

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD Y FACTORES ASOCIADOS: UN ESTUDIO TRANSVERSAL EN ADULTOS EN CALI, COLOMBIA.

TRABAJO FIN DE MÁSTER

MÁSTER UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA

Autor(a): María Mercedes Cardozo Rengifo

Tutor(a): Maria Hidalgo Jerez

Curso: 2024/25

Resumen:

Las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de morbilidad y mortalidad en Colombia; especialmente las patologías cardiovasculares y metabólicas, las cuales se asocian a factores de riesgo modificables potencialmente identificables en consultas médicas preventivas. Aunque el sistema de salud colombiano presenta una cobertura del 99%, persisten barreras de acceso a los servicios de promoción y prevención. A continuación, se presenta una prueba piloto de un estudio descriptivo de corte transversal cuyo objetivo es describir el acceso a servicios de salud y sus factores asociados en adultos de Cali, Colombia. Mediante una herramienta validada llamada la Encuesta de Acceso a Servicios de Salud, se recolectó información sociodemográfica y sobre el uso de servicios preventivos, curativos y de rehabilitación en 25 participantes. Se empleó estadística descriptiva y pruebas exactas de Fisher para explorar asociaciones. La mayoría de los participantes fueron mujeres (56%), con una edad promedio de 31.6 años, pertenecientes a estratos socioeconómicos medios-altos (44%) y con una educación universitaria completa (56%). Sólo el 32% asistió en el último año a consulta médica y odontológica preventiva. En los últimos 6 meses, el 56% hizo uso de servicios de urgencias y el 20% de hospitalización. Si bien no se identificaron asociaciones estadísticamente significativas entre variables sociodemográficas y el uso de servicios de salud ($p>0,05$), se reportó un mayor uso del servicio de urgencias respecto a servicios preventivos, lo que sugiere barreras en el acceso a la atención primaria y resalta la importancia de fortalecer estrategias de promoción y prevención en salud.

Palabras claves:

Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud, Servicios Preventivos de Salud, Salud Pública, Política de Salud.

Abstract:

Noncommunicable diseases are the leading cause of morbidity and mortality in Colombia, especially cardiovascular and metabolic diseases, which are associated with modifiable risk factors that can potentially be identified during preventive medical consultations. Although the Colombian health system provides 99% coverage, barriers to accessing promotion and prevention services remain. The following is a pilot test of a descriptive cross-sectional study whose objective is to describe access to health services and associated factors in adults in Cali, Colombia. Using a validated tool called the Health Services Access Survey, sociodemographic information and information on the use of preventive, curative, and rehabilitation services was collected from 25 participants. Descriptive statistics and Fisher's exact tests were used to explore associations. Most participants were women (56%), with an average age of 31.6 years, belonging to upper-middle socioeconomic strata (44%) and with a university degree (56%). Only

32% had attended preventive medical and dental appointments in the last year. In the last six months, 56% had used emergency services and 20% had been hospitalized. Although no statistically significant associations were identified between sociodemographic variables and the use of health services ($p>0.05$), greater use of emergency services was reported compared to preventive services, suggesting barriers to access to primary care and highlighting the importance of strengthening health promotion and prevention strategies.

Keywords:

Equity in Access to Health Services, Preventive Health Services, Public Health, Health Policy.

Índice:

Resumen:	2
Palabras claves:	2
Abstract:	2
Keywords:	3
Introducción:	5
Justificación:.....	7
Objetivo general:	7
Objetivos específicos:.....	7
Material y Método:	7
Diseño del estudio	7
Ámbito y población de estudio:.....	8
3.1. Criterios de inclusión:	8
3.2. Criterios de exclusión.....	8
3.3. Herramienta de recolección de datos	8
3.4. Variables del estudio:.....	9
Tabla 1. Componentes del cuestionario EASS:.....	9
3.5. Análisis estadístico	11
3.6. Consideraciones éticas:	11
3.7. Cronograma:.....	11
Tabla 2. Cronograma de actividades:	11
3.8. Financiación:	12
Resultados:	13
Caracterización sociodemográfica:	13
Ilustración 1. Distribución apilada de ingresos del hogar por estrato socioeconómico:	13
Servicios preventivos:	14
Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación.....	15
Discusión	16
Tabla 3. Asociación entre características sociodemográficas y asistencia a consulta médica/odontológica preventiva en el último año (N=25).....	17
Ilustración 2. Acceso A Servicios De Salud Preventivos Y Curativos:	18
Limitaciones	18
Fortalezas.....	19
Conclusiones	19
Bibliografía:	20

Introducción:

Actualmente, la carga global de enfermedad es liderada por enfermedades no transmisibles, las cuales representan hasta el 75% de las muertes anuales globales (1). En España, la enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte y hospitalización, representando aproximadamente 125.000 muertes anuales y 5 millones de ingresos hospitalarios anuales (2). En Colombia, durante el 2024, 7 de las primeras 10 causas de defunción se debieron a enfermedades no transmisibles, lideradas por las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (3). Se ha descrito que, en Colombia, en el 2022 se presentaron 24.395 defunciones secundarias a enfermedades cardiovasculares entre personas con 30 y 70 años, lo cual corresponde a 100.5 de cada 100.000 personas (4). Dentro de las patologías cardiovasculares que representaron mayor mortalidad se encuentra la enfermedad coronaria isquémica con un 96.57 por cada 100.000 habitantes, la enfermedad cerebrovascular con 33.53 por cada 100.000 habitantes y las enfermedades hipertensivas con 21 por cada 100.000 habitantes (4). Además de su mortalidad, las enfermedades no transmisibles generan altas tasas de morbilidad, disminución de bienestar en las personas que la sufren (5) y representan un importante impacto económico al afectar mayoritariamente a la población en edad de trabajar en el país.

Este tipo de enfermedades suponen una carga económica adicional a la carga sanitaria, encontrando que en el periodo entre el año 2000 y 2010, las muertes por enfermedad cardiovascular en Colombia representaron una pérdida económica de aproximadamente el 4% del producto interno bruto (6). Además, para el mismo periodo de tiempo, anualmente las enfermedades cardiovasculares generaron una pérdida de 74 años potenciales de vida por cada mil habitantes (6).

Estas cifras son alarmantes, especialmente si se tiene en cuenta que el desarrollo de estas enfermedades está ligado a factores de riesgo modificables y comunes como la obesidad, la hipercolesterolemia, la hipertensión, el tabaquismo y la diabetes (7). Estas condiciones pueden ser evaluadas en consultas de prevención y tamizaje (4,7), y pueden ser modificadas mediante educación sanitaria en promoción de estilos de vida y hábitos alimenticios saludables. Se ha demostrado que las consultas médicas de prevención y tamizaje disminuyen los gastos en salud a largo plazo (1), además de facilitar la identificación de enfermedades crónicas, control de factores de riesgo y mejorar pronóstico de los pacientes (8), por lo que en los últimos años se ha brindado más atención a la prevención de este tipo de enfermedades, especialmente por medio de consultas médicas preventivas, también conocidas como periódicas o anuales (1,8).

Las consultas médicas preventivas son evaluaciones médicas de rutina en individuos sanos con el

objetivo de identificar anormalidades o estados patológicos (9). Se presentan como espacios en centros de salud en donde se puede aplicar y fortalecer la prevención primaria. Diferentes países, como Estados Unidos y Japón, han implementado políticas de salud en las cuales recomiendan la realización de consulta médica preventiva al menos 1 vez al año (9). En marco del objetivo de desarrollo sostenible número 3, que corresponde a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades, Colombia se ha comprometido a trabajar en la cobertura en salud universal. En la actualidad, el sistema de salud colombiano tiene como centro al Sistema General de Seguridad Social, en donde es obligatoria la afiliación al sistema a través de la inscripción a una entidad promotora de salud (EPS) o a un régimen especial si se pertenece a las fuerzas militares, policía nacional, universidades públicas, magisterio o ECOPETROL (10). Para todas las personas que estén vinculadas laboralmente, pensionadas o que devengan ingresos superiores al salario mínimo, se deben afiliar al régimen contributivo de la EPS de su preferencia, contribuyendo el 12.5% de sus ingresos laborales. Por otro lado, las personas que no tengan capacidad de pago, son vinculadas mediante el régimen subsidiado de la EPS de su preferencia (10). Las EPS, tienen convenios con diferentes instituciones prestadoras de servicios para la atención de sus afiliados (10). Cada persona vinculada tiene derecho a ciertos servicios, medicamentos y procedimientos establecidos en la norma (10). Actualmente, el sistema de salud colombiano ha alcanzado una cobertura de afiliación al sistema de salud de alrededor del 99% entre los diferentes regímenes (11). A pesar de esta cobertura, se ha descrito que tan solo el 77.27% de la población asiste al menos una vez al año a consulta médica u odontológica por prevención según datos del 2018 (12). En un estudio realizado en la ciudad de Cali, en el 2016, se determinó que el 82.8% de la población mayor de 18 años había usado algún servicio de salud durante el último año (13).

Estudios realizados en otros países han intentado evaluar los factores que se asocian a un mayor acceso a consultas médicas preventivas, encontrando que en este proceso intervienen determinantes de salud como son los sociodemográficos, económicos y de salud de los individuos (1). Se ha encontrado que las personas que suelen realizar consultas médicas preventivas más frecuentemente suelen ser mayores, de sexo femenino, alto nivel socioeconómico y alto nivel educativo (14). Por otro lado, algunos autores han encontrado que la mayoría de las personas que no asisten a este tipo de chequeos médicos se debe a que sus planes en salud no lo incluyen, presentan dificultad económica o de transporte para asistir o no tienen conocimiento sobre su importancia (14). Estos hallazgos representan posibles inequidades sociales para el acceso a servicios de salud en estos países (1,9). A pesar de encontrar literatura representativa de diferentes países sobre factores asociados a la asistencia de consultas médicas preventivas, los datos en la población colombiana son muy escasos (15).

Justificación:

Como se ha descrito, las enfermedades no transmisibles representan la principal causa de mortalidad a nivel global y nacional, generando así un impacto significativo tanto en la salud pública como en la economía colombiana. Estas patologías comparten factores de riesgo que pueden ser modificables y detectados precozmente mediante consultas médicas preventivas y periódicas. Aunque el sistema de salud colombiano ha alcanzado una alta cobertura en afiliación, persisten barreras de acceso a consultas médicas de promoción y prevención, y se ha reportado que solo alrededor del 77% de la población accede a servicios de salud anualmente. Dado que el acceso a estas consultas puede mejorar el pronóstico de enfermedades crónicas y reducir los costos en salud, resulta fundamental comprender los factores que determinan su utilización. Sin embargo, en Colombia existen pocas investigaciones que aborden este tema desde un enfoque poblacional. Por tanto, este estudio busca describir el acceso a los servicios de salud y sus factores asociados en adultos de la ciudad de Cali. Se espera que esta investigación sirva como base para investigaciones futuras que permitan elucidar las causas y mejorar el acceso a consultas de promoción y prevención en salud, y, por lo tanto, mejoren la salud y la calidad de vida de la población.

Objetivo general: describir el acceso a servicios de salud y sus factores asociados en la población adulta de la ciudad de Cali, Colombia.

Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas principales de las personas que acceden a servicios de salud en Cali, Colombia.
2. Describir la frecuencia de acceso a servicios de salud preventivos en adultos en Cali, Colombia.
3. Describir la frecuencia de acceso a servicios de salud curativos y de rehabilitación en adultos en Cali, Colombia.

Material y Método:

Diseño del estudio: se realizó una prueba piloto de un estudio descriptivo de corte transversal en donde se aplicó el cuestionario ya validado en la ciudad de Cali, Colombia, llamado “Encuesta de Acceso a Servicios de Salud”. Se realizó con el objetivo de describir las condiciones de acceso a servicios de salud y sus factores asociados en adultos que viven en la ciudad de Cali. Se considera que un estudio de corte transversal es adecuado porque el objetivo principal del estudio es describir el acceso a los servicios de salud en un punto específico en el tiempo a la vez que es un diseño con menor coste y requerimiento de personal que un estudio tipo longitudinal o de cohorte.

Ámbito y población de estudio:

Teniendo en cuenta las proyecciones de la población, en Cali en el 2025 se espera una población de 1.837.553 mayores de 18 años (16). Por otro lado, en un estudio realizado en el 2016 en la misma ciudad se determinó que el 82.8% de la población mayor de 18 años había usado algún servicio de salud durante el último año (13). Con base a estos datos se realizó el cálculo del tamaño muestral usando el aplicativo Epidat 4.2, para lo cual se usaron los parámetros: tamaño de la población: 1.837.553, prevalencia de uso de servicios de salud (proporción esperada): 82.8%, precisión absoluta mínima y máxima: 5%, intervalo de confianza del 95% ($Z = 1.96$). Con estos datos se identificó un tamaño muestral de 219 personas. Sin embargo, si se considera una tasa de no respuesta del 10%, se determina un tamaño muestral final de 244 personas. Debido a que este estudio se trata de un pilotaje, se reclutó al menos el 10% del tamaño muestral calculado previamente (17), lo cual corresponde a 24 personas.

3.1. Criterios de inclusión: adultos mayores de 18 años, que residan en Cali, Colombia en los últimos 12 meses. Este criterio será validado por medio del cuestionario.

3.2. Criterios de exclusión: adultos que no se encuentren en condiciones de diligenciar completamente la encuesta: problemas mentales o cognitivos.

3.3. Herramienta de recolección de datos: los datos fueron recolectados a través de encuestas anónimas, entre el mes de abril y junio de 2025. Se hizo uso de la encuesta llamada Encuesta de Acceso a Servicios de Salud (EASS), la cual consta de 63 preguntas y su aplicación toma aproximadamente 50 minutos. Se encuentra validada en población colombiana (15). La encuesta se realizó en un formato virtual mediante la herramienta de Google Forms y no recopiló datos de identificación personal tales como nombre, número de identificación, teléfono o dirección. El enlace para acceder a la encuesta virtual fue expuesto en 4 barrios de la ciudad: Barrio Pance, Barrio San Joaquín, Barrio Bueno Madrid y Barrio Cuarto de Legua. La razón por la cual se escogieron estos 4 puntos estratégicos se debe a que 2 de ellos se encuentran en barrios de alto estrato socioeconómico y 2 de ellos de bajo estrato socioeconómico, con el objetivo de alcanzar diferentes tipos de personas independientemente de su estado social o económico. Cabe resaltar que en 2 de los barrios en donde se recolectaron los datos se encuentran dos universidades importantes en Cali, una con mayor porcentaje de estudiantes pertenecientes a estratos socioeconómicos altos y otra a estratos socioeconómicos bajos. Además, se recolectó información del perímetro circundante a un hospital ubicado en un barrio de estrato socioeconómico bajo y uno alto.

La participación fue voluntaria y se diligenció el consentimiento informado previo a la aplicación del cuestionario.

3.4. *Variables del estudio:* Las variables obtenidas mediante el cuestionario EASS están divididas en 5 módulos que se exponen en la tabla 1:

Tabla 1. Componentes del cuestionario EASS:

Módulo:	Variables:
Perfil sociodemográfico de la persona informante.	Sexo Edad Etnia Nivel educativo Estado civil Situación laboral EPS a la que se encuentra afiliado Nivel de ingresos
Perfil socioeconómico del hogar.	Estrato socioeconómico del hogar. Ingresos mensuales del hogar. Vivienda propia o alquilada Zona de ubicación de la vivienda
Acceso a servicios preventivos.	En el último año consultó a médico u odontólogo Hay niños menores de 1 año en el hogar. Servicios recibidos en último año para niños menores de 1 año. Hay niños entre 1 y 5 años en el hogar. Servicios recibidos en último año para niños entre 1 y 5 años. Hay niños entre 6 y 10 años en el hogar. Servicios recibidos en último año para niños entre 6 y 10 años. Hay jóvenes entre 11 y 19 años en el hogar. Servicios recibidos en último año para jóvenes entre 11 y 19 años. Hay adultos entre 20 y 29 años en el hogar.

	<p>Servicios recibidos en último año para adultos entre 20 y 29 años.</p> <p>Hay adultos entre 30 y 44 años en el hogar.</p> <p>Servicios recibidos en último año para adultos entre 30 y 44 años.</p> <p>Hay adultos mayores de 45 años en el hogar.</p> <p>Servicios recibidos en último año para adultos mayores de 45 años.</p> <p>Hay mujeres embarazadas en el hogar.</p> <p>Servicios recibidos en el último año para embarazadas en el hogar.</p> <p>Cuál es el medio de transporte más frecuente para asistir al servicio de atención básico en salud.</p> <p>En cuanto tiempo llega al lugar de atención en salud.</p>
Acceso a servicios curativos y de rehabilitación.	<p>Acudió en los últimos 6 meses al servicio de urgencias.</p> <p>Tiempo para ser atendido por un médico en urgencia.</p> <p>Percepción de atención por urgencias.</p> <p>Percepción de atención en consulta externa.</p> <p>Percepción de atención por especialidad médica.</p> <p>Razones principales por las cuales no consultó al médico general.</p> <p>Cómo resuelve situaciones de salud si decidió no consultar al médico.</p> <p>Fue hospitalizado en los últimos 6 meses.</p> <p>Tiempo de traslado entre urgencias a hospitalización.</p> <p>Percepción de la calidad del servicio de hospitalización.</p>

Gasto de bolsillo en acceso.	<p>Pago de cuotas moderadoras o copagos en última atención recibida</p> <p>Pago total por medicamentos, exámenes y procedimientos no autorizados por la EPS</p> <p>Pago por lentes, audífonos o aparatos ortopédicos.</p> <p>Pago de gastos extras como transporte, alojamiento o alimentación.</p> <p>Otros gastos</p>
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fuente: adaptado de Arrivillaga et al (15).

3.5. Análisis estadístico: los datos fueron almacenados en una base de datos en Google Forms y fueron analizados usando SPSS 20. Para las variables cualitativas se usó estadística descriptiva y fueron descritas mediante frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se hizo uso de medidas de tendencia central y de dispersión.

3.6. Consideraciones éticas: este estudio fue sometido al Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid y fue aprobado el 9 de junio de 2025 con el código CI: 2025–521. Se siguieron las directrices españolas establecidas por la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica, y el Real Decreto 957/2020. Además, de forma internacional se siguió la Declaración de Helsinki y la Guía de Buenas Prácticas Clínicas. Al ser llevado a cabo en Colombia, también se siguieron las consideraciones éticas establecidas en la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. Los participantes que decidieron participar en este estudio anónimo manifestaron de forma expresa su voluntad para participar antes de realizar el cuestionario.

3.7. Cronograma: las actividades del estudio iniciaron desde febrero de 2025 y finalizarán en el mes de noviembre de 2025. La redacción de la introducción y de los materiales se llevó a cabo entre los meses de febrero y marzo de 2025. El proyecto fue aprobado con el Comité de ética de la universidad europea en el mes de junio de 2025, posterior a lo cual se realizó la recolección y análisis de los datos durante los meses de junio y julio. La redacción de la versión final del documento se llevó a cabo entre los meses de agosto y septiembre de 2025. En la tabla 2 se puede visualizar el cronograma de estas actividades.

Tabla 2. Cronograma de actividades:

Actividad/Mes	Feb 2025	Mar 2025	Abr 2025	May 2025	Jun 2025	Jul 2025	Ago 2025	Sept 2025	Oct 2025	Nov 2025
Redacción de la introducción	X									
Redacción de materiales y métodos		X								
Evaluación por parte del Comité de ética			X	X	X					
Recolección de datos					X	X				
Análisis de la información					X	X				
Redacción de resultados.							X			
Redacción de la versión final del documento.							X	X		
Entrega del documento final.									X	
Exposición pública del TFM										X

Fuente: elaboración propia.

3.8. *Financiación:* Este trabajo no ha recibido financiación por parte de ninguna entidad. La autora ha desarrollado este proyecto de manera independiente y ad honorem, sin percibir remuneración económica por su participación.

Resultados:

Caracterización sociodemográfica:

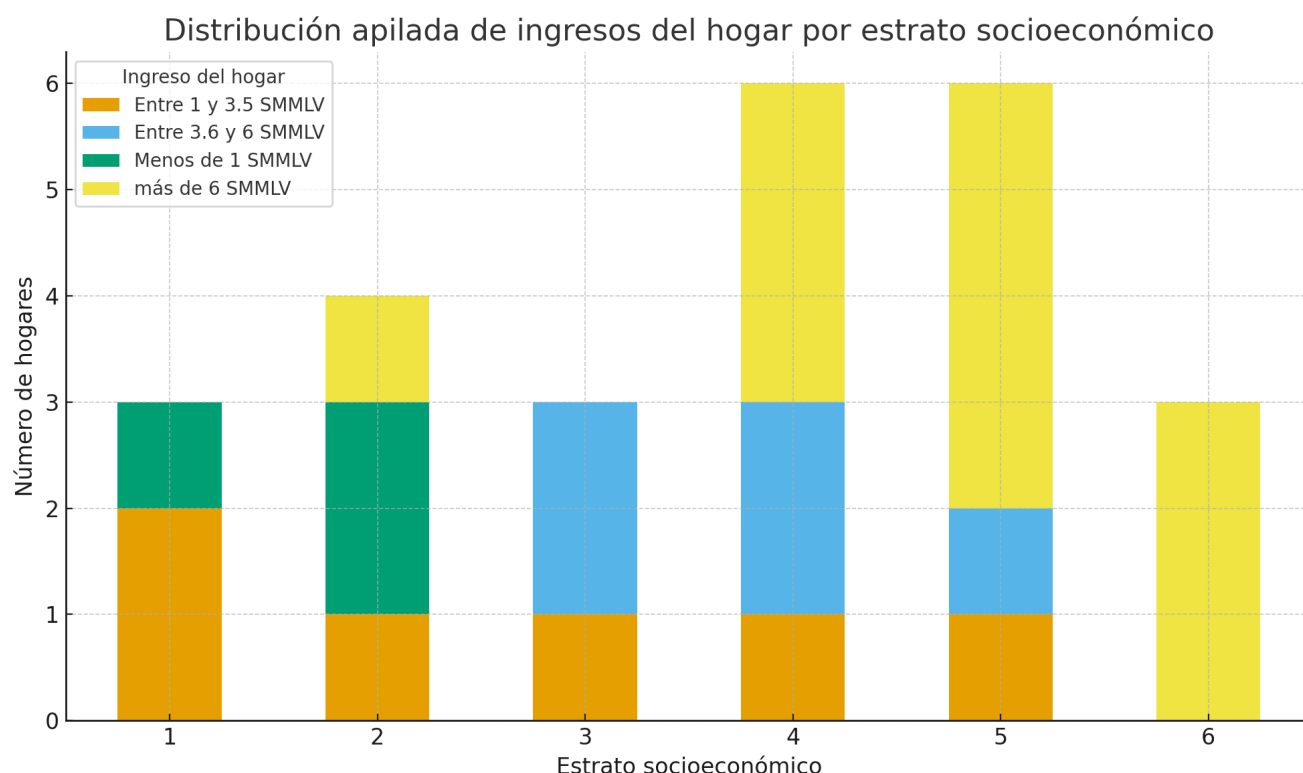
En este estudio piloto participaron un total de 25 personas. El número promedio de integrantes por hogar fue de 3,3. En cuanto al perfil sociodemográfico de los adultos encuestados, se observó que la mayoría eran mujeres (56%, n=14). La edad promedio de los participantes fue de 31,58 años (DE = 11,8), con un rango entre 19 y 61 años. El estado civil más común fue soltero (68%, n=17), seguido por unión libre (24%, n=6). La mayoría de los encuestados se identificaron como mestizos (88%, n=22), mientras que el 12% (n=3) se identificó como afrodescendiente.

Respecto al nivel educativo alcanzado, el 56% (n=14) de los participantes reportó tener educación universitaria completa, seguido por formación técnica completa y secundaria completa, con 12% (n=3) cada una. En relación con el régimen de afiliación al sistema de salud, el 76% (n=19) pertenecía al régimen contributivo como cotizantes, el 16% (n=4) al régimen contributivo como beneficiarios, y un 4% (n=1) tanto al régimen especial como al régimen subsidiado, respectivamente.

En cuanto a la ocupación, el 60% (n=15) eran empleados en empresas privadas, el 12% (n=3) empleados del gobierno, el 8% (n=2) pensionados y trabajadores por cuenta propia, respectivamente, y un 4% (n=1) eran empleados domésticos u ocupaciones no clasificadas por la encuesta.

Con respecto al ingreso del jefe del hogar, el 44% (n=11) reportó ingresos superiores a seis salarios mínimos mensuales legales vigentes (SMMLV), el 24% (n=6) entre 1 y 3,5 SMMLV, el 20% (n=5) entre 3,6 y 6 SMMLV, y el 12% (n=3) menos de 1 SMMLV. Al considerar el ingreso total del hogar, el 56% (n=14) reportó ingresos superiores a seis SMMLV, el 20% (n=5) entre 1 y 3,5 SMMLV, y el 16% (n=4) entre 3,6 y 6 SMMLV. El estrato socioeconómico más frecuente fue el estrato 4 y 5 representando un 24% cada uno. La relación evidenciada entre ingreso total del hogar y el estrato socioeconómico se evidencia en la ilustración 1. La mayoría habitaba en vivienda propia pagada (32%, n=8), seguida de vivienda propia en proceso de pago (24%, n=6) y en arriendo (24%, n=6); el 20% (n=5) vivía en vivienda familiar. Finalmente, el 96% (n=24) de los encuestados reportó residir en zona urbana (cabecera municipal).

Ilustración 1. Distribución apilada de ingresos del hogar por estrato socioeconómico:



Fuente: elaboración propia.

Servicios preventivos:

En relación con el acceso a servicios de salud preventivos, se encontró que únicamente el 32% (n=8) de los participantes asistió en el último año tanto a consulta médica como odontológica con fines preventivos. Fue más frecuente la asistencia exclusivamente a consulta médica preventiva (36%, n=9), mientras que solo el 4% (n=1) asistió únicamente al odontólogo con esta intención. El 28% (n=7) no asistió a ninguno de estos dos servicios con fines preventivos durante el último año.

En el momento de la encuesta, ningún hogar reportó la presencia de menores de un año ni de mujeres embarazadas. El 8% (n=2) de los hogares tenía al menos un niño entre 1 y 5 años; en todos los casos (100%) se realizaron controles periódicos de niño sano, aunque solo el 50% reportó además la realización de actividades de salud oral (como aplicación de sellantes), administración de antiparasitarios y esquemas de vacunación. Asimismo, el 8% (n=2) de los hogares tenía niños entre 6 y 10 años; todos ellos (100%) asistieron a controles periódicos de crecimiento y desarrollo, valoración visual, actividades de salud oral, antiparasitarios y vacunación, aunque solo el 50% recibió adicionalmente actividades educativas relacionadas con puericultura.

En cuanto a adolescentes, el 8% de los hogares reportó un joven entre 11 y 19 años, y el 4% reportó dos jóvenes en ese mismo rango de edad. De estos, el 75% accedió a consulta médica preventiva, valoración de agudeza visual, consulta odontológica, toma de presión arterial y control de glicemia. El restante 25% asistió únicamente a consulta médica preventiva.

El 72% de los hogares incluyó al menos una persona entre los 20 y 29 años, en donde con mayor frecuencia solamente 1 persona del grupo familiar tenía esta edad (52%, n=13). El 16% (n=4) no hizo uso de ningún servicio preventivo entre los que se incluyen: citología cérvico vaginal, consulta médica preventiva, toma de tensión arterial, prueba ELISA para VIH, Prueba VDRL para sífilis, examen de seno y educación para autoexamen. El servicio preventivo más frecuente en esta población fue consulta médica preventiva con un 69.2% (n=9), al igual que la toma de la tensión arterial 69.2% (n=9), el servicio preventivo con menor frecuencia fue el examen de seno y educación para autoexamen con un 38.5% (n=5). El 32% (n=8) de los hogares presentaron personas entre los 30 y 44 años, donde los servicios preventivos más populares fueron la consulta médica en un 62.5% (n=5), al igual que la citología (n=5), y los menos frecuentes el autoexamen de mama (12%, n=1) y el antígeno prostático (12%, n=1). El 72% presentó al menos un residente mayor de 45 años.

En cuanto al acceso geográfico, el 16% (n=4) de los hogares requería de más de un medio de transporte para acudir a su centro de atención en salud. La mayoría (56%, n=14) reportó desplazarse por medio de vehículo propio. Además, el 88% (n=22) indicó que el tiempo de desplazamiento a la institución de salud era inferior a una hora.

Acceso a Servicios Curativos o de Rehabilitación

En el 56% (n=14) de los hogares, al menos un miembro requirió atención en el servicio de urgencias. Entre quienes acudieron a este servicio, el 57.1% (n=8) fue atendido en un tiempo comprendido entre 31 minutos y 2 horas, el 21.4% (n=3) fue atendido en menos de 30 minutos y solo el 14.3% (n=2) esperó más de 2 horas. En cuanto a la percepción de la calidad del servicio recibido, el 28.5% (n=4) lo calificó como muy bueno, el 64% (n=9) como bueno y únicamente el 7.1% (n=1) lo consideró malo. Respecto al tipo de aseguramiento utilizado para acceder al servicio de urgencias, el 78.6% (n=11) empleó seguros médicos, planes complementarios o medicina prepagada, mientras que el 21% (n=3) accedió a través de su EPS y el 7.1% (n=1) utilizó recursos propios. Todos los encuestados refirieron que su problema de salud fue resuelto durante la atención de urgencias.

En cuanto a la consulta con médico general, el 60% (n=15) de los encuestados indicó haber accedido a este servicio. De ellos, el 40% (n=6) reportó haber obtenido la cita en menos de una semana, otro 40%

refirió haberla obtenido entre dos y cuatro semanas, y el 6.6% (n=1) tuvo que esperar entre uno y tres meses. La mayoría (93%) manifestó que su problema en salud fue resuelto. Entre quienes consultaron al médico general, el 33% (n=5) fue remitido a una especialidad; de estos, el 60% fue remitido a cardiología y el 40% a medicina interna. También se reportaron remisiones a otras especialidades como gastroenterología, ortopedia y urología. De las personas que no accedieron al médico general o especialista, el 4% se autorrecetaron y otro 4% hicieron uso de remedios caseros.

Solo el 20% del total de hogares encuestados reportó al menos una hospitalización en los últimos seis meses. En todos los casos, los participantes consideraron que su problema de salud fue adecuadamente atendido. El 60% del total de participantes que requirieron de una hospitalización, hicieron uso de medicina prepagada para cubrir los gastos de la atención.

Discusión

En este estudio piloto, realizado en una población de Cali, Colombia, se caracterizó el perfil sociodemográfico y el acceso a servicios de salud preventivos y curativos en una muestra de 25 hogares. La población encuestada presentó un número promedio de integrantes por hogar de 3.3, el cual es cercano al promedio descrito por la Encuesta Nacional de Calidad de Vida del 2022, en donde se describe un tamaño promedio de 2.95 personas (18). Este estudio presentó un mayor porcentaje de población que habita en vivienda propia con un 56%, respecto a un 39% descrito para el 2022 (18).

El alto nivel educativo reportado, con más de la mitad con educación universitaria, supera el promedio descrito entre el 2014 y 2022 para la ciudad de Cali, donde predomina la secundaria como máximo nivel educativo con un 42.6% y tan solo el 22% con estudios profesionales (19). Esto sugiere que la muestra de este piloto corresponde a un segmento poblacional con mayores ventajas educativas y socioeconómicas, lo cual puede influir positivamente en su percepción y uso de servicios de salud (20).

En términos de afiliación al sistema, la mayoría pertenecía al régimen contributivo, reflejando las cifras oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, que reporta una mayor proporción de cotizantes en zonas urbanas y con empleo formal (21). Sin embargo, se evidenció un uso limitado de servicios preventivos, ya que apenas un tercio asistió a consulta médica y odontológica en el último año, y más de una cuarta parte no acudió a ningún servicio preventivo en el último año. Estos resultados son consistentes con estudios nacionales que reportan barreras en la demanda de servicios preventivos a pesar de la cobertura en salud en Colombia (22). Entre las razones que se encuentran documentadas en la literatura sobre las barreras para acceder a servicios preventivos se encuentran factores culturales, falta de percepción de necesidad y obstáculos en la oportunidad de la cita (22).

La única variable sociodemográfica con asociación estadísticamente significativa con la asistencia a consulta preventiva fue el sexo, en donde las mujeres asistieron mucho más que los hombres ($OR \approx 19$, $p < 0.01$). Si bien la edad, educación, ingreso y estrato no alcanzaron cifras estadísticamente significativas, mostraron una mayor tendencia de consulta preventiva en personas con estratos socioeconómicos altos (4-6), personas con educación universitaria completa, ingresos mayores de 6 SMMLV y menores de 30 años. Estos datos se exponen en la tabla 3.

Tabla 3. Asociación entre características sociodemográficas y asistencia a consulta médica/odontológica preventiva en el último año (N=25)

Variable	OR	IC95%	p (Fisher)
Sexo (Mujer vs Hombre)	19,5	1,78 – 213,96	0,009
Edad (<30 vs ≥ 30 años)	0,73	0,12 – 4,39	1,000
Educación (Universitaria completa vs menor)	1,90	0,32 – 11,31	0,659
Ingreso (>6 SMMLV vs ≤ 6 SMMLV)	1,19	0,20 – 6,99	1,000
Estrato (Alto 4–6 vs Bajo 1–3)	3,20	0,52 – 19,84	0,356

OR: odds ratio; IC95%: intervalo de confianza del 95%. Fuente: elaboración propia.

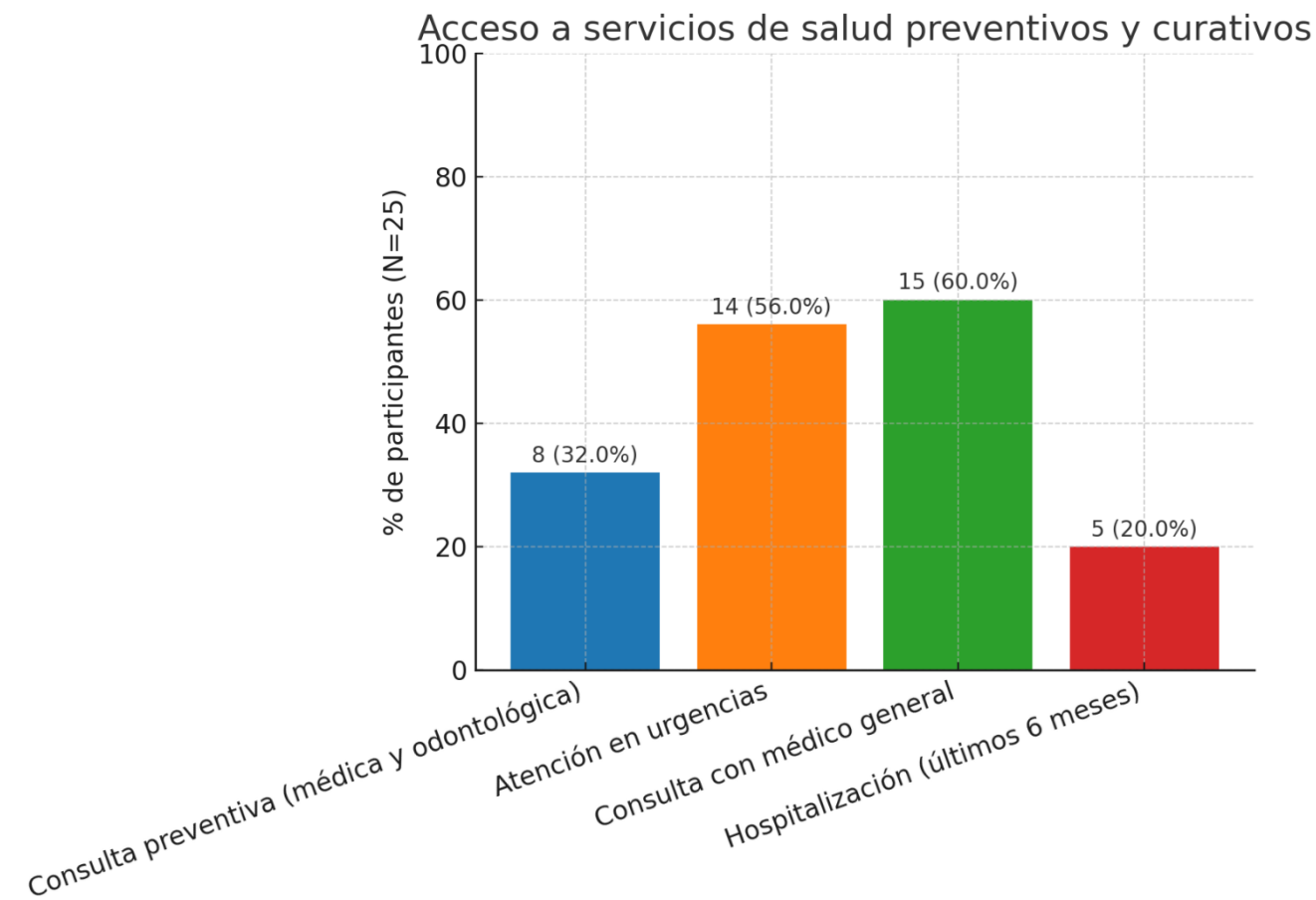
Ninguna característica del desplazamiento al sitio de atención presentó significancia estadística respecto a la asistencia de servicios preventivos, si bien los hogares que usaron transporte propio parecieron asistir más a consulta preventiva.

El uso de urgencias fue elevado (56%), lo cual es concordante con reportes previos en Colombia y América Latina donde los servicios de urgencias son frecuentemente utilizados como primer punto de contacto con un servicio de salud, incluso para condiciones que podrían resolverse en atención primaria (23). Aunque la mayoría de los encuestados reportó tiempos de espera aceptables y resolución del problema de salud, un porcentaje importante refirió la necesidad de seguros complementarios o medicina prepagada para cubrir los costos, lo que refleja inequidades persistentes en el acceso (22).

Respecto a las asociaciones exploradas, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre edad, sexo, educación, régimen o estrato con el uso de urgencias u hospitalización. Este hallazgo es esperable dada la baja potencia estadística del estudio piloto. Sin embargo, se observó una tendencia a mayor uso de urgencias entre los menores de 30 años, lo que coincide con literatura que describe una mayor utilización de servicios de urgencias en adultos jóvenes, frecuentemente relacionada con accidentes, situaciones de violencia o consultas de baja complejidad (23).

En términos generales se identifica que hay un mayor uso de urgencias (56%) y consulta general (60%), cuando la persona identifica ya un problema en su salud, que acceso a servicios preventivos (32%).

Ilustración 2. Acceso A Servicios De Salud Preventivos Y Curativos:



Fuente: elaboración propia.

Limitaciones

Este estudio presenta varias limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral reducido ($n=25$) impide realizar inferencias estadísticas robustas y limita la potencia para detectar asociaciones. En segundo lugar, la información se obtuvo mediante encuesta autoadministrada, lo cual puede introducir sesgos de memoria o deseabilidad social en la declaración del uso de servicios. Además, la muestra no es representativa de la población general colombiana, ya que corresponde a un segmento urbano con niveles educativos superiores al promedio nacional, lo que puede afectar la generalización de los resultados. Se considera que esto se debe a los puntos de recolección de la información, en donde figuran 2 universidades importantes de la ciudad.

Fortalezas

A pesar de estas limitaciones, el estudio tiene fortalezas importantes. Se utilizó un instrumento previamente validado en población colombiana (EASS), lo que garantiza pertinencia y comparabilidad con otras investigaciones. Asimismo, se logró una caracterización detallada de aspectos sociodemográficos, y uso de servicios en salud preventivos y curativos, lo que permite identificar patrones y áreas críticas del acceso a los servicios de salud. Finalmente, como piloto, el estudio demostró la factibilidad del diseño y del proceso de recolección de datos, aportando insumos metodológicos valiosos para estudios posteriores con muestras más grandes y representativas.

Conclusiones

En conclusión, este estudio piloto permitió caracterizar el perfil sociodemográfico y el acceso a servicios de salud en una muestra en Cali, Colombia, evidenciando un bajo uso de servicios preventivos y una alta frecuencia de consulta por urgencias. Aunque no se identificaron asociaciones causales o estadísticamente significativas entre factores sociodemográficos y el uso de servicios, se observaron tendencias relevantes, como un mayor uso de urgencias en adultos jóvenes, que merecen ser exploradas en estudios con mayor tamaño muestral.

Los resultados destacan la necesidad de fortalecer estrategias de promoción y prevención en salud, especialmente enfocado en aquellas poblaciones que suelen hacer más uso de servicios curativos: como lo son la población joven. Adicionalmente, este piloto demuestra la factibilidad del diseño y del instrumento aplicado, y sienta las bases para investigaciones posteriores con mayor representatividad que permitan profundizar en los determinantes sociales y estructurales del acceso a los servicios de salud en Colombia.

Bibliografía:

1. Paek SC, Zhang NJ. Factors associated with the use of annual health checkups in Thailand: evidence from a national cross-sectional health and welfare survey. *Front Public Health* [Internet]. 10 de mayo de 2024 [citado 10 de febrero de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1390125/full>
2. Banegas JR, Villar F, Graciani A, Rodríguez-Artalejo F. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en España. *Rev Esp Cardiol Supl.* 1 de enero de 2006;6(7):3G-12G.
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estadísticas Vitales (EEVV) [Internet]. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2024 jun. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/operaciones/EEVV/bol-EEVV-Defunciones-Itrim2024.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Minsalud conmemora el día mundial del Corazón. No 223 de 2023. 29 de septiembre de 2023 [citado 4 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-conmemora-el-dia-mundial-del-Corazon.aspx>
5. Pattanayak S, Dutta S, Basu M, Basu SS, Manna S. A cross-sectional study on health behavior and quality of life among adults with non-communicable diseases in the urban field practice area of a teaching hospital, Kolkata. *Malays Fam Physician Off J Acad Fam Physicians Malays.* 27 de febrero de 2025;20:10.
6. Cortés Fuentes L, Alvis Estrada L, Alvis Guzmán N. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares y su impacto económico en Colombia, 2000-2010. *Rev Salud Uninorte.* mayo de 2016;32(2):208-17.
7. Magnussen C, Ojeda FM, Leong DP, Alegre-Diaz J, Amouyel P, Aviles-Santa L, et al. Global Impact of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med.* 5 de octubre de 2023;389(14):1273-85.
8. Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA. General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. *JAMA.* 8 de junio de 2021;325(22):2294-306.
9. Yirga GK, Bantie B, Hiruy EG, Baye AA, Kerebeh G, Shiferaw K, et al. Health checkup practice and its associated factors among adults in South Gondar zone Ethiopia. *Sci Rep.* 11 de septiembre de 2024;14:21237.
10. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia. *Salud Pública México.* enero de 2011;53:s144-55.
11. Aseguramiento de Población [Internet]. [citado 10 de febrero de 2025]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co:443/LaEntidad_/subdireccion-general-prospectiva-desarrollo-nacional/direccion-desarrollo-social/Paginas/aseguramiento-de-poblacion.aspx

12. Departamento Nacional de Planeación. Indicador: Porcentaje de la población que asiste al menos una vez al año a consulta médica u odontológica por prevención [Internet]. [citado 10 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://sinergiapp.dnp.gov.co/#IndicadorProgEnt/26/1216/4806>
13. Zapata-Ossa H de J, Porras-Beltrán AM, Arias-Cardona EK. Factores relacionados con el uso de los servicios de salud en la población mayor de 18 años del área urbana de Cali, Colombia, en el año 2016. Rev Gerenc Políticas Salud [Internet]. 29 de noviembre de 2019 [citado 4 de marzo de 2025];18(37). Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20\(2019-II\)/54561490008/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/18-37%20(2019-II)/54561490008/)
14. Usman SO. Periodic medical check-up among residents of three Nigerian South-western States. J Contemp Med [Internet]. 2016 [citado 10 de febrero de 2025];6(3). Disponible en: <http://dergipark.gov.tr/doi/10.16899/ctd.65941>
15. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. Encuesta de acceso a servicios de salud para hogares colombianos. Gac Sanit. 1 de noviembre de 2016;30(6):415-20.
16. Departamento administrativo de Planeación. Proyecciones de población según total Colombia, Valle y Cali por grupos quinquenales de edad y sexo 2018 - 2035 [Internet]. 2023 mar. Disponible en: <https://www.cali.gov.co/planeacion/loader.php?lServicio=Tools2&lTipo=descargas&lFuncion=descargar&idFile=46962>
17. Johanson GA, Brooks GP. Initial Scale Development: Sample Size for Pilot Studies. Educ Psychol Meas. junio de 2010;70(3):394-400.
18. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida (ECV) 2022 [Internet]. Bogotá; 2023 abr p. 27. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/Boletin_Tecnico_ECV_2022.pdf
19. Observatorio de Políticas Públicas - POLIS. Composición socioeconómica de la ciudad: Conozca quiénes son y cómo viven sus vecinos [Internet]. Cali: Universidad ICESI; 2023 p. 16. Disponible en: <https://www.icesi.edu.co/polis/images/2023/publicaciones/db/pdf/polis-db53-encalipedia.pdf>
20. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Bogotá; 2015.
21. DANE. En 2022, y a nivel nacional, cada hogar estaba conformado en promedio por 2,95 personas y el 44,2% de los hogares tenían como jefe a una mujer. 20 de abril de 2023; Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2022/comunicado_ECV_2022.pdf
22. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Acceso a servicios de salud en

Colombia [Internet]. Bogotá; 2019. Disponible en:
<https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/11.%20Acceso%20a%20servicios%20de%20salud%20en%20Colombia.pdf>

23. Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F, Rodríguez-Páez FG, Jiménez-Barbosa WG, Palencia-Sánchez F. Uso de los servicios de urgencias en Bogotá, Colombia: Un análisis desde el Triage. Univ Salud. diciembre de 2018;20(3):215-26.