

Análisis del mejoramiento de la equidad en el acceso a servicios de salud por medio de la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS con enfoque familiar y comunitario en la población de los territorios de *Salud a su Hogar* en Bogotá entre 2004 y 2007

**Observatorio para la
Equidad en Calidad de Vida
y Salud en Bogotá**



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D. C.
SECRETARÍA DE
SALUD DE BOGOTÁ



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA
SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
Centro de Investigaciones para el Desarrollo (CID)

Grupo de trabajo

- Mario Hernández Álvarez (Coordinador: CID, UNal)
 - César López (CID, UNal)
 - Gustavo Herrera (DPS, SDS)
 - Luz Adriana Zuluaga (DPS, SDS)
 - Johanni Castro (DPS, SDS)
 - Juan Pablo Berdejo (DPS, SDS)
 - Luz Ángela Artunduaga (Subsecretaría, SDS)
 - Libia Forero (Subsecretaría, SDS)
-

Plan de presentación

- Ubicación del estudio en el Observatorio
 - Objetivo del estudio
 - Enfoque y diseño metodológico
 - Resultados
 - Conclusiones y recomendaciones
-

Ubicación del estudio en el Observatorio

- El Observatorio para la Equidad en Calidad de Vida y Salud es un proyecto colaborativo entre la SDS y el CID-Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Colombia iniciado en 2006.
 - El Observatorio está organizado en cuatro procesos centrales:
 - Monitoreo, evaluación e investigación sobre inequidades
 - Impulso de políticas pro equidad
 - Movilización social por la equidad
 - Autoevaluación
 - El estudio hace parte del proceso de evaluación de una política pública mediante la cual se decidió implantar la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario para disminuir inequidades en el acceso a los servicios de salud en Bogotá.
-

Objetivo del estudio

Identificar los cambios en el acceso a los servicios de salud para la población a través de la implantación de la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario en territorios donde opera *Salud a su Hogar* en Bogotá, entre el cuarto trimestre de 2004 y el primer semestre de 2007.

Enfoque y diseño metodológico (1)

- El enfoque del Observatorio:
 - Equidad como una valoración de las desigualdades humanas, desde el principio de justicia distributiva y en relación con el derecho humano a la salud (Braveman, 2001)
 - Dos maneras articuladas de entender lo justo (principio de justicia distributiva):
 - Ausencia de desigualdades entre grupos humanos, derivadas de ventajas o desventajas sistemáticas, producto de la posición social, en razón de poder, riqueza o prestigio (clase social, género, raza, etnia, ciclo vital).
 - Igualdad de derechos humanos interdependientes, según pactos internacionales (basado en dignidad humana)
-

Enfoque y diseño metodológico (2)

- La APS en Bogotá se propuso en 2004 como una estrategia que permitiría disminuir las barreras en el acceso a los servicios de salud por parte de la población en peores condiciones, sin importar el tipo de afiliación a la seguridad social en salud.
 - La APS, con enfoque familiar y comunitario, implicaba una transformación en el modelo de atención por parte de los prestadores, comenzando por 14 ESE adscritas de primer nivel y primero y segundo nivel fusionados.
-

Enfoque y diseño metodológico (3)

- Se pretendía comparar la situación de las familias en el acceso a servicios de salud prioritarios al comienzo de su vinculación (finales de 2004) con un momento de corte en el seguimiento habitual realizado por los equipos de salud familiar y comunitaria (primer semestre de 2007).
- Se calculó una muestra representativa de las familias involucradas en *Salud a su Hogar*, desde el cuarto trimestre de 2004 hasta el primer semestre de 2005, a través de una selección aleatoria en la base de datos de caracterización de *Salud a su Hogar*.
- La muestra se calculó teniendo en cuenta localidades, número de equipos de SFC y microterritorios, número de familias, frecuencia de servicios trazadores.
- La muestra se incrementó aumentó en un 30%, teniendo en cuenta la alta movilidad geográfica de la población de estrato 1 y 2.

Muestra definitiva: 2.410 familias (9.330 personas)

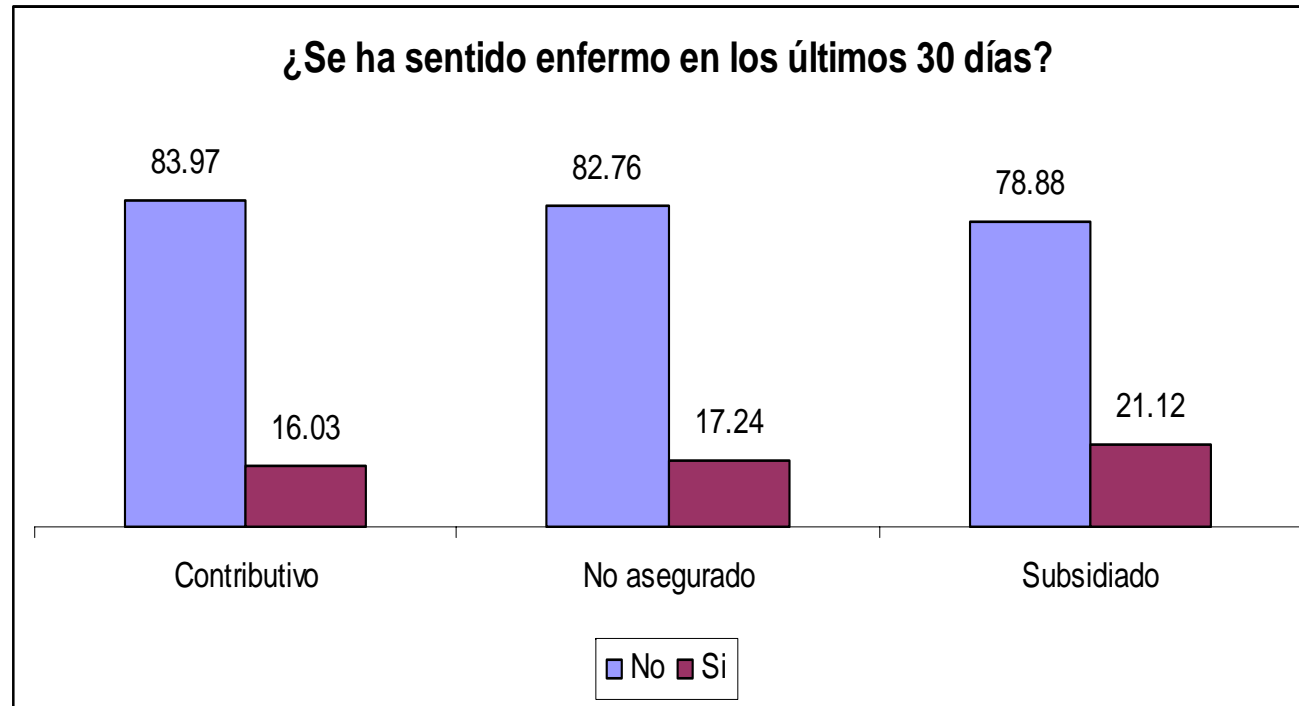
Enfoque y diseño metodológico (4)

- De las familias de la muestra se analizaron las preguntas de la ficha de caracterización que se refieren a aspectos del acceso a servicios de salud, en general y prioritarios.
 - Sobre enfermedad general:
 - Las preguntas que exploran percepción de enfermedad en el último mes, uso y razones de no uso.
 - Acceso a servicios prioritarios:
 - Vacunación (menores de 4 años)
 - Crecimiento y desarrollo en menores de 1 año
 - Control prenatal
 - Citología vaginal
 - Diagnóstico de hipertensión arterial
 - Se construyeron las frecuencias y proporciones según la afiliación al Sistema General de Seguridad Social (SGSSS)
-

Enfoque y diseño metodológico (5)

- Se tomó la base de datos sobre seguimiento de las familias de *Salud a su Hogar* para el primer semestre de 2007.
 - Debido a problemas técnicos en el uso del sistema de información en línea, no se registraron todas las visitas de seguimiento en la base de datos y no fue posible ubicar a las mismas familias de la muestra inicial en la base de seguimiento.
 - Se analizó el grupo de familias presentes tanto en la base de caracterización inicial como en la de seguimiento. En total: 32.834 fichas familiares (125.455 personas).
 - En el seguimiento habitual no se incluyeron preguntas sobre percepción de enfermedad general ni utilización de servicios, por lo cual no comparó con la situación inicial.
 - Se construyeron las proporciones de acceso a servicios prioritarios afiliación al SGSSS y se contrastó con la situación inicial
 - Aunque no se trata exactamente de la misma población, la comparación sugiere cambios en la situación entre 2004 y 2007 para la población cubierta por *Salud a su Hogar*.
-

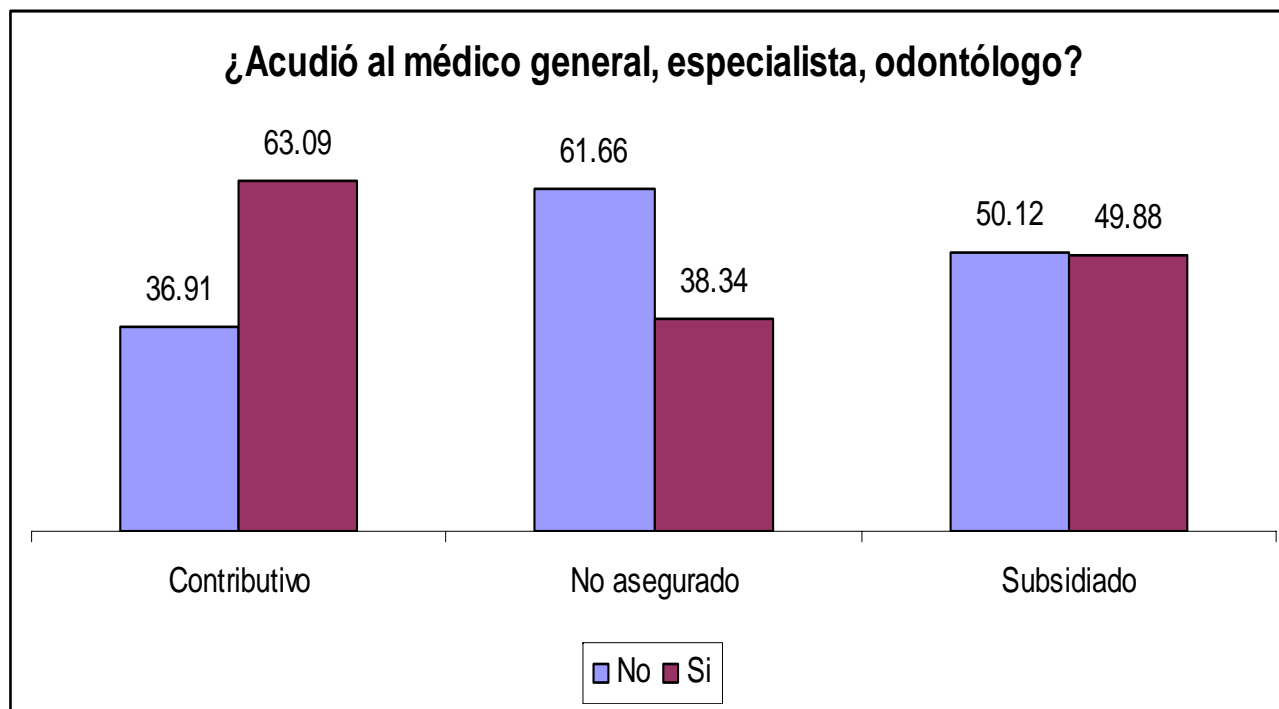
Resultados: percepción de enfermedad general según afiliación al SGSSS



Fuente: base de datos de caracterización, primera fase. N=2.410 familias (9.330 personas).

- Diferencias no significativas
- Mayor en todos los grupos que en la población general de Bogotá: 12,2% EDS 2005

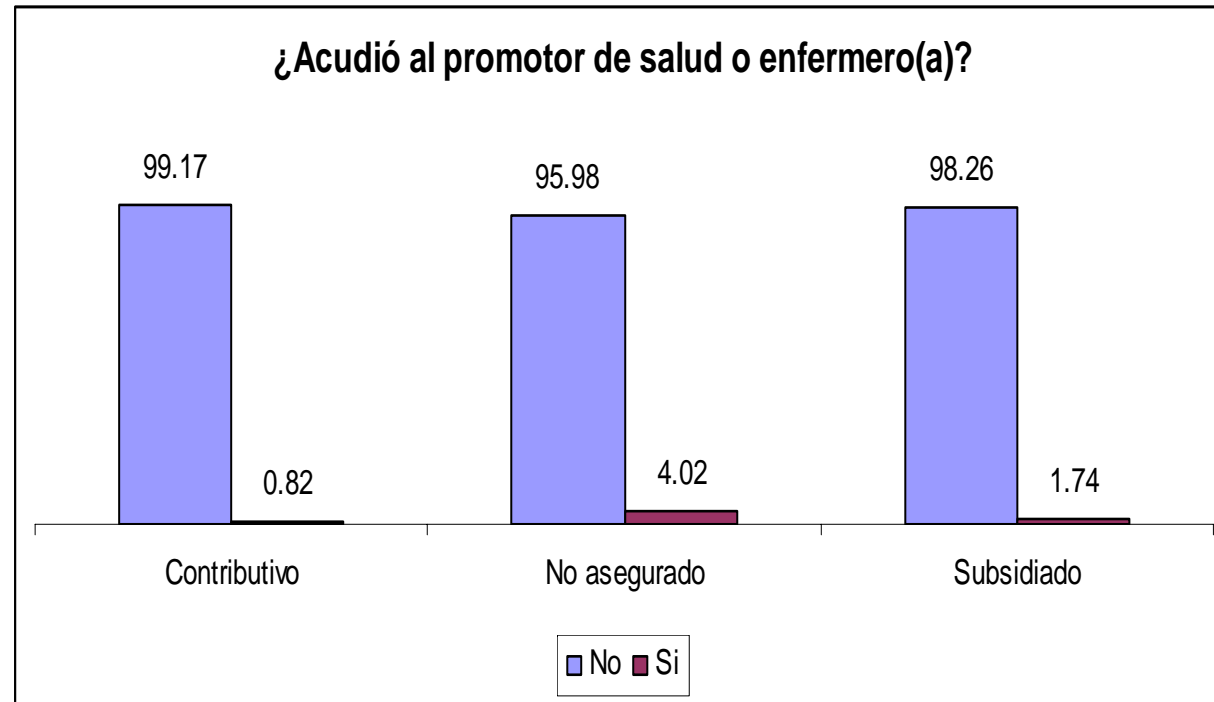
Resultados: uso de servicios ambulatorios



Fuente: base de datos de caracterización, primera fase. N=1.729 personas que se sintieron enfermas

- Diferencias significativas
- Como en otros estudios, aseguramiento protege frente a riesgo económico de la atención, aunque no es suficiente (Flórez et al, 2007; Yepes & Ramírez, 2007, Giedeon, 2008)

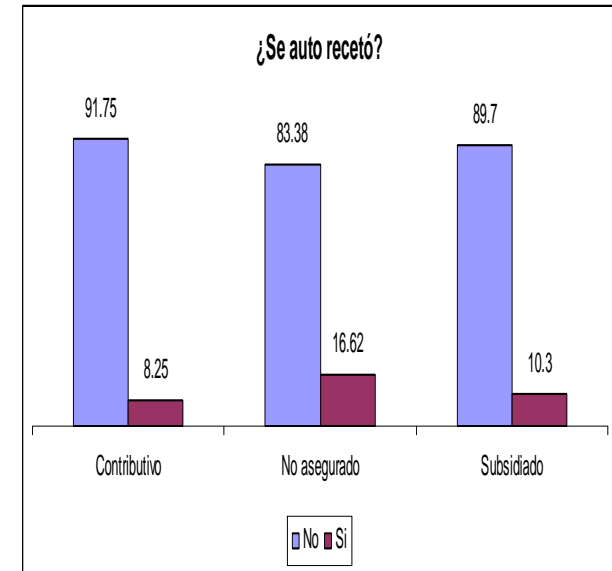
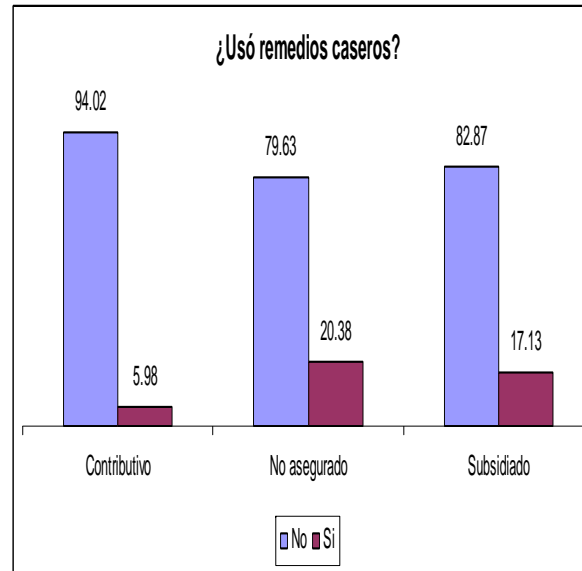
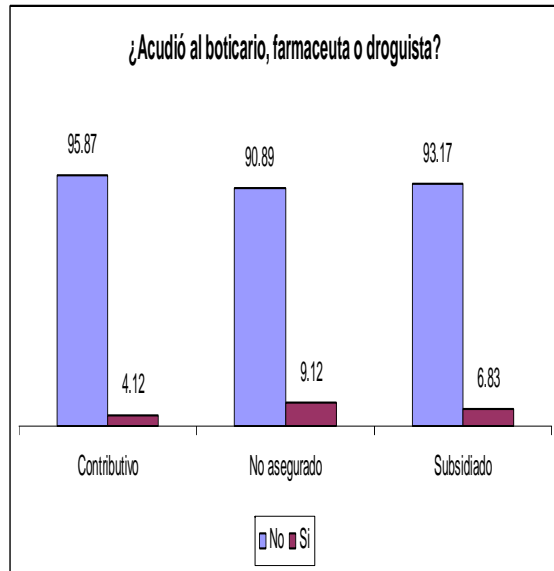
Resultados: uso de servicios



Fuente: base de datos de caracterización, primera fase. N=1.729 personas que se sintieron enfermas.

- Diferencias significativas
- Proporciones bajas. Persiste en no asegurados atendidos por ESEs

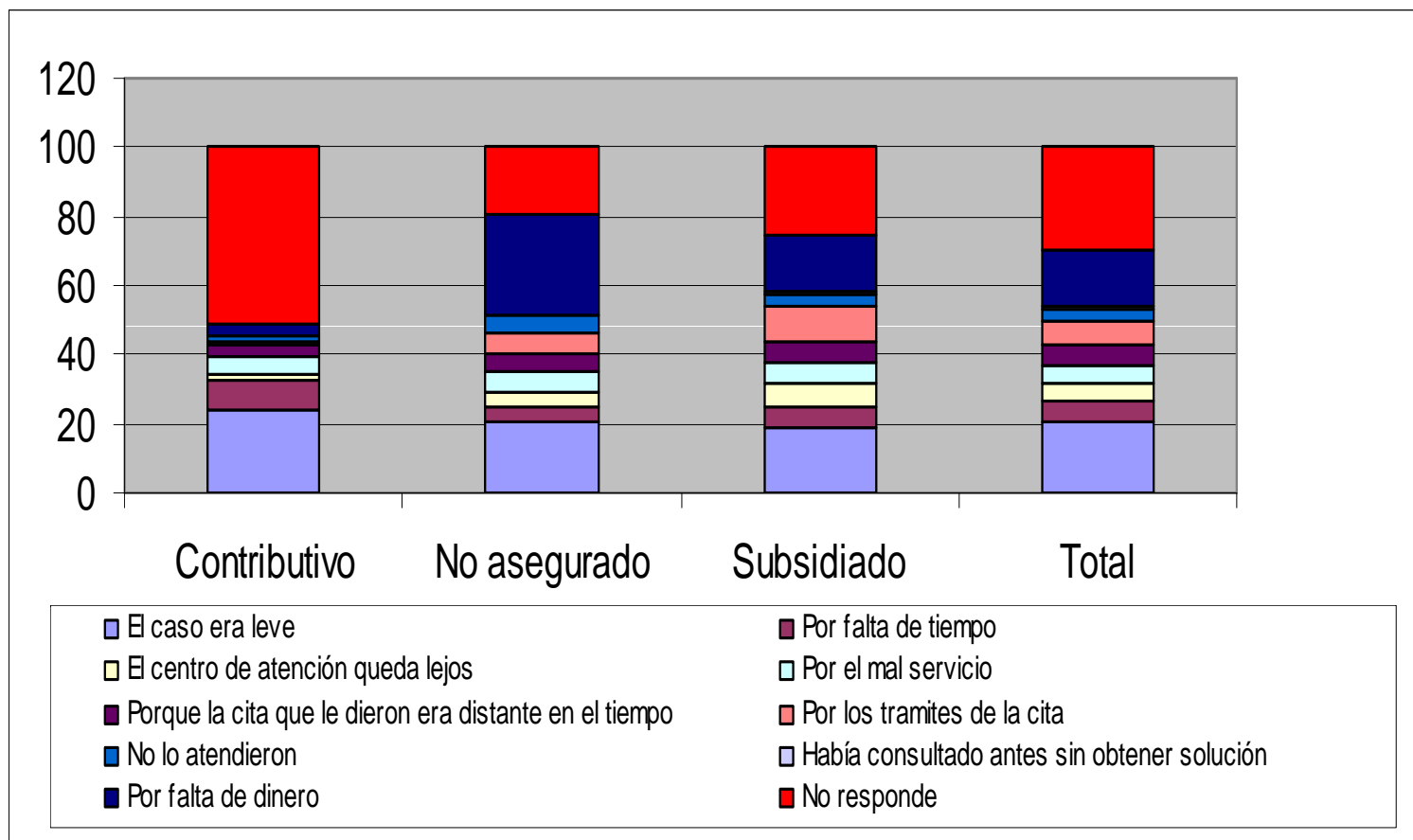
Resultados: uso de servicios



Fuente: base de datos de caracterización, primera fase. N=1.729 personas que se sintieron enfermas

- Diferencias significativas
- Consistente con la protección económica del aseguramiento

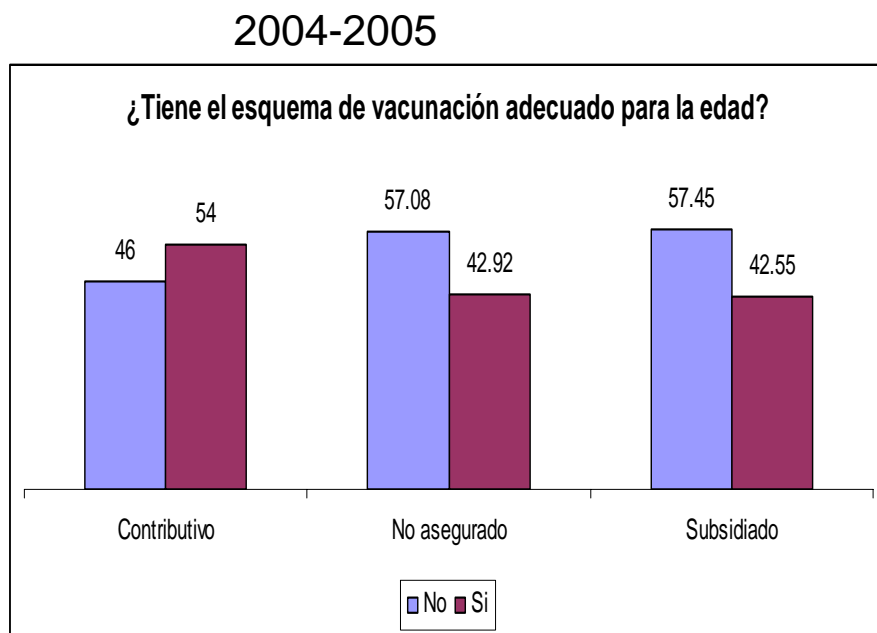
Resultados: razones de no uso de servicios



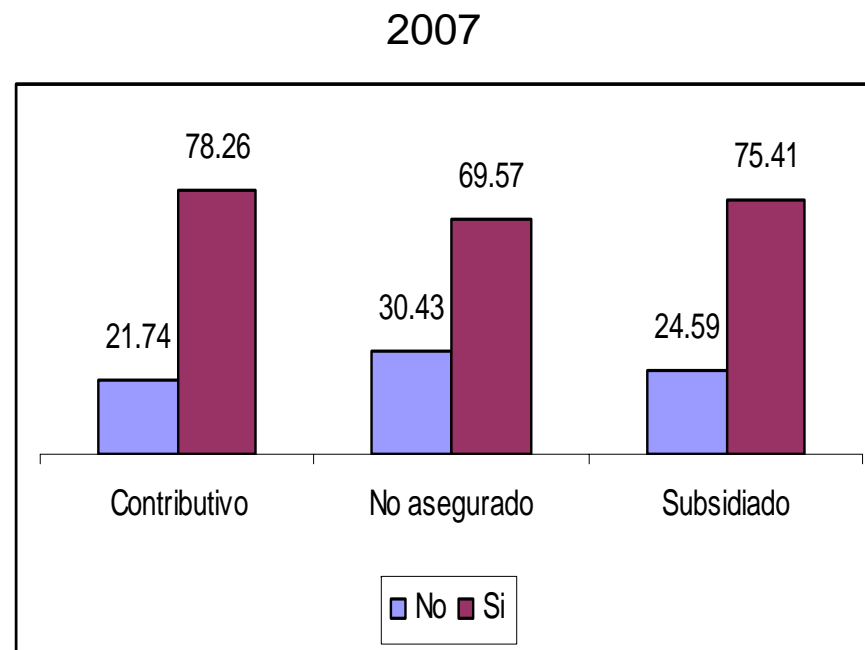
Fuente: base de datos de caracterización, primera fase. N=845 personas que se sintieron enfermas pero no hicieron uso de los servicios.

- Consistente con la protección económica del aseguramiento, pero también “falta de tiempo”; “cita distante”, “centro de atención lejos” y “trámites” mayor en RS.
- ¿Por qué tantos no responden?

Resultados: esquema de vacunación adecuado para la edad



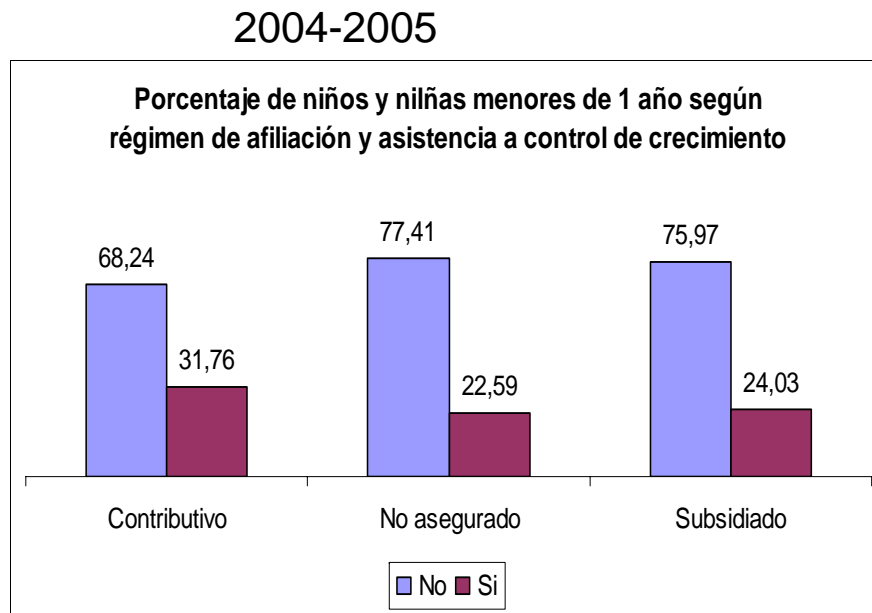
Fuente: BD caracterización. N=4.063 niños y niñas menores de 5 años



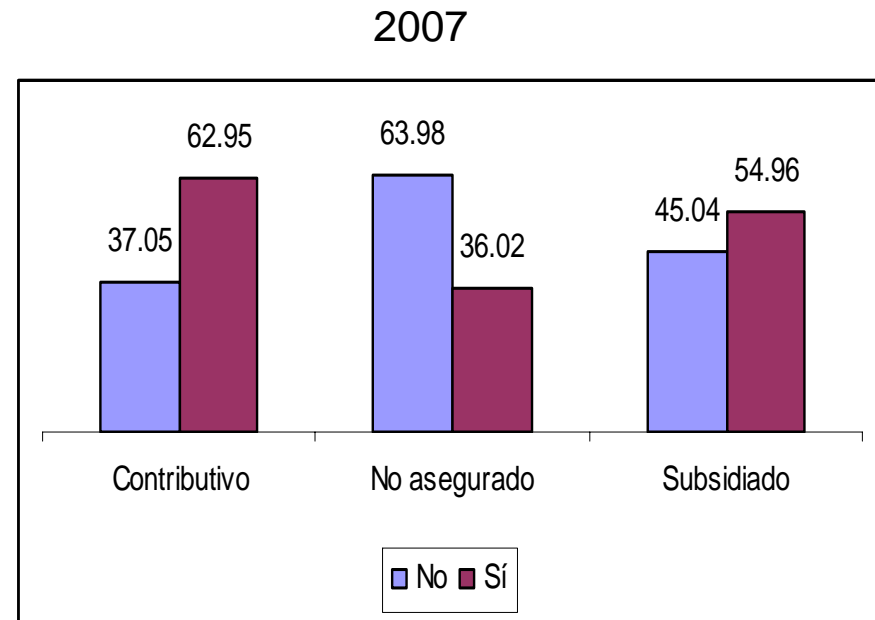
Fuente: BD seguimiento. N=11.538 niños y niñas menores de 5 años

- Cambios favorables en todos los grupos
- ¿Coberturas insuficientes?
- Desigualdades persistentes entre asegurados y no asegurados

Resultados: crecimiento y desarrollo en menores de 1 año



Fuente: BD caracterización, primera fase. N=1.478 niños y niñas menores de 1 año.

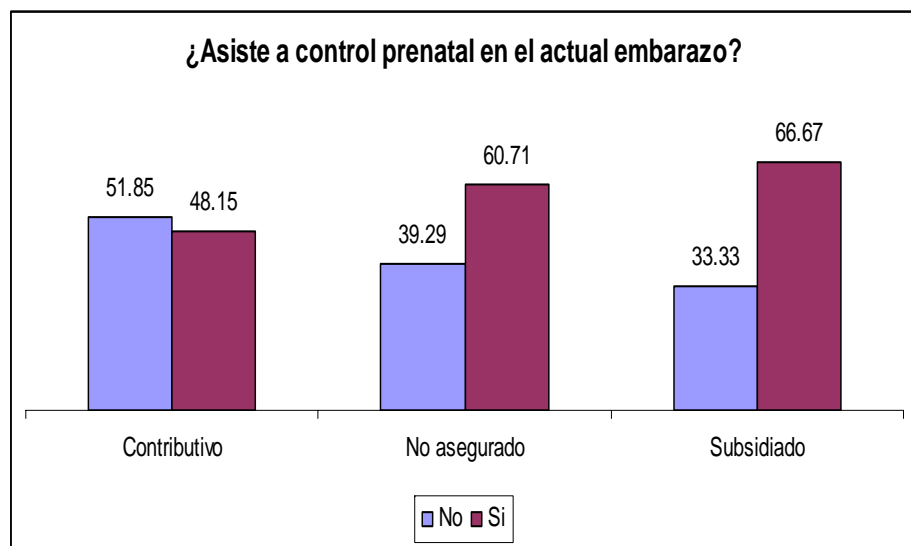


Fuente: BD seguimiento. N=2.907 niños y niñas menores de 1 año

- Cambios favorables en todos los grupos
- Coberturas insuficientes: ¿mal seguimiento? ¿escaso vínculo?
- Desigualdades mayores entre asegurados y no asegurados

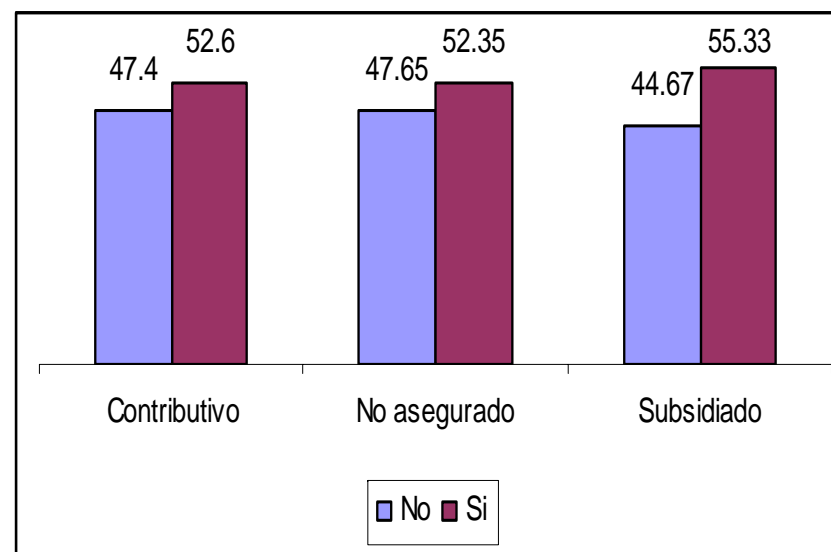
Resultados: control prenatal

2004-2005



Fuente: BD caracterización. N=106 mujeres gestantes

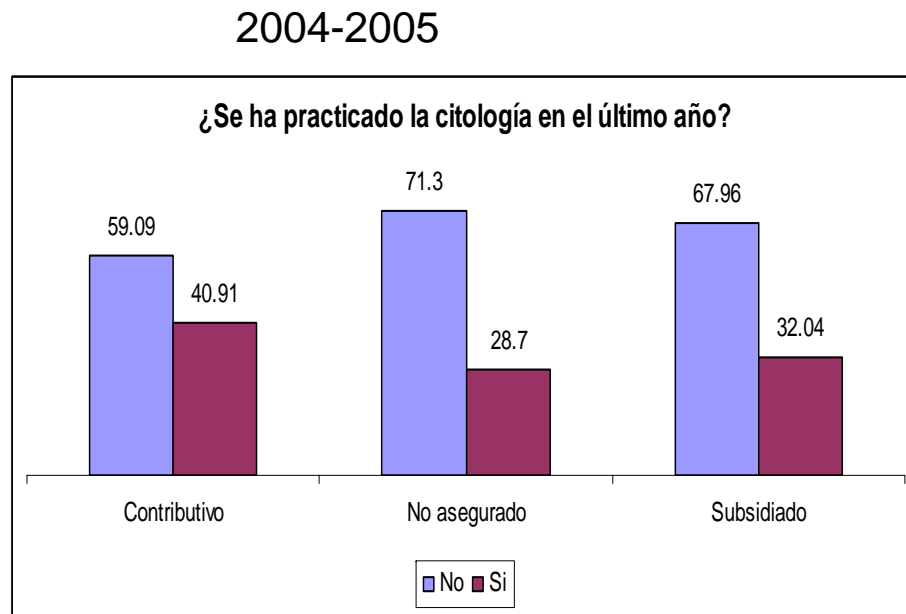
2007



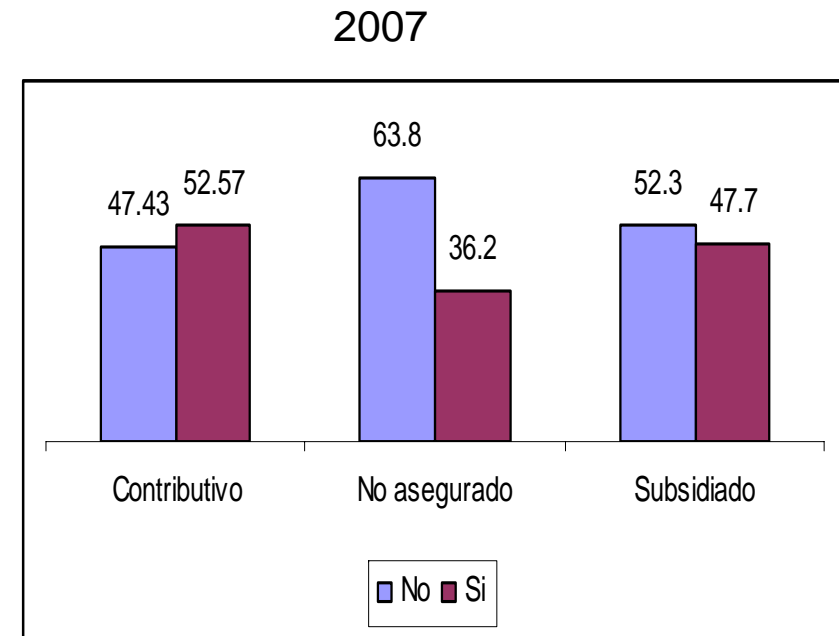
Fuente: BD seguimiento. N=1.533 mujeres gestantes

- Cambios favorables en RC y desfavorables en NA y RS
- Coberturas insuficientes: ¿mal seguimiento? ¿escaso vínculo con Eq-SFC?
- Menor desigualdad entre asegurados y no asegurados

Resultados: citología vaginal



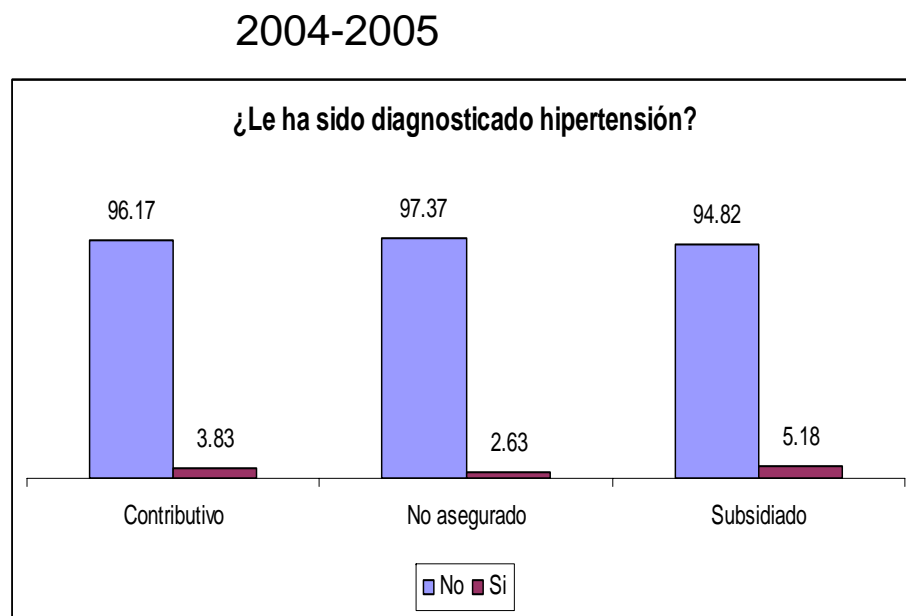
Fuente: BD caracterización. N=3.563 mujeres entre 25 y 69 años



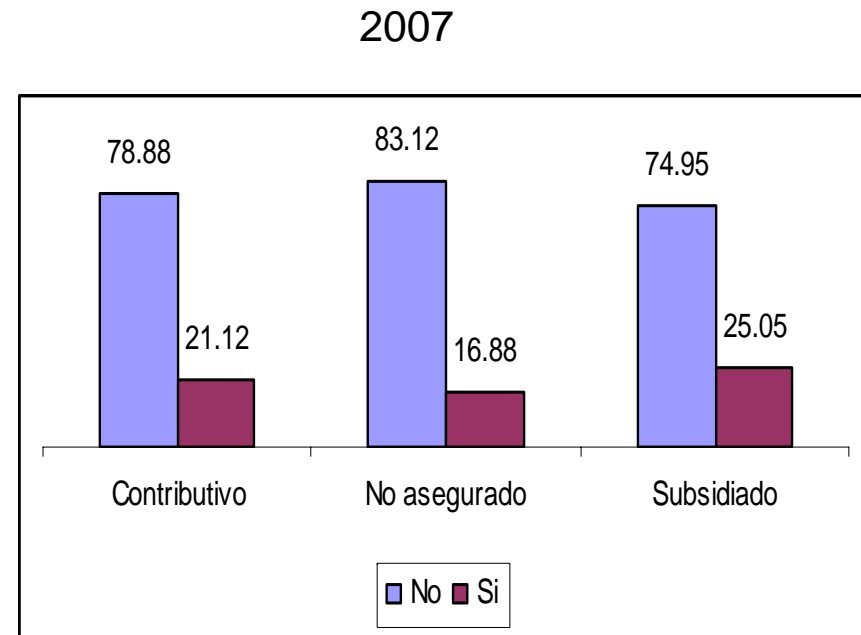
Fuente: BD seguimiento. N=28.470 mujeres de 25-69 años

- Cambios favorables en todos los grupos
- Coberturas insuficientes: ¿mal seguimiento? ¿escaso vínculo con Eq-SFC?
- Persiste desigualdad entre asegurados y no asegurados

Resultados: asistencia a programa de hipertensión arterial



Fuente: BD caracterización. N=2.410 familias (9.330 personas)



Fuente: BD seguimiento. N=20.844 mayores de 45 años

- No es comparable la situación inicial con la final.
- Muestra coberturas insuficientes en el control de una enf. crónica prioritaria: ¿mal seguimiento? ¿escaso vínculo con Eq-SFC?
- Persisten desigualdades entre asegurados y no asegurados

Conclusiones (1)

- Respecto de la enfermedad general y el uso de servicios, la situación inicial de las familias caracterizadas en la primera fase de *Salud a su Hogar* muestra una **situación similar** a la encontrada en otros estudios para las poblaciones de ingresos bajos, en especial:
 - una mayor percepción de enfermedad que la población general;
 - mejor acceso a servicios médicos y odontológicos por parte de los asegurados que en los no asegurados, y más en el RC que en el RS;
 - mayor uso de automedicación, farmacias y remedios caseros por parte de los no asegurados que los asegurados.
-

Conclusiones (2)

- ❑ No fue posible verificar cambios en la percepción de enfermedad general y en acceso a servicios médicos y odontológicos en esta población, debido a las **limitaciones en la información** registrada en el seguimiento
 - ❑ La situación de acceso a los servicios prioritarios seleccionados mostró **cambios favorables** en las proporciones de los tres grupos de afiliación en los servicios de vacunación, crecimiento y desarrollo y citología vaginal.
 - ❑ Todas las proporciones siguen siendo **bajas** para lo esperado en un modelo de prestación de servicios de tipo familiar y comunitario y **persisten las desigualdades entre grupos de afiliación**
 - ❑ Los cambios en proporciones de asistencia a control prenatal son **negativos** en las gestantes no afiliadas o del RS.
-

Conclusiones (3)

- ❑ No fue posible verificar cambios en el caso de la vinculación de pacientes diagnosticados al programa de hipertensión arterial. No obstante, las coberturas del programa de hipertensión actual es **muy baja** en todos los grupos y **persisten las desigualdades entre grupos de afiliación**.
 - ❑ En todos los servicios prioritarios la situación sigue siendo peor para la **población no afiliada**. Esto no debería ocurrir, si se tiene en cuenta que la atención de esta población en Bogotá está garantizada por el pago directo de estos servicios a los hospitales por parte del Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS). Si se toma esta situación como un indicador de equidad en el acceso, podría afirmarse que la manera como funciona *Salud a su Hogar* **no ha podido superar las inequidades en el acceso a los servicios prioritarios** de la población no asegurada respecto de la asegurada.
-

Conclusiones: ¿Por qué? Algunas hipótesis

- ❑ Existen inconsistencias e imprecisiones derivadas de la separación entre el momento de atención y el de registro del seguimiento en el sistema de información. En estas condiciones, la calidad de los resultados queda en entredicho. Lo anterior resulta de una **separación (desconexión estructural) entre el sistema de información y los procesos de atención** de los individuos y las familias.
 - ❑ La realización de los principios de accesibilidad, integralidad, continuidad, vínculo y responsabilidad social de la estrategia de APS para la equidad en salud, requiere un conjunto de **procesos bien definidos y articulados** por parte de los prestadores de servicios y en una organización de redes de servicios. Las deficiencias actuales se podrían explicar por la falta de claridad e implementación institucional de tales procesos.
-

Conclusiones: ¿Por qué? Algunas hipótesis

- **La relación contractual** entre los pagadores en el SGSSS y la red de prestadores públicos en Bogotá estimula ciertos procesos y servicios y desestimula otros. En la lógica del Sistema, por ejemplo, si el control prenatal no resulta “rentable” para el prestador, es posible que tienda a dejarse de lado, aunque no sea explícito.

 - La relación entre el FFDS-SDS y las empresas sociales del Estado de la red adscrita para la atención integral de la **población no asegurada** en Bogotá, merece especial atención:
 - ¿imprecisiones en el contenido de los contratos?
 - ¿escaso seguimiento?
 - ¿poca utilización de instrumentos de rectoría?
-

Recomendaciones (1)

- Aproximar y articular de la mejor manera posible el sistema de información con los procesos de atención familiar y comunitaria (curativa y preventiva). Esto implica organizar la información de manera que permita **seguir a los individuos y las familias en el sistema de salud**, más allá de las facturas y los pagos de la prestación de servicios aislados.
 - Revisar con todo detalle **los procesos** de diagnóstico, atención, seguimiento y vinculación de las familias e individuos a programas integrales preventivos y curativos, por parte de los equipos de salud familiar y comunitaria. De este aspecto depende, en su mayor parte, el éxito o el fracaso de cualquier modelo de atención para alcanzar equidad en salud.
-

Recomendaciones (2)

- ❑ Revisar la relación SDS-ESE para la atención integral de la población no asegurada (contratación, seguimiento, evaluación por resultados).
 - ❑ Desde el ejercicio de la rectoría territorial del sistema de salud, involucrar a **todos los actores del sistema** en el desarrollo de la estrategia de APS. En especial, orientar los contratos entre los prestadores y los aseguradores del actual sistema hacia el mejor desempeño de los procesos de atención integral, en la perspectiva de responder con total compromiso a las necesidades en salud de la población.
-

Reflexión final

La estrategia de APS tiende a revitalizarse en todo el mundo. Pero no pasará nada si no logra transformar el sistema de salud en su conjunto. El propósito es lograr el compromiso de todos los actores con la salud de la población y la superación de las inequidades.

Gracias
