



hsr2020
SIXTH GLOBAL
SYMPOSIUM ON
HEALTH SYSTEMS
RESEARCH

Pre-Conferencia Regional Health Systems Global en preparación al VI Simposio Mundial "Re-imaginando los sistemas sanitarios para mejorar la salud y la justicia social"

COLOMBIA

25 de noviembre, 2019
Auditorio Alfonso Quintana,
Pontificia Universidad Javeriana
Bogotá, Colombia

Instituciones participantes

Instituciones convocantes



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



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

Instituciones adherentes



Universidad del Rosario
<https://www.urosario.edu.co/>



Universidad de Antioquia
<http://www.udea.edu.co/>



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



Hospital Universitario San Ignacio
<https://www.husi.org.co/inicio>

Presentación

Simposio Global Health Systems Global 2020 en Dubai

Health Systems Global (HSG) es la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud que convoca cada dos años a referentes académicos, tomadores/as de decisiones de política sectorial y miembros de la sociedad civil a participar en su Simposio Global.

Luego de los encuentros de Montreux 2010, Beijing 2012, Cape Town 2014, Vancouver 2016 y Liverpool 2018, Dubai 2020 fue elegida como la próxima sede del encuentro mundial. En esta ocasión, el eje temático principal es "Re imaginando los sistemas sanitarios para mejorar la salud y la justicia social".

Dentro de este marco, se organizó un **ciclo de pre-conferencias de HSG para la región de las Américas**, orientadas a abrir el intercambio regional sobre las temáticas de sistemas y servicios de salud, en preparación al encuentro global de Dubái.

Pre-conferencias nacionales

La organización de este **segundo Ciclo de Pre-Conferencias en las Américas** tuvo como motivación principal la necesidad de potenciar el debate sobre el diseño y la implementación de políticas orientadas a alcanzar sistemas y servicios de salud más equitativos y efectivos, aportando una perspectiva desde Latinoamérica y el Caribe. Ello permite enriquecer la discusión global con los debates, la investigación y las experiencias del subcontinente.

El propósito de estos eventos es doble: por una parte, busca generar espacios de intercambio nacional sobre experiencias y visiones transformadoras que alimenten un debate necesario sobre los sistemas de salud, procurando, en su conjunto, el desarrollo de espacios regionales a partir de estos intercambios. En segundo lugar, se espera fortalecer a los trabajos seleccionados en cada pre-conferencia para aumentar sus posibilidades de aceptación al momento de ser presentados en el llamado global de resúmenes para el **VI Simposio del Health Systems Global a llevarse a cabo Dubái** en noviembre del 2020, y cuya fecha de cierre es el 6 de febrero del 2020.

Con el propósito de reunir a investigadoras/es y tomadoras/es de decisiones en salud de Colombia, la propuesta de esta pre-conferencia implica:

*Abrir la convocatoria a 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 y del Caribe en la convocatoria abierta del Simposio Mundial en Dubái 2020.

*Fortalecer la presencia latinoamericana en el Simposio Global.

Daniel Maceira, Ph.D.
Miembro del Comité Ejecutivo de Health Systems Global,
Representante para Las Américas



Comité organizador

Referente Health Systems Global



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 de la Carrera de Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesor Titular de la Cátedra de Organización Industrial, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires (UBA). Asimismo, participa como docente de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Torcuato Di Tella, de la Maestría en Gestión de Políticas Públicas de FLACSO, y en programas de postgrado en varias universidades provinciales en Argentina. Ha colaborado con una amplia gama de organizaciones, entre ellas el Centro Internacional para el Desarrollo de la Investigación (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; la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD); la Agencia Estadounidense para el Desarrollo (USAID); la Fundación Interamericana (IAF); el Global Development Network; el Fondo Global para el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis; Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI Alliance), entre otras. Cuenta con numerosas publicaciones en revistas especializadas nacionales e internacionales, y ha tenido extensa participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica en varios países en desarrollo, especialmente en América Latina y el Caribe. Desde 2016 es Miembro del Executive Board de Health Systems Global, la sociedad internacional en sistemas y servicios de salud, de la cual es parte del Executive Board, Tesorero y detenta la Silla de las Américas hasta Octubre de 2020.

Referente Institución anfitriona



Enrique Peñaloza Quintero . Director del Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana. Profesor titular. Odontólogo, Especialista en Gestión de la Salud con énfasis en Seguridad Social, Especialista en Política Social, Máster en Estudios Políticos de la Universidad Javeriana y Doctor en Estudios políticos de la Universidad Externado de Colombia. Director del grupo de investigación "Política y economía de la salud". Sus campos de investigación sobre determinantes de la salud, servicios de salud, políticas públicas y economía política de la salud.

Comité evaluador

Comité organizador evaluador



Nelson Rafael Alvis Guzmán MD. MSc. Ph.D Médico y Cirujano, 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. Cerca de 400 artículos en revistas indexadas. Áreas de experticia: Evaluación Económica de Tecnologías Sanitaria con énfasis en vacunas, Epidemiología, Sistemas de Salud y Sistemas y Gestión Hospitalaria



Jairo Humberto Restrepo Zea. Profesor titular, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Antioquia. Economista y Magíster en Gobierno y Asuntos Públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - FLACSO. Sus campos de investigación son Economía pública, Economía de la salud y seguridad social. Presidente, Asociación Colombiana de Economía de la Salud (ACOES) desde 2008. Presidente, Asociación de Economía de la Salud de América Latina y el Caribe (AES-LAC), 2018-2019.



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.



Paul Andrés Rodríguez Lesmes. Profesor principal de Carrera de la Facultad de Economía de la Universidad del Rosario. Economista, Magister en Economía y Doctor en Economía de la University College London. Sus campos de investigación son: Economía de la salud, economía de la educación y Microeconomía aplicada. Tiene amplia experiencia en procesamiento de datos, modelado econométrico y diseño de encuestas.



Liany Katherine Ariza Ruíz. Antropóloga, Universidad Nacional de Colombia. Magistra en Investigación Social Interdisciplinaria, Universidad Distrital Francisco José de Caldas. Experiencia en investigación cualitativa en: Salud materna, salud de los trabajadores, salud sexual y reproductiva y VIH/Sida.

Comité organizador evaluador



Viviana Ramírez Correa. Asistente de dirección, Instituto de Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana. Estudiante de noveno semestre de Administración de empresas de la Pontificia Universidad Javeriana.



Noelia Cabrera es licenciada en sociología por la Universidad Nacional de la Plata y estudiante avanzada de la Maestría en Sociología Económica del Instituto de Altos Estudios Sociales. Desde 2016 se desempeña como investigadora en el Centro de Estudios de Estado en Sociedad (CEDES) en proyectos sobre alimentación y políticas públicas. Es integrante del área de Políticas de Investigación y de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Investigación para la Salud (DIS), Ministerio de Salud y Desarrollo Social, donde realiza evaluaciones y asesoramiento metodológico a proyectos de investigación y artículos científicos cualitativos.

Programa de la pre-conferencia en Bogotá

	Título	Autoras/es	Institución
08:30-09:00	Inscripción		
9:00 – 09:05	Bienvenida del Comité Organizador Local		
09:05-09:15	Misión y estrategia de HSG en América Latina y el Caribe	Daniel Maceira	CEDES & Health Systems Global Board
09:15-09:20	Grupos de trabajo temáticos y voces emergentes en América Latina y el Caribe	Diana Cuervo	TWGs y Evs; Health Systems Global
Panel I: Estudios de caso de gestión sanitaria			
09:30 – 11:00	Moderador: Jaime Ramírez		
	Asociación de la reorganización del sistema de prestación de servicios de salud del Distrito Capital con acceso a servicios ambulatorios y desenlaces clínicos en pacientes adultos con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial	Laura Saldaña, Giancarlo Buitrago, Juan Sebastián Castillo, Luis Gonzalo Morales, Manuel Sáenz & Javier Maldonado	Universidad Nacional de Colombia / Secretaría Distrital de Salud
	Seroprevalencia de hepatitis B en población de 5 a 10 años en zonas con probable circulación del virus en Colombia, 2019	Rocío Murad & Sandra Sánchez	Asociación Profamilia
	Organización y funcionamiento del servicio amigable para adolescentes y jóvenes en Duitama, Boyacá. Un análisis desde la perspectiva de la oferta y la demanda	Luis Rentería Cabrera, Ileana Heredia Pi, Blair Darney, María González Robledo	Instituto Nacional de Salud de México
	Evaluación de la integración de las acciones colaborativas en TB/VIH en Santiago de Calo, Valle del Cauca, 2016	Sara Maria Cobo Viveros & Constanza Díaz Grajales	Centro Médico Imbanaco / Universidad del Valle
11:00 - 11:30	Coffee Break		
Panel II: Argumentos estratégicos en la gobernanza del sistema de salud colombiano			
11:30-13:00	Moderador: Jairo Humberto Restrepo		
	Identifying values in the health policy decision - making processes about health - system financing in Latin America: A critical interpretive synthesis	Marcela Vélez, Michael Wilson, John Lavis, Julia Abelson & Iván Florez	Universidad de Antioquia
	Relación entre la evidencia de la investigación y los factores políticos que influyen en las agendas y decisiones. Un estudio de caso explicativo de dos políticas de salud en Colombia.	Daniel Felipe Patiño Lugo, John Lavis, Mita Giacomini & Brian Haynes	Universidad de Antioquia / McMaster University
	Pooling the pool: Overcoming obstacles to progress on UHC in extension of service coverage and financial protection in Colombia	Sandra Camacho, Norman Maldonado & Carlos Arango	Fundacion Salutia/Proesa- Universidad ICESI
	La institucionalización del derecho a la salud en Colombia: la tensión entre la transformación y la persistencia	Gabriel Otálvaro Castro, José Velásquez Escobar, Claudia Vélez, Daniel Patiño Lugo, Victor Gonzales Quintero & David García Arias	Universidad de Antioquia
13:00 – 14:00	Almuerzo		

Programa de la pre-conferencia en Bogotá

Panel III: Derecho a la salud y grupos vulnerables

14:00 – 15:30 Moderador: Paul Andrés Rodríguez Lesmes

Conflictos bioéticos en la atención primaria en salud, en poblaciones indígenas	Fernando Calvache & Rodrigo Bermúdez	Universidad del Valle / Universidad del Cauca
Roles de género, sexualidad y violencia basada en género en edades tempranas: cohorte de 6645 niñas y niños entre 9 y 11 años de edad en Colombia	Andrea Arenas Duque, Daniela Roldán & Juan Carlos Rivillas	Asociación Profamilia
Plan participativo de salud y nutrición del pueblo indígena Misak, Colombia	Leidy Hurtaro Muelas, Regina Plaza & Asdrúbal Plaza Calvo	Cabildo de Guambia
¿Cómo adaptar los servicios de Salud Sexual y Reproductiva a las necesidades y circunstancias de las personas con experiencia de vida trans?	Ángel Mendoza, Natalia Acevedo, Luz Janeth Forero; Juan Carlos Rivillas, Mariana Calderón Jaramillo	Asociación Profamilia

15:30 - 16:00 Coffee Break

Panel IV: Gestión de salud y equidad

16:00-17:30 Moderadora: Liany Katherine Ariza

Inequidades en la atención y prevención de la violencia sexual en mujeres y niñas migrantes venezolanas en Colombia: análisis en un contexto de crisis humanitaria.	Mariana Calderón Jaramillo, Juan Carlos Rivillas, Luz Janeth Forero & Marta Royo	Asociación Profamilia
Diferencias en los perfiles de salud entre área urbanas y rurales y la configuración de la respuesta de servicios de salud.	Yesika Tatiana Hernández Sandoval & Enrique Peñalosa Quintero	Pontificia Universidad Javeriana- Instituto de Salud Pública
El derecho a la salud en Colombia en clave de sistemas de información: el caso de Mipres.	Sandra Milena Agudelo Londoño	Pontificia Universidad Javeriana
¿Cómo conciben el gobierno, Colciencias y las universidades, el papel de la evidencia de investigación en el proceso de formulación de políticas del sistema de salud?	Daniel Felipe Patiño Lugo, John Lavis, Mita Giacomini & Brian Haynes	Universidad de Antioquia / McMaster University

17:30 – 18:00 Cierre

Trabajos presentados como pósters

INEQUIDADES EN LA ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL EN MUJERES Y NIÑAS MIGRANTES VENEZOLANAS EN COLOMBIA: ANÁLISIS EN UN CONTEXTO DE CRISIS HUMANITARIA

Mariana Calderón Jaramillo, Juan Carlos Rivillas & Luz Janeth Forero
Asociación Profamilia

Introducción/Contexto

Las mujeres y niñas migrantes venezolanas enfrentan múltiples necesidades insatisfechas en salud sexual y reproductiva. La migración como determinante intermedio de la salud, las expone a diferentes formas de violencia sexual, que afectan su salud física (embarazos no deseados, abortos inseguros, ITS y VIH), este sufrimiento como resultado trae un aumento de la carga de enfermedades mentales como la depresión, ansiedad y el consumo de sustancias. Es necesario trabajar para contrarrestar los efectos de estas necesidades sobre el alcance de los objetivos de desarrollo sostenible.

Objetivo

Evaluar el grado de implementación del Paquete Inicial Mínimo de Servicios de salud reproductiva en contextos de crisis humanitaria en la frontera Colombo-Venezolana, con el fin de analizar las principales necesidades de las poblaciones migrantes en materia de salud sexual y reproductiva

Metodología

Se realizó un estudio que aplicó la caja de herramientas diseñada por el IAWG en Salud reproductiva en contextos de crisis humanitaria. Los instrumentos se aplicaron en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana caracterizados por recibir un alto número de migrantes. En total se realizaron 21 evaluaciones a instituciones de salud que prestan servicios a población migrante venezolana, 23 entrevistas a personas clave (10 a organizaciones en Salud sexual y reproductiva, 6 en violencia

basada en género, y 7 en VIH). Adicionalmente, se realizaron grupos focales (24 en total) con hombres y mujeres migrantes entre los 14 y los 17 años, los 18 y los 24 años, y entre los 25 y los 39 años.

Hallazgos:

Entre las necesidades insatisfechas en el abordaje de la violencia sexual se encontraron: i) falta de información sobre disponibilidad de servicios para víctimas; ii) insuficiente prevención y protección frente a la explotación sexual; iii) barreras en acceso a anticonceptivos, especialmente anticonceptivos de emergencias; iv) insuficiente acceso a servicios de aborto seguro y atención post-aborto; y iv) ausencia de una respuesta combinada en prevención y atención profiláctica de ITS.

Conclusiones

Aunque es conocido que en situaciones de crisis migratoria se generan necesidades particulares en materia de salud sexual y reproductiva, la respuesta a estas situaciones varía de un contexto a otro y se encuentra moldeado también por el estado de los derechos sexuales y reproductivos en el país desde el cual se produce la migración y en el país de llegada. El profundo desconocimiento del PISM en los contextos analizados permite identificar el grado de necesidades en materia de salud sexual y reproductiva, pero también los efectos a largo plazo de la insatisfacción de estas necesidades por el incremento del embarazo adolescente y no deseado, de las enfermedades de transmisión sexual y en especial de VIH, de la Violencia Basada en Género.

Trabajos presentados como pósters

¿CÓMO ADAPTAR LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LAS NECESIDADES Y CIRCUNSTANCIAS DE LAS PERSONAS CON EXPERIENCIA DE VIDA TRANS?

Ángel Mendoza; Natalia Acevedo; Luz Janeth Forero; Juan Carlos Rivillas & Mariana Calderón Jaramillo
Asociación Profamilia

Introducción/Contexto

Las personas con experiencias de vida trans merecen políticas e investigación acerca de sus necesidades, con el fin de prestar servicios de salud integrales tan diversos como ellas lo son. Por ésta razón, es una necesidad urgente, y también una tarea ineludible, llevar a cabo la adaptación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva con el fin de aumentar el acceso a servicios de atención dignos y de calidad fundamentados en el reconocimiento de sus necesidades, identidades y circunstancias.

Objetivo

Identificar las barreras y facilitadores que experimentan las personas trans en la atención en salud en Colombia, con el fin de adaptar los servicios de salud sexual y salud reproductiva a sus necesidades y circunstancias.

Metodología

Investigación cualitativa que combinó tres estrategias de recolección de información: una encuesta al personal de salud en Profamilia para indagar sobre actitudes y conocimientos respecto a las necesidades y experiencias de vida trans; grupos focales con población trans en Barranquilla, Bogotá, Cali, y Medellín; y entrevistas a profundidad en las mismas ciudades para indagar sobre sus barreras, necesidades y expectativas frente a los servicios de salud sexual y reproductiva. La información fue codificada mediante N-vivo. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de Profamilia CEIP el 24 de agosto

del 2018.

Hallazgos

Como principales barreras se evidenciaron la falta de aseguramiento y las relaciones de desconfianza frente al sector salud, que son el resultado de experiencias de discriminación y de maltrato por parte de los prestadores de los servicios de salud. En cuanto a las necesidades en salud sexual y salud reproductiva se identificó la importancia de prestar servicios trans-específicos tales como acompañamiento sensible del tránsito, consulta endocrinológica y cirugía de reafirmación de sexo. Por último, se analizó que para las personas participantes la atención centrada en las personas supone la superación de las barreras mediante el entrenamiento y la capacitación del personal, el acompañamiento por parte de un equipo transdisciplinar, el reconocimiento y la sensibilidad frente a las identidades trans y el trato digno, la ética profesional y la confidencialidad.

Conclusiones

Para asegurar una gradual y exitosa implementación de un modelo de atención en salud sexual y salud reproductiva centrado en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas trans, se recomienda implementar las siguientes acciones:

- i) Fortalecer relaciones de confianza entre personas trans y prestadores de servicios de salud.
- ii) Consolidar una atención centrada en las necesidades, identidades y circunstancias de las personas trans.
- iii) Eliminar toda forma de violencia, estigma y discriminación en los servicios de salud.
- vi) Desarrollar capacidades y entrenamiento del personal de salud.
- v) Gestionar, difundir y comunicar el nuevo conocimiento para eliminar estigma.

Trabajos presentados como pósters

EL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA EN CLAVE DE SISTEMAS DE INFORMACIÓN: EL CASO DE MIPRES

Sandra Milena Agudelo Londoño
Pontificia Universidad Javeriana

Motivación

Desde 2015 en Colombia la salud es un derecho humano fundamental garantizado por el Estado. Pero, hay una contradicción interna en la protección del derecho, pues se basa en el aseguramiento privado de las personas, y se considera efectiva con el acceso a las tecnologías y servicios contenidos en el Plan de Beneficios en Salud –PBS-. Existe, además, una versión alterna al PBS donde están incluidos alrededor de 5.000 medicamentos, casi 1.000 procedimientos, algunos dispositivos, productos nutricionales y servicios complementarios, conocido como NoPBS. Este se financia por un fondo público especial, requiriendo la prescripción por un aplicativo web denominado Mipres. Mipres se creó, entonces, para proteger el derecho y evitar las barreras halladas cuando el proceso lo administraban las aseguradoras, centralizándolo en el gobierno.

Objetivo

Para analizar el Mipres como estrategia para la garantía del derecho a la salud desde una lectura en clave de sistemas de información, se realizó un estudio etnográfico de seguimiento al artefacto durante dos años.

Metodología

Se acudió a cinco fuentes de información: 65 horas de observación; 40 entrevistas semiestructuradas; y una etnografía digital del Mipres en redes sociales; junto con el análisis de 110 documentos; finalmente, una descripción de los datos captados por el

aplicativo desde diciembre de 2016 hasta abril de 2019.

Resultados

Mipres significó un avance en la protección del acceso a tecnologías y servicios de alto costo para los pacientes en comparación con el procedimiento previo, pero persisten en su diseño y en el arreglo institucional que lo soporta trabas burocráticas y lógicas mercantiles que constituyen un limitante estructural para la garantía plena del derecho. Por Mipres, nueve millones de personas han accedido a las tecnologías sanitarias NoPBS, aunque la cobertura no ha sido igual para el régimen subsidiado donde el sistema no funciona plenamente. Las mujeres han accedido con mayor frecuencia que los hombres y los adultos mayores más que los niños. Mipres sigue expandiendo su cobertura, pero hospitales y aseguradoras han empezado a crear barreras para contener el costo y evitar pérdidas económicas afectando la garantía del derecho.

Trabajos presentados como pósters

¿CÓMO CONCIBEN EL GOBIERNO, COLCIENCIAS Y LAS UNIVERSIDADES, EL PAPEL DE LA EVIDENCIA DE INVESTIGACIÓN EN EL PROCESO DE FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DEL SISTEMA DE SALUD?

Daniel Felipe Patiño Lugo¹; John Lavis²; Mita Giacomini² & Brian Haynes²

¹ Universidad de Antioquia

² McMaster University

Motivación

Comprender la relación entre la evidencia de la investigación y las políticas de salud es fundamental para fortalecer los sistemas de salud. Este trabajo aborda esta relación mediante el estudio de las ideas incluidas en los documentos producidos por el gobierno colombiano, Colciencias y universidades colombianas sobre un sistema de salud basado en evidencia.

Objetivo

Estudiar la relación entre la evidencia de la investigación y las políticas de salud.

Metodología

Desarrollamos una teoría fundamentada interpretativa a partir de 38 documentos producidos por estos actores entre 2004 y 2013.

Resultados

Las ideas planteadas en la retórica de los documentos de la muestra revelaron tres ideas teóricas principales sobre la conceptualización de un sistema de salud basado en evidencia: (1) el énfasis de los documentos gubernamentales en los conceptos de "sociedad del conocimiento" e "innovación" da más valor a la contribución de la evidencia de la investigación a la industria y al desarrollo económico del país que a su contribución al

proceso de formulación de políticas del sistema de salud; (2) de acuerdo con los documentos del gobierno y de Colciencias, los "ciudadanos" o el "público" de la "sociedad del conocimiento" necesitan apropiarse del conocimiento científico para estar en una mejor posición para exigir el uso de evidencia de investigación en el proceso de fabricación y decisión de políticas; y (3) el concepto de "gestión del conocimiento" surgió de los documentos de Colciencias y de las universidades para resaltar el papel de la evidencia de los indicadores y la investigación de evaluación en la identificación de las necesidades de salud y la información de decisiones de cobertura.

Trabajos presentados como pósters

ROLES DE GÉNERO, SEXUALIDAD Y VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN EDADES TEMPRANAS: COHORTE DE 6645 NIÑAS Y NIÑOS ENTRE 9 Y 11 AÑOS DE EDAD EN COLOMBIA

Andrea Arenas Duque; Daniela Roldán & Juan Carlos Rivillas
Asociación Profamilia

Motivación

Este estudio hace parte de una intervención social que acompañara por cinco años, mediante estrategias educativas y asistencias técnicas en instituciones de salud y colegios, a más de 6000 niñas y niños en ocho municipios priorizados en Colombia. Una difusión asertiva de los resultados de este artículo, representa una oportunidad para que tomadores de decisión fortalezcan los programas y los servicios de salud relacionados con salud sexual y reproductiva, lo que permita que niñas, niños y adolescentes tomen decisiones sobre su sexualidad y aumenten su capacidad de incidencia social y política.

Objetivo

Describir los conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad, roles de género y violencia de género de una cohorte de 6645 niñas y niños escolarizados en ocho municipios de Colombia.

Metodología

Ocho municipios fueron priorizados según indicadores socioeconómicos, embarazo adolescente y violencia de género. Los municipios seleccionados fueron: Bahía Solano y El Carmen de Atrato (Chocó); Cauca (Caloto y Miranda); Magdalena (Pivijay y Aracataca); y La Guajira (Dibulla y Uribia). Los criterios de inclusión de la cohorte fueron definidos: niñas y niños escolarizados entre 9 y 11 años de edad. Una

encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) fue diseñada, validada y aplicada. Finalmente, se realizó un análisis descriptivo sobre roles de género, sexualidad y violencia de género de esta población.

Resultados

Entre los resultados a destacar se encuentran: i) desconocimiento del término sexualidad y relación del término con genitalidad ("tener relaciones sexuales", "hacer el amor" y "tener sexo para tener hijos/as") ii) quienes creen conocerlo lo dialogan principalmente con su madre, padre o sus amigos, y un porcentaje importante refieren no hablarlo con nadie; iii) Las niñas y niños están iniciando relaciones sexuales a edades tempranas sin previa educación en sexualidad: iv) algunas niñas y niños refieren que su primera relación sexual fue forzada; v) más del 30% de las niñas y niños creen que una mujer necesita un hombre para ser feliz; vi) más de la mitad piensa que los hombres necesitan de una mujer en la casa; y, vii) más del 40% que el hombre es el responsable de los gastos de la familia.

Trabajos presentados como pósters

SEROPREVALENCIA DE HEPATITIS B EN POBLACIÓN DE 5 A 10 AÑOS EN ZONAS CON PROBABLE CIRCULACIÓN DEL VIRUS EN COLOMBIA, 2019

Rocío Murad & Sandra Marcela Sánchez
Asociación Profamilia

Objetivo

Evaluar una metodología alternativa para medir el avance en el cumplimiento de la meta de eliminación de la hepatitis B en niños/as de 5 a 10 años en zonas con probable circulación del virus en Colombia en el 2019.

Métodos

Se realizó una investigación en dos fases. La primera identificó 36 municipios en 16 departamentos de Colombia con probable circulación del virus en el país. La segunda aplicó una encuesta de clasificación a una muestra aleatoria de 3.203 niños/as entre 5 y 10 años en la que se recolectaron datos demográficos y de vacunación y se aplicó una prueba rápida para evaluar la presencia del antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg).

Resultados

El total de los niños/niñas (3.203) fueron no reactivos a la prueba VIKIA® HBsAg, por lo tanto, la prevalencia del VHB en la población objeto es menor o igual que 0,1%.

Conclusiones

Este estudio contribuye a la estimación de la hepatitis B en niños/as de 5-10 años de edad en Colombia, y se presenta como una alternativa de costo moderado para el seguimiento a los progresos de los compromisos y metas en países con recursos limitados.

Trabajos presentados como pósters

DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SALUD ENTRE ÁREA URBANAS Y RURALES Y LA CONFIGURACIÓN DE LA RESPUESTA DE SERVICIOS DE SALUD

Yesika Tatiana Hernández Sandoval & Enrique Peñaloza Quientero
Pontificia Universidad Javeriana- Instituto de Salud Pública

Los cambios demográficos de los últimos tiempos han acarreado nuevas dinámicas organizacionales de los sistemas sociales, políticos y económicos, que consecuentemente han acentuado las brechas que existen entre lo rural y lo urbano. Generalmente la respuesta pública a los problemas en salud de las áreas rurales ahonda sobre la generalidad de la población y poco se tiene en cuenta la particularidad de las personas que habitan en condiciones dispersas. En este sentido, el presente trabajo tuvo como objetivo determinar y comparar el perfil de morbi-mortalidad la zonas rural y urbana de un departamento de Colombia y evaluar la pertinencia del Plan Territorial de Salud (PTS).

Metodología

Se llevó a cabo un estudio mixto secuencial que contó con dos componentes metodológicos: el primero, un diseño descriptivo, trasversal retrospectivo de tipo ecológico que se orientó a identificar las necesidades en salud de la población rural mediante el ajuste y análisis de las estadísticas disponibles que cuentan con la variable de "ruralidad"; y el segundo, un componente evaluativo que contempló una revisión documental del PTS, complementada con una aproximación a las percepciones experienciales de los ejecutores del PTS sobre el enfoque rural en sus actividades, esto con el fin de identificar

la pertinencia entre la respuesta ejecutada y contemplada en la política en salud y la configuración de necesidades rurales halladas en el primer componente.

Resultados

Este proceso permitió identificar que: i) los perfiles epidemiológicos de las comunidades rurales son diferentes (tanto en tipos de causas, como en magnitudes); ii) las repuestas emitidas llegan a ser tan centralizadas y generales que no permiten responder a las necesidades de servicios de salud de áreas rurales iii) a pesar de los avances que se han tenido en los sistemas de información en salud, los procesos de planificación sanitaria nivel territorial no hacen el uso adecuado de la información disponible para generar política acciones en salud.

Trabajos presentados como pósters

POOLING THE POOL: OVERCOMING OBSTACLES TO PROGRESS ON UHC IN EXTENSION OF SERVICE COVERAGE AND FINANCIAL PROTECTION IN COLOMBIA

Sandra Camacho¹; Norman Maldonado² & Carlos Arango¹

¹ Fundacion Salutia

² Proesa-Universidad ICESI

Background

UHC is a goal of complex health systems that need context-specific strategies to overcome the obstacles on progress on UHC. Colombia has reached UHC on population coverage, but some mechanisms that worked to reach that goal have become an obstacle for accelerating progress on UHC on service coverage and financial protection.

Aim

This paper identifies entry points for action to accelerate progress in UHC in Colombia's health system. In particular, it identifies structural challenges of wide health inequities on access to new technologies on healthcare by peoples' ability to pay (regime) and geographic area, and derive lessons for other countries with similar health systems.

Methods

We used data of payments for new technologies and enrollment to subsidized and contributory regimes to identify differences in access to healthcare services not included in the health benefits package, stratified by regime, gender, age and geographical area.

Results

In 2017, the top three regions on population and also prosperous regions (Bogota, Antioquia and Valle) concentrated

38.9% of the country's population; however, they only had 22.3% of the population with the lowest ability to pay (subsidized regime - SR). In contrast, the 12 least populated regions where poverty is concentrated had 5.3% of the country's population, 8% of the country's population enrolled in SR, and 77% these regions' population was enrolled in SR. The ratio of expenditure in Non-PBS services between the regime with ability to pay and the one with one ability to pay was 5 to 1. These huge differences cannot be explained by differences in age structure or population's epidemiological profile.

Conclusions

Funding sources differentiated by regime and the participation of local governments (departments) on funding health insurance for people with low ability to pay (subsidized regime) have led to exacerbate health inequities in access to healthcare services not included in the health benefits package. This occurs because the lack of resources in relatively poor subnational governments deteriorate their ability to pay to local healthcare providers, imposing a barrier for further progress on universal service coverage and financial protection. Diversification of risk at the individual and at the subnational level is necessary to overcome this obstacle, and such risk pooling must be supported in robust systems of information that provide accurate and timely data for quick adaptation of the policies to the health system's complex behavior.

Trabajos presentados como pósters

IDENTIFYING VALUES IN THE HEALTH POLICY DECISION - MAKING PROCESSES ABOUT HEALTH - SYSTEM FINANCING IN LATIN AMERICA: A CRITICAL INTERPRETIVE SYNTHESIS

Marcela Vélez¹; Michael G. Wilson²; John N. Lavis²; Julia Abelson² & Iván D. Flórez¹

¹ Universidad de Antioquia

² McMaster University

Motivation

Although values underpin the goals pursued in health systems, including how health systems benefit the population, it is often not clear how values are incorporated into policy decision-making about health systems. The challenge is to encompass social/citizen values, health system goals, and financial realities and incorporate them into the policy-making process. This is a challenge for all health systems, but for Latin American (LA) countries it is particularly important.

Objective

Our objective was understanding how and under what conditions societal values inform decisions about health system financing in LA countries.

Methods

A critical interpretive synthesis approach was utilized for this work. We searched 17 databases in December 2016 to identify articles written in English, Spanish or Portuguese that focus on values that inform the policy process for health-system financing in Latin America countries at macro and meso levels. Two reviewers independently screened records and assessed for inclusion. One researcher conceptually mapped included articles, created structured summaries of key findings from each; and selected a purposive sample of articles to thematically synthesize the results across the domains: agenda setting/prioritization, policy

development and implementation.

Results

We identified 5925 references, included 199 papers, and synthesized 68 papers. We identified 116 values, and developed a framework to explain how values have been used to inform policy decisions about financing in LA. This framework has four categories: 1) goal-related values (i.e. guiding principles of the health system); 2) technical values (those incorporated into the instruments adopted by policymakers to ensure a sustainable and efficient health system); 3) governance values (those applied in the policy process to ensure a transparent and accountable process of decision-making); 4) situational values (a broad category of values that represent competing strategies to make decisions in the health systems, their influence vary according to four factors).

Policy implications

It is an effort to consolidate and explain how different social values are taken into consideration and support the policy decision-making about health system financing, and can help policymakers to explicitly incorporate values into the policy process and understand how values are supporting the achievement of policy goals in health system financing.

Trabajos presentados como pósters

ORGANIZACION Y FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO AMIGABLE PARA ADOLESCENTES Y JOVENES EN DUITAMA, BOYACA, COLOMBIA: UN ANALISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA OFERTA Y LA DEMANDA

Luis Fernando Rentería Cabrera; Ileana B. Heredia Pi; Blair G. Darney & María C. González Robledo

Instituto de Salud de México

Los servicios de salud amigables para ADOLESCENTES Y JÓVENES son estrategias que tienen gran importancia porque las intervenciones en salud en esta etapa de la vida son definitivas para la sostenibilidad de los sistemas de salud.

OBJETIVO

Análisis crítico sobre la organización y funcionamiento del servicio amigable para adolescentes y jóvenes en Duitama-Colombia, identificando qué tan amigable se oferta este servicio, de acuerdo al cumplimiento de los lineamientos nacionales e internacionales definidos para su operación analizando su alineación o correspondencia con las necesidades, preferencias y expectativas de la población objetivo.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio de caso de tipo descriptivo que incluyó métodos cuantitativos y cualitativos, a partir de los cuáles se investigó a profundidad la percepción que tienen los prestadores, los adolescentes usuarios Y NO USUARIOS del servicio amigable.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Analizando la organización las oportunidades de mejora son formalizar la vinculación laboral del personal de salud, el acceso directo a especialistas y la necesidad de entregar los medicamentos pertinentes en el centro amigable. Analizando el

funcionamiento, los prestadores destacan mejorar el acceso de los adolescentes sin cobertura de aseguramiento, la información efectiva del servicio amigable a toda la comunidad de influencia y el trabajo intersectorial en equipo fortaleciendo las actividades de promoción para que sean obligatorias y de cubrimiento universal. Desde la demanda los usuarios destacan mejorar la participación de los adolescentes en la gestión en el centro amigable y en actividades de asistencia a sus pares ,la ampliación de horarios vespertinos y de fin de semana y la realización de actividades de capacitación a padres y comunidad educativa en la importancia de las actividades que realiza el centro amigable. Desde la demanda los no usuarios tienen un gran desconocimiento del centro amigable y de las acciones que realiza. El estudio es de gran valor para comprender la complejidad de las perspectivas de los actores involucrados, permitiendo identificar oportunidades puntuales de mejora. Esto permiten adaptar a circunstancias particulares sociales, culturales y demográficas a la estrategia de servicios amigables para adolescentes mejorando su efectividad y las posibilidades de un verdadero impacto.

Trabajos presentados como pósters

PLAN PARTICIPATIVO DE SALUD Y NUTRICION DEL PUEBLO INDIGENA MISAK -COLOMBIA

Leidy Ximena Hurtado Muelas; Regina Victoria Plaza & Asdrubal Plaza Calvo
Cabildo de Guambía

MOTIVACION

En la búsqueda de reconocimiento de la medicina ancestral Misak, las autoridades indígenas del Resguardo de Guambía, desde el año 2011, proyectaron y gestionaron un proceso de recuperación, desarrollo y fortalecimiento de la medicina Misak propia, en el marco de construcción del SISPI (Sistema Indígena de Salud propia e intercultural) desde la cosmovisión Misak, que tendría como cobertura inicial el Resguardo de Guambía. Este esfuerzo se extendió luego a los demás territorios Misak existentes en Colombia, en el marco del NuNakChak, que permitió concretar a partir de autodiagnósticos comunitarios en cada territorio Misak, la formulación de la política, estrategia y acciones plasmadas en el Plan Participativo de Nutrición y Salud Misak Propios. Este proceso de las autoridades indígenas busca fortalecer nuestra identidad, retomar la esencia original de la salud propia ancestral, es abordar la salud desde la concepción Misak y no como lo han impuesto ahora desde afuera, por tanto, es también avanzar en el reconocimiento de lo propio por el Estado, no como una simple formalidad, sino como una realidad culturalmente diferenciada

OBJETIVO

Una reorientación y reencuentro con nuestra propia medicina tradicional complementada con medicinas externas, desde una institucionalidad propia acorde con la cosmovisión Misak.

METODOLOGIA

Encuentros de saberes y reuniones con participación de la comunidad a través de las reflexiones socio-comunitarias.

RESULTADOS

Autodiagnósticos comunitarios en salud de 18 comunidades Misak en 7 Departamentos de Colombia, con las enfermedades percibidas desde el sistema de salud tradicional indígena, construcción de líneas base para el modelo de cuidado de la salud del pueblo Misak de Colombia, en las cuales aparece como línea el concepto de salud del territorio y la nutrición como pilares fundamentales del buen vivir. Las practicas ancestrales para el cuidado de la naturaleza y consumo de alimentos sanos con recetas originales de los ancestros.

TRABAJO PROPIEDAD COLECTIVA DEL PUEBLO INDIGENA MISAK DE COLOMBIA

Trabajos presentados como pósters

RELACIÓN ENTRE LA EVIDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN Y LOS FACTORES POLÍTICOS QUE INFLUYEN EN LAS AGENDAS Y DECISIONES. UN ESTUDIO DE CASO EXPLICATIVO DE DOS POLÍTICAS DE SALUD EN COLOMBIA

Daniel Felipe Patiño Lugo¹; John Lavis²; Mita Giacomini² & Brian Haynes²

¹ Universidad de Antioquia

² McMaster University

Motivación

Los estudios empíricos que exploran el uso de evidencia de investigación en contextos políticos del mundo siguen siendo poco comunes en América Latina. En este artículo se proporcionó un análisis de la interacción entre los factores contextuales y el uso de la evidencia, indicando su influencia conjunta en el proceso de las políticas.

Objetivo

El objetivo de este estudio es comprender como y de qué forma los factores contextuales influenciaron el papel de la evidencia de la investigación en las etapas de establecimiento de agenda y desarrollo de políticas de dos decisiones de política de salud en Colombia: Una reforma a gran escala que abordaba la crisis financiera en el sistema de salud en 2011 y una política que regulaba el mercado farmacéutico en 2012.

Metodología

Utilizando datos de entrevistas con actores de políticas, exploramos y confirmamos proposiciones teóricas preestablecidas sobre los factores que influyen la agenda gubernamental y de decisión; y la elección final de política, y cómo estos factores influyeron o fueron influenciados por el uso de evidencia de investigación.

Resultados

En la reforma a gran escala, la combinación del nuevo poder ejecutivo político, valores sobre la preservación del modelo de aseguramiento y los pocos puntos de veto en el congreso restringieron el poder de decisión al ámbito ejecutivo; permitiendo que las ideas de los funcionarios electos sobre "lo que debería ser" condujeran a un uso instrumental y simbólico de la evidencia. En la política farmacéutica, el uso simbólico de evidencia por parte del gobierno anterior ayudó a crear un problema que obligó al gobierno electo a regular los precios de los productos farmacéuticos a pesar de sus valores de "libre mercado". En el nuevo gobierno, el uso transparente e instrumental de la evidencia durante el proceso de desarrollo de políticas se convirtió en una estrategia de los funcionarios electos y los asesores de políticas para negociar con la industria farmacéutica la introducción de políticas reguladoras.

Trabajos presentados como pósters

LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN COLOMBIA: LA TENSION ENTRE LA TRANSFORMACIÓN Y LA PERSISTENCIA

Gabriel Jaime Otálvaro Castro; José Pablo Velásquez Escobar; Claudia Marcela Vélez; Daniel Felipe Patiño Lugo; Víctor Stephen González Quintero & David García Arias
Universidad de Antioquia

Motivación

Desde la reforma al Sistema de Salud Colombiano en 1993, la tendencia en la trayectoria de interposición de tutelas se mantiene ascendente, evidenciando que los arreglos institucionales del sistema de salud que llevaron al uso de este mecanismo siguen sin modificarse. Posterior a la coyuntura política que dio origen a la nueva Constitución Política y a la Ley 100, la rama judicial ha promovido cambios incrementales/discursivos con potencial transformador del sistema de salud. Sin embargo, las ramas ejecutiva y legislativa han mantenido una trayectoria dependiente de las políticas decididas en la coyuntura política, en donde las acciones desarrolladas han reforzado las principales ideas y valores introducidos en el sistema de salud en los 90's, sin generar cambios en los arreglos institucionales del sistema.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue analizar el cambio conceptual de la Corte Constitucional sobre el Derecho Fundamental a la Salud (DFS), y los ajustes al sistema decididos por las ramas ejecutiva y legislativa del país.

Metodología

Se realizó un análisis desde una aproximación del institucionalismo histórico, particularmente las teorías de

trayectoria dependiente y cambio incremental, así como del institucionalismo discursivo. Se describen y analizan los principales hitos históricos (nacionales y municipales) relacionados con la concepción y materialización del DFS por la rama judicial (particularmente la Corte Constitucional), y las ramas ejecutiva y legislativa.

Resultados

A pesar de los cambios incrementales con poder transformador en la rama judicial sobre la concepción del derecho a la salud y su influjo en las ramas ejecutiva y legislativa, no se ha generado un cambio en los arreglos institucionales del sistema de salud. Los efectos en recursos e incentivos y los efectos interpretativos que generó la ley 100 en las élites gubernamentales, los grupos de interés y el público en general generaron un efecto de bloqueo a las ideas que propusieron un cambio estructural en el sistema. La experiencia ciudadana en el acceso no ha sido transformada. El crecimiento progresivo y constante de las tutelas en salud es un indicador de ello y del desajuste entre el marco referencial, el de las ideas, y el marco institucional.

Trabajos presentados como pósters

ASOCIACIÓN DE LA REORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DEL DISTRITO CAPITAL CON ACCESO A SERVICIOS AMBULATORIOS Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES ADULTOS CON DIABETES MELLITUS Y/O HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Laura Saldaña¹; Giancarlo Buitrago¹; Juan Sebastián Castillo¹; Luis Gonzalo Morales²; Manuel Sáenz² & Javier Maldonado²

¹ Universidad Nacional de Colombia

² Secretaría Distrital de Salud

Motivación

En 2016 se inició un proceso de reorganización de la red de prestadores distritales de salud en Bogotá. La población adulta con diabetes mellitus (DM) e hipertensión arterial (HTA) es ideal para la evaluación del impacto de estas políticas, dado su alto consumo de servicios de salud y riesgo de desenlaces clínicos adversos.

Objetivo

Determinar la asociación entre esta política con desenlaces clínicos y acceso en pacientes con DM y/o HTA del régimen subsidiado de Bogotá.

Métodos

Se realizó un estudio de diferencias simples mediante cortes transversales seriados usando bases administrativas, de pacientes adultos con diagnóstico de DM y/o HTA, afiliados al régimen subsidiado en Bogotá. Se seleccionó un año antes (2015) del proceso de reorganización (2016-2017) y un año después de este (2018), para realizar la comparación. Se utilizaron dos tipos de desenlaces: 1. Servicios de salud ambulatorios que estuvieran recomendados en las RIAS para el seguimiento de pacientes con DM y/o HTA; y 2. Desenlaces clínicos. Se realizaron modelos de regresión logística para determinar la asociación entre el período postratamiento y estos

desenlaces, controlando por edad, sexo y comorbilidades del índice de Charlson.

Resultados

Se identificaron 18.119 pacientes diabéticos (2015:6.053; 2018:12.066) y 54.968 pacientes hipertensos (2015:19.325; 2018:35.643). El período postratamiento se asoció con un aumento en la probabilidad de cumplimiento en el uso de: hemoglobina glicosilada (DM: Odds Ratio ajustado (ORa):1,28 IC95% 1,20-1,36; HTA: ORa:1,58 IC95% 1,53-1,65), perfil lipídico (DM: ORa:1,52 IC95% 1,43-1,63; HTA: ORa:2,34 IC95% 2,26-2,43), microalbuminuria (DM: ORa:2,09 IC95% 1,95-2,24; HTA: ORa:3,61 IC95% 3,40-3,84); visitas a medicina general (DM: ORa:10,69 IC95% 9,94-11,49; HTA: ORa:8,03 IC95% 7,70-8,38); nutrición (DM: ORa:65,07 IC95% 24,44-173,23; HTA: ORa:46,09 IC95% 25,45-83,45); y fisioterapia (DM: ORa:6,63 IC95% 3,35-13,09; HTA: ORa:10,65 IC95% 7,37-15,40). Adicionalmente, se encontró una asociación con una disminución en la probabilidad de muerte (DM: ORa:0,75 IC95% 0,60-0,94; HTA: No significativo); revascularización (DM: ORa:0,40 IC95% 0,30-0,52; HTA: ORa:0,38 IC95% 0,33-0,45); diálisis (DM: ORa:0,66 IC95% 0,52-0,83; HTA: No significativo); ingreso a UCI (DM: ORa:0,34 IC95% 0,28-0,42; HTA: ORa:0,38 IC95% 0,33-0,43) y hospitalización (DM: ORa:0,59 IC95% 0,55-0,64; HTA: ORa:0,73 IC95% 0,70-0,77). Se encontró asociación con disminución a las visitas por medicina especializada.

Trabajos presentados como pósters

CONFLICTOS BIOÉTICOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN POBLACIONES INDÍGENAS

Fernando Calvache¹ & Rodrigo Bermúdez²

¹ Universidad del Valle

² Universidad del Cauca

La ponencia aborda el conflicto entre medicina tradicional y medicina occidental, en dos poblaciones indígenas del departamento del Cauca (Colombia). Así, la oferta de salud occidental ha despertado inquietudes y conflictos entre los habitantes que siguen las prácticas de la medicina tradicional indígena, relacionados con la concepción de estos pueblos sobre la dicotomía salud- enfermedad, y con las prácticas que llevarían a dichas comunidades a entornos armónicos. Algunas veces, la medicina tradicional y occidental se complementa; de tal suerte que son aceptadas por las comunidades como dos prácticas legítimas y fundamentales para el buen vivir de los pueblos ancestrales.

Se indaga qué conflictos surgen entre medicina tradicional y occidental; de qué manera las dos prácticas se complementan; qué usos y costumbres siguen los pobladores de la región en términos de la salud-enfermedad. Más aún: cómo se interpreta la enfermedad desde su cosmovisión.

Metodología

Se aplicó una encuesta, con muestreo por conveniencia, a 124 personas de las comunidades indígenas y 16 entrevistas semiestructuradas sobre usos y costumbres de la medicina tradicional y occidental, a la población indígena y al equipo médico occidental.

Resultados

Se evidencian conflictos entre medicina tradicional y occidental en tres sentidos: primero, en la relación del médico occidental —médico tradicional— con el paciente; segundo, en las concepciones sobre salud-enfermedad en la medicina tradicional y occidental; tercero, en la dialéctica de la construcción de un tipo de medicina que pueda beber de las fuentes occidental y tradicional, sin menoscabar la autonomía de las comunidades. Se evidenció, en las comunidades objeto de investigación, una mayor pertinencia de los servicios de salud, al incluir prácticas tradicionales de salud a los programas de salud gubernamentales.

Trabajos presentados como pósters

EVALUACIÓN DE LA INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES COLABORATIVAS EN TB/VIH EN SANTIAGO DE CALO, VALLE DEL CAUCA, 2016

Sara Maria Cobo Viveros¹ & Constanza Díaz Grajales²

¹ Centro Médico Imbanaco

² Universidad del Valle

Introducción

Según OMS, tuberculosis (TB) es la principal causa de muerte en VIH, incrementa carga viral y acelera infección generando desafíos en países con TB/VIH. Autoridad sanitaria busca estrategias integrales para atención de calidad.

Objetivo

Evaluar integración de acciones colaborativas TB/VIH en programas de control de TB/VIH, Cali 2016

Metodología

Investigación evaluativa retrospectiva, observando entidad territorial en salud (ETS), empresas administradoras de planes de beneficios (EAPB) e instituciones prestadoras de salud (IPS). Muestreo con propósito para aplicar entrevistas semiestructuradas. Se usaron datos SIVIGILA, proponiendo indicadores de lineamientos TB/VIH propuestos por OMS. Se usó modelo de integración de servicios en tres dominios: Funcional, Organizacional y Clínico, buscando brechas entre deber ser y realidad. Valoración desde conocimiento, percepción y experiencia.

Resultados

Se identificaron características frente a gestión y operatividad de programas de atención en TB/VIH, desde la mirada de actores según conocimiento de estrategia internacional y acciones realizadas para

cumplirla, mostrando que integración funcional está en construcción. Integración organizacional no evidenció implementación y despliegue de acciones para consecución. Integración clínica presentó debilidades para garantizar tratamiento oportuno de TB latente en VIH y terapia antiretroviral impactando morbimortalidad, mostrando fragmentación en sistema de salud.

Conclusiones

Desarrollos incipientes en EAPB e IPS, con algún avance en ETS. El fortalecimiento de acciones colaborativas es esencial para mejorar indicadores de resultados. El modelo de integración de servicios escogido fue útil para valorar despliegue de acciones colaborativas en niveles abordados. Esta investigación genera conocimiento porque TB/VIH requieren intervención del estado para encaminar acciones que mejoren resultados en salud.

La reunión en fotos



La reunión en fotos

