



ACCESIBILIDAD A SERVICIOS DE SALUD: CÓMO INFLUYEN LOS DETERMINANTES SOCIALES EN NIÑOS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD DE SANTIAGO DE CALI

ACCESSIBILITY TO HEALTH SERVICES: HOW SOCIAL DETERMINANTS INFLUENCE CHILDREN IN CONDITIONS OF VULNERABILITY IN SANTIAGO DE CALI

Recibido: /05/2024

Aceptado: /09/2024

¹ Laura Daniela Isajar
² Yeraldin Lozano Largo
³ Gustavo Adolfo Girón Restrepo
⁴ Oscar Marino Lopez-Mallama
⁵ Ricardo Gonzáles Duarte
⁶ María Isabel Afanador-Rodriguez

“En memoria de Laura Daniela Isajar”

- ¹ Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia, **ORCID ID:** <https://orcid.org/0009-0006-2825-0337>. Correo: ldisajarramirez@gmail.com.
- ² Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia, **ORCID ID:** <https://orcid.org/0009-0009-4293-7137>. Correo: Yeraaldiin@outlook.com.
- ³ Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia Fundación Universitaria San Martín, Cali, Colombia, **ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-3812-0537>. Correo: gagiron@admon.uniajc.edu.co.
- ⁴ Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia, **ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0002-3543-9123>. Correo: omarinolopez@admon.uniajc.edu.co.
- ⁵ Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia, **ORCID ID:** <https://orcid.org/0009-0004-4418-8428>. Correo: rgonzalezd@admon.uniajc.edu.co.
- ⁶ Institución Universitaria Antonio José Camacho, Cali, Colombia, **ORCID ID:** <https://orcid.org/0000-0003-2746-8298>. Correo: mafanador@admon.uniajc.edu.co.

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar los determinantes sociales y su influencia en la accesibilidad a los servicios de salud de los niños menores de 5 años en condición de vulnerabilidad de la comuna 13 de Santiago de Cali. La obtención de la información se realizó mediante tres etapas: primero, la obtención base de datos primarios, segundo, el análisis bibliográfico y tercero, la realización del instrumento para la recolección y análisis de la información. Con respecto a la metodología, se seleccionaron 40 artículos y se organizaron con la ayuda de gestores bibliográficos y la ecuación de búsqueda para facilitar su distribución en la matriz de análisis construida por el equipo de investigadores. Se encontró que en la comuna 13 de Cali habita el 8.3 % de la población total de la ciudad, donde el estrato 2 es el estrato moda, y se encuentra el 12.5 % de la población total del Sisbén de la ciudad. Finalmente, se concluye que los determinantes sociales de la salud más comunes para los niños son la pobreza, la mala calidad de la vivienda, la falta de saneamiento, la falta de acceso a la educación y los cuidados de salud, además de una fuerte exposición a la violencia, los cuales son factores que influyen directamente en la accesibilidad de los niños a los servicios de salud.

Palabras clave

Ecosistema de la Salud; Salud Pública; Determinantes Sociales en Salud; Protección Social; Acceso a Salud.

Abstract

The objective of this article is to analyze how social determinants influence the accessibility to health services of vulnerable children under 5 years of age in commune 13 of Santiago de Cali. Obtaining the information was carried out through three stages, first: obtaining primary data base, second: bibliographic analysis and third: implementation of the instrument for the collection and analysis of the information. 40 articles were selected and organized with the help of bibliographic managers and the search equation to facilitate their organization in the analysis matrix built by the team of researchers. The study is descriptive, qualitative, non-experimental. Results: it was found that 8.3 % of the total population of the city lives in commune 13 of Cali, where stratum 2 is the fashion stratum, and 12.5 % of the total population of the city's Sisbén is found. It is concluded that the most common social determinants of health for children include poverty, poor quality housing, lack of sanitation, lack of access to education and health care, as well as strong exposure to violence, factors that effectively directly influence children's accessibility to health services.

Key words

Health Ecosystem; Public Health; Social Determinants of Health; Social Protection; Access to Health.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (1). Por tal motivo, se puede inferir que, debido a la situación política y económica de los países, estas circunstancias pueden variar, lo que a su vez puede generar condiciones y resultados diferentes en materia de salud (1). Autores como García y Vélez, han concluido que la falta de coordinación para el abordaje de los determinantes sociales y el poco énfasis en la lucha contra la distribución desigual del poder en América Latina genera inequidad en la cobertura de salud, lo que ocasiona una diferenciación marcada en los servicios de salud que se presentan según el nivel de ingreso o capacidad de pago de las poblaciones (2).

Según Peña Chocue et al., los líderes mundiales adoptaron un conjunto de políticas que buscan erradicar la pobreza y asegurar la prosperidad para todos como parte de la agenda del desarrollo sostenible. Este plan se denomina Objetivos de Desarrollo Sostenible (3,4). Cada objetivo tiene metas que se deben alcanzar en los próximos 15 años; por ejemplo, el objetivo número 3, tiene como prioridad la salud y el bienestar de la población por medio de la estrategia de la atención primaria, la cual se fundamenta en la enseñanza y en la educación de las comunidades (5). Por lo tanto, la calidad de vida y salud de las poblaciones en condición de vulnerabilidad es una preocupación de la salud pública mundial (3).

Existen desafíos muy complejos para el abordaje de los determinantes sociales, sobre todo en países en vías de desarrollo como los de América Latina. Villar enumera algunas preguntas que pueden ser parte activa de la discusión: ¿cómo replantear políticamente a nivel internacional el proceso de globalización en curso como generador de inequidad?, ¿cómo avanzar desde la evidencia y el discurso explicativo hacia la formulación y desarrollo de políticas intersectoriales?, ¿cómo desarrollar el liderazgo y la capacidad institucional del sector salud, incluyendo la coordinación intersectorial, a fin de abordar los determinantes sociales de la salud hacia una mejor equidad en salud?, y ¿cómo desarrollar las instituciones del sector salud para la apertura de mecanismos que fomenten la participación social? (6). En relación con estos cuestionamientos, se pueden evidenciar experiencias de éxito, tales como la de Suecia, que atacó las

inequidades en salud mediante la ejecución de una política de atención primaria en salud, amalgamada con otros sectores de la vida pública: enfoque intersectorial en la política pública, amplia participación social y consenso social, reducción de la discriminación contra las minorías, esquemas flexibles de trabajo, escuelas promotoras de salud, intervenciones medioambientales y de salud, promoción de estilos de vida saludables, mejora de ingresos y generación de empleo, cuidado infantil para que las madres trabajen fuera del hogar, y enfoque ciclo vital (6).

Al hablar de salud, se adopta una visión compleja, holística y multicausal, en la que los individuos están inmersos en una cultura, sociedad y contexto histórico (7). En este sentido, comprender los determinantes sociales de la salud se convierte en una estrategia eficaz para la atención primaria. Se argumenta que el término “salud poblacional” se ajusta mejor a las necesidades de las comunidades, ya que es más amplio y se refiere a una “aproximación de salud poblacional” que reconoce todos los determinantes externos al sistema de salud que influyen directamente en el proceso de salud-enfermedad (8,9).

Peña et al. encontraron en su estudio que las condiciones de vida en Chocó afectan a su población. En 2016, la cobertura de energía alcanzaba solo el 60.7 %, mientras que el acceso al acueducto era del 54.3 % y el sistema de alcantarillado cubría apenas el 55.7 %. Además, el 67.8 % de los hogares presentaban una inadecuada eliminación de excretas (3). Estas cifras explican por qué, según la encuesta de calidad de vida y salud de 2015 (10), las mujeres de Chocó son las que más se sienten enfermas en el país. Asimismo, el análisis de la situación de salud en el departamento revela que la esperanza de vida al nacer es inferior a la media nacional, con 70,6 años, y que los indicadores de mortalidad materna, infantil y de niñez superan la media nacional (11). Esto evidencia la relación entre los determinantes sociales de la salud y el riesgo de enfermedad.

La comuna 13 de Cali es una zona considerada en condición de vulnerabilidad económica, ubicada al Sur Oriente de la ciudad. Cuenta con 171,646 habitantes, 22 barrios, los cuales se encuentran en estrato 1 y 2, y una gran cantidad de asentamientos subnormales. Según la Alcaldía Municipal, la comuna 13 tiene 3,521 hogares en condición de miseria, 21,575 hogares en extrema pobreza y 5,697 hogares en hacinamiento (12). Por estas razones es importante revisar cómo influyen estos determinantes sociales en el acceso a la salud de los niños de esta zona en particular.

Colombia debe garantizar la seguridad social (13), incluyendo la salud. No obstante, el concepto de seguridad social fue introducido por primera vez por la fundación del Instituto Colombiano de Seguros Sociales en 1946, nombre que más adelante se modificó al de Instituto de Seguro Sociales (14), y cuya financiación debía ser tripartita entre gobierno, patronos y trabajadores, con una cobertura en servicios reducida (15).

Ahora bien, en Colombia se obtuvo un progreso histórico en cuanto a temas de salud, gracias a la promulgación de una nueva constitución nacional el día 4 de julio de 1991, en la cual se manifestó que Colombia es un Estado social de derecho (16). Esto constituyó un notable desarrollo en la garantía de una estabilidad social, equitativa y solidaria, ya que buscaba asegurar los derechos primordiales a todo ciudadano del territorio nacional (17).

En el artículo 44 de la constitución de 1991 se menciona que “son derechos primordiales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la ingesta de alimentos balanceados, su nombre y nacionalidad”. Del mismo modo en el artículo 49 se expone que “la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos, se asegura a todas las poblaciones el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (17).

Con la ley 100 de 1993 se reglamentó el Sistema de Seguridad Social Integral (18), que define en el libro II el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), luego se han generado tres grandes reformas, las Ley 1122 de 2007 (19), 1438 de 2011 (20) y 1751 de 2015 (21); en esta última se reguló el derecho fundamental a la salud para todos los colombianos. Dentro del SGSSS el aseguramiento es el mecanismo usado para garantizar el acceso universal a los servicios de salud (16,22,23).

Dos conceptos relacionados con los sistemas de salud son el acceso y la accesibilidad. El acceso se define como la acción de ingresar, darse paso a un lugar, acercarse y entrar (24). Por su parte, la accesibilidad está más enfocada a las características del entorno construido. La accesibilidad permite a las personas participar de actividades sociales, económicas y para lo que ha sido construido el espacio en cuestión; por ende, la falta de accesibilidad o inaccesibilidad produce marginación y pérdida de la calidad de vida para aquellas personas que no pueden ingresar a todos los espacios (24).

Se entiende por accesibilidad como la facilidad de acceso para todas las personas. Es una característica que permite que los entornos, productos y servicios sean utilizados sin inconvenientes por cualquier individuo, facilitando así el logro de los objetivos para los que fueron diseñados. En este sentido, la accesibilidad implica la adaptación a las necesidades específicas de cada usuario y se puede manifestar en tres formas fundamentales de actividad humana: movilidad, comunicación y comprensión (25).

Además, la accesibilidad es un elemento fundamental para construir una sociedad basada en políticas que atiendan las necesidades de los individuos. Esto implica considerar sus características y requerimientos, así como implementar cambios en la estructura social que reduzcan las barreras existentes, teniendo en cuenta las particularidades de cada territorio (26).

Si bien la accesibilidad es el objetivo, su antítesis son las barreras (27). Las barreras son definidas como “todos esos impedimentos, obstáculos físicos que limitan o impiden la libertad de movimiento y comunicación de las personas” (28). La accesibilidad pretende generar equidad e igualdad, mientras que las barreras son la fuente de conflictos, accidentes, pérdida de tiempo y disminución de la calidad de vida (28).

En Colombia, las barreras para acceder a los servicios de salud van desde las geográficas y laborales hasta las originadas por el mismo sistema de salud. Dentro de esta barrera se encuentran la contratación insuficiente de personal, proveedores y prestadores; los trámites para acceder al servicio y la cancelación de contratos con instituciones prestadoras sin suplir la necesidad inmediatamente. Con respecto a este último caso, los pacientes son los que se ven duramente afectados, al no recibir los tratamientos por falta de contrato con una IPS, un laboratorio clínico, un centro de ayudas diagnósticas o un proveedor de medicamentos (29).

Existen varias diferencias conceptuales entre los términos acceso y accesibilidad a los servicios de salud, aunque en muchas ocasiones se crea que se habla de lo mismo. Por ejemplo, para Donabedian la accesibilidad es el grado de ajuste entre las características de la población y los recursos existentes (30). Mientras que, para Rodríguez (31), citando el modelo teórico de Aday y Andresen (32), los factores del ambiente externo al paciente relacionados con el sistema

de salud y sus políticas, coberturas de aseguramiento, costos y calidad de los servicios tienen un papel fundamental en el uso de los servicios de salud. Por otra parte, Frenk (34) define la accesibilidad como el proceso de buscar y obtener la atención, e introduce el concepto de la deseabilidad de la fuente de atención.

La deseabilidad se refiere a ciertas características de los recursos humanos y los materiales para la salud, tales como la edad y el sexo de los proveedores, la cortesía del personal, el tipo de zona en que se ubica la instalación y las comodidades que ofrece el establecimiento. No obstante, el acceso es la capacidad que desarrolla un sistema para garantizarle a una persona o un grupo de personas la obtención de atención médica.

Aday y Andersen (32) ven el acceso como un asunto político más que un simple proceso operativo y señalan elementos claves que interactúan, como las características del sistema y la población. Los autores explican que el acceso a los servicios de salud se debe garantizar y la accesibilidad se debe dar cuando los usuarios lo necesiten, lo cual está directamente ligado a la red prestadora de servicios con la que cuenta el sistema (Figura 1). Además, proponen dos índices descriptivos (actitud – conocimiento), evidenciando la subjetividad como un punto importante. En ese sentido, las organizaciones de salud y la disponibilidad de sus servicios son fundamentales como indicadores para medir el acceso, incluyendo factores como el tiempo de espera para obtener una cita, el tiempo de transporte al centro asistencial, el tiempo en la sala de espera, el tiempo real de atención y la cantidad de servicios, personal asistencial y equipamiento disponibles en una determinada área. Estos elementos son clave para comprender la experiencia de los usuarios y su percepción sobre la atención recibida (32).

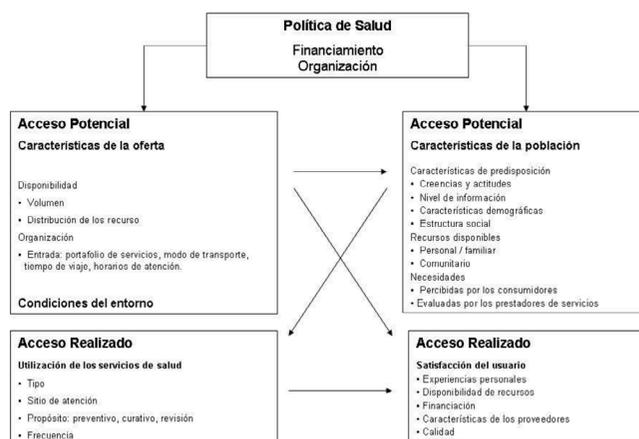


Figura 1. Modelo de Acceso Aday y Andersen
Fuente: tomado de (33)

Julio Frenk (34) define el acceso como la capacidad de un individuo o grupo de individuos para buscar y obtener salud, a través de un concepto nuevo denominado “poder de utilización”, añadiendo la “resistencia” como un complemento. Dicha resistencia es definida por el autor como el conjunto de obstáculos que se presentan en la búsqueda y la obtención de la atención, lo que hoy se conoce como barreras para acceder a los servicios y pueden ser originadas desde el mismo sistema, la zona donde viven los usuarios, las condiciones laborales o el orden público (34) (Figura 2).

Entre los diversos ejemplos que usa Frenk, se puede contemplar el siguiente para entender el poder de utilización y la resistencia: “el precio del servicio constituye un obstáculo para el usuario, los ingresos de la persona representan un poder específico para superar dicho obstáculo”. Por último, Frenk define la accesibilidad como “la relación funcional entre el conjunto de obstáculos a la búsqueda y la obtención de la atención (resistencia) y las capacidades correspondientes de la población para superar tales obstáculos (poder



Figura 2. Modelo Determinantes de la salud de Julio Frenk
Fuente: Tomado de (35)

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló un estudio de enfoque cualitativo, descriptivo transversal, no experimental, apoyado en una revisión sistemática de variables, tales como accesibilidad, determinantes, salud, infancia y vulnerabilidad. La búsqueda bibliográfica se efectuó en las bases de datos PubMed, EBSCO, Scopus, Google académico, E-libro y SciELO. Posteriormente, para el análisis de los datos y el diseño de la matriz, se plantearon las etapas que se observan en la Figura 3.

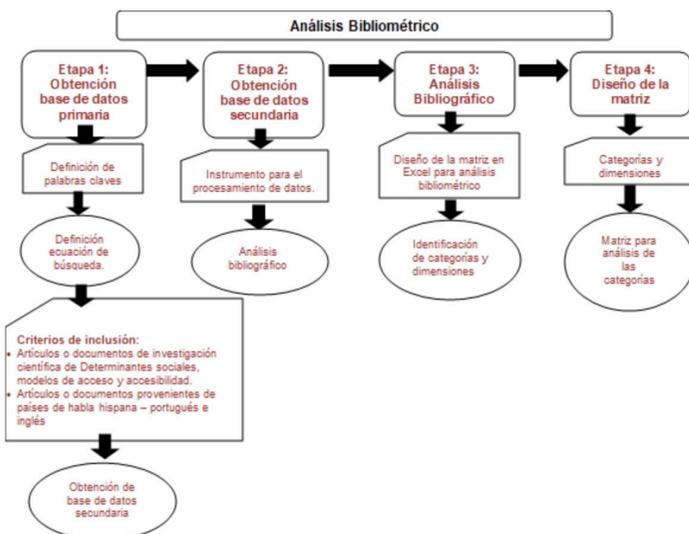


Figura 3. Etapas para la realización del estudio
Fuente: Tomado de (35)

Base de Datos Primaria

Se realizó una búsqueda en bases de datos registradas de los trabajos originales sobre el tema con base en las palabras clave (determinantes sociales, accesibilidad, vulnerabilidad, infancia). Según el algoritmo de búsqueda propuesto, se obtuvo un resultado de 21 artículos sobre las palabras determinantes sociales y accesibilidad, 7 estudios sobre accesibilidad y vulnerabilidad, 16 artículos sobre determinantes sociales y vulnerabilidad, y 1237 trabajos sobre los determinantes sociales de la salud. Cabe destacar que, se aplicaron los criterios de inclusión propuestos por los autores.

Obtención de Base Secundaria

Una vez obtenida la base de datos primaria, se utilizó el instrumento para el procesamiento de datos en una matriz de Excel elaborada por los investigadores, con los aspectos clave de cada estudio de investigación, artículos y guía de práctica para la recolección y clasificación de la información.

Análisis Bibliográfico

Se seleccionaron 40 artículos y se organizaron con la ayuda de gestores bibliográficos para optimizar su distribución en la matriz de análisis. Después de terminada la búsqueda, se seleccionó el total de artículos que cumplían los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión

- Artículos que describieran e identificaran las variables propuestas.
- Los artículos debían tener el texto completo.
- Idioma seleccionado de los artículos: inglés y español.
- Población de estudio: menores en condición de vulnerabilidad.
- Año de publicación: periodo entre el 2000 y 2023.
- Ubicación geográfica: estudios publicados a nivel mundial.
- Artículos indexados en bases de datos seleccionadas.

Criterios de Exclusión

- Artículos que se refieran a otras variables diferentes a las propuestas.
- Artículos que no cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

Una vez obtenida la base de datos secundaria, en una matriz de Excel se identificaron las semejanzas y diferencias de las categorías establecidas; es decir, esta clasificación permitió depurar la base de datos secundaria con los autores que tuvieran mayor coincidencia en las categorías utilizadas. Después de que se definieron las categorías, se elaboró una matriz de análisis que permitió identificar las dimensiones contenidas en cada una de ellas.

Con esta información, se pudieron definir las premisas, los objetivos y los elementos de entrada y salida para la investigación propuesta.

Tabla No. 1. Detalles de búsqueda

	ACCESIBILIDAD	DETERMINANTES	SALUD	INFANCIA	VULNERABILIDAD
CONCEPTOS	Grado de pendiente el cual permite que cualquier objeto sea utilizado por todo el público, visitar un lugar o acceder a un servicio, independientemente de sus capacidades técnicas, cognitivas o físicas.	Establecer los parámetros de una situación, identificar factores que influyen en un efecto específico, tomar decisiones informadas y distinguir o discernir las diversas condiciones que afectan la salud y el bienestar de las personas y comunidades.	Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades	Período de rápido desarrollo y una época en la que los modos de vida familiar pueden adaptarse para mejorar la salud	Capacidad de una persona o grupo social para prevenir, resistir y recuperarse de un impacto adverso
SINÓNIMOS	Inteligibilidad, facilidad, sencillez, claridad.	Concluyente, decisivo, definitivo.	Salvación, redención	Niñez, puericia	Debilidad, inseguridad
TÉRMINOS RELACIONADOS	Condición que posibilita el llegar, entrar, salir y utilizar las casas, las tiendas, los teatros, los parques y los lugares de trabajo.	Que constituye la causa que determina o decide algo que se considera importante.	Estado en que un ser u organismo vivo no tiene ninguna lesión ni padece ninguna enfermedad y ejerce con normalidad todas sus funciones.	etapa fundamental en el proceso de desarrollo y formación de la personalidad. Los primeros años de vida del niño se establecen los cimientos para un crecimiento saludable y armonioso.	Incapacidad de resistencia cuando se presenta un fenómeno amenazante, o la incapacidad para reponerse después de que ha ocurrido un desastre.
TRADUCCIÓN	Accessibility	Determinants	Health	Childhood	Vulnerability

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presentan los resultados y la discusión en un mismo apartado (36), ya que, al revisar el modelo teórico de los determinantes sociales, se encontró que los determinantes intermedios y los ejes de desigualdad juegan un papel principal en los servicios de salud, como lo muestra el Figura 4. Asimismo, es relevante profundizar en estos puntos para lograr entender cómo pueden influir en las desigualdades en salud y afectar la accesibilidad de los niños en la zona objeto de estudio. Por lo tanto, se ahondó en la caracterización de la zona y sus complejidades.

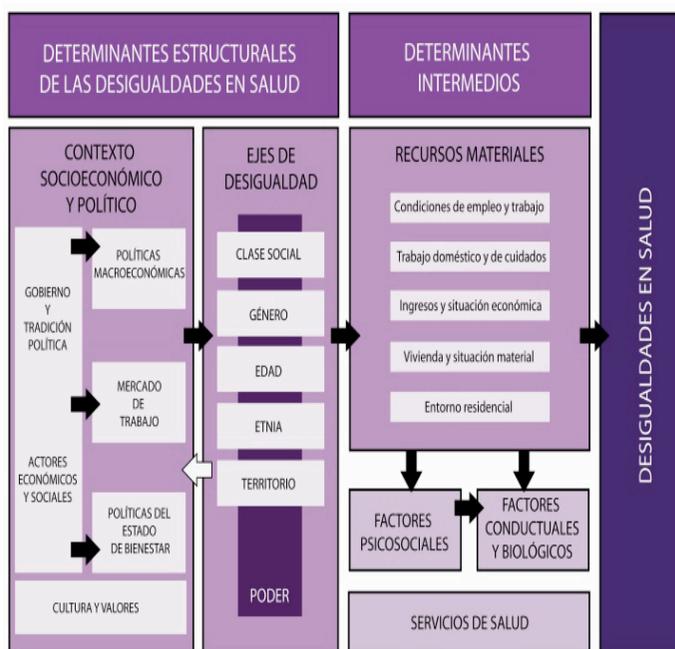


Figura 4: Modelo Determinantes Sociales OMS Fuente: Tomado de (37)

La estratificación más común de las viviendas de esta comuna es el 2 (estrato moda); mientras que, el estrato moda para toda la ciudad es el 3. El 89.9 % de las manzanas de la comuna se concentra en los estratos 1 y 2, y no existe ninguna manzana que se encuentre en los estratos 4, 5 y 6 (38). En esta comuna se concentra el 8.3 % de la población total de la ciudad en un área que corresponde al 3.9 % de la ciudad, lo cual implica una de las densidades brutas (habitantes por hectárea) más altas de la ciudad (358.1) por encima del promedio municipal de 168.7 (38). La comuna 13 está compuesta en su mayoría por personas cuyo nivel educativo es básica secundaria, que representa un 39.7 % de la población total de la comuna, seguido por personas con básica primaria con un 37.1 % (38).

Además, se encontró que en esta comuna el 10.8 % de las unidades económicas son informales. Según Alonso et al., esta comuna presenta un alto grado de informalidad representado en porcentajes bastante altos de puestos móviles y de viviendas con actividad económica (38). Es fundamental mencionar que, en el estudio de Cardona, la comuna 13 de Cali presenta una tasa bruta de desempleo del 16.89 y una tasa ajustada del 15.96, lo que deja un panorama claro de la situación socioeconómica del sector específico del estudio (39) (Ver Tabla 2).

Tabla No. 2. Tasa de desempleo bruta y ajustada en tres comunas de de Cali

Comuna	Tasa bruta	Tasa ajustada	IC 95 %	
15	19.35	17.97	15.14	20.81
20	18.98	17.23	13.43	21.03
13	16.89	15.96	13.41	18.51

Fuente: adaptado de población y desempleo en las comunas de Cali (39)

Los determinantes sociales tienen un impacto significativo en la salud y el bienestar de las poblaciones vulnerables, principalmente en los niños menores de cinco años. Muchos de los problemas de salud enfrentados por esta población son prevenibles y tratables, pero los determinantes sociales a menudo impiden el acceso a los cuidados necesarios que demanda esta población objeto de derechos especiales. Los determinantes sociales de la salud más comunes para los niños vulnerables incluyen la pobreza, la mala calidad de la vivienda, la falta de saneamiento, el hacinamiento y la exposición a la violencia. Estos factores pueden generar resultados adversos para la salud, como la malnutrición, las enfermedades y la muerte (2).

Para abordar los determinantes sociales de la salud en las poblaciones vulnerables, es necesario comprender primero las causas raíz de estos problemas. Una vez identificadas, se pueden diseñar intervenciones basadas en la política pública. Por ejemplo, si se identifica la pobreza como una causa raíz de la mala salud, las intervenciones podrían enfocarse en proporcionar oportunidades económicas o redes de seguridad social. Si se identifican la mala calidad de la vivienda y el saneamiento, las intervenciones podrían enfocarse en mejorar el acceso al agua potable y a instalaciones de saneamiento adecuadas.

Determinantes Sociales (40) se formularon tres recomendaciones para atacar directamente este flagelo que aqueja principalmente a las naciones en vías de desarrollo: 1) mejorar las condiciones de vida, 2) luchar contra la distribución desigual del dinero, el poder y los recursos, 3) medir y comprender el problema y evaluar los efectos de las intervenciones. Además, el informe enfatiza la importancia de adoptar un enfoque integral hacia los determinantes sociales de la salud y actúa como un llamado a la acción en relación con los principios interconectados que deben considerarse. Estos principios abarcan conceptos más amplios, como la equidad y el desarrollo humano (41).

En cuanto a salud, se pueden evidenciar los siguientes datos, el 20.7 % son personas cotizantes, el 25.5 % son beneficiarios, el 44.3 % pertenece al régimen subsidiado, el 0.4 % al régimen de excepción y el 9.1 % no pertenece a algún régimen de salud (42). Se puede notar que el porcentaje de personas en el régimen subsidiado (SISBEN) en la comuna 13 está por encima del promedio de la zona urbana de Cali, que es de 33.3 %. De igual forma, el porcentaje de personas cotizantes es inferior al promedio de la zona urbana (que es de 27.8 %) (42). Para el año 2016 no se registraron mortalidades maternas y la tasa de mortalidad infantil disminuyó a 7.1 por cada 1.000 nacidos vivos; sin embargo, estuvo por debajo de la meta municipal que es de 7 por 1.000 nacidos vivos (42). Además, en ese mismo año se presentaron 2, 537 nacidos vivos, de los cuales un 22.3 % fueron de madres adolescentes, cifra superior al indicador municipal, que es un 19.2 %. Es decir, se obtuvo una tasa de fecundidad de 84 por cada 1.000 mujeres menores de 20 años y de 106,4 en las de 20 a 24 años. Debido a esto, evidencia que las mujeres más jóvenes de la zona tienen un mayor número de embarazos y partos, lo cual les dificulta concretar su proyecto vida, el desarrollo de actividades académicas y ocupacionales. Por este motivo, se debe garantizar la continuidad de todas las estrategias y programas y del mejoramiento continuo de la calidad de estos para la atención materno-infantil (42).

Tomando como referencia el estudio de Osorio (43) se establecieron los siguientes determinantes de las vulnerabilidades de los niños menores de 5 años de la comuna 13 de Cali:

Estructurales

- Los habitantes y familias de la comuna 13 de Cali son de estratos bajos, 1 y 2, y sus ingresos igualmente son escasos. El 13 % de los niños de la comuna 13 viven en la pobreza.
- Los niños habitan en viviendas sin conexión a servicios públicos y con paredes y materiales rudimentarios.
- 6 de cada 10 niños viven en pobreza extrema en el distrito de Aguablanca (comunidades 13, 14, 15 y 21).
- Las muertes maternas se concentran principalmente en cinco comunas, dentro de las cuales se encuentra la comuna 13.
- La tasa de mortalidad en la comuna 13 es de 9,5, con un total de 12 defunciones para menores de 5 años.
- Aproximadamente el 62 % de las muertes de niños se hubiesen podido evitar, el 54.6 % con medidas mixtas, el 37.95 no se hubiera podido evitar, el 4 % con diagnóstico y tratamiento médico precoz, y el 3.2 % con medidas de saneamiento y servicios preventivos (43).

CONCLUSIONES

Es necesario establecer estrategias de servicios con participación comunitaria a través de la apertura de espacios que vinculen a los representantes de las organizaciones sociales, con el fin de que puedan contribuir con el diseño y formulación de las iniciativas de trabajo en el tema de salud para la comuna.

Asimismo, es fundamental plantear nuevas estrategias de atención primaria en salud, promoción y mantenimiento de la salud, y capacitar a las familias y a los padres de familia sobre las situaciones de riesgo para los niños y sobre las acciones que podrían tomar para evitar que se generen accidentes o enfermedades que comprometan la vida de los niños.

La comuna 13 presenta dificultades para acceder a los servicios de salud porque estos se encuentran lejanos a la residencia de las personas o bien porque las vías de acceso son precarias.

Los determinantes sociales de la salud más comunes para los niños vulnerables son la pobreza, la mala calidad de la vivienda, la falta de saneamiento, la falta de acceso a la educación y a los cuidados de salud, y la exposición a la violencia. Estos factores pueden conducir a resultados adversos para la salud, como la malnutrición, las enfermedades y la muerte.

La comuna 13 de Cali cuenta con un amplio número de instituciones prestadoras de salud, llegando a tener un promedio de hasta 5 unidades de salud. También presenta un modelo de atención con características de participación comunitaria, de descentralización e intersectorialidad. Sin embargo, se identificó que no existe un enfoque diferencial en el tratamiento del proceso de salud para el componente de etnias; además, existe insuficiencia en la oferta de servicios de salud frente a la demanda poblacional de la comuna 13.

Por último, es relevante mencionar la vulnerabilidad de los niños frente al consumo de drogas, ya que las enfermedades y problemas de salud que posean pueden ser producto de la herencia de padres consumidores y depresivos.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existió conflicto de intereses durante la realización de este estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Los autores declaran que no recibieron fondos específicos para esta investigación.

AGRADECIMIENTOS

Al Semillero de Investigación en Gestión en Salud (SIG-ES) de la Institución Universitaria Antonio José Camacho, adscrito al programa Administración en Salud.

Bibliografía

- 1) OMS. Determinantes sociales de la salud. Organización Panamericana de La Salud; 2010.
- 2) García J, Vélez C. América Latina frente a los determinantes sociales de la salud: Políticas públicas implementadas. *Rev Salud Pública*. 2013;15(5):731–42.
- 3) Peña Chocue DC, Toro Aguirre CM, Brito EM. Determinantes sociales y su influencia en la enfermedad, visión Latinoamericana, caso Colombia 2020. *Sapientía*. 2022;14.
- 4) FAO. *Objetivos de Desarrollo Sostenible*; 2019.
- 5) Alvarado Arce EM, Granados Granados W, Velázquez Rojas L. Las Unidades sanitarias: Un modelo ejemplar en la evolución histórica de la Salud Pública en Costa Rica. *Rev Méd Univ Costa Rica*. 2021;15(2):49-60. <https://doi.org/10.15517/rmucr.v15i2.48823>
- 6) Villar E. Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad en Salud: desafíos para el Estado y la sociedad civil. *Saúde Soc*. 2007;3:7–13.
- 7) Quintal López R, Vera Gamboa L. Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diada migración y VIH/sida entre mujeres mayas de Yucatán. *Estud Cult Maya*. 2015;46(46):197-226. [https://doi.org/10.1016/S0185-2574\(15\)30019-8](https://doi.org/10.1016/S0185-2574(15)30019-8)
- 8) Idrovo AJ. Aproximaciones a los determinantes sociales y ambientales: diferencias entre Salud Pública y Salud Poblacional. *Salud UIS*. 2023;55(1). <https://doi.org/10.18273/saluduis.55.e:23046>
- 9) Kindig D, Stoddart G. What Is Population Health? *Am J Public Health*. 2003;93(3). <http://www.cihr-irsc.gc.ca/>
- 10) Minsalud. *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2015*; 2015.
- 11) ASIS. *Análisis de situación de Salud del Choco*; 2014.
- 12) Alcaldía C. *Comuna 13*; 2014.
- 13) Duque Quintero SP, Quintero Quintero ML, Duque Quintero DA. La seguridad social como un derecho fundamental para las comunidades rurales en Colombia. *Opin Jurídica*. 2017;16(32):189-209. <https://doi.org/10.22395/ojum.v16n32a8>
- 14) Le Bonniec Y. Sistemas de Protección Social Comparados: Colombia, Brasil y México. *Rev Salud Pública*. 2002;4:203-39.
- 15) Fortich I. *Historia de la seguridad social en Colombia*; 2009.
- 16) Lopez-Mallama OM, Zapata Lobo YA, Banguero Mejía KY, Andrade Diaz KV, Salazar Villegas B. Análisis de la Reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud 2022 – 2026: Una Mirada desde el Plan Decenal de Salud Pública. *Ciencia Latina Rev Científica Multidisciplinar*. 2024;8(1):1650-64. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9560
- 17) Asamblea Nacional Constituyente. *Constitución Política de Colombia*; 1991.
- 18) Congreso de la República de Colombia. *Ley 100*. Alcaldía de Bogotá; 1993.
- 19) *Ley 1122*, Congreso de Colombia; 2007.
- 20) *Ley 1438 de 2011*, Congreso de Colombia; 2011.
- 21) Colombia S. *Ley Estatutaria 1751*. Senado de La República; 2015. <https://manizallessalud.net/conozca-la-ley-estatutaria-de-salud/>
- 22) López Mallama OM. Política de calidad en salud: Requisitos de habilitación y su efecto en la situación financiera de una IPS en Cali, 2018. *Rev Sapientía*. 2021;10(19):65-74. <https://doi.org/10.54278/sapientia.v10i19.64>
- 23) López-Mallama OM. ¿Una Nueva Gestión Pública para el Sistema de Salud Colombiano? *Repertorio Científico*. 2023;25(3):116-25. <https://doi.org/10.22458/rc.v25i3.4761>
- 24) Franco N. Diferencia entre acceso y accesibilidad en materia de salud. *Asociación Mexicana de Diabetes*; 2021 Nov 5.
- 25) Alonso F. Algo más que suprimir barreras: conceptos y argumentos para una accesibilidad universal. *Trans. Rev Traductología*. 2007;11. <https://doi.org/10.24310/TRANS.2007.v0i11.3095>
- 26) Mainieri W. *Accesibilidad Como Derecho Humano*; 2011.
- 27) Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Rev Gerenc Polít Salud*. 2014;13(27):236–59. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.assa>
- 28) OPS. *Barreras de acceso a los servicios de salud para las personas mayores en la Región de las Américas*. Organización Panamericana de la Salud; 2023. <https://doi.org/10.37774/9789275326985>
- 29) Girón Restrepo G, Tena Monferrer S, Fandos Roig J. A Review of the Colombian

30) Healthcare System: Challenges and Opportunities. In: Djakeli K, editor. Modern Healthcare Marketing in the Digital Era. 2024. p. 150–63. <http://www.igi-global.com/publish/>.

31) Donabedian A. Aspectos de la administración de la atención médica: especificación de requisitos para la atención médica. Harvard University; Commonwealth Fund; 1973.

32) Rodríguez M. Abordaje del paciente hiperfrecuentador de servicios en atención primaria: un acercamiento desde la teoría. Rev Gerenc Polít. 2012;11(22):43–55.

33) Kerr W, Frenk J, Ordóñez C, Laría J, Starfield B. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Editor principal; 1992.

34) Good M. Concept of access and managed care. HSR. 1988;33(3):634. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1975648/pdf/hsresearch00594-0022.pdf>

35) Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. Salud Pública México. 1985.

36) Determinantes del proceso salud enfermedad. Universidad San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2015.

37) Mora Trejos AK. Cómo redactar un artículo científico para la Revista Médica, UCR. Rev Méd Univ Costa Rica. 2021;15(2):82-99. <https://doi.org/10.15517/rmucr.v15i2.48628>

38) Hernández LJ, Ocampo J, Ríos D, Calderón C. El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. Rev Salud Pública. 2017;19(3):393-95. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>

39) Alonso J, Arcos M, Solano J, Vera R, Gallego A. Una mirada descriptiva a las comunas de Cali; 2007.

40) Cardona Balanta MI, Jiménez Restrepo CB. Población y desempleo en las comunas de Cali. Perfil Coyuntura Económica. 2016;25. <https://doi.org/10.17533/udea.pece.n25a05>

41) OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud; 2009.

42) OPS. Determinantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas. Salud En Las Américas; 2017 Jul 29.

43) Echeverry A, Zapata D, Bolaños M, Ramirez Y, Lozano Y. Plan de desarrollo 2016-2019, comuna 13; 2016.

44) Osorio Mejía AM, Aguado Quintero LF. El estado de la niñez en Cali: una mirada por comunas. Pontificia Universidad Javeriana Cali; Sello Editorial Javeriano; 2018.

DECLARACIÓN DE LA CONTRIBUCIÓN DE AUTORES Y COLABORADORES

Autor	Contribución
Afanador-Rodríguez, María Isabel	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en la discusión de los resultados. ✓ Revisó y evaluó la literatura pertinente. ✓ Participación en la redacción y revisión del manuscrito. ✓ Revisión y aprobación de la versión final del trabajo
Girón Restrepo, Gustavo Adolfo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ El que desarrollo la idea de la investigación, sus objetivos y la conceptualizó ✓ Participación en la discusión de los resultados. ✓ Revisó y evaluó la literatura pertinente. ✓ Participación en la redacción y revisión del manuscrito.
Gonzáles, Duarte Ricardo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en la discusión de los resultados. ✓ Revisó y evaluó la literatura pertinente. ✓ Participación en la redacción y revisión del manuscrito. ✓ El que realizó la revisión crítica del manuscrito final
Isajar, Laura Daniela	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en la discusión de los resultados. ✓ Revisó y evaluó la literatura pertinente. ✓ Participación en la redacción y revisión del manuscrito. ✓ Participar en la valoración estadística de los datos
Lopez-Mallama, Oscar Marino	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisó y evaluó la literatura pertinente. ✓ Participación en la discusión de los resultados. ✓ Participar en la redacción y revisión del manuscrito ✓ Participar en la elaboración y diseño de las tablas, gráficos, dibujos y fotos del trabajo final
Lozano Largo, Yeraldín	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación en la discusión de los resultados. ✓ Revisó y evaluó la literatura pertinente. ✓ Participación en la redacción y revisión del manuscrito. ✓ Participar en la valoración estadística de los datos