



## I° Pre-Conferencia Latinoamericana HSG en Investigación sobre Sistemas de Salud



**Avance de los Sistemas de Salud en la Era de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG)**

**Bogotá, Colombia  
1 de febrero, 2018**

**Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 No. 40b-36, Piso 3. Edificio Jorge Hoyos Vásquez, S.J., Auditorio Alfonso Quintana Cárdenas, S.J. Sala B.**



## Instituciones participantes

### Instituciones Convocantes



**Health Systems Global**  
<http://healthsystemsglobal.org/>



**Organización Panamericana de Salud**  
<http://www.paho.org>



**Pontificia Universidad Javeriana**  
<http://www.javeriana.edu.co/home>



**Instituto de Salud Pública**  
<http://www.javeriana.edu.co/ins-salud-publica>

### Instituciones Adherentes



**Asociación Colombiana de Salud Pública**  
<https://www.saludpublicacolombia.org/>



**Universidad CES**  
<http://www.ces.edu.co>



**Universidad de Cartagena**  
<http://www.unicartagena.edu.co/>



**Universidad El Bosque**  
<http://www.uelbosque.edu.co>



**Universidad de La Sabana**  
<https://www.unisabana.edu.co>



**Facultad de Medicina, Universidad de los Andes**  
<https://medicina.uniandes.edu.co/index.php/es/>



## Presentación

La visión de **Alma Ata de "Salud para todos"** sigue siendo tan convincente hoy como lo fue en 1978, como se refleja en el tercero de los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG)**. Pero el mundo ha cambiado en cuarenta años, y a pesar de contar con mejores resultados, **persisten desafíos extraordinarios para la equidad y la inclusión social a fin de alcanzar el acceso** y la **cobertura universal en salud** como las transiciones demográficas y epidemiológicas, los conflictos sociales y sus migraciones consecuentes, la segmentación de los sistemas de salud y el cambio climático, entre otros.

El **V Simposio Mundial en Sistemas y Servicios de Salud, Health System Global (HSG)**, a realizarse en **Liverpool, Reino Unido, en octubre de 2018**, busca promover el intercambio de información y experiencias sobre nuevas formas de diseño y financiamiento de programas de salud, la prestación de servicios, la participación de los recursos humanos en el campo de la salud, y la conformación de nuevas alianzas sociales y políticas para promover la salud para todos.

La organización de un **ciclo de Pre Congresos en las Américas** se motiva en la necesidad de contar con una **mirada latinoamericana** sobre la implementación y análisis de sistemas y servicios de salud, aportando una perspectiva propia, y transmitiendo al mundo las experiencias de investigación y gestión en la región.

El propósito de estos eventos es doble: por una parte, **generar un espacio de intercambio local** sobre las experiencias más relevantes y las visiones transformadoras, que alimente un debate necesario sobre los sistemas de salud. En segundo lugar, se procurará **apoyar a los trabajos seleccionados para esta pre-conferencia en la presentación de sus resúmenes en el V Simposio del Health System Global** a llevarse a cabo en Liverpool.

Con el propósito de reunir a **investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de Colombia** que trabajen en temas vinculados a los sistemas de salud de la región, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

- Propiciar el **intercambio de experiencias** en un encuentro de investigadores/as y tomadores/as de decisiones en torno a **mesas de debate interdisciplinario**.
- **Estimular la presentación de trabajos** de autores/as latinoamericanos/as en la convocatoria abierta del Simposio Mundial en marzo 2018.
- **Fortalecer la presencia latinoamericana de estudios sobre sistemas y políticas de salud en el Simposio**.

Asimismo, aquellos resúmenes que sean seleccionados en la llamada de Liverpool y hayan participado en alguna de las pre-conferencias regionales, **tendrán la posibilidad de ser elegibles para una de las diez becas completas ofrecidas por la Organización Panamericana de la Salud para asistir al Simposio en Reino Unido**.



## Comité Organizador

### Referente Health Systems Global

#### Daniel Maceira



Daniel Maceira es argentino, Ph.D. en Economía Boston University, especializado en economía de la salud y organización industrial. Es Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Investigador Independiente CONICET y Profesor Titular de la Universidad de Buenos Aires, y colaborador en programas de posgrado en FLACSO, UTDT, entre otros. Ha colaborado con IDRC de Canadá; UNICEF; la Gates Foundation; la Organización Mundial de la Salud (OMS); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); el Banco Interamericano de Desarrollo (BID); el Banco Mundial; el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global ; y el Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Desde 2016 es Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud.

### Referentes Institución Anfitriona

#### Enrique Peñaloza Quintero



Director del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana, doctor en Estudios Políticos, de la Universidad Externado de Colombia, Magíster en Estudios Políticos, Especialista en Política Social, Especialista en Administración en Salud con énfasis en Seguridad Social y Odontólogo de la Pontificia Universidad Javeriana. Durante más de 25 años ha trabajado en la elaboración y coordinación de proyectos de investigación y consultoría en seguridad social en salud, especialmente en políticas públicas y financiamiento de servicios de salud. (Comité Evaluador)

### Referentes Instituciones adherentes

#### Diana Cuervo



Medica de la Universidad Javeriana con especialización en administración de salud ocupacional y derecho de seguridad social, Doctora en Salud Pública de la Universidad de Colombia, Becaria del Canadian Health Research Institute - Universidad de Toronto en Prevención de discapacidad para trabajar. Trabaja como Médica Principal de la Junta Nacional de Calificación de Invalidez, es Profesora Investigadora de la Facultad de Derecho de la Universidad Javeriana. Trabajo por más de 15 años en el sector asegurado, como Directora de Indemnizaciones de Vida, Salud y previsionales y Medicina laboral. Miembro de ICOH (internacional Commission on Occupational Health), Miembro de Health Systems Global y de la Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Salud Pública.

#### Luis Alejandro Gómez Barrera



Odontólogo y magíster en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia. Candidato a Doctor en Estudios Políticos de la Universidad Externado de Colombia. Profesor Asociado Facultad de Medicina, Director de la Maestría en Salud Pública y Profesor del Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Áreas de interés: Política y salud, Sistemas de Salud, Economía y Salud.



## Erwin Hernández



Médico (Universidad de La Sabana), Máster Universitario en Investigación en Atención Primaria (UMH, España), Máster en Gobierno y Dirección de Sistemas de Salud (UOC, España), y Doctor en Investigación Clínica (UMH, España), con tesis doctoral mención Cum Laude titulada “Atención Primaria y Determinantes Sociales en Salud en la formación de recursos humanos en Colombia para el mejoramiento de la salud de la población”. Es profesor e investigador del Centro de Estudios en Salud Comunitaria (CESCUS), Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Y es autor de diversos artículos en revistas científicas sobre metodologías participativas basadas en comunidad y experiencias en salud comunitaria, atención primaria en salud y formación de recursos humanos en salud en Colombia.

## Diana Carolina Rubio León



Psicóloga y magíster en psicología de la Universidad Nacional de Colombia. Doctora en Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Profesora Asociada Facultad de Medicina, Directora del Doctorado en Salud Pública de la Universidad El Bosque. Áreas de interés: Género y salud.

## Nelson Alvis Guzmán



Médico, Magister en Salud Pública y Doctor en Economía y Gestión de la Salud. Profesor Titular y Director del Grupo de Investigación en Economía y de la Salud de la Universidad de Cartagena (Centro de Excelencia de la Iniciativa ProVac – OPS/OMS). Profesor visitante en Varias Universidades en el mundo con más de 300 artículos publicados en revistas indexadas. Áreas de experticia son la Evaluación Económica de Tecnologías Sanitaria con énfasis en vacunas, la Epidemiología y los Sistemas de Salud

## Fernando Ruiz Gomez



Fernando Ruiz Gómez fue Viceministro de Salud de Colombia. Asistió a la escuela de medicina en su país y tiene una maestría en Economía de la Pontificia Universidad Javeriana (Colombia) y una maestría en Salud Pública y Salud Ocupacional de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Actualmente es candidato a doctorado en Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública en Cuernavaca, México. Antes de su trabajo en el Ministerio de Salud, el Dr. Ruiz fue Director del Centro de Proyectos de Desarrollo (CENDEX). Ha publicado principalmente trabajos de investigación sobre economía de la salud, desigualdades en salud y sistemas de salud pública.

## Noelia Cabrera



Licenciada en sociología (Universidad Nacional de La Plata), maestranda en Sociología Económica (Instituto de altos estudios sociales. UNSAM). Investigadora asistente del Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Area Salud, Economía y Sociedad.



### Jaime Ramírez Moreno



Doctor en Economía y Gestión de la Salud con más de 14 años de experiencia en investigación, consultoría y docencia. Sus áreas de interés son: el modelo de regulación del sector salud, economía de la salud, aseguramiento, gestión en salud, economía institucional, entre otras

### Luis Jorge Hernández Florez



Médico Cirujano y Especialista en Administración en Salud de la Pontificia Universidad Javeriana, especialista en Epidemiología del CES-Universidad del Rosario, Especialista en Análisis de Datos de la Universidad de la Salle y Magister y Doctorado en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia. cSe ha desempeñado como profesor en diferentes universidades del país, ha sido conferencista nacional e internacional, Coordinador de Programas de Salud Pública y Epidemiología en la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá y como consultor de la Organización Panamericana de la Salud en Perú.

### Andrés Ignacio Vecino



Médico de la Universidad Javeriana, magister en economía de la Universidad de los Andes y doctor en economía de la salud y en sistemas de salud de la universidad de Johns Hopkins. Sus temas centrales de investigación son la economía de la prevención en enfermedades crónicas y lesiones, y la evaluación de impacto de programas en salud. Actualmente se desempeña como profesor e investigador del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana e investigador asociado del Departamento de Salud Internacional de la Universidad de Johns Hopkins.



# Programa de la preconferencia



## Health Systems Global - Preconferencia Colombia Bogotá, 1 de febrero, 2018

Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 No. 40b-36.  
Ppiso 3. Edificio Jorge Hoyos Vásquez, S.J.,  
Auditorio Alfonso Quintana Cárdenas, S.J. Sala B.

### PROGRAMA

8:30 - 9:00	Inscripción		
9:00 - 9:10	Bienvenida Institucional		TBA
9:10 - 9:30	Los retos de los sistemas de salud en la era de los ODS Objetivos de la Preconferencia	Daniel Maceira	CEDES-Argentina y Health Systems Global
Horario	TITULO	AUTOR/A	INSTITUCION
<b>Panel 1: Programas de Acción Sanitaria en Grupos Priorizados</b>			
9:30 - 11:00	<b>Moderador: Fernando Ruiz Gómez</b>		
	Inequidades en el suicidio en adultos mayores de 60 años en Colombia	Ivonne Andrea Ordóñez	Universidad Santo Tomás
	Nivel de independencia de adultos mayores en actividades básicas de la vida diaria, Tenza, Boyacá, Colombia, 2017	Bocanegra Horta, Diana Paola, Martínez Durán, Mancel Enrique, Morales Rivera y Álvaro Enrique	Fundación Universitaria Juan N. Corpas
	Análisis de la experiencia piloto de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud para poblaciones dispersas en Colombia	Adriana Ardila-Sierra, María Alejandra Martínez-Rodríguez & Astrid Carolina Romero-Piñeres	Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS
	Compra centralizada de medicamentos para la Hepatitis C en apoyo a la cobertura universal en salud en Colombia	Juan-Carlos Rivillas, Angela Pérez, Gloria Meneses, Carolina Gómez-Muñoz, Cielo Ríos, Carlos Ramírez, Lizbeth Acuña, Jaime Rodríguez, Bertha Gomez, Nick Walsh y Alejandro Gaviria-Urbe	Ministerio de Salud y Protección Social/ Cuenta de Alto Costo/ Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud/ OPS/ OMS
11:00 - 11:20	Café		
<b>Panel 2: Evaluación de Programas</b>			
11:20 - 12:50	<b>Moderador: Enrique Peñaloza Quintero</b>		
	Costo efectividad de adicionar estrategias de equidad vertical a un programa para la prevención, detección y tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino en un país de Mediano Ingreso	J. Eslava-Schmalbach, J. Aponte, V. Elias, L. Reveiz y Nathaly Garzón-Orjuela	Universidad Nacional de Colombia/ Organización Panamericana de la Salud
	Evaluation of Health Technologies in the hospital setting in Colombia: experience of the University Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, 2018	Henry Gallardo, Alejandra Taborda, Darío Londoño y Juan Pablo Uribe	Fundación Santa fe de Bogotá
	Inclusion of the societal perspective in economic evaluations in health in Colombia: results of three studies	Darío Londoño, Cindy Chamorro, Alejandra Taborda y Juan Pablo Uribe	Fundación Santa fe de Bogotá
	Interculturalidad en la atención de salud en el programa mujer dadora de vida en una IPS indígena ubicada en tacueyo cauca- 2015	Yeimi Alejandra Jiménez, Diana Marcela Bonguero y María Fernanda Tobar Blandón	Universidad del Valle- Escuela de Salud Pública
12:50 - 14:00	Almuerzo		





## Health Systems Global - Preconferencia Colombia Bogotá, 1 de febrero, 2018

Pontificia Universidad Javeriana, Carrera 7 No. 40b-36.  
Ppiso 3. Edificio Jorge Hoyos Vásquez, S.J.,  
Auditorio Alfonso Quintana Cárdenas, S.J. Sala B.

### PROGRAMA

Panel 3: Planteos Estratégicos en la Organización del Sistema de Salud			
14:00 - 15:30	<b>Moderador: Andrés Ignacio Vecino</b>		
	Reorganización del Sistema de Salud de Bogotá	Luis Gonzalo Morales	Secretaría Distrital de Salud
	Un modelo de microsimulación dinámica para estimar la situación de salud de la población en el Departamento de Risaralda - Colombia a 2050 con base en factores de riesgo	Sandra Camacho, Norman Maldonado, Enriqueta Cueto, Kelly Chacón, Diana Castaño, Andrea Díaz, Sergio Hernandez, Fernanda Zarate, Wiliam García y Carlos Arango	Fundación Salutia
	Gobernanza del aire como estrategia de promoción de la salud en un sistema de Salud. Caso Bogotá	L. Hernández-Florez, D.C. Pinzón-Silva, y Cortes Mauricio	Universidad de los Andes
	La ciencia, la tecnología y la innovación en salud como estrategia dentro del Sistema de Salud en Bogotá: experiencia local	Solangel Garcia Ruiz y Luis Jorge Hernández	Secret. Distrital de Salud de Bogotá / Univ. de los Andes.
15:30 - 15:50 <b>Café</b>			
Panel 4: Fortaleciendo el Modelo de Atención Primaria en Salud			
15:50 - 17:20	<b>Moderador: Luis Jorge Hernández</b>		
	Capacitación en Atención Primaria en Salud y calidad de la atención prenatal en Bucaramanga, Colombia	Myriam Ruiz-Rodríguez, Laura Andrea Rodríguez-Villamizar y Wendy Cleves Ruíz	Universidad Industrial de Santander UIS
	Construcción de capacidades en líderes comunitarios en Atención Primaria en Salud en Colombia	Erwin H. Hernández-Rincón, Francisco Lamus-Lemus, Concepción Carratalá-Munuera, Domingo Orozco-Beltrán, Carmen L. Jaramillo-Hoyos y Gloria Robles-Hernández	Universidad de La Sabana/ Universidad Miguel Hernández/ Consorcio para el Desarrollo Comunitario
	¿Cómo llegar a las niñas y mujeres más difíciles de alcanzar? Oportunidades de los servicios de salud sexual y reproductiva en escenarios de conflicto armado en Colombia	Juan Carlos Rivillas, Raúl Devia-Rodríguez, Gloria Song y Andréanne Martel	Universidad del Valle/ Harvard Medical School/ University of Ottawa/ Canadian Council for international Co-operation (CCIC)
	Sistema de salud amigable con adolescentes y jóvenes: implementación del modelo de servicios de salud con enfoque diferencial en Colombia	Juliana Rios y Laura Liscano	Profamilia
17:20 - 17:30 <b>Palabras de Cierre</b>		<b>Daniel Maceira</b>	<b>CEDES-Argentina y Health Systems Global</b>

La participación es libre y gratuita. Para inscribirse como asistentes, comunicarse enviando nombre y apellido, institución y correo electrónico a: [hsgpreconf.colombia@gmail.com](mailto:hsgpreconf.colombia@gmail.com) / [belenos@javeriana.edu.co](mailto:belenos@javeriana.edu.co)

Hasta el 31 de enero de 2018 Health Systems Global ofrece membresía gratuita para residentes de Latinoamérica y el Caribe. Para suscribirse, ingresar a: <http://www.healthsystemsglobal.org/membership/>





## Trabajos presentados

### **Inequidades en el suicidio en adultos mayores de 60 años en Colombia**

Ivonne Andrea Ordoñez Monak. Universidad Santo Tomás

**Motivación:** El presente estudio surge de la identificación frente a las altas tasas de suicidio que presentan las personas adultas mayores de 60 años, y la necesidad de explorar qué condiciones de inequidad desde la perspectiva de los Determinantes Sociales en Salud están presentes en dicho fenómeno.

**Objetivo:** Determinar si existe alguna relación entre las condiciones de inequidad en salud de las personas adultas mayores y el fenómeno del suicidio en dicha población en Colombia, teniendo en cuenta los Determinantes Sociales de la Salud.

**Metodología:** Estudio de métodos mixtos que incluyó la triangulación de información desarrollada en tres fases:

Fase 1: Un estudio epidemiológico cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, transversal de enfoque empírico analítico, para caracterizar epidemiológicamente los suicidios en adultos mayores de 60 años en Colombia en el periodo 2009-2013.

Fase 2: Un estudio de análisis de equidad, cuantitativo, retrospectivo, para medir las desigualdades en salud a través de los determinantes sociales presentes en la historia de vida en salud de los suicidas adultos mayores de 60 años del periodo seleccionado.

Fase 3: Un estudio cualitativo de historias de vida a través de las entrevistas y testimonios de las personas cercanas a los suicidas de los casos seleccionados para esta etapa.

**Resultados:** Hubo 1167 casos de suicidio en adultos mayores de 60 años, de los cuales el 88% fueron hombres. Las motivaciones principales en los hombres se debían a enfermedades físicas de índole crónica, terminal y/o discapacitante, mientras que en las mujeres predominó la enfermedad mental. Se identificaron inequidades/desigualdades en el nivel educativo, zona de residencia (urbano/rural), ocupación y condiciones de protección social (régimen de afiliación, logro de pensión, calidad y acceso a servicios de salud). Dichas inequidades fueron concordantes con los testimonios de familiares, quienes consideraron las condiciones de pobreza, abandono y desprotección social como agravantes de la condición de salud de los adultos mayores, y por lo tanto detonantes en la toma de decisión suicida.



## Trabajos presentados

### **Nivel de independencia de adultos mayores en actividades básicas de la vida diaria, Tenza, Boyacá, Colombia, 2017**

Bocanegra Horta, Diana Paola<sup>1</sup>, Martínez Durán, Máncel Enrique<sup>2</sup> y Morales Rivera, Álvaro Enrique<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Fundación Universitaria Juan N. Corpas/ Bogotá, D.C., Colombia, dianapaola23\_6@hotmail.com

<sup>2</sup> Fundación Universitaria Juan N. Corpas/ Bogotá, D.C., Colombia

<sup>3</sup> Fundación Universitaria Juan N. Corpas/ Bogotá, D.C., Colombia

**Motivación:** el objetivo 3 del Desarrollo sostenible busca garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades, es necesario conocer el nivel de independencia de los adultos mayores para cumplir con la dimensión social, comprometida con el mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades.

**Introducción:** el envejecimiento de la población plantea problemas en los próximos años, si conseguimos que las personas mayores lleven una vida más larga y sana, si logramos prolongar la vida en la parte central, los años extra pueden ser productivos como los de la juventud y la madurez; las sociedades que se adapten al cambio tendrán una ventaja competitiva sobre las que no logren hacerlo.

**Objetivos:** identificar las características demográficas y sociales de la población en estudio, establecer el nivel de independencia de acuerdo a la escala utilizada en el índice de Barthel.

**Materiales y métodos:** se hizo un estudio de prevalencia (Cross sectional), con una fase descriptiva retrospectiva, la población en estudio fueron los adultos de 60 y más años, residentes en el municipio de Tenza, Boyacá, Colombia, 2017. Se realizaron encuestas casa a casa en todo el pueblo. Los datos obtenidos fueron diligenciados en Epi info 7 del CDC y organizados en distribuciones de frecuencia que se presentan en gráficas y tablas, los resultados principales se midieron como proporciones e independencia.

**Resultados:** el 38,3% de tienen edades entre los 70 y 79 años, el 62,0% pertenecen al género femenino, el 42,9% estaban casados, el 86,4% tienen independencia para realizar las actividades básicas de la vida diaria, según el índice de Barthel.

**Conclusiones:** la mayor proporción de adultos mayores tienen edades entre los 70 y 79 años, son de sexo femenino con mayor frecuencia y pueden realizar las actividades básicas de la vida diaria sin ningún tipo de dependencia.



## Trabajos presentados

### **Análisis de la experiencia piloto de implementación del Modelo Integral de Atención en Salud para poblaciones dispersas en Colombia**

Adriana Ardila-Sierra. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Bogotá, Colombia.

María Alejandra Martínez-Rodríguez. Investigadora independiente.

Astrid Carolina Romero-Piñeres. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud FUCS. Bogotá, Colombia.

En 2012, en Guainía, departamento al suroriente de Colombia caracterizado por una población dispersa (menos de 1 habitante/km<sup>2</sup>) y mayoritariamente indígena (85%), inició el diseño de un nuevo modelo de salud. Allí, solo el 17% de habitantes recibía una consulta médica al año y las condiciones de vida y de salud eran peores que las de la mayoría de Colombia. En 2014 el nuevo modelo se convirtió en norma (un Decreto) y en 2016 se articuló al naciente MIAS (Modelo Integral de Atención en Salud) que orientaría a toda Colombia.

El MIAS en Guainía se empezó a implementar en mayo de 2016 y el pilotaje durará 5 años, siendo considerado el referente para zonas colombianas con población dispersa. Éste incluye la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) basada en la salud familiar y comunitaria, un enfoque intercultural acorde con el principio de diversidad étnica y cultural, y el enfoque de determinantes sociales y de gestión integral del riesgo.

Nuestra investigación se está ocupando de analizar esa experiencia de implementación. Es una investigación mixta, cuantitativa y cualitativa, que inició en diciembre de 2016 y durará 3 años. En esta ponencia se presentarán los resultados del análisis etnográfico del primer año de implementación relacionados con APS, con la estrategia de aseguramiento universal a través de un asegurador único - que es una novedad para el Guainía y para el país - y con la articulación de un hospital universitario recibiendo pacientes en Bogotá. En APS predomina el desarrollo de los servicios de salud junto con acciones intersectoriales incipientes y la participación de líderes indígenas que llaman a una mayor incorporación del saber ancestral al Modelo. El asegurador único, que es del régimen subsidiado, cubrió desde el primer año casi la totalidad de la población, aunque permanecían un par de aseguradores de población contributiva, con efectos sobre la financiación prevista. El impacto del asegurador único en el acceso efectivo a atención médica oportuna ha sido positivo e incluye el acceso a atención especializada de alta complejidad en la capital del país, mediante remisión y transporte aéreo.



## Trabajos presentados

### **Compra centralizada de medicamentos para la Hepatitis C en apoyo a la cobertura universal en salud en Colombia.**

Rivillas, Juan-Carlos<sup>1</sup>; Pérez, Angela-Viviana<sup>1</sup>, Meneses, Gloria<sup>1</sup>; Gómez-Muñoz, Carolina<sup>1</sup>; Ríos, Cielo<sup>2</sup>; Ramírez, Carlos-Mario<sup>3</sup>; Acuña, Lizbeth<sup>4</sup>; Rodríguez, Jaime<sup>5</sup>; Gomez, Bertha<sup>6</sup>; Walsh, Nick<sup>7</sup>; Gaviria-Uribe, Alejandro<sup>8</sup>

<sup>1</sup> Dirección de Medicamentos y Tecnologías en Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá.<sup>2</sup> Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá. <sup>3</sup> Asesor Despacho Ministro de Salud y Protección Social, Bogotá. <sup>4</sup> Cuenta de Alto Costo, Bogotá. <sup>5</sup> Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud IETS, Bogotá. <sup>6</sup> Organización Panamericana de la Salud OPS, Colombia.

<sup>7</sup> Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra. <sup>8</sup> Ministro de Salud y Protección Social, Bogotá.

**Motivación:** El alto costo es una de las limitaciones de los nuevos medicamentos para el tratamiento de la Hepatitis C. La OMS incluyó los medicamentos en la lista de medicamentos esenciales a nivel global y facilitó las negociaciones de precios directamente con los laboratorios que los producen, buscando facilitar el acceso al tratamiento de las personas que viven con Hepatitis C. La función de compra centralizada ha recibido relativamente poca atención en muchos países, en los cuales se continúan comprando medicamentos de una forma pasiva y no estratégica. Esto constituye un obstáculo en la realización progresiva de la cobertura universal en salud y la eliminación de las hepatitis virales al año 2030. En la reciente Cumbre Mundial de las Hepatitis Virales en Brasil, Colombia ofreció un ejemplo de compra centralizada que merece la pena destacar.

**Objetivo:** Describimos cómo la compra centralizada de medicamentos para la Hepatitis C apoya la cobertura universal en salud, impacta el financiamiento y la equidad en salud en Colombia.

**Metodología:** Primero, se revisaron las fuentes de información en el SISPRO para conocer el estado de la epidemia (SIVIGILA, Bancos de Sangre, RIPS, Suficiencia UPC y Recobros Fosyga). Segundo, a partir de los datos disponibles se llegó a un consenso para definir el número de medicamentos a adquirir mediante el Fondo Estratégico de la OMS. Y tercero, se identificaron tres rutas críticas para asegurar el éxito de la compra: gestión administrativa (fortalecimiento de la gobernanza para movilizar los recursos), gestión operativa (distribución de medicamentos a los prestadores de salud) y gestión clínica (seguimiento farmaco-terapéutico de los pacientes diagnosticados).

**Resultados:** Los datos para estimar una prevalencia en la población general fueron limitados. Sin embargo, el estudio de caso de inversión de 2017 (Center for Diseases Analysis, IETS, MSPS, INS, sociedades científicas y la OPS/OMS) estimaron una prevalencia de infecciones activas del 0.66% (325.000 personas infectadas) en Colombia. El Ministerio de Salud y Protección Social adquirió como piloto 1220 tratamientos a través del FE-OPS/OMS logrando reducciones de precio del 80%. Este número de tratamientos aumentará en 500 anualmente hasta alcanzar 60.000 tratamientos a 2030. El país espera en el mediano y largo plazo un impacto de la compra centralizada a tres niveles: i) mejorar la equidad en salud, ii) promover la eficiencia técnica en la distribución de los recursos de la salud, y iii) contribuir con la sostenibilidad financiera del sistema de salud.

**Palabras claves:** financiamiento salud, compra centralizada, medicamentos, cobertura universal en salud, hepatitis.



## Trabajos presentados

### **Costo efectividad de adicionar estrategias de equidad vertical a un programa para la prevención, detección y tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino en un país de Mediano Ingreso.**

Eslava-Schmalbach J<sup>1</sup>, Aponte J<sup>1</sup>, Elias V<sup>2</sup>, Reveiz L<sup>2</sup>, Garzón-Orjuela Nathaly<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Hospital Universitario Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

<sup>2</sup> Oficina de Gestión de Conocimiento, Bioética e Investigación. Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. Estados Unidos

**Motivación:** Existen estrategias diseñadas para promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer cervical, con eficacia demostrada para evitar la muerte asociada a ella. Pero esta enfermedad sigue presentando aún una carga importante en la mortalidad por cáncer en la mujer, por tanto, puede considerarse una enfermedad en la que se configuran inequidades en salud afectando en mayor proporción poblaciones en situación de desventaja social. Este problema en salud puede ser abordado con diferentes estrategias de equidad que podría incurrir en gastos monetarios distintos, al tiempo que el impacto en salud resultaría diferencial para cada estrategia.

**Objetivo:** Comparar la costo-efectividad de implementar un programa para la prevención, detección y tratamiento del cáncer de cuello uterino en un país de mediano ingreso, con estrategias de equidad horizontal (HES) comparándolas con estrategias de equidad horizontal y vertical combinadas (V+HES).

**Metodología:** Análisis económico de costo-efectividad utilizando un modelo de Markov simplificado de la historia natural del cáncer de cuello uterino. La efectividad de la comunidad fue estimación de la calidad de la atención brindada. Se utilizó una perspectiva social en 3% tasa de descuento. HES, V+HES y estrategia deseada de equidad horizontal (DS, costos y efectividad similares por quintiles de ingresos -IQ) se compararon con sin intervención (NI). Se utilizaron tres escenarios: 1. Distribución de la población igual por IQ y mayores costos para V+HES; 2. Distribución diferencial por IQ y mayores costos para V + HES; 3; Distribución diferencial por IQ y costos moderados para V + HES. Se realizó un análisis de sensibilidad.

**Resultados:** En el primer escenario se observó que, si bien hay diferencias de costos entre las diferentes estrategias, siendo el menor costo 'Sin intervención' y el más costoso el de la adición de una estrategia de equidad vertical V+HES, las diferencias de efectividad no son tan marcadas. En el segundo escenario se observan diferencias mayores en las ganancias de efectividad cuando se implementan los programas. Así, cuando se trata de una

mayor proporción de población con bajos ingresos a ser diferencialmente favorecida, los resultados en salud resultan mayores, y con esto las ICER disminuyen. Con respecto al tercer escenario, se observa una reducción en la ICER en la V+HES, por cuenta de la reducción de los gastos, que para efectos del presente ejercicio hipotético podría corresponder a una intervención de equidad vertical aún más atractiva.



## Trabajos presentados

### **Evaluation of Health Technologies in the hospital setting in Colombia: experience of the University Hospital Fundación Santa Fe de Bogotá, 2018.**

Henry Gallardo, Alejandra Taborda, Darío Londoño y Juan Pablo Uribe. Fundación Santa Fe de Bogotá

**Motivation:** Hospital-based health technology assessment (HTA) is an area of recent development in Colombia. Fundación Santa Fe de Bogotá is one of the few institutions in the country with a specialized unit focusing in this area which aims to generate superior value for patients: achieve better outcomes at a reasonable cost. Fundación Santa Fe de Bogotá is a private entity whose experience in the management of innovative technologies and interventions in health is a reference for the provision and financing of health care in Colombia.

**Objective:** To describe the experience of a hospital-based HTA unit in Colombia, the types of appraisals and their possible impact on health.

**Methodology:** Descriptive study of the two-year evolution of the HTA unit and its effect within the institution. We describe the number of studies performed, types of technologies analyzed, therapeutic areas, personnel involved and the effect of the recommendation on decision-making. This model is used in some hospitals in Canada, France, Denmark, the United States, Spain and Sweden.

**Results:** The HTA unit at Fundación Santa Fe has developed enough assessments in the areas of orthopedics, urology, infectology and internal medicine. The following technologies were deemed cost-effective (assuming a cost-effectiveness threshold of one GDP per capita) from the perspective of the Colombian health system and the university hospital: 1. Green light laser for the treatment benign prostatic growth (ICER USD 4452/QALY), 2. Tranexamic acid in complete knee and hip joint replacements (Dominant), 3. GeneXPERT MTB / RIF for the diagnosis of tuberculosis (ICER USD 97,6/diagnosed case). In all cases, uncertainty was controlled through deterministic and probabilistic sensitivity analysis, also the assessment were led by a professional in health economics with the support of epidemiologists and clinical experts of the institution, thus facilitating the uptake of the recommendations.

**Keywords:** health technologies evaluation, university hospital, Bogotá-Colombia.



## Trabajos presentados

### **Inclusion of the societal perspective in economic evaluations in health in Colombia: results of three studies.**

Darío Londoño, Cindy Chamorro, Alejandra Taborda y Juan Pablo Uribe. Fundación Santa Fe de Bogotá

**Motivation:** At Fundación Santa Fe de Bogotá we have adopted the perspective of "society" in different economic evaluations, meaning that indirect costs of patient and caregivers and out-of-pocket expenses assumed by families must be included in addition to direct medical costs. A societal perspective in economic evaluation is valuable to inform decisions that have a broader impact outside the healthcare system.

**Objective:** to analyze the results of the estimation of indirect costs and out-of-pocket expenses of three economic evaluations in order to understand the magnitude of the cost assumed by patients and families.

**Methodology:** Descriptive analysis of the results of a survey applied to patients and caregivers in three economic evaluations performed in Colombia in 2017: two related to dengue and one about lysosomal storage disease. For the estimation of out-of-pocket expenses, each economic evaluation used the human capital approach. For indirect costs, the studies employed the number of days lost due to illness, as reported by patients and caregivers, which were valued using the average daily income.

**Results:** the costs associated with dengue were estimated in two municipalities of Colombia: Girardot and Armenia. In the first case "Girardot", the indirect costs for a patient were USD 54 and for the caregiver USD 46, the out-of-pocket expenses assumed by an average family were USD 37 and the greatest impact on the monthly budget occurs in families with income of less than 1 SMMLV (monthly minimum wage, around USD 254) (equivalent to 20% of their income). In the second case, "Armenia" out-of-pocket expenses represent 50% of the family's budget. For the third study, indirect costs were estimated in patients with lysosomal storage disease, specifically Fabry, Gaucher and Hunter, which were USD 2,322, USD 3,034, USD 2,530 respectively.

**Keywords:** health economic evaluation, social perspective, indirect costs, out-of-pocket expenses, public health.



## Trabajos presentados

### Reorganización del Sistema de Salud de Bogotá

Luis Gonzalo Morales Sánchez , Secretaría Distrital de Salud

Mediante el Acuerdo 641 del 2016, el Alcalde Peñalosa y el Secretario de Salud Luis Gonzalo Morales, reestructuraron completamente el sistema de salud capitalino. Persiguiendo un modelo de salud que sirviese como fundamento para una Bogotá Mejor Para Todos—es decir, una ciudad que cuente con un sistema de salud (tanto colectiva como individual) de la mejor calidad y que opere bajo criterios de eficiencia y de equidad, se implementaron los siguientes cambios:

1. Nuevo modelo de Prestación de Servicios: a. Fusión de 22 hospitales públicos en 4 subredes unificadas para disminuir la competencia por pacientes y la fragmentación de servicios y aumentar la calidad en la atención y eficiencia administrativa. b. 40 Centros de Atención Prioritaria en Salud: Ubicados estratégicamente y ofertando servicios altamente demandados por la población local. Cuentan con especialistas básicos, laboratorios y farmacias. Unidades altamente resolutivas. c. 8 nuevas Unidades Médicas Hospitalarias Especializadas. d. 5 Proyectos de Asociación Público Privada (primeros en el país). e. Salud Digital: Call center distrital, sistema unificado de información, agendamiento digital.
2. Nuevo modelo de Gestión del Riesgo Colectivo: Salud Urbana. Priorización de poblaciones y problemáticas en salud mediante el uso útil de la información y la implementación de intervenciones basadas en evidencia científica y mejores prácticas para disminuir los riesgos y potenciar los factores de protección tanto individuales como colectivos asociados con la vida en una ciudad como Bogotá.
3. Nuevo modelo de remuneración por desempeño (pago integral por actividad final) logrando un equilibrio entre eficiencia, calidad, disponibilidad y cobertura en la prestación de servicios individuales.
4. Nuevo modelo de Gobernanza: 1) Comité Directivo de red: primer instancia en la ciudad en la cual la Secretaría Distrital de Salud, Capital Salud EPS y las subredes se unen para administrar de manera coordinada. 2) Consejo de Seguridad Social en Salud: Máximo organismo asesor del sector salud, 3) Comité Intersectorial de Salud: Identificación e intervención de los determinantes sociales en salud y coordinación de roles con sectores relevantes.
5. Entidad Asesora de Gestión Administrativa y Técnica: Entidad encargada de las compras de bienes y servicios para el sector público a través de una metodología de subastas inversas minimizando la discrecionalidad, el clientelismo y la corrupción.
6. Instituto Distrital de Ciencia, Biotecnología e Innovación en Salud: Entidad encargada de investigación, innovación y gestión del conocimiento en ciencias biomédicas y la provisión de servicios e insumos biológicos humanos. Centro de referencia nivel Latino Americano.

#### Algunos Resultados:

- 360.000 consultas en 20 CAPS.
- Disminución del 50% en el tiempo de espera para agendar un cita
- Aumento del +600% en los puntos de atención al usuario (17 a 103)
- Eliminación del 50% de las autorizaciones para acceder a servicios de salud
- 116% Disminución en hacinamiento en urgencias
- \$62 mil millones en ahorros de gastos administrativos
- 7/10 trabajadores son personal asistencial
- 0 muertes por desnutrición infantil
- Primer transplante de celular de cordón umbilical en el país.





## Trabajos presentados

### **Un modelo de microsimulación dinámica para estimar la situación de salud de la población en el Departamento de Risaralda - Colombia a 2050 con base en factores de riesgo**

Sandra Camacho, Norman Maldonado, Enriqueta Cueto, Kelly Chacón\*, Diana Castaño, Andrea Díaz, Sergio Hernandez, Fernanda Zarate, William GarcíaY Carlos Arango. Fundación Salutia

**Objetivo:** Estimar la morbilidad y mortalidad de enfermedades cardiometabólicas a partir de factores de riesgo en una población de Colombia para el periodo 2010-2050 con un modelo de microsimulación dinámica

**Metodología:** A partir de diversas fuentes de información oficiales se crea una sociedad artificial que reproduce los datos de factores de riesgo y desenlaces en salud observados en Risaralda, Colombia, que sirven como estado inicial de sistema complejo. Posteriormente se definen un conjunto de reglas en el tiempo para el comportamiento de los factores de riesgo priorizados con base en literatura, datos observados y estimaciones propias. Asimismo usando modelos de sobrevivencia se calcula el riesgo de enfermar y se generan desenlaces de morbilidad y mortalidad para cada individuo de la sociedad artificial. Partiendo del estado inicial la sociedad artificial evoluciona siguiendo estas reglas y permite estimar los indicadores de factores de riesgo y de desenlaces entre 2010 y 2050 a partir de microdatos simulados. Los factores protectores y de riesgo analizados en este estudio son consumo de frutas y verduras, actividad física, colesterol total, colesterol HDL, sobrepeso y obesidad, tabaquismo, glicemia, y tensión arterial sistólica. Los desenlaces de interés son morbilidad y mortalidad de enfermedad cardio-metabólica.

**Resultados:** Preliminarmente se observa que la prevalencia de tabaco puede aumentar

de 12% en 2010 a un 23% en el 2050, sin las intervenciones contempladas en el convenio marco para el control de tabaco. En general los factores de riesgo tienden a incrementar su prevalencia, mientras que los factores protectores describen un comportamiento en "meseta". Se espera que para el año 2050 se tripliquen las personas que han tenido un evento isquémico coronario.

**Conclusiones:** De acuerdo a los hallazgos de este estudio, el comportamiento creciente de factores de riesgo y la estabilización de los factores protectores en la población de Risaralda, exige modificaciones de los entornos mediante intervenciones intersectorial que promueva para contrarrestar el riesgo de enfermar por eventos cardio-metabólicos. El modelo de microsimulación proporcionan argumentos basados en evidencia para el trabajo de incidencia política necesario para movilizar a otros sectores.

**Palabras clave:** Enfermedades cardio-metabólicas, factores de riesgo, factores protectores, microsimulación dinámica, morbilidad.



## Trabajos presentados

### **Gobernanza del aire como estrategia de promoción de la salud en un sistema de Salud. Caso Bogotá.**

Hernández-Florez, L.J. ; Pinzón-Silva, D.C. Y Cortes M. Universidad de los Andes

**Motivación:** La participación de la sociedad para el seguimiento de la calidad del aire en la ciudad de Bogotá es fundamental para garantizar la gobernanza del aire, donde se establezca un canal de comunicación directo entre la ciudadanía y el gobierno.

**Objetivo:** Realizar una experiencia de Gobernanza del aire como estrategia de un sistema de salud en Bogotá.

**metodología:** Se desarrolló una página web con la colaboración de la vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad de los Andes. Allí se presenta primero un video instructivo referente a la calidad de aire como son las métricas, las recomendaciones y finalmente los canales de comunicación para establecer quejas con los entes encargados. Seguido, la persona ingresa y puede revisar en tiempo real la calidad del aire de la ciudad con parámetros nacionales y parámetros internacionales. El link de acceso es <https://governanzadelaire.uniandes.edu.co/>, .

**Resultados:** Se formaron 152 cuidadores y a 193 profesionales de salud Bogotá en los temas de gobernanza del aire. En la evaluación después de la capacitación, 123 profesionales de la salud (63,7 %) y 118 personas de la comunidad (77,6%),  $p < 0,05$  mostraron adecuados conocimientos y prácticas para favorecer la gobernanza del aire. La Gobernanza no es participación es Cogestión y empoderamiento de la ciudadanía y la sociedad civil en la gestión por la calidad del aire.



## Trabajos presentados

### **La ciencia, la tecnología y la innovación en salud como estrategia dentro del Sistema de Salud en Bogotá: experiencia local**

Solangel García-Ruiz. Secretaría Distrital de Salud

Luis Jorge Hernández. Universidad de los Andes

**Motivación:** Una de las Funciones Esenciales de la Salud Pública es la Investigación ( función esencial numero 10), la cual plantea a la ciencia, la tecnología y la innovación como una estrategia para avanzar en el desarrollo del sistema de salud incorporando en un ejercicio de traducción del conocimiento , los resultados de la investigación, la innovación y la tecnología.

**Objetivo:** Compartir el proceso de construcción y desarrollo de los lineamientos de política en Ciencia, tecnología e Innovación para la salud y la agenda de conocimiento para la salud y su desarrollo dentro del Sistema de Salud para la ciudad de Bogotá.

**Metodología:** A partir de un proceso participativo, con grupos de conversación entre la Secretaría de Salud de Bogotá, las Subredes de prestación de Servicios, Aseguradoras, Prestadores, Academia y ciudadanía se definió una metodología para la gestión de la investigación a nivel local. Se propuso una agenda de investigación centrada en la vida, que reconoce los procesos de salud enfermedad, las diversidades culturales, políticas y económicas y en las interseccionalidades entre los sistemas sociales naturales, los sistemas sociales humanos, los sistemas sociales artificiales, la salud y la enfermedad. En el centro de las intersecciones se encuentra la vida en todas sus manifestaciones (humana, animal, vegetal), con sus diversidades e interseccionalidades y con los procesos de salud – enfermedad; y desarrollo de la misma.

**Resultados:** Comprender la salud como un campo de conocimiento donde se interactúa, desde distintos saberes disciplinares, sectoriales, etc y a partir de allí la definición de lineamientos de política en Ciencia, tecnología e innovación para la salud que incluye la gobernanza, el fortalecimiento de las capacidades, la apropiación social del conocimiento y el desarrollo local con los distintos actores del sistema y la construcción de una agenda de conocimiento que incluye tres campos alrededor de: las relaciones entre los sistemas sociales humanos y los sistemas naturales para la vida, la salud y la enfermedad, las relaciones entre los sistemas sociales humanos y el sistema social artificial para la vida, la salud y la enfermedad y las relaciones entre los sistemas sociales naturales y los sistemas sociales artificiales para la vida, la salud y enfermedad.



## Trabajos presentados

### **Capacitación en Atención Primaria en Salud y calidad de la atención prenatal en Bucaramanga, Colombia**

Myriam Ruiz-Rodríguez, Laura Andrea Rodríguez-Villamizar, Wendy Cleves Ruíz  
Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander

**Objetivo:** Evaluar la asociación entre la capacitación en Atención Primaria en Salud (APS) del personal médico y el cumplimiento del protocolo del programa de control prenatal (PCPN) en centros públicos de atención primaria en Bucaramanga, Colombia.

**Métodos:** Estudio observacional analítico de corte transversal. Se seleccionó aleatoriamente una muestra de los registros médicos del total de gestantes atendidas en los centros de atención primaria de la red pública durante 2012. Se revisaron las historias clínicas usando una lista de chequeo que incluyó todos los aspectos contemplados en el protocolo de atención prenatal a nivel nacional. La proporción del cumplimiento del protocolo del PCPN se tomó como la variable dependiente y la variable independiente de interés fue la capacitación previa en APS de los profesionales de medicina. La modelación de la asociación cruda y ajustada ente estas variables se hizo usando un modelo de regresión de respuesta fraccional probit.

**Resultados:** Se revisaron un total de 838 registros clínicos de gestantes que fueron atendidas en el PCPN. La proporción mediana de cumplimiento del protocolo de PCPN expresada como porcentaje fue de 76,5%. Controlando por algunas características de la atención prenatal, la capacitación previa en APS por parte del profesional médico mostró estar asociada con un incremento promedio de 9% del cumplimiento del protocolo del PCPN ( $\beta=0,09$ ; IC95%: 0,01-0,16).

**Conclusiones:** La capacitación teórica en APS tiene un efecto positivo sobre el cumplimiento del protocolo PCPN como surrogado de la calidad de atención prenatal por parte de los profesionales en medicina.



## Trabajos presentados

### **Construcción de capacidades en líderes comunitarios en Atención Primaria en Salud en Colombia**

Erwin H. Hernández-Rincón MD MSc PhD<sup>1</sup>, Francisco Lamus-Lemus MD MSc Mph<sup>1</sup>, Concepción Carratalá-Munuera MSc PhD<sup>2</sup>, Domingo Orozco-Beltrán MD PhD<sup>2</sup>, Carmen L. Jaramillo-Hoyos<sup>3</sup>, Gloria Robles-Hernández<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Centro de Estudios en Salud Comunitaria, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana (Colombia), <sup>2</sup> Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández (España), <sup>3</sup> Consorcio para el Desarrollo Comunitario (Colombia)

**Introducción:** Desde 1978 la OMS consideró la importancia de la Atención Primaria para mejorar la salud de las personas, familias y comunidades, con equidad y mejores condiciones sociales. En 2011, Colombia incluyó el enfoque normativo de Atención Primaria para avanzar en las prioridades de salud y superar un sistema hasta entonces curativo y basado en los servicios hospitalarios.

**Metodología:** Se describe una intervención en salud tipo investigación-acción participativa, realizada en comunidades colombianas con el propósito de empoderar a sus miembros como actores sociales para el cambio de su realidad sanitaria. Incluyó ocho organizaciones comunitarias de Bogotá y Cundinamarca y se realizó en tres etapas: (i) formación de líderes comunitarios en la formulación e implementación de iniciativas para mejorar la salud; (ii) implementación de planes de mejoramiento en atención primaria de salud en cada organización, sobre los problemas de salud más relevantes y (iii) sistematización de la experiencia y aprendizaje del proceso.

**Resultados:** Se formaron 28 líderes comunitarios que formularon e implementaron ocho planes de mejoramiento para la resolución de los problemas de salud más relevantes: protección de espacios públicos para la actividad física en niños; prácticas familiares para la alimentación en niños; articulación de la red de beneficiarios hacia la promoción de salud; articulación de la red de prestación de servicios para el habitante de la calle; articulación terapéutica para la discapacidad cognitiva; mujeres sin violencia, maltrato infantil, e integración de salud y educación en el currículo escolar. Las lecciones aprendidas fueron: el desarrollo de capacidades en atención primaria, la aproximación al desarrollo de condiciones intra e interinstitucionales y el manejo de procesos de apropiación comunitaria.

**Conclusiones:** La intervención permitió desarrollar iniciativas de atención primaria de distintos tipos de organizaciones y problemáticas, entre las que se destacan la comprensión de los participantes de su rol como gestores de salud, el fomento de la participación comunitaria, y la importancia de la acción intersectorial.



## Trabajos presentados

### ¿Cómo llegar a las niñas y mujeres más difíciles de alcanzar? Oportunidades de los servicios de salud sexual y reproductiva en escenarios de conflicto armado en Colombia.

Rivillas, Juan-Carlos<sup>1</sup>; Devia-Rodriguez, Raul<sup>2 3</sup>; Song, Gloria<sup>4</sup>; Martel, Andréanne<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Iniciativa de Investigación en Servicios y Sistemas de Salud, Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle, Cali, Colombia. <sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad del Valle, Cali, Colombia. <sup>3</sup> Postdoctoral Fellow, Center for Advanced Orthopaedic Studies BIDMC, Harvard Medical School, Boston, USA. <sup>4</sup> Estudiante doctorado, Faculty of Law, University of Ottawa, Canada. <sup>5</sup> Canadian Council for international Co-operation (CCIC), Ottawa, Canada.

**Motivación:** La buena salud de las niñas y las mujeres es esencial para el desarrollo sostenible, y aunque algunos aspectos han mejorado en las últimas décadas sustancialmente, como es el caso que las prioridades de la salud de la mujer ahora se centren en un marco más amplio de derechos y de salud sexual y reproductiva, todavía hay mucho trabajo por hacer para poner a las niñas y mujeres primero en las políticas. En particular, aquellas más vulnerables en situaciones de conflicto y post-conflicto.

**Objetivo:** Este análisis descompone la desigualdad en el acceso a los servicios de salud sexual, reproductiva y materna entre mujeres afectadas por el conflicto armado en Colombia.

**Metodología:** Esto se logró a través de los siguientes enfoques: En primer lugar, evaluamos las brechas y gradientes en tres indicadores (planificación familiar, atención prenatal y partos con personal calificado). En segundo lugar, analizamos los patrones de desigualdad y los cambios a lo largo del tiempo (índice de desigualdad de la pendiente para describir brechas, y el índice de concentración para describir gradientes). Y finalmente, identificamos desafíos y oportunidades para llegar a las niñas y mujeres que son las más difíciles de alcanzar en contextos de conflicto armado. Las fuentes de datos utilizadas incluyen el SISPRO, Registro Nacional de Víctimas, DANE y ENDS 2005, 2010 y 2015.

**Resultados.** Nuestros hallazgos muestran que a pesar que las desigualdades absolutas disminuyeron con el tiempo, las desigualdades relativas permanecieron sin cambios y en algunos casos empeoraron. Todas las medidas indicaron un patrón de desigualdad común: exclusión marginal y patrones incrementales de desigualdad en los servicios evaluados. En resumen, el conflicto armado ha amenazado el progreso de la salud sexual, reproductiva y materna y reforzado las inequidades ya existentes en Colombia. A partir de la evidencia generada es posible identificar algunos mensajes claves que incluyen:

- i) Necesidad de comprender los distintos patrones de desigualdad identificados en este estudio, con el fin de implementar mejores respuestas orientadas a la equidad.
- ii) Adaptar servicios de salud centrados en las personas y acercarlos a las niñas y mujeres con necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva.
- iii) Reforzar las estrategias con enfoque de equidad de género en las regiones con las tasas más altas de víctimas del conflicto armado, con el objetivo de reducir la exclusión social.

Este trabajo se encuentra en publicación para la edición especial de Maternal Health Force Task: Neglected Populations de PLOS ONE Medicine 2018.

Palabras claves: mujeres, salud sexual y reproductiva, desigualdades, grupos vulnerables, conflicto.



## Trabajos presentados

### **Sistema de salud amigable con adolescentes y jóvenes: implementación del modelo de servicios de salud con enfoque diferencial en Colombia**

Ríos Julianay Liscano Laura. Gerencia de Proyectos e Investigaciones, Profamilia, Colombia.

**Motivación:** El acceso a información, educación y servicios en sexualidad, salud sexual y salud reproductiva contribuye a empoderar a los adolescentes y jóvenes para que desarrollen todo su potencial. En las últimas décadas, los países han avanzado en términos de prestar servicios de salud con un enfoque diferencial, en especial para adolescentes y jóvenes. Colombia, a partir de 2008 llevó a cabo la implementación del modelo de servicios de salud amigables para jóvenes. El Ministerio de Salud y Protección Social impulsó el desarrollo de servicios amigables para adolescentes y jóvenes en todos los municipios. Sin embargo, la implementación de este modelo no ha sido inmediata y en muchos casos no ha sido implementado, no se conoce o el proceso de implementación aún es incipiente.

**Objetivo:** Este estudio indagó sobre el estado de la implementación del modelo de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en municipios de seis departamentos de Colombia (Magdalena, La Guajira, Córdoba, Antioquia, Chocó y Meta).

**Metodología:** El estudio se realizó a través de un enfoque cualitativo con tres instrumentos diferentes de investigación orientados a recolectar datos de los actores clave en la implementación del modelo de servicios amigables: prestadores de servicios de salud (ESE municipal), tomadores de decisiones (representante Secretaría de Salud) y jóvenes del municipio. El instrumento aplicado a las ESE municipales combinó elementos de observación dirigida y de entrevista estructurada. Para tomadores de decisiones se utilizó el instrumento de entrevista semi-estructurada y con los jóvenes el grupo focal. El diseño de los instrumentos aplicados se basó en la oferta de los servicios de salud y en el involucramiento de los informantes clave a nivel municipal.

**Resultados:** Este estudio permitió evidenciar variaciones significativas del estado de implementación del modelo de servicios de salud amigables entre los municipios analizados. Sin embargo, fue posible identificar retos comunes e importantes que merecen atención para garantizar una exitosa implementación. En particular, la necesidad de fortalecer la coordinación intersectorial para apoyar la implementación del modelo, e incluir y reconocer a los adolescentes y jóvenes de los mismos municipios como actores clave para lograrlo.

Palabras claves: adolescentes, jóvenes, servicios de salud, enfoque diferencial



## La reunión en fotos





