

CARACTERIZACIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD PREVENTIVOS EN LA POBLACIÓN AFILIADA A UNA EPS DEL REGIMEN CONTRIBUTIVO DEL MUNICIPIO DE JAMUNDÍ ENTRE LOS AÑOS 2012 Y 2014.

Pedro Vizcaíno Lascano¹, Yulder Ochoa Ríos² Juan Carlos Aristizábal Grisales³

RESUMEN:

Objetivo: Caracterizar inequidades en el acceso a los servicios de salud preventivos, en la población afiliada al régimen contributivo de una EPS en el Municipio de Jamundí entre los años 2012 y 2014. **Método:** Estudio de tipo cuantitativo transversal, la encuesta utilizada es una adaptación de la Encuesta validada de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos, realizada por Arrivillaga et al, la cual fue aplicada en el municipio de Jamundí, Valle del Cauca, Colombia, a la población atendida por una EPS. Se realizó un muestreo probabilístico, sistemático. La muestra final fue de 56 personas. **Resultados:** Se encontró que los rangos de edad en las cuales hay mayor acceso son: en el primer año de vida, seguido de los 30 a 44 años y 6 a 10 años, en el menor nivel de acceso a los servicios de salud preventivos se encontró a las personas en el rango de edad de los 11 a 19 años con un 7%. En cuanto al acceso, se encontró que el jefe del hogar con nivel educativo bachillerato accede en un 35.1% contrastado con un 79.4% de aquellos hogares donde el jefe del hogar tiene un nivel de formación profesional; los hogares con ingresos mayores a 2 SMLV presentan porcentajes de acceso del 87,9%, mientras que los hogares en los que el nivel de ingreso es de 2 o menos SMLV el acceso es 20,2%; así mismo, los

^{1 2} Estudiantes Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana Cali.

³ Docente Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana Cali.

hogares que manifestaron tener vivienda propia presentaron un acceso a los servicios de salud de 93% mientras que los hogares con vivienda en alquiler el acceso a los servicios de salud fue del 15,3%. Con relación al acceso a los servicios de salud preventivos, se encontró que, del total de las personas incluidas en esta investigación, 47% de ellos accedieron a estos servicios.

Conclusiones: Se encuentran algunas características de la población en las cuales se refleja inequidad en el acceso a estos servicios, entre ellas se puede mencionar que aquellos hogares con ingresos bajos, que viven en alquiler y con baja formación académica por parte del jefe del hogar, presentan características propias que indican inequidad en el acceso a los servicios de salud.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades en el campo de la salud no pueden desligarse de otras barreras de tipo social en la vida de los individuos, debido a que generan muchas dinámicas; las cuales condicionan y coexisten con su realidad, reduciendo o amplificando sus capacidades de las personas para lograr una vida digna. Aunque las condiciones varían entre personas, se generan dinámicas semejantes entre grupos poblacionales que son esenciales para entender las lógicas bajo las cuales operan sus realidades.

Es importante para la gestión en la salud pública, generar referentes comparativos que, de manera transversal, permitan mejorar los procesos y procedimientos alrededor de la prestación de los servicios de salud; buscando generar estrategias que focalicen y minimicen los efectos que imposibilitan a los ciudadanos gozar efectivamente de sus derechos en salud y de esta manera reducir los costos sociales de las enfermedades, especialmente aquellas que son prevenibles.

Se deben considerar elementos adicionales, como la distancia, capacidad adquisitiva, conocimiento de la importancia de los servicios de salud, los cuales deben ser tenidos en cuenta a la hora de definir políticas de salud pública, ya que dichas dinámicas constituyen una barrera de acceso a la atención, generando inequidad en la distribución de los recursos sanitarios y los factores que promueven la mayor concentración de prestadores de salud en algunas regiones y no necesariamente en poblaciones más desprotegidas, además de las barreras que condicionan a los individuos afiliados a una aseguradora para el acceso a los servicios de salud.

A pesar de los enormes esfuerzos realizados por el sistema de salud y de las inversiones destinadas a mejorar la cobertura y calidad en el acceso a los servicios de salud, persisten dinámicas que van en detrimento de la vida de los usuarios del total de los 1.124 municipios del país. Según la radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia hecha por Guzmán y cols hay 234 tipos de servicios susceptibles de ser ofrecidos en el territorio nacional (1), se determinó que mientras el 76% de las entidades territoriales ofrecen entre 11 y 40 servicios, el 0,4% de las mismas, correspondiente a las cinco ciudades principales, ofrece más de 200 servicios (2).

Las inequidades se manifiestan especialmente en el nivel de complejidad de los servicios habilitados y la cantidad de prestadores en los territorios que, para el caso de los municipios más pequeños, la tendencia es a ofrecer cada vez menos servicios, en cuanto se avanza de una consulta externa a un examen diagnóstico; esto quiere decir que estar asegurado no garantiza en sí mismo acceder a los servicios de salud, además que se encuentran barreras y limitaciones en las decisiones tomadas por los diferentes actores del sistema, teniendo en cuenta que algunos de ellos hacen esfuerzos para mejorar el acceso, aunque es insuficiente para el panorama actual (3).

A su vez, persisten grandes inequidades en los servicios de salud, como son su distribución y su utilización, los cuales dependen de condicionantes de la sociedad, como por ejemplo la capacidad adquisitiva, la localización y el conocimiento sobre estos servicios. Este es el caso del municipio de Jamundí, ubicado al sur del departamento del Valle del Cauca, con una población estimada por el DANE (3) para el año 2012 de 112.346 habitantes, distribuidos por aseguramiento de la siguiente manera: afiliada al régimen contributivo 42,52%, subsidiado 41,42%, población pobre no asegurada 8,16% y particulares 7,1%, población de régimen especial y particulares (4), como la presencia de diversos grupos étnicos, población flotante y una red de salud en proceso de articulación.

La EPS del régimen contributivo objeto de esta investigación, cuenta en el municipio de Jamundí para los años de estudio, con una población afiliada de ochocientos cuarenta personas en el régimen contributivo, con considerables indicadores de morbi-mortalidad. Por esto, debe considerarse importante investigar desde la base de una población afiliada a la EPS, los determinantes sociales que generan brechas en el bienestar de los individuos, llevando a analizar en detalle la justicia sanitaria como la distribución y el acceso a los servicios de salud en la población afiliada y la no afiliada a la EPS perfil epidemiológico de justicia social.

Para el caso específico de la investigación, se deben tener en cuenta variables poco estudiadas por los analistas en salud pública: las dinámicas específicas de los afiliados al régimen contributivo, teniendo en cuenta el acceso a los servicios de Salud.

Existen inequidades de acceso a los servicios de Salud preventivos para los afiliados a la EPS en el Municipio de Jamundí, es una hipótesis que toma por base las dinámicas sociales e institucionales que configuran el sistema de aseguramiento del municipio, identificando dentro del universo estudiado, la interrelación existente entre variables propias de los grupos poblacionales: nivel socioeconómico, grupo etario, entre otras variables, que permiten conocer

desde una perspectiva analítica, las realidades detrás del sistema de aseguramiento del municipio, insumo fundamental para la toma de decisiones en salud pública.

Por esta razón este estudio planteó como objetivo identificar inequidades en el acceso a los servicios de salud preventivos, en la población afiliada al régimen contributivo de la EPS en el Municipio de Jamundí entre los años 2012 y 2014, caracterizando socio demográficamente la población objeto de estudio al igual que las inequidades en el acceso a los servicios de salud, entendiéndose las inequidades como un tipo específico de desigualdad que muestra una diferencia injusta en la salud y que denotan una disparidad sistemática que podrían evitarse con medios justos (6).

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, el cual fue evaluado y aprobado por el comité de ética de la Facultad de ciencias de la salud de la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Población y diseño muestral

La población objeto de estudio corresponde a todos los afiliados a una de las EPS del régimen contributivo en el Municipio de Jamundí durante los años 2012 y 2014. Para el cálculo del tamaño de la muestra, se asumió un nivel de precisión absoluta (d) igual al 13.0%, una proporción del parámetro de interés a estimar de 50%, un nivel de confiabilidad del 95% y un efecto de diseño (deff) igual a uno, la técnica utilizada para seleccionar los individuos participantes en este estudio, fue muestreo sistemático, a través del cual se seleccionó una persona adulta quien suministró la información de toda su familia.

A través de la metodología mencionada, el tamaño de muestra final obtenido fue 56 personas.

Técnica de recolección de información

La encuesta utilizada en esta investigación es una adaptación de la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud para Hogares Colombianos, publicada por Arrivillaga, Aristizábal, Pérez, y Estrada (5), este es un instrumento contó con su respectiva validación y fue publicado en el año 2016. De la encuesta mencionada, se utilizaron los módulos que se describen a continuación.

Estructura del instrumento utilizado para la recolección de la información:

Módulo de Identificación del Hogar: en este módulo se solicitan los datos básicos de la persona que responderá la encuesta y los datos de la vivienda. Esta primera parte consta de 9 ítems.

Módulo 1: En este módulo se tiene la información relacionada con el perfil sociodemográfico del jefe del hogar o adulto informante. Este módulo consta de 10 Ítems.

Módulo 2: La información de este módulo hace referencia al perfil socioeconómico del hogar, se tienen en total 4 ítems.

Módulo 3: Este módulo corresponde a la información relacionada con el acceso a servicios preventivos clasificada por grupos de edad, consta de 14 ítems.

Módulo 5: La información de este módulo corresponde a todo lo relacionado con el gasto de bolsillo en acceso, este módulo consta de 10 ítems.

Procedimiento de recolección de la información

Una vez seleccionados los participantes en el estudio, los encuestadores, previamente capacitados en la aplicación del instrumento, realizaron la aplicación del mismo previa firma del respectivo consentimiento informado. La información fue recolectada entre junio y octubre de 2017.

A todos los participantes de la investigación se les explicó de manera clara y sencilla, los objetivos e importancia de la investigación. Para los participantes que pertenecen al área rural, el instrumento fue aplicado vía telefónica, para el caso de los participantes del área urbana la aplicación del instrumento se realizó de forma personal, en ambos casos la aplicación del instrumento fue realizada posterior a la explicación y firma del consentimiento informado.

Por otro lado, es importante tener en cuenta los ingresos económicos de los hogares que definen si son nivel I, II o III en el sistema de salud, los cuales se describen a continuación (6):

Categoría A (Nivel I): Identifica a los trabajadores y su grupo familiar cuyo salario básico no supero los dos (2) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Categoría B (Nivel II): En esta categoría están los trabajadores y su grupo familiar cuyo salario básico esté entre (2) y cuatro (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Categoría C (Nivel 3): Identifica a los trabajadores y su grupo familiar cuyo salario básico supere los (4) salarios mínimos legales mensuales vigentes.

Análisis de la información

Una vez realizada la limpieza y depuración de la base de datos, se llevó a cabo el análisis univariado de todas y cada una de las variables consideradas en el estudio, estableciendo la ocurrencia de los eventos y la magnitud de los mismos a través de la distribución de frecuencias

absolutas y relativas, se utilizaron gráficos de barras o sectores para presentar las distribuciones de frecuencias. Seguidamente se calcularon las medidas de tendencia central, variabilidad y posición en lo que se refiere a las variables continuas; una interpretación conjunta de estos resultados y los que corresponden a las tablas de frecuencias constituyeron el análisis descriptivo para las variables relacionadas con el acceso a los servicios de salud preventivos y la descripción sociodemográfica de la población objeto de estudio.

Adicionalmente se llevó a cabo análisis bivariado entre los diferentes factores considerados en el estudio y el acceso a servicios de salud preventivos, esta última considerada en este estudio como variable de respuesta. Lo anterior con el objetivo de caracterizar las condiciones de acceso o no a los servicios de salud preventivos y definir su relación con las demás variables consideradas en el estudio y que se describen a continuación en los resultados.

RESULTADOS

Perfil de jefes de hogar y perfil socioeconómico de hogares

De los 56 adultos encuestados, se encontró que 48,2% fueron mujeres, 78,5% de ellos se encontraban entre los 19 y 60 años. Con respecto a la Etnia, los resultados señalan que 7,1% de los encuestados se clasificaron como afrodescendientes, en lo concerniente al nivel educativo 67.9% del total de los encuestados son profesionales, y si a esto se le agregan los profesionales con especialización se llega a un 73.2%. En cuanto al tipo de afiliación 63% de los encuestados eran cotizantes.

Con relación al estado civil de los encuestados, se puede observar que 58,9% de ellos están casados, en cuanto a su situación laboral se tiene que 62,5% se encuentran empleados o

trabajan de manera independiente. El nivel de afiliación de los usuarios se concentra en el nivel III, 70% de los encuestados pertenece a este nivel y 3,3% pertenece al nivel I de afiliación.

Con relación al acceso a los servicios de salud preventivos, se encontró que, del total de las personas incluidas en esta investigación, 47% de ellos accedieron a estos servicios.

Tabla 1: Resultados descriptivos: jefes de hogar y adultos y perfil socioeconómico de hogares

Variable	Categoría	%	Variable	Categoría	%
Sexo	Masculino	51,8%	Situación laboral	Empleado	41,1%
	Femenino	48,2%		Independiente	21,4%
Edad	'19 - 44	42,8%		Pensionado	14,3%
	'45 - 60	35,7%		Estudiante	14,3%
	>60	17,9%		Sin empleo	7,1%
	N.S/N.R	3,6%	N.S/N.R	1,8%	
Etnia	Afrocolombiano	7,1%	Nivel de afiliación	I	3,3%
	Otra Etnia	92,9%		II	26,7%
				III	70,0%
Nivel educativo	Bachillerato	7,1%	Tipo de afiliación	Afiliado	67,9%
	Licenciada	1,8%		Beneficiario	30,4%
	Profesional	67,9%		N.S/N.R	1,8%
	Prof. Espec.	5,3%	Estrato socioeconómico	1	0,0%
	Técnico	1,8%		2	3,6%
	N.S/N.R	16,1%		3	26,8%
		4		42,9%	
		5		19,6%	
		6		7,1%	
Tiempo de estudio (Educación)	<5 años	21,4%	Ingresos mensuales	<1 SMLV	1,8%
	'5 - 10 años	10,7%		1-2 SMLV	16,1%
	>10 años	51,8%		>2 SMLV	82,1%
	N.S/N.R	16,1%			
Estado civil	Casado	58,9%	Tipo de vivienda	Propia	62,5%
	Soltero	23,2%		Familiar	28,6%
	Separado	10,7%		Alquiler	7,1%
	Unión libre	3,6%		N.S/N.R	1,8%
	N.S/N.R	3,6%			

Con relación a los hogares, El 42.9% de las personas encuestadas se encuentran en estrato socioeconómico 4, 26.7% en estrato 5 y 6, 26.8% en estrato 3, y el menor porcentaje está

representado con el 3.6% en los estratos 1 y 2. Respecto a los ingresos económicos, 82.1% de los encuestados manifestaron recibir más de dos salarios mínimos legales vigentes, finalmente con relación a la vivienda, 62.5% viven en vivienda propia y 28.6% en vivienda familiar.

Caracterización del acceso a servicios preventivos por grupos de edad

Con base en la información que se muestra en las tablas 2 y 3, se analizan aspectos relacionados con el acceso a los servicios preventivos por grupos de edad, además de analizar las variables relacionadas con: utilización de transporte, medio de transporte utilizado, tiempo de desplazamiento, tiempo transcurrido desde la última consulta y gastos de bolsillo asociado, que se define como, aquellos gastos asumidos por el usuario y que están relacionados con la consulta médica preventiva, pueden ser por ejemplo: transporte para asistir a la consulta, copagos, medicamentos no cubiertos por el sistema de salud, etc.

Con relación a la utilización de algún medio de transporte para acudir a las citas médicas, 78% de las personas manifestaron que no utilizaron ningún medio de transporte, esto en parte se puede explicar por lo pequeño del municipio de Jamundí, con respecto a los que utilizan algún tipo de transporte, 63% de ellos utilizan su propio vehículo y 20% utilizaron taxi.

59% de los usuarios manifestaron que el tiempo de desplazamiento desde su casa hasta la IPS, se encuentra entre 1-2 horas, y el 35% manifestaron que este tiempo es de menos de una hora.

Con respecto al gasto de bolsillo, se observa que la mitad de los encuestados manifestaron gastar menos de \$30.000 y 13% manifestó que gastaron más de \$30.000.

Tabla 2: Resultados descriptivos: Variables relacionados con la consulta

Variable	Categoría	%	Variable	Categoría	%
Utilización de transporte	Si	20,0%	Ultima consulta realizada	<6 Meses	63,0%
	No	78,0%		'1-2 Años	24,0%
	N.S/N.R	2,0%		> 2 Años	9,0%
		N.S/N.R		4,0%	
Medio de transporte	Auto Propio	63,0%	Gastos asociados	<30000	50,0%
	Taxi	20,0%		30000 - 60000	2,0%
	Bus	9,0%		>60000	11,0%
	Bicicleta	4,0%		N.S/N.R	37,0%
	Moto	2,0%			
	N.S/N.R	2,0%			
Tiempo de desplazamiento	<1 Hora	35,0%			
	1 - 2 Horas	59,0%			
	>2 Horas	4,0%			
	N.S/N.R	2,0%			

Teniendo en cuenta la información de la tabla 3, el acceso a los servicios de salud preventivos en cuanto a la cantidad de servicios utilizados se presenta de la siguiente manera: en el primer año de vida se presentan la mayor cantidad de servicios utilizados, seguido de los servicios de 30 a 44 años, luego en el rango 6 a 10 años y por último el rango de edad de los 11 a 19 años.

En el grupo de edad de menores de un año, 83% de los usuarios manifestó acceder a los servicios preventivos, entre estos servicios se encuentran: Vacunación, Actividades de educación en puericultura, Suplemento con hierro, entre otros, y los de menor acceso fueron Consejería en lactancia materna y Visita domiciliaria al recién nacido y a su madre.

En el grupo de edad de los 11 a los 19 años, 38% de ellos manifestó acceder a los servicios preventivos tales como el control por enfermería y el 50% a consulta preventiva.

Con relación al grupo de edad de 30 a 44 años, al menos el 40% de los usuarios manifestó acceder a los servicios preventivos tales como: Autoexamen de mama, Toma de tensión arterial, Toma de colesterol total, Control de presión y Consulta médica preventiva.

Tabla 3: Resultados descriptivos: Acceso a servicios preventivos por grupos de edad

Menor de 1 año	%	De 1 a 5 años	%
Vacunación	83%	Controles de niño sano	67%
Actividades de educación en puericultura	83%	Vacunación	33%
Suplemento con hierro	83%	Valoración auditiva	33%
Controles de niño sano	83%	Valoración visual	33%
Valoración integral del RN	83%	Suministro de antiparasitarios	17%
Control post-parto	83%	Suplemento con hierro	17%
Consejería en lactancia materna	67%	Actividades de salud oral	17%
Visita domiciliaria al RN y a su madre	17%	Actividades de educación en el cuidado	17%
De 6 a 10 años	%	De 11 a 19 años	%
Actividades de salud oral (fluorización y sel	60%	Consulta médica preventiva	50%
Valoración visual	50%	Control por enfermería	38%
Controles de niño sano	40%	De 30 a 44 años	%
Vacunación	30%	Consulta médica	71%
Suministro de antiparasitarios	30%	Autoexamen de mama	58%
De 20 a 29 años	%	Citología cervico vaginal	58%
Consulta médica preventiva	37%	Toma de colesterol total	42%
Toma de tensión arterial	9%	Toma de tensión arterial	42%
Citología cervico vaginal	9%	Toma de glicemia	24%
		Antígeno prostático	3%
		Tacto rectal	3%
De 45 años o más	%	De 45 años o más	%
Creatinina	52%	Colonoscopia	14%
Colesterol total y HDL	52%	Citología cervico vaginal	10%
Triglicéridos	48%	Mamografía	10%
Uroanálisis	45%	Tacto rectal	3%
Antígeno prostático	34%	Sangre oculta en heces	3%
Desitometría ósea	17%	Consulta médica del quinquenio	3%

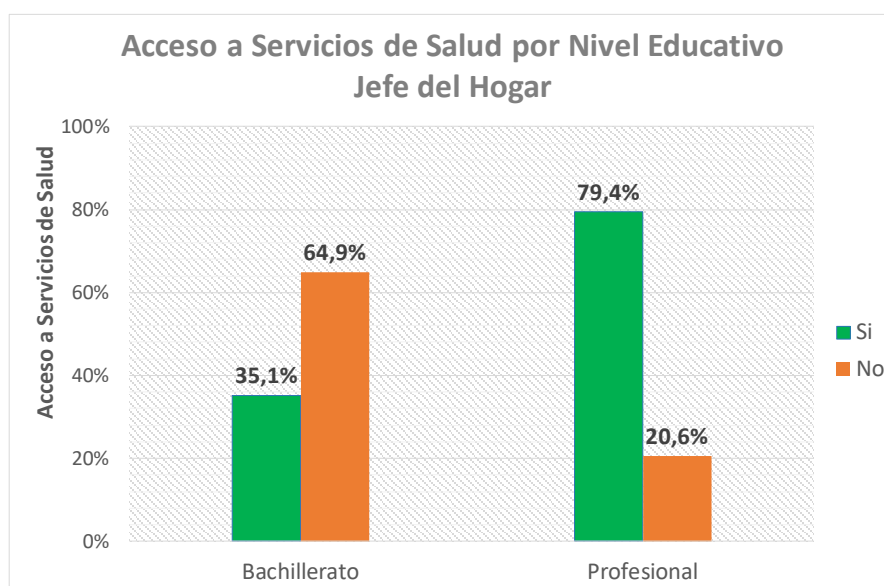
Para las personas mayores de 45 años, al menos el 34% de los usuarios manifestó acceder a los servicios preventivos tales como: Antígeno prostático, Colesterol total, Uroanálisis, Triglicéridos y creatinina.

Factores relacionados con el acceso a servicios preventivos

Con el objetivo de identificar factores relacionados con el acceso a servicios de salud preventivos se presentan a continuación que dentro de los factores analizados la figura 1 muestra,

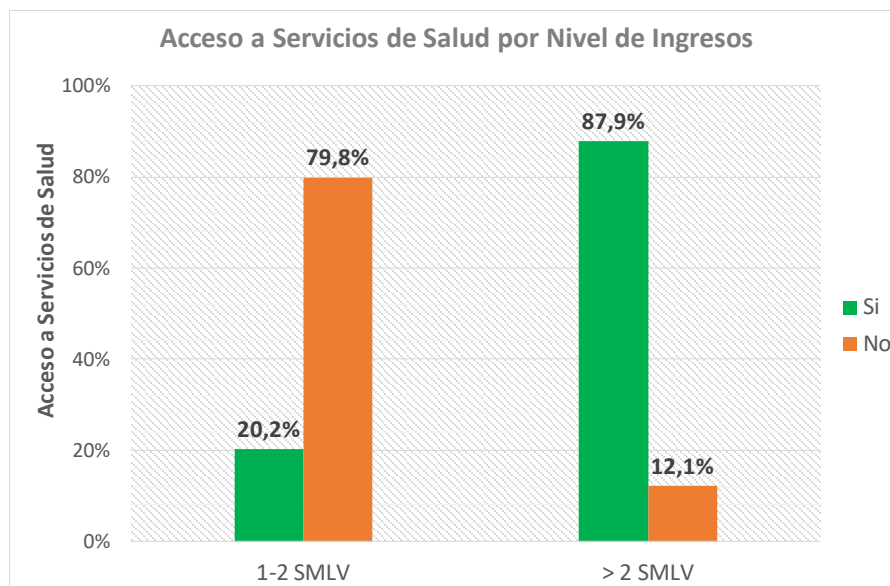
una gran diferencia entre el porcentaje de acceso para aquellos hogares en los cuales el nivel educativo del jefe del hogar es bachillerato, 35,1% contrastado con el 79,4% de aquellos hogares donde el jefe del hogar tiene un nivel de formación profesional.

Figura 1: Acceso a servicios de salud preventivos por nivel educativo del jefe del hogar



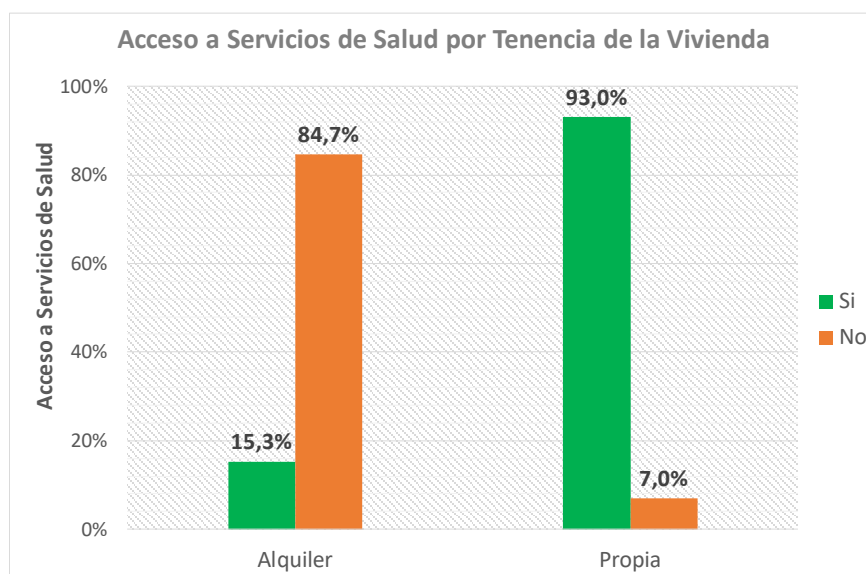
En la figura 2, se muestra que en los hogares con ingresos mayores a 2 SMLV presentan porcentajes de acceso del 87,9%, mientras que los hogares en los que el nivel de ingreso es de 2 o menos SMLV el acceso es 20,2%.

Figura 2: Acceso a servicios de salud preventivos por ingresos mensuales del hogar



Finalmente, la figura 3 señala que en lo relacionado con la tenencia de la vivienda se observan diferencias importantes, es así como, los hogares que manifestaron tener vivienda propia presentaron un acceso a los servicios de salud de 93% mientras que los hogares con vivienda en alquiler el acceso a los servicios de salud fue del 15,3%.

Figura 3: Acceso a servicios de salud preventivos por tenencia de la vivienda



A continuación, en la tabla 3 se presentan los resultados con base en los cuales se puede evidenciar que las diferencias anteriormente mencionadas corresponde a diferencias estadísticamente significativas a un nivel de confiabilidad superior del 95%, pues en todos los casos se observa un valor de $p < 0,05$, adicionalmente al interpretar la respectiva medida de asociación se encuentra también, que en las tres variables que el $OR < 1$, lo que se puede interpretar como, para el caso del nivel educativo, ser profesional reduce el riesgo de no acceder a los servicios de salud en un 86,2%, mientras que tener ingresos superiores a 2 SMLV reduce el riesgo de no acceso en 96,6% y tener vivienda propia reduce este riesgo en 98,9%.

Tabla 3: Resultados análisis bivariado y medidas de asociación

Variable	Categorías	% Acceso	Chi ²	Valor p	OR	IC OR 95%	
						L inf.	L sup.
Nivel académico	Profesional	79,4%	40,03	0,00000	0,13840	0,07300	0,26270
	Bachillerato	35,1%					
Nivel ingresos	> 2 SMLV	87,9%	92,21	0,00000	0,03450	0,01580	0,07500
	1-2 SMLV	20,2%					
Tenencia vivienda	Propia	93,0%	121,48	0,00000	0,01134	0,00520	0,03460
	Alquiler	15,3%					

Discusión

Teniendo en cuenta la importancia del acceso a los servicios de salud preventivos en el marco de la conservación de una buena salud, y con base en los resultados del estudio se hace evidente que la afirmación de Ayala García (7) expone que los estratos altos tienen mayor probabilidad de recibir una atención médica en caso de ser necesario, a diferencia de aquellos de estrato medio y bajo. Así mismo, Mejía Mejía y cols (8) exponen que las diferencias entre los niveles socioeconómicos reafirma que el acceso a la salud es insuficiente y no es equitativo, ya que las

personas de bajos recursos no acceden a los servicios de salud por la incapacidad de cubrir los costos de los servicios. Esto, representa un mayor riesgo en dicha población que tiene bajo acceso a los servicios de salud, ya que pueden enfermar más y acortar su expectativa de vida. Cortés (9), manifiesta que existe una fuerte asociación entre inequidad en los ingresos, pobre salud y bajo capital social, lo que repercute en un bajo nivel de confianza y aumenta el estrés y el peligro para la salud. Lo anterior, se ve reflejado en los resultados obtenidos en el presente estudio, pues las diferencias significativas que fueron identificadas anteriormente corresponden a factores que señalan una estratificación socioeconómica mayor en los que tuvieron un mayor acceso a los servicios de salud preventivos.

Por otro lado, Mejía Mejía y cols (7) refieren que a mayor educación, el acceso a los servicios de salud aumenta, no solo por la posibilidad de tener más ingresos económicos, sino por el acceso a la información acerca del control y el tratamiento de enfermedades. Lo que concuerda con lo hallado en la revisión teórica de Mendoza Sassi y cols (10)(7), quienes encuentran una asociación positiva entre años de estudio y utilización de los servicios de salud, tal como sucede en Brasil, ya que los jefes de familia con más años de educación consultaron en mayor proporción. Este fenómeno, se observó en este estudio, donde el 79,4% de los encuestados profesionales accedieron a los servicios de salud preventivos, muchos de ellos con especialización.

En lo concerniente a la utilización de los servicios de salud, Dammert (11) encontró que el nivel educativo de la madre contribuye significativamente en la reducción de riesgo de muerte a los niños menores de 23 meses, lo cual se asemeja al resultado aproximado que se obtuvo en este estudio, desde la relación del nivel educativo del jefe del hogar y el acceso a los servicios de salud preventivos. Lo anterior es considerado un efecto indirecto, entre más educada sea la madre, más usa los servicios pues conoce sus beneficios positivos, además de entender la

gravidad de las enfermedades y los beneficios del uso de los insumos en salud. Por otro lado, los grupos extremos como son los niños y los ancianos utilizan más los servicios de salud que otros grupos de edad (9) (12). Esto se ve reflejado en el acceso a los servicios preventivos de la EPS en Jamundí, donde la mayor proporción se da en el primer año de vida, menores de cinco años y adultos mayores.

Con relación al acceso a los servicios de salud preventivos, se encontró que, del total de las personas incluidas en esta investigación, 47% de ellos accedieron a estos servicios; lo cual contrasta con lo expuesto por la Organización Panamericana de la salud (13) donde indican que entre el año 2013 y 2014 los países como Argentina, Brasil, Colombia y Perú muestran una baja utilización de servicios de salud preventivos, con solo 15% a 21% de la población con al menos una consulta de salud preventiva al año.

Relacionándolo con lo anterior en lo que respecta a los programas de prevención y promoción, un estudio de municipalización y aseguramiento en salud (14) muestra que los municipios tienen la autonomía de diseñar sus propios planes en salud, ajustándolos a los contextos específicos de cada territorio, con la libertad de manejar los recursos, elegir y contratar al personal y realizar planes de mejoramiento con las instituciones prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, en la práctica esto no se ve reflejado desde un accionar que integre todos los actores del sistema y ofrezca al usuario un programa robusto y sólido que satisfaga las necesidades de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Una mirada más global de los que participan en la cadena de valor de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, muestra que los intereses no están enfocados en la salud preventiva, lo que concuerda con lo encontrado por Silva y cols (12) en su estudio de municipalización y aseguramiento en salud, las aseguradoras tienen un papel débil y ausente en este ejercicio.

Así mismo, la literatura refuerza la realidad actual, la red de prestadores de servicios de salud no es adecuada para ofrecer los programas de promoción y prevención (12); el bajo nivel de difusión no facilita resolver el desconocimiento que tiene la población acerca de estos servicios. Realpe y cols (15) encontraron que la utilización y el conocimiento de los programas de promoción y prevención por parte del régimen contributivo es baja, esto se explica como ya se había mencionado por el poco conocimiento de los servicios y de los derechos que tienen para acceder a ellos. Otra explicación que puede relacionarse con lo mencionado anteriormente es que las barreras culturales de la población con bajo nivel educativo potencian el no concebir el uso de los servicios preventivos como algo que impacte positivamente su salud (16), esto es coherente con los resultados de acceso a los servicios de salud, en donde se encontró que a menor escolaridad del jefe de hogar menor acceso a los servicios, representado por 35.1% contrastado con el 79,4% de aquellos hogares donde el jefe del hogar tiene un nivel de formación profesional. Por otro lado, el panorama que dibuja Bronfman y cols (17) respecto a la percepción de los servicios de salud de los usuarios, sostiene que un amplio sector de la población manifiesta tener más quejas que reconocimientos de los servicios en salud, generándose un sentimiento de desconfianza que atribuyen a diferentes elementos, como insuficiente capacidad técnica y el trato que reciben por parte de los profesionales que atienden en las instituciones de salud. Por el contrario, Velandia y cols (18) exponen que la percepción de los usuarios en cuanto a la calidad y la oportunidad en salud es buena, refiriendo que los servicios del país cumplen con los estándares que espera la población.

En cuanto a las barreras de acceso a los servicios de salud, la mayoría de las investigaciones reportan barreras relacionadas con lo económico, con lo geográfico, lo administrativo, lo cultural, lo normativo, la falta de confianza en el médico, y con la oferta (19) (20); en lo concerniente a los

resultados obtenidos durante el estudio, se observaron barreras de tipo económico.

Aunado a las barreras, la fragmentación de los servicios de salud impide ofrecer una atención robusta que solucione de forma integral las necesidades de los usuarios por ciclo de vida. Un estudio cubano realizado por López y cols (21) aporta importantes conceptos sobre las redes integradas, y cómo estas se convierten en un proceso, no en una meta lineal a cumplir en el tiempo. Esto quiere decir que la formación de redes tiene diferentes perspectivas que se embarcan en un contexto complejo que requiere de herramientas y evaluaciones constantes. Así mismo, en Guatemala, Barillas (22) realiza un análisis sobre la fragmentación de los servicios de salud, donde se releva dos aspectos muy importantes de su estudio, el primero está relacionado con la cultura de las personas que conviven en una zona geográfica específica, donde sus valores y preferencias pueden determinar la relación establecida con su sistema de salud; el segundo, expone como las políticas económicas de un país pueden provocar una fragmentación social al presentarse diferencias en el ingreso, el consumo y la posesión de bienes; esta configuración impulsa modelos de atención en salud que se enfocan de acuerdo a la capacidad de pago del individuo.

Si bien, el Valle del Cauca es uno de los departamentos mejor posicionados en cuanto a la oferta de servicios de salud, se observa que, en los últimos años en todos los departamentos del país, los municipios conservan su mismo nivel de desarrollo (23). Esto está estrechamente relacionado con las grandes diferencias que existen entre los departamentos de la periferia y los que están en el centro del país, siendo estos últimos los de mayor avance en la oferta y prestación de los servicios de salud (24).

Se recomienda que la EPS fortalezca la estructura de su modelo de atención dirigido a la

población afiliada en el municipio de Jamundí, teniendo en cuenta sus singularidades. También es importante que la comunicación con los usuarios sea explícita y frecuente, que las estrategias de comunicación se construyan a partir de las necesidades y brechas encontradas en este estudio, a su vez, que se remarque los servicios ofrecidos en términos de promoción y prevención y curativos y el derecho que tienen a su acceso. Es muy importante que se enfoque las acciones preventivas a la población de estrato 1 y 2, quienes están en mayor riesgo de enfermar y perpetuar el círculo de pobreza-enfermedad, disminuyendo su calidad y esperanza de vida.

Conclusiones

- Con relación al acceso a los servicios de salud preventivos, se encontró que, del total de las personas incluidas en esta investigación, 47% de ellos accedieron a estos servicios.
- En el rango de los 11 a los 29 años, disminuye el uso de los servicios preventivos de salud, tal como se puede ver en la tabla 2, mientras que entre los 30-45 años la cantidad de servicios consultados aumenta considerablemente, situación que se evidencia también en el rango de los mayores 45 años y en los menores de 10 años.
- Los usuarios encuestados manifestaron tener un gasto promedio de \$20.290, de acuerdo a lo cual es importante establecer que ninguno de los encuestados, referencia padecer o haber padecido una enfermedad de alto costo.
- Se encuentran algunas características de la población en las cuales se refleja inequidad en el acceso a los servicios, los resultados indican que aquellos hogares con ingresos bajos, tipo de vivienda en alquiler y baja formación académica por parte del jefe del hogar presentan características propias que indican inequidad en el acceso a los servicios.

Recomendaciones

- Se recomienda a la E.P.S analizar la habilitación para afiliar pacientes con las limitaciones de oferta que tienen en el municipio, debido a que genera grandes inconvenientes tanto a los usuarios, como a la red de prestadores, que no contemplan dicha población en su planificación.
- Se recomienda a la EPS realizar una caracterización de los riesgos asociados a la población.
- Uno de los puntos que La E.S.E no cuenta con un canal exclusivo y preferencial que permita el acceso de los usuarios de la EPS, generando una mala percepción de la atención por parte de los usuarios, que prefieren realizar el desplazamiento que recibir la atención en el Municipio.
- Se recomienda en general hacer mayores esfuerzos en políticas direccionadas a la información y conocimiento de los servicios preventivos, ya que con ello se logra que la población en general tenga conocimiento y se logren mejores cifras respecto al acceso de dichos servicios en la población.

Bibliografía

1. Gúzman F, Karelys K. Radiografía de la oferta de servicios de salud en Colombia. Documentos de trabajo sobre economía regional y urbana. 2014;(202).
2. Castaño LSÁ. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. Gerencia y Políticas de salud. 2009; 8(17).
3. Vargas J, Molina M, G. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. Revista facultad nacional de salud pública. 2009; 27(2).
4. DANE. Proyecciones de población. Proyecciones municipales 2006-2020..
5. Secretaría Municipal de Salud de Jamundí. Base de datos única de afiliados. Jamundí ;, Valle del Cauca.
6. Arcaya M, Arcaya A, Subramanian SV. Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías. Revista panamericana de salud pública. 2015.
7. Arrivillaga , Aristizábal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gaceta sanitaria. 2016.
8. Chicaíza L, Rodríguez F, García. La equidad del mecanismo de pago por uso de servicios en el sistema de aseguramiento en salud de Colombia. Revista de Economía institucional. 2006; 8(15).
9. García JA. La salud en Colombia, más cobertura pero menos acceso. Documentos de trabajo sobre economía regional. 2014;(204).
10. Mejía Mejía A, Sánchez Gandur A, Tamayo Ramírez JC. Equidad en el acceso a servicios de salud en Antioquia, Colombia. Revista de Salud Pública. 2007; 9.
11. Cortés A. Inequidad, pobreza y salud. Colombia médica. 2006; 37(3).
12. Mendoza Sassi R, Béria JU. Utilización de los servicios de salud: una revisión sistemática sobre los factores relacionados. Saúde Pública. 2001; 17.
13. Dammert AC. Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú. Investigaciones Breves 18. 2001.
14. Vargas Lorenzo I, Vásquez Navarrete ML, Mogollón Pérez A. Acceso a la atención en salud en Colombia. Revista Salud Pública. 2010; 12.

15. Organización panamericana de la salud. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD INTEGRALES, EQUITATIVOS Y DE CALIDAD. [Online] Acceso 30 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es.
16. Silva L, Herrera V, Agudelo CA. Promoción, Prevención, Municipalización y aseguramiento en salud, en siete municipios. *Revista Salud Pública*. 2002; 4.
17. Realpe C, Escobar GM, Largo BC, Duque B. Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia. *Colombia Médica*. 2002; 33(3).
18. Díaz Grajales C, Zapata Bermúdez Y, Aristizábal Grisales JC. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. *Revista gerencia y políticas de salud*. 2011; 10(21).
19. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*. 1997.
20. Velandia F, Ardón N, Cárdenas JM, Jara MI, Pérez N. Oportunidad, satisfacción y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia, según la encuesta de calidad de vida del DANE. *Colombia Médica*. 2001; 32(1).
21. Acosta SR. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia..
22. Tovar Cuevas M, Arrivillaga Quintero. Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática. *Revista gerencia y políticas de salud*. 2014; 13(27).
23. López Puig P, Morales Suárez dR, Lara Menchaca S, Martínez Trujillo N, Lau López S, Soler Cárdenas. Las redes integradas de servicios de salud desde la realidad cubana. *Revista cubana de salud Pública*. 2009; 35(4).
24. Barillas E. La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Revista panamericana de salud pública*. 1997; 1(3).
25. Castaño Díez C, Álvarez Castaño LS, Caicedo Velásquez B, Ruiz Buitrago IC, Valencia Aguirre S. Tendencia del bajo peso al nacer en recién nacidos a término y su relación con la pobreza y el desarrollo municipal en Colombia. 2000-2014. *Revista chilena de nutrición*. 2020; 47(1).

26. Cortés D, Vargas J. Inequidad regional en Colombia. Documentos Centro de estudios sobre desarrollo económico. 2012.

FINANCIACIÓN

Todo lo relacionado con la aplicación de las encuestas y gastos relacionados fue financiado con recursos propios

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno

GLOSARIO

SMLV: Salario Mínimo Legal Vigente

EPS: Empresa prestadora de salud en Salud

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística