MP3, MP4, Ipod)? [7]
- Otro, ¿cuál? [8]

**4. En cuáles de los siguientes sitios accede... a internet:**

- En el hogar [1]
- En el trabajo [2]
- En la institución educativa [3]
- En centros de acceso público gratis [4]
- En centros de acceso público con costo (café internet) [5]
- En la casa de otra persona (pariente, amigo, vecino) [6]
- Otro sitio [7]

**5. Para cuáles de los siguientes servicios o actividades utiliza... internet:**

- Obtener información (Excluir la búsqueda de información con fines de educación y aprendizaje) [1]
- Correo y mensajería [2]
- Redes sociales [3]
- Comprar/ordenar productos o servicios [4]
- Banca electrónica y otros servicios financieros [5]
- Educación y aprendizaje [6]
- Trámites con organismos gubernamentales [7]
- Actividades de entretenimiento (juegos, bajar música, etc.) [8]
- Consulta de medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, medios digitales, etc.) [9]
- Otro, ¿cuál? [10]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 02 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 03 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 04 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 05 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 06 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 07 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 08 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |
| 09 | | | 1 2 3 4 5 6 7 8 _____ | 1 2 3 4 5 6 7 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 _____ |

## D. CARACTERÍSTICAS Y COMPOSICIÓN DEL HOGAR (para todas las personas del hogar)

| | Nombre(s) y apellido(s) de la persona: | 1. Número de orden de la persona que proporciona la información: | 2. Sexo: Hombre 1, Mujer 2 | 3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de ...? Si no conoce el día, el mes o el año, escriba 9 en los espacios correspondientes a cada uno de ellos | | | 4. ¿Cuántos años cumplidos tiene ...? Si es menor de 1 año, escriba 00 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Día | Mes | Año | Años |
| 01 | | | | | | | |
| 02 | | | | | | | |
| 03 | | | | | | | |
| 04 | | | | | | | |
| 05 | | | | | | | |
| 06 | | | | | | | |
| 07 | | | | | | | |
| 08 | | | | | | | |
| 09 | | | | | | | |

## I. TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN (para personas de 5 años y más) (conclusión)

| | 6. ¿... tiene teléfono celular? Sí 1 Pase a 8; No 2 | 7. A pesar de no tener teléfono celular, ... accede al servicio de telefonía móvil celular por: Un vendedor de minutos 1; Prestado ocasionalmente por otra persona 2; No accede al servicio 3 Termina capítulo | 8. ¿Con qué frecuencia utiliza... teléfono celular? Todos los días de la semana 1; Al menos una vez a la semana, pero no cada día 2; Al menos una vez al mes, pero no cada semana 3; Al menos una vez al año, pero no cada mes 4; No utiliza teléfono celular 5 Termina capítulo | 9. Para cuáles de las siguientes actividades utiliza... el teléfono celular: Llamadas personales o familiares 1; Llamadas laborales 2; Mensajes de texto 3; Venta de minutos 4; Otras actividades 5 |
|---|---|---|---|---|
| 01 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 02 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 03 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 04 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 05 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 06 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 07 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 08 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |
| 09 | | 1 2 3 | | 1 2 3 4 5 |

Observaciones:

## J. TENENCIA Y FINANCIACIÓN DE LA VIVIENDA QUE OCUPA EL HOGAR

**1. La vivienda ocupada por este hogar es:**

Propia, totalmente pagada [1] Pase a 3

Propia, la están pagando [2]

En arriendo o subarriendo [3] Pase a 7

Con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario) [4]

Posesión sin título (ocupante de hecho) o propiedad colectiva [5]

Pase a 6

**2. ¿Cuánto pagan mensualmente por cuota de amortización?**

Valor $ _____

Si tienen varios préstamos, coloque el valor correspondiente a la sumatoria

**3. ¿Algún miembro de este hogar tiene escritura registrada de esta vivienda?**

Sí [1]

No [2] Pase a 5

**4. La escritura está a nombre de:**

Número de orden

Solo una persona del hogar [1]

Nombre: _____ [ ][ ]

Dos o más personas del hogar [2]

¿Cuántas? _____

Nombre: _____ [ ][ ]

Nombre: _____ [ ][ ]

Nombre: _____ [ ][ ]

Personas del hogar con personas de otro hogar [3]

Solo personas de otro hogar [4]

**5. Si usted quisiera vender esta vivienda, ¿cuál sería el precio mínimo en que la vendería?**

Valor $ _____

**6. Si tuviera que pagar arriendo por esta vivienda, ¿cuánto estima que tendría que pagar mensualmente?**

Valor $ _____ Pase a 8

**7. ¿Cuánto pagan mensualmente por arriendo ?**

Excluya el pago de administración o celaduría

Valor $ _____

**8. ¿En los últimos doce meses, algún miembro del hogar recibió subsidio del gobierno o de otra institución en dinero o en especie para la compra, construcción, mejora, titulación o escrituración de vivienda, casalote o lote?**

Sí [1]

a. ¿En dinero? Sí [1] Valor:

$ _____

No [2]

2. ¿En especie? Sí [1] Valor estimado:

$ _____

No [2]

No [2]

**Observaciones:**

**Observaciones:**

## K. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (para el jefe del hogar o su cónyuge)

**1. Nombre de la persona que responde este capitulo**

Nombre: _____

Número de orden [ ][ ]

**2. ¿Cómo se siente en el barrio, pueblo o vereda donde vive?**

Seguro [1]

Inseguro [2]

**3. Durante los últimos 12 MESES, ¿de cuáles de los siguientes hechos ha sido víctima usted o algún miembro del hogar?**

| | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. Atracos o robos | 1 | 2 |
| 2. Otro, hecho violento (homicidios, asesinatos, secuestros, lesiones personales, violaciones, extorsiones, desalojos) | 1 | 2 |

**4. Actualmente las condiciones de vida en su hogar son:**

Muy buenas [1]

Buenas [2]

Regulares [3]

Malas [4]

**5. Con relación al hogar donde usted se crió, este hogar vive económicamente:**

Mejor [1]

Igual [2]

Peor [3]

**6. Usted piensa que el nivel de vida actual de su hogar, respecto al que tenía 5 años atrás, es:**

Mejor [1]

Igual [2]

Peor [3]

**7. ¿Usted se considera pobre?**

Sí [1]

No [2]

**8. Los ingresos de su hogar:**

No alcanzan para cubrir los gastos mínimos [1]

Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos [2]

Cubren más que los gastos mínimos [3]

**9. ¿Durante los últimos doce meses, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal por concepto de:**

| | | | ¿Cuántos miembros del hogar recibieron el subsidio? |
|---|---|---|---|
| 1. Familias en acción? | Sí | 1 → | [ ][ ] |
| | No | 2 | |
| 2. Programa para adultos mayores (Colombia mayor)? | Sí | 1 → | [ ][ ] |
| | No | 2 | |
| 3. Red Unidos? | Sí | 1 | |
| | No | 2 | |
| 4. Otro, ¿cuál? | Sí | 1 → | [ ][ ] |
| | | ¿Cuáles? _____ | |
| | No | 2 | |

Si se encuentra marcada exclusivamente la opción 3, pase a 11
Si en todas las opciones responde No, pase a 11

**10. ¿Este o estos subsidios los recibieron:**

1. En dinero? Sí [1]
   ¿Cuánto recibieron en los últimos doce meses?
   $ _____
   No [2]
2. En especie? Sí [1]
   ¿En cuánto estima lo que recibieron en los últimos doce meses?
   $ _____
   No [2]

**11. ¿Por falta de dinero, algún miembro del hogar no consumió ninguna de las tres comidas (desayuno, almuerzo, comida), uno o más días de la semana pasada?**

Sí [1]

No [2]

**12. ¿Cuántas libras de arroz consumió este hogar la semana pasada dentro del hogar?**

Libras _____

Gramos _____

**13. ¿Cuáles de los siguientes bienes o servicios posee este hogar?**

| | Sí | No |
|---|---|---|
| 1. Máquina lavadora de ropa | 1 | 2 |
| 2. Nevera o refrigerador | 1 | 2 |
| 3. Estufa eléctrica o de gas | 1 | 2 |
| 4. Horno eléctrico o de gas | 1 | 2 |
| 5. Horno microondas | 1 | 2 |
| 6. Calentador de agua eléctrico o de gas o ducha eléctrica | 1 | 2 |
| 7. Tv a color convencional | 1 | 2 |
| 8. Tv LCD, plasma o LED | 1 | 2 |
| 9. Reproductor de video (DVD, Blue-ray, otros) | 1 | 2 |
| 10. Equipo de sonido | 1 | 2 |
| 11. Aire acondicionado | 1 | 2 |
| 12. Ventilador o abanico | 1 | 2 |
| 13. Reproductores digitales de música, video e imagen (MP3, MP4, Ipod) | 1 | 2 |
| 14. Consolas para juegos electrónicos: Play Station, X-box, Wii, PSP, Nintendo, Gameboy, etc. | 1 | 2 |
| 15. Carro particular | 1 | 2 |
| ¿Cuántos? _____ | | |
| 16. Moto o motoneta | 1 | 2 |
| ¿Cuántos? _____ | | |
| 17. Bicicleta | 1 | 2 |
| 18. Casa, apartamento o finca de recreo | 1 | 2 |
| 19. Servicio de televisión por suscripción cable o antena parabólica | 1 | 2 |
| 20. Cámara fotográfica digital o de video | 1 | 2 |
| 21. Computador de escritorio | 1 | 2 |
| 22. Computador portátil | 1 | 2 |
| 23. Tableta | 1 | 2 |

## K. CONDICIONES DE VIDA DEL HOGAR Y TENENCIA DE BIENES (para el jefe del hogar o su cónyuge) (conclusión)

**14. ¿Cuál es la principal razón por la que el hogar no tiene computador?**

Solo para hogares que en la pregunta 13 en las opciones 21, 22 y 23 respondieron NO.

- No están interesados [1]
- No saben cómo usarlo [2]
- Es demasiado costoso [3]
- Otra [4]

**15. ¿El hogar tiene conexión a internet?**

- Sí [1] → Fijo: Sí [1] No [2]; Móvil: Sí [1] No [2]
  Pase a 18
- No [2]

**16. ¿Cuál es la razón principal por la que el hogar no tiene conexión a internet?**

- Es muy costoso [1]
- No lo considera necesario [2]
- No tiene un dispositivo para conectarse [3]
- Tiene acceso suficiente desde otros lugares sin costo [4]
- No sabe usarlo [5]
- No hay cobertura en la zona [6]
- Otra [7]

**17. ¿El hogar tiene previsto tener conexión a internet en los próximos 12 meses?**

- Sí [1]
- No [2]

**18. En los últimos DOCE MESES, ¿ha puesto usted o algún miembro de su hogar una queja o reclamo por inconformidad con el servicio de salud prestado?**

- Sí [1]
- No [2] Pase a 21

**19. ¿Ante qué entidad presentaron la queja sobre el servicio?**

Solo indicar la más importante

- EPS o ARS [1]
- Superintendencia de Salud [2]
- Institución Prestadora de Salud [3]
- Juzgados o entidades judiciales [4]
- Secretaría de Salud, Municipio [5]
- Otra, ¿cuál? _____ [6]

**20. El resultado de su queja fue:**

- Le dieron respuesta y se resolvió la queja [1]
- Le dieron respuesta pero no se resolvió la queja [2]
- No le dieron respuesta [3]
- No sabe qué pasó [4]

**21. Usted o algún miembro del hogar: ¿Sabe si la secretaría o el municipio en el que habitan ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad?**

- Sí [1]
- No [2]

**22. ¿En los últimos doce meses ha tenido que presentar una tutela para poder acceder a los servicios de salud?**

- Sí [1]
- No [2] Termine capítulo

**23. ¿Cuál fue la razón por la cual instauró la acción de tutela?**

- No lo atendieron en una institución de salud [1]
- No le dieron los medicamentos [2]
- No tiene dinero para pagar un tratamiento [3]
- No está de acuerdo con el nivel de SISBEN asignado [4]
- No está afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud [5]
- Otra, ¿cuál? _____ [6]

**Observaciones:**

## Anexo 2.
## Variables dependientes: Acceso a los servicios de salud de prevención primaria y acceso a los servicios de salud de urgencia y consulta externa

| Variable | Cód ECV | Definición Operacional | Clasificación Según escala de medición | Clasificación según la naturaleza | Categorías/Unidad de medida |
|---|---|---|---|---|---|
| **Módulo B. Datos de la vivienda y Módulo C. Servicios del hogar** | | | | | |
| Región | Region | 1 Atlántica (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, Guajira, Magdalena, Sucre.<br>2 Oriental (Boyacá, Cundinamarca, Meta, Norte de Santander, Santander)<br>3 Central (Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda, Tolima)<br>4 Pacifica(Cauca, Chocó, Nariño)<br>5 Bogotá<br>6 Antioquia<br>7 Valle del cauca<br>8 San Andrés<br>9 Orinoquía - Amazonía | Cualitativa | Nominal | 1 Atlántica<br>2 Oriental<br>3 Central<br>4 Pacifica<br>5 Bogotá<br>6 Antioquia<br>7 Valle del cauca<br>8 San Andrés<br>9 Orinoquía – amazona |
| Ubicación geográfica | | Ubicación de la vivienda en cabecera (urbano), centro poblado o área rural dispersa (rural). | Cualitativa | Nominal | 0 Urbano<br>1 Rural |
| Déficit de vivienda | | Se consideró una vivienda en déficit si presentó al menos uno de los indicadores del anexo | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Estrato socioeconómico | P8520s1a1 | Estratificación con base en las características de las viviendas y su entorno urbano o rural realizada por el DANE. | Cualitativa | Ordinal | 0 "Bajo"<br>1 "Medio/ Alto"<br>2 "Sin Servicio de Luz o recibo/Desconocido" |
| Queja por servicio de salud | P8718 | En los últimos doce meses ha puesto usted o algún miembro de su hogar una queja o reclamo por inconformidad con el servicio de salud prestado? | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Entidad queja por servicio de salud | P8720 | Ante que entidad presentaron la queja sobre el servicio? | Cualitativa | Nominal | 1 Eps o ars<br>2 Superintendencia de salud<br>3 Institución prestadora de salud<br>4 Juzgados o entidades judiciales<br>5 Secretara de salud, municipio<br>6 Otra, |
| Acciones PyP | P8724 | Usted o algún miembro del hogar saben si la secretaría o el municipio en el que habitan ha realizado acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad? | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Tutela | P5681 | En los últimos doce meses ha tenido que presentar una tutela para poder acceder a los servicios de salud? | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Razón de tutela | P5682 | Cuál fue la razón por la cual instauró la acción de Tutela? | Cualitativa | Nominal | 1 No lo atendieron en una institución de salud<br>2 No le dieron los medicamentos<br>3 No tiene dinero para pagar un tratamiento<br>4 No está de acuerdo con el nivel de SISBEN asignado<br>5 No está afiliado al sistema general de seguridad social en salud<br>6 Otra |
| Ingreso total hogar | I_hogar | Ingreso mensual total del hogar | Cualitativa | Ordinal | Quintiles. |
| **Modulo D. Características y composición del hogar** | | | | | |
| Sexo | P6020 | Información directa tomada de la persona entrevistada. | Cualitativa | Nominal | Femenino<br>Masculino |
| Edad | P6040 | Años cumplidos al momento de la encuesta | Cualitativa | Ordinal | 16-38 años<br>38-103 años |
| Estado Civil | P5502 | Se establecieron dos categorías: con y sin compañero permanente | Cualitativa | Nominal | Con compañero: Vive en pareja, casado<br>Sin compañero: Soltero, Viudo, Separado |
| Pertenece a un grupo étnico | P6080 | De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como Indígena, Gitano (Rom), Raizal del archipiélago, Palenquero, Negro, mulato (afrodescendiente). | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |

| **Módulo E. Salud** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Régimen de afiliación a seguridad social | P6100 | Forma de afiliación al sistema de seguridad social en Colombia. | Cualitativa | Nominal | 0 "Contributivo"<br>1 "Subsidiado"<br>2 "No sabe, no informa, no asegurado" |
| Razón no afiliación a seguridad social | P768 | Por qué razón principal no está afiliado o no es beneficiario de una entidad de seguridad social en salud? (entidad promotora de salud - EPS o administradora de régimen subsidiado -ARS) | Cualitativa | Nominal | 1 Por falta de dinero<br>2 Muchos trámites<br>3 No le interesa o descuido<br>4 No sabe que debe afiliarse<br>5 No esta vinculado laboralmente a una empresa o entidad<br>6 Está en tramite de afiliación<br>7 No hay entidad cercana<br>8 Otra |
| Calidad del servicio de la entidad de seguridad social | P6181 | En general, como considera que la calidad del servicio de la entidad de seguridad social en salud a la que está afiliado(a) | Cualitativa | Ordinal | 0 "Muy Buena/Buena"<br>1"Mala/Muy Mala"<br>2 "No sabe/No afiliado" |
| Estado de salud | P6127 | Como es el estado de salud en general según escala Likert | Cualitativa | Ordinal | 0 Muy bueno / Bueno<br>1 Regular 7 Malo |
| Acceso a servicios de Prevención | P8552 | Sin estar enfermo(a) y por prevención consulta por lo menos una vez al año al médico, odontólogo o ambos. | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Necesidad del uso de servicios de urgencia y consulta externa | P5665 | En los últimos 30 días, tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud que no haya implicado hospitalización? | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Acceso a servicios de urgencia y consulta externa | P8563 | Para tratar ese problema de salud acudió a la institución prestadora de servicios de salud o acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud independiente ( de forma particular) | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Razones de no acceso a servicios de urgencias o consulta externa | P6153 | Cuál fue la razón principal por la que no solicitó o no recibió atención médica? | Cualitativa | Nominal | 1 El caso era leve<br>2 No tuvo tiempo<br>3 El centro de atención queda lejos<br>4 Falta de dinero<br>5 Mal servicio o cita distanciada en el tiempo<br>6 No lo atendieron |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 7 No confía en los médicos<br>8 Consultó antes y no le resolvieron el problema<br>9 Muchos trámites para la cita |
| Calidad prestación servicio | P8554 | En general, como considera que la calidad de la prestación del servicio de salud (medicina general, medicina especializada, odontóloga, et) | Cualitativa | Ordinal | 1. Muy buena<br>2. Buena<br>3. Mala<br>4. Muy mala |
| Limitaciones permanentes | P5693s1<br>P5693s2<br>P5693s3<br>P5693s4<br>P5693s5<br>P5693s6<br>P5693s7<br>P5693s8<br>P5693s9 | Presenta alguna limitación permanente moverse o caminar, usar sus brazos o manos, ver a pesar de usar lentes o gafas, oír, aún con aparatos especiales, hablar, entender o aprender, relaciones con los demás, problemas mentales o emocionales, bañarse, vestirse, alimentarse por sí mismo, u otra limitación permanente. | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Módulo G. Educación | | | | | |
| Escolaridad | P8587<br>P1088 | Se combinaron las variables nivel máximo alcanzado respondida solo por quienes no estaban estudiando (P8587) y nivel de estudios matriculado (P1088), respondida por quienes estaba actualmente estudiando | Cualitativa | Ordinal | 0 "Ninguno"<br>1 "Preescolar/Básica Primaria"<br>2"Basica secundaria/Media"<br>3"Tecnico/Tecnológico"<br>4 "Universitario/Postgrado" |
| Módulo H. Fuerza de trabajo | | | | | |
| Trabaja | P6240 | Se considera que trabaja aquella persona que contesto trabajando a la pregunta en que actividad ocupa la mayor parte del tiempo la semana pasada?, las demás respuestas se consideraron como no trabaja (Buscando trabajo, Estudiando, Oficios del hogar, Incapacitado | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | permanentemente para trabajar, Otra actividad. | | | |
| Módulo J. Tenencia y financiación de la vivienda que ocupa el hogar | | | | | |
| Tenencia vivienda | P5095 | La vivienda ocupada por este hogar es | Cualitativa | Nominal | 1. Propia, totalmente pagada<br>2. Propia, la están pagando 3. En arriendo o subarriendo 4. Con permiso del propietario, sin pago alguno (usufructuario)<br>5. Posesión sin título (ocupante de hecho) o propiedad colectiva |
| Módulo K. Condiciones de vida | | | | | |
| Subsidios | P784s1<br>P784s2<br>P784s3<br>P784s4 | Durante los últimos doce meses, algún miembro de este hogar recibió ayudas o subsidios en dinero o en especie de entidades del gobierno nacional, departamental o municipal | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |
| Percepción de pobreza | P5230 | Usted se considera pobre? | Cualitativa | Nominal | 1 Si<br>0 No |

## Anexo 3. Variable déficit de vivienda

Se consideró una vivienda en déficit si presentaba al menos una de los siguientes indicadores.

| Indicador | Definición | Cód. ECV 2013 |
|---|---|---|
| Modulo B. Vivienda | | |
| Identificación de vivienda inadecuada | La determina la variable "tipo de vivienda" y dentro de esta se tiene contemplada la categoría "otra vivienda" que incluye: carpa, tienda, vagón, embarcación, cueva, refugio natural, puente, etc. | P1070 |
| Identificación de insuficiencia en la calidad de las paredes | Se considera el material predominante en las paredes exteriores de la vivienda y se identifican las viviendas construidas con materiales transitorios o precarios como caña, esterilla, otro tipo de material vegetal, zinc, tela, cartón, latas, desechos, plástico o sin paredes. | P4005 |
| Identificación de estructura o insuficiencia de calidad de los pisos | Se obtiene de la variable material predominante de los pisos de la vivienda y específicamente contabiliza las categorías tierra y arena. | P4015 |
| Identificación del servicio de acueducto | Se consideran en déficit los hogares que habitan en viviendas sin conexión a acueducto (urbano). Para el área rural se identifican como deficitarios aquellos hogares que habitan en viviendas que sin poseer acueducto, obtienen el agua de río, quebrada, nacimiento, carro tanque, aguatero, agua lluvia. | P8520s5 |
| Identificación del servicio de alcantarillado | Se identifican los hogares que viven en viviendas sin servicio de alcantarillado. | P8520s3 |
| Identificación del servicio de energía: | Se identifican los hogares que habitan en viviendas que no cuentan con el servicio de energía eléctrica, indistintamente si es urbano o rural. | P8520s1 |
| Módulo C. Servicios del Hogar | | |
| Identificación de insuficiencia por espacio (cocina) | Se identifican como deficitarios los hogares que preparan los | P764 |

| Indicador | Definición | Cód. ECV 2013 |
|---|---|---|
| | alimentos en un cuarto usado también para dormir; en una sala comedor o en un patio, corredor, enramada o al aire libre (área urbana). Para la zona rural son los hogares que preparan los alimentos en un cuarto usado también para dormir; en una sala comedor sin lavaplatos. | |
| Identificación del servicio sanitario | Se identifican los hogares que se hallan en viviendas que cuentan con inodoro conectado a pozo séptico, inodoro sin conexión, letrina, bajamar o que no tienen servicio sanitario (urbano). Para el área rural se identifican aquellos hogares que el servicio sanitario es inodoro sin conexión, letrina, bajamar o no tienen servicio sanitario. | P8526 |
| Identificación del servicio de recolección de basuras: | Se identifican los hogares que eliminan las basuras de la siguiente manera: tirándola a un río, quebrada, laguna; la tiran a un lote, zanja o baldío; la queman o entierran. Aplica únicamente para la zona urbana. | P5041 |
| Identificación de la cohabitación | Las viviendas particulares ocupadas son clasificadas de acuerdo con la presencia de hogares. Es decir, esta tipología mide la coexistencia dentro de una misma vivienda de hogares distintos al hogar principal, es decir, los hogares secundarios o allegados. | Cant_hog_completos/ |
| Identificación del grado de hacinamiento: | Se define como el cociente entre la variable “número de personas del hogar” y la variable “cuartos o piezas en que duermen las personas”, considerando que existe hacinamiento cuando hay más de tres personas por cuarto. | Cant_personas_hogar/P5010 |

Fuente: DANE. Metodología Déficit de Vivienda. COLECCIÓN DOCUMENTOS - ACTUALIZACIÓN. 2009. Núm. 79. ISSN 0120 - 7423