

Original

## Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos

Marcela Arrivillaga\*, Juan Carlos Aristizabal, Mauricio Pérez y Victoria Eugenia Estrada

Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 18 de marzo de 2016

Aceptado el 17 de mayo de 2016

On-line el xxx

*Palabras clave:*

Accesibilidad a servicios de salud

Servicios preventivos de salud

Prestación de atención en salud

Colombia

*Keywords:*

Health services accessibility

Preventive health services

Delivery of health care

Colombia

### R E S U M E N

**Objetivo:** Diseñar y validar una encuesta de acceso a servicios de salud dirigida a hogares en Colombia para aportar una herramienta metodológica de país que permita ir acumulando evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana.

**Método:** Se realizó un estudio de validación con personas expertas y prueba piloto aplicada en el municipio de Jamundí, en el departamento del Valle del Cauca, Colombia. Se realizó un muestreo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. La muestra final fue de 215 hogares.

**Resultados:** La encuesta quedó conformada por 63 preguntas distribuidas en cinco módulos: perfil socio-demográfico del jefe/a del hogar o adulto/a informante, perfil socioeconómico del hogar, acceso a servicios preventivos, acceso a servicios curativos y de rehabilitación, y gasto de bolsillo en acceso. En términos descriptivos, la promoción de servicios preventivos solo alcanzó valores del 44%; el uso de estos servicios siempre fue mayor, en especial en los grupos del primer año de vida y hasta los 10 años. Para los servicios de urgencias y hospitalización, la percepción de atención de la necesidad estuvo entre el 82% y el 85%. No obstante, hubo percepción de mala y muy mala calidad de la atención hasta en un 36%. Por su parte, la oportunidad de la atención de consulta médica general y con especialista presentó demoras.

**Discusión:** La encuesta diseñada es válida, relevante y representativa del constructo acceso a servicios de salud en Colombia. En términos empíricos, la prueba piloto mostró debilidades institucionales en un municipio del país, indicando además que la cobertura en salud no significa acceso real y efectivo a los servicios.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Health services access survey for Colombian households

#### A B S T R A C T

**Objective:** The aim of this study was to design and validate a health services access survey for households in Colombia to provide a methodological tool that allows the country to accumulate evidence of real-life access conditions experienced by the Colombian population.

**Methods:** A validation study with experts and a pilot study were performed. It was conducted in the municipality of Jamundi, located in the department of Valle del Cauca, Colombia. Probabilistic, multistage and stratified cluster sampling was carried out. The final sample was 215 households.

**Results:** The survey was composed of 63 questions divided into five modules: socio-demographic profile of the head of the household or adult informant, household socioeconomic profile, access to preventive services, access to curative and rehabilitative services and household out of pocket expenditure. In descriptive terms, the promotion of preventive services only reached 44%; the use of these services was always highest among children younger than one year old and up to the age of ten. The perceived need for emergency medical care and hospitalisation was between 82% and 85%, but 36% perceived the quality of care to be low or very low. Delays were experienced in medical visits with GPs and specialists.

**Discussion:** The designed survey is valid, relevant and representative of access to health services in Colombia. Empirically, the pilot showed institutional weaknesses in a municipality of the country, indicating that health coverage does not in practice mean real and effective access to health services.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Introducción

Los sistemas de salud obedecen a la configuración económica y política de diferentes sociedades y son resultado de arreglos

institucionales que se forjan a su vez en el campo técnico-político<sup>1</sup>. En el contexto de esta configuración, el acceso a los servicios es un indicador clave en salud pública y expresa la manera en que los Estados protegen o no a sus ciudadanos. De esta forma, dentro de un mismo país o entre distintos países, podrán presentarse diversas maneras de entender el derecho a la salud, con sus correspondientes problemas de inequidades en el acceso a los servicios sanitarios.

\* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: [marceq@javerianacali.edu.co](mailto:marceq@javerianacali.edu.co) (M. Arrivillaga).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.008>

0213-9111/\*© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

El concepto de acceso a servicios de salud ha tenido múltiples interpretaciones y tampoco está desprovisto de valores sobre los cuales se han estructurado los respectivos sistemas de salud. En la literatura se han encontrado diferentes lógicas que orientan tales conceptualizaciones, que van desde la mirada de mercado de la oferta y la demanda, el enfoque de los mínimos decentes o paquetes de servicios, explicaciones multicausales, una visión basada en necesidades, y muy poco desde una perspectiva con base en el derecho a la salud y la justicia social<sup>2</sup>. Asimismo, medir el acceso encierra sus complejidades, no solo metodológicas sino también políticas, sobre todo cuando lo que está en juego es la evaluación del desempeño del sistema de salud en su puerta de entrada, que puede ser o no garante del derecho a la salud, revelar el estado real de la situación de la población aparentemente cubierta e implicar costos políticos para quienes han tomado las decisiones, administran los recursos u operan directamente los servicios.

En el ámbito internacional, varias encuestas incluyen preguntas sobre acceso a servicios sanitarios; en España, por ejemplo, se aplica la Encuesta Nacional de Salud (ENS)<sup>3</sup>; en Estados Unidos, The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES)<sup>4</sup>; en México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)<sup>5</sup>. Las formas de medición incluyen el análisis de datos de las encuestas<sup>3-11</sup>, el seguimiento de indicadores de cobertura en salud y la recolección de información primaria por medio de cuestionarios<sup>12-14</sup> y diversas metodologías cualitativas<sup>15,16</sup>, todo ello realizado por investigadores desde el sector académico, sin clara incidencia política.

En Colombia, desde la Ley 100 de 1993 se ha presentado vasta evidencia sobre las barreras de acceso a los servicios de salud<sup>17</sup>. No obstante, es fragmentada y está condicionada por la dificultad para obtener información directa de los usuarios del sistema, que en su mayoría están a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) que controlan los registros de atención. Dada la estructura del sistema vigente, diseñado en el marco del modelo de mercado y subsidio a la demanda de servicios, la máxima autoridad sanitaria afronta dificultades para obtener datos confiables en materia de acceso y atención en salud en el país. De hecho, los datos oficiales son limitados. Los indicadores utilizados por el ministerio son las camas hospitalarias por 1000 habitantes, la tasa de médicos por 10.000 habitantes, el número de consultas urgentes por cada 10 consultas externas en la red pública, el número de tutelas (acciones legales) por no prestación de servicios, el porcentaje de partos institucionales, la tasa de atención profesional, el porcentaje de personas que encuentran barreras y las barreras según causas específicas<sup>18</sup>. Para los autores de este artículo, la suficiencia de tales indicadores representa una limitación para intervenir efectivamente en el sistema en cuanto a barreras se refiere. Además, estos indicadores no permiten monitorear el desempeño de las EPS en la gestión del acceso.

Este estudio tuvo como objetivo diseñar y validar una Encuesta de Acceso a Servicios de Salud (EASS) dirigida a hogares colombianos. Como medida directa del acceso, sin la intermediación de las EPS ni de las instituciones prestadoras de los servicios, la investigación es un punto de partida que aporta una herramienta metodológica de alcance poblacional en el país, para ir acumulando evidencia sobre las condiciones de acceso real que tiene la población colombiana.

## Método

### Tipo de estudio

Estudio de validación con prueba piloto de la EASS, diseñada por los autores y las autoras. Aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia.

### Contexto del estudio y población

Área urbana del municipio de Jamundí, departamento del Valle, Colombia. La población estuvo conformada por 16.335 hogares. El/la jefe/a del hogar o un/una adulto/a mayor de edad suministró la información.

### Diseño muestral

Muestreo probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados. La variable de estratificación fue el estrato socioeconómico (categoría establecida por ley en Colombia que clasifica la población en estratos de 1 a 6). El marco muestral fue el mapa del municipio, que identificaba las manzanas del área urbana con su estrato moda (indicador de tendencia central moda, proxi de posición socioeconómica). Las unidades primarias de muestreo fueron manzanas, seleccionadas al azar. Las unidades secundarias fueron viviendas, identificadas mediante reconocimiento cartográfico. Si en una vivienda había dos o más hogares, se escogió uno de ellos al azar. El componente estratificado del muestreo se hizo con asignación proporcional de acuerdo con el tamaño de cada estrato.

### Muestra

El tamaño de la muestra se basó en la estimación del promedio de la prevalencia de barreras de acceso a servicios de salud en cabeceras municipales, de acuerdo con la Encuesta de Calidad de Vida en Colombia de los años 2010, 2011 y 2012, que fue del 6,8%. Además, se calculó utilizando un nivel de confianza del 95%, un error de estimación del 5% y un efecto del diseño de 2. El tamaño de la muestra, asumiendo una tasa de pérdida del 10%, fue de 215 hogares.

### Diseño de la encuesta

Luego de una revisión bibliográfica sobre la conceptualización y la medición del acceso a servicios de salud, los autores diseñaron la EASS. Como constructo teórico, y desde un enfoque de derecho a la salud y justicia social, se definió el acceso a servicios de salud como la disponibilidad, la promoción y el uso efectivo de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación, para responder a las necesidades específicas de la población, en condiciones de garantía suficiente, oportuna y de calidad, del derecho a la salud.

Después se definieron dos dimensiones a evaluar: acceso a servicios preventivos y acceso a servicios curativos y de rehabilitación. De manera complementaria, se incluyó un módulo de gasto de bolsillo en acceso. Para determinar los ítems que evalúan servicios preventivos se utilizó como referencia la Resolución 412 de 2000, con la cual se establecen las guías de atención de enfermedades de interés en salud pública en Colombia. Se incluyeron también ítems del Censo 2005 del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), de la Encuesta Nacional Demografía y Salud de 2010, de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de 2011 y de la Gran Encuesta de Hogares, con una modificación proveniente de la 15<sup>a</sup> Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo CIET-1993, que estableció la clasificación de los trabajadores de los sectores formal e informal.

### Validación de la encuesta

Tuvo dos fases. En la primera se realizó la validación de contenido con personas expertas de la encuesta originalmente diseñada. Se seleccionaron 11 personas con experiencia en servicios de salud de más de 15 años en la gerencia de instituciones de salud, en servicios de hospitalización y de urgencias, o en programas de calidad. Se evaluaron la pertinencia de cada ítem, la suficiencia de los ítems

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/7511017>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/7511017>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)