

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA(UNICOC)

COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS

GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD





BARRERAS DE ACCESO Y SU IMPACTO EN LA DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE SALUD DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PRIORITARIA EN SALUD (CAPS), EN UNA LOCALIDAD DE BOGOTÁ, DURANTE EL MARCO DE LA PANDEMIA POR COVID-19.

AUTORES:

LAURA CAMILA MÉNDEZ DÍAZ
ANA MARÍA MORENO YATE
GIULIA ANDREINA URBAN LUPINETTI

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE:
GERENTE DE SERVICIOS DE SALUD

ASESOR:

LUZ AMPARO RUÍZ GARCÍA

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA COLEGIOS DE COLOMBIA
COLEGIO ADMINISTRATIVO Y DE CIENCIAS ECONÓMICAS
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD
BOGOTÁ
2022

Resumen

En Colombia las diferentes barreras de accesibilidad a los servicios de salud, siempre han representado un gran reto para la prestación de servicios de salud. En un Centro de Atención Prioritaria en Salud (CAPS) en una localidad de Bogotá, el déficit en la infraestructura física en la oferta de los servicios de Consulta Externa, terapia física y respiratoria, Odontología y Apoyo Diagnóstico; además de la contingencia que se desarrolla actualmente por la pandemia de covid-19, no ha logrado solventar la demanda de la población perteneciente a dicha localidad. El objetivo de este proyecto es describir el impacto que tuvo la pandemia por covid-19 en relación al déficit de infraestructura que presenta el CAPS de una localidad de Bogotá; con una trazabilidad del año 2016 hasta el año 2020. De acuerdo con lo reportado en un informe de estudios previos de un CAPS de una localidad en Bogotá, se tabulan y analizan datos de oferta y demanda de los servicios de Consulta Externa, Odontología General, Terapia Respiratoria y Apoyo Diagnóstico, siendo los que presentan mayor déficit en la infraestructura física y dotación para prestar sus servicios, en una trazabilidad del año 2016 al año 2020 y con proyecciones hasta el año 2038. Las principales causas identificadas que se presentaron fueron la baja capacidad de cobertura de la infraestructura física, la dotación insuficiente y la obsolescencia de los equipos. Se debe aumentar la capacidad instalada para los servicios de consulta externa, Odontología y Apoyo Diagnóstico respectivamente; en este caso al haber un decremento de la población en esta localidad, la solución planteada para esta provisión de infraestructura, puede ser viable para la cobertura de la demanda poblacional.

Palabras clave: Accesibilidad, covid-19, servicios de salud, equidad, salud, infraestructura.

Abstract

In Colombia, the different accessibility barriers to health services have always represented a great challenge for the provision of health services. In a Priority Health Care Center in a locality of Bogotá, the deficit in physical infrastructure for the supply of External Consultation, physical and respiratory therapy, Dentistry and Diagnostic Support services; In addition to the contingency that is currently developing due to the covid-19 pandemic, it has not been able to meet the demand of the population belonging to the mention locality. The objective of this project is to describe the impact that the covid-19 pandemic had in relation to the infrastructure deficit presented by the Priority Health Care Center of a locality in Bogotá; with a traceability from the year 2016 to the year 2020. According to what was reported in a series of previous studies of a Priority Health Care Center of a locality in Bogotá, supply and demand data from the health services of External Consultation, General Dentistry, Respiratory Therapy and Diagnostic Support are tabulated and analyzed, being the physical infrastructure and endowment the ones with the greatest deficit to provide their services, in a traceability from the year 2016 to the year 2020 and with projections until the year 2038. The main identified causes that arose were low coverage capacity of the physical infrastructure, insufficient endowment and obsolescence of equipment. The installed capacity for External Consultation, Dentistry and Diagnostic Support services, respectively, must be increased; In this case, since there is a decrease of the population in this locality, the solution proposed for this provision of infrastructure may be attainable for covering the population's demand.

Key words: Accessibility, covid-19, health services, health equity, infrastructure.

ÍNDICE

Descripción	del
proyecto	7
Pregunta	
problema.....	7
Descripción del	
problema.....	7
Marco teórico	8
 Generalidades... ..	9
 Retos asumidos por las entidades prestadoras de servicios de	
salud.....	11
Justificación.....	13
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	15
Metodología... ..	15
 Métodos y técnicas para la recolección de información	15
 Análisis de los datos	16
Cronograma	16
Resultados.....	16
Discusión.....	22
 Soluciones presentadas para la aprobación del proyecto para la construcción	
del CAPS.....	22

Análisis de las soluciones presentadas	23
Conclusiones.....	23
Presupuesto	24
Bibliografía.....	25

Descripción del proyecto

Pregunta problema

¿En términos de oferta y demanda, como ha sido el impacto en el acceso a los servicios de salud de los usuarios de una localidad en Bogotá, teniendo en cuenta el creciente efecto negativo de la pandemia en los sistemas de salud?

Descripción del problema

En líneas generales, se puede señalar que en Colombia el acceso a los servicios de salud se ha visto truncado por diferentes barreras ya sean relacionadas con la calidad, la oportunidad o la infraestructura y estas a su vez se interrelacionan con la situación de cada uno de los pacientes que diariamente accede a los servicios de salud para su atención, es decir, factores demográficos y socioculturales. Es por esta razón, que la población vulnerable es la más afectada y con la llegada de la pandemia del COVID-19, la inequidad en los servicios de salud (índice de Gini=0,504) y el crecimiento rápido de la demanda, mostró de manera más evidente la necesidad de disminuir y en el mejor de los casos eliminar las barreras de acceso en los servicios de salud de la población en Bogotá. Lograr un acceso equitativo a los servicios de salud es frecuentemente un objetivo en las reformas de los sistemas de salud en los países de Latinoamérica. En el 2014, la Organización Panamericana de Salud, reconoció la necesidad de un mejor acceso a los servicios de salud en toda la región de las Américas y declaró su compromiso para fortalecer los sistemas de salud y acelerar el proceso en lo relacionado a los objetivos de Cobertura en Salud y Salud Universal. (Houghton, Bascolo, del Riego, 2020).

En una localidad de Bogotá, se han identificado diferentes barreras de acceso en la prestación de los servicios de consulta externa (medicina general, especializada y de promoción y mantenimiento de la salud), terapia (física y respiratoria), consulta y atención odontológica y apoyo diagnóstico en las diferentes USS que atienden a la población de las 5

UPZ que la conforman, es por esto que se hace imperativo concentrar la oferta en una sola infraestructura que pueda garantizar la integralidad en la prestación de los servicios de salud a la población objeto. (Estudios previos de un CAPS en Bogotá, 2021)

Además, se cuenta con un Centro de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), el cual concentra esta población, pero es una construcción antigua, del cual, en los estudios de vulnerabilidad estructural realizados en los estudios y diseños, se identificó que la infraestructura actual no cumple con las condiciones estructurales y de sismo resistencia en cumplimiento de la norma actual NSR 10 y los espacios actuales no cumplen con los criterios del Modelo Integral en Salud, lo que genera un riesgo en la atención de la población. (Estudios previos de un CAPS en Bogotá, 2021)

Tabla 1

Población objetivo de la construcción del CAPS

RÉGIMEN	Hombres	Mujeres	Población total
Contributivo	218,934	253,221	472,154
Excepción	6,849	7,922	14,771
Subsidiado	17,857	20,654	38,511
No Afiliados	978	1,132	2,110
TOTAL	244,619	282,928	527,547

Nota: Esta tabla muestra la población objetivo para la construcción del CAPS discriminada por régimen de afiliación y sexo. Derechos de autor 2020 por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE).

a. CAPS: Centro de Atención Prioritaria en Salud.

Marco teórico

Un Centro de Atención Prioritaria en Salud (CAPS), está definido como un centro de atención primaria en salud, que se encarga de prestar atención médica general y especializada, con apoyo diagnóstico y alto grado de resolutiveidad, con un factor

diferenciador que refiere ser, convertirse en el centro de flujo de información del usuario para brindar una continuidad real en la atención. (Estudios previos de un CAPS en Bogotá, 2021)

Generalidades

La accesibilidad a los servicios de salud es un concepto que frecuentemente se entiende como aquello que permite recibir de manera efectiva la atención en salud esperada. Sin embargo, es importante comenzar definiendo por cuales elementos se encuentra condicionado el nivel de salud que se está buscando en cada una de las interacciones llevadas a cabo entre aquel que acude al servicio y aquel que lo presta. De acuerdo con Adauy et. al (2013), el nivel de salud se define a partir de los determinantes sociales de la salud, los cuales son definidos por la misma organización como “aquellos factores y mecanismos por los cuales las condiciones sociales afectan el nivel de salud”. (Adauy et. al., 2013, p.224)

Por consiguiente, el sistema sanitario es un determinante de la salud en sí mismo, el cual puede modificar otros determinantes sociales, teniendo en cuenta que se responsabiliza de ser un actor activo en las condiciones sociales que afectan el nivel de salud, a través del acceso equitativo a los servicios de atención (Adauy et.al, 2013).

Los determinantes sociales de la salud, incluido el sistema de salud, establecen grandes diferencias en el nivel de salud que son inequidades. El concepto de inequidad implica que “las desigualdades son injustas y evitables, es decir pueden ser prevenidas y remediadas”(Adauy et. al., 2013, p.224).

Por esta razón, para reducir las inequidades en salud, es necesario considerar todos los determinantes relacionados con salud conocidos como lo son las condiciones en las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan, además de su edad. Estos determinantes incluyen, pero no se encuentran limitados por: las variaciones genéticas, lugar en el que viven,

relaciones familiares, sociales y profesionales; el ambiente más inmediato por el que se encuentra rodeado, los medios de transporte, la urbanización, el desarrollo económico, las condiciones del hogar; los ingresos; la educación, el estilo de vida, y el acceso o la utilización de los servicios de salud. (OMS, 2008).

En el 2010, el reporte “Sociedad justa, vidas saludables”, recomendó seis metas normativas, alineadas con la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. Estas políticas, se dirigieron a mejorar la equidad en salud con un enfoque de ciclo de vida. El informe se centró en los siguientes determinantes sociales específicos: desarrollo de la primera infancia, oportunidades de empleo y protección social. Los seis objetivos de la política son:

1. Dar a cada niño el mejor comienzo en la vida.
2. Permitir que todos los niños, jóvenes y adultos desarrollen sus capacidades y tengan control sobre sus propias vidas.
3. Crear oportunidades de empleo equitativas para todos.
4. Garantizar un nivel de vida saludable para todos.
5. Crear y desarrollar productos saludables y sostenibles.
6. Reforzar el papel y el impacto de la prevención.

Colombia también ha jugado un papel importante en la implementación de herramientas para el seguimiento de las desigualdades en salud y la promoción del enfoque de Salud en Todas las Políticas (STP) como recomienda la CSDH-OMS (OMS,2010).

Algunos avances importantes en enfoques más colaborativos y de participación social, incluyen la implementación de: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, con un enfoque especial en determinantes sociales de la salud, el Observatorio Nacional de Salud y el Observatorio de Monitoreo de Desigualdades en Salud (ODES Colombia), la creación de una

CSDH-OMS (CISP) intersectorial y el diseño de herramientas para asegurar el impacto de las políticas nacionales a nivel local e institucional, así como la Estrategia de Equidad en Salud (PASE a la Equidad en SALUD) (MINSALUD, 2015).

Retos asumidos por las entidades prestadoras de servicios de salud

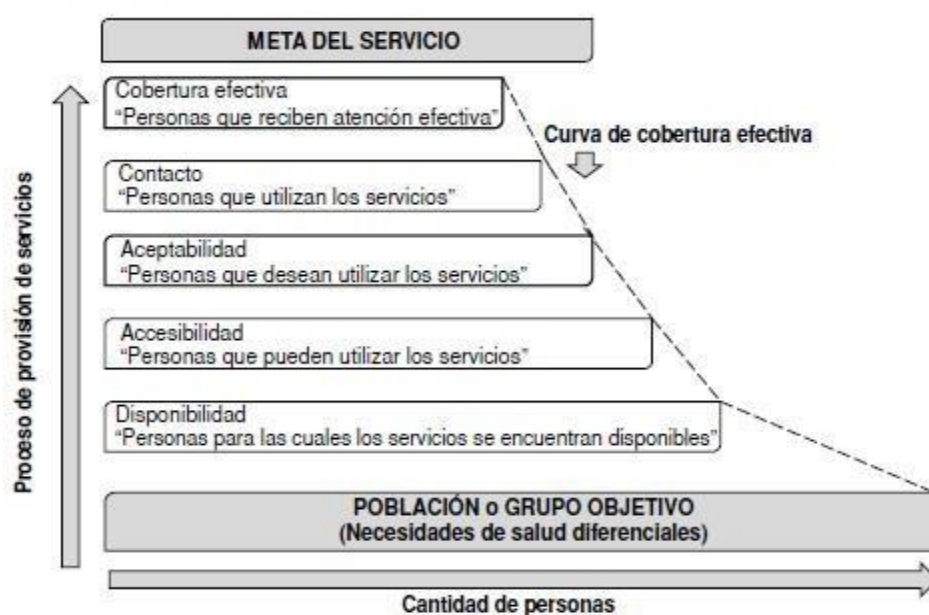
Según Franco (2020), Bogotá fue el epicentro de la enfermedad siendo el lugar registrado con más casos de Covid-19. Se llevó a cabo por la secretaría de Salud y la alcaldía Mayor un plan de acción el cual le permitiera a los usuarios estar cubiertos por todas las áreas para afrontar la pandemia.

Un sistema de salud pública robusto debe ser capaz de detectar cualquier amenaza, monitorearla y responder a ella de ser necesario. En 1998, el instituto de medicina de las academias nacionales de ciencia ingeniería y medicina, escriben “el futuro de la salud Pública”, donde se definieron tres puntos importantes de la salud pública la Evaluación, el desarrollo de políticas y el aseguramiento. Por otra parte, definieron otras diez competencias efectivas para los centros de salud. (Benjamin, 2020).

1. Evaluar
2. Monitorear
3. Diagnosticar y Investigar
4. Informar, educar y empoderar
5. Movilizar las alianzas con la comunidad
6. Desarrollar políticas
7. Reforzar leyes
8. Proveer cuidado
9. asegurar una fuerza de trabajo competente
10. Búsqueda de la información.

De acuerdo con lo descrito anteriormente, en su modelo, Tanahashi considera imperativas cuatro etapas en el proceso de acceso para obtener una cobertura efectiva en salud. La Disponibilidad, entendida como la disponibilidad existente de servicios del programa o centro de atención, el recurso humano, los equipos, los insumos, la infraestructura e información; la Accesibilidad, asociada a accesibilidad física como distancia, conectividad, existencia y tiempo de transporte organizacional; la aceptabilidad de los servicios, que va a depender de la percepción, influenciada por factores sociales, culturales y religiosos, creencias, normas y valores, trato y privacidad, entre otros; el contacto con el servicio, entendido como la continuidad de la atención dada por la adaptación de los servicios de salud al paciente y por la calidad en la atención. (Adaury et. al, 2013).

FIGURA 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad



Nota: La figura 1 muestra la meta de servicio correspondiente a la cobertura efectiva de los servicios de la población; con el aumento de las necesidades, aumenta la cobertura, disminuyendo dichas necesidades en el tiempo representado en el “Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad” de “Health Service Coverage and its evaluation” por T. Tanahashi et al. Bull World Health

Organization 56(2) p. 295-303. Adaptada y traducida al español por los autores con autorización. Derechos de autor 1978 por La Organización mundial de la salud.

El acceso a los servicios de salud y sus dificultades, puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos que se identifican en cada una de las fases llevadas a cabo en este modelo, donde se remarca principalmente que las poblaciones más vulnerables son las que enfrentan en su mayoría las diversas barreras, perdiendo contacto con los servicios prestados por las diferentes entidades de salud. (Adaury et. al, 2013).

Debido a que el modelo de salud se encuentra enmarcado por diferentes brechas, es importante implementar medidas que faciliten el acceso a los servicios de salud a la población en general; tras la llegada del covid-19, se demostró la falta de un esquema adecuado en salud, lo cual origina barreras de acceso a los servicios básicos de salud, trayendo con esto la interrupción y continuidad de tratamientos, falta de disponibilidad de elementos de protección personal para los prestadores de servicios médicos, generando con esto la discriminación al personal del área de la salud, por el temor del contagio en las áreas de trabajo, sin contar las bases de la infraestructura para tratar pacientes con COVID-19 o sospecha de este. (EL UNCT y EL EHP Colombia, 2020)

Justificación

La pandemia de COVID-19 ha sometido a una gran exigencia a los sistemas de salud pública de todo el mundo y ha puesto de manifiesto las deficiencias de la atención de la salud de las poblaciones desatendidas y vulnerables. En el contexto de los determinantes sociales de la salud, es fundamental centrarse en la preparación del sistema de salud para proteger la salud de toda la sociedad. Las prioridades actuales de la Organización Mundial de la Salud requieren infraestructuras capaces de detectar, vigilar y responder a las emergencias sanitarias, como la COVID-19, y a los efectos del cambio climático sobre la salud en el contexto de la salud para todos. Si se fortalecen los sistemas de salud reforzando sus

competencias básicas y siguiendo las recomendaciones formuladas en materia de liderazgo, participación de los interesados, acreditación, recolección de datos y recursos de financiación la infraestructura de atención de la salud estará mejor preparada y será más equitativa. Para garantizar la equidad en la salud en una pandemia se requiere una infraestructura de salud pública sólida y resiliente en épocas normales. (Benjamin, 2020).

Según el informe del impacto de acerca del covid-19 en América Latina y el Caribe (2020), la pandemia ha servido de recordatorio sobre la importancia de los servicios y necesidades básicas. Es preciso hacer todo lo posible por fortalecer la regulación y lograr un acceso universal efectivo; se trata de inversiones para lograr una recuperación significativa.

Con este proyecto, se busca hacer un análisis de las causas y efectos como los datos arrojados en un estudio que se hizo en un CAPS en una localidad de Bogotá; con una trazabilidad del 2016 hasta el 2020 y así poder sugerir y sustentar soluciones para mejorar las barreras de acceso de infraestructura.

Lo anterior, teniendo en cuenta la oferta y la demanda durante este período y lo consignado en la literatura y por otro lado analizar con bases bibliográficas, las soluciones presentadas en el estudio y las proyecciones que se tienen. Esto, con el objetivo de estar preparados para solventar la oferta y la demanda en la prestación de los servicios de salud en Centros de Atención Prioritaria en Salud en condiciones normales y en situaciones de futuras contingencias que puedan presentarse.

Objetivos

Objetivo general:

Describir el impacto que tuvo la pandemia por covid-19 en relación al déficit de infraestructura que presenta el CAPS de una localidad de Bogotá; con una trazabilidad del año 2016 hasta el año 2020.

Objetivos específicos:

1. Enlistar las principales causas y efectos sobre la prestación de servicios de salud de un CAPS de una localidad de Bogotá.
2. Explicar en términos de demanda, cuáles servicios de Salud fueron más afectados a causa del Covid -19, en una localidad de Bogotá; con una trazabilidad del año 2016 al año 2020.
3. Interpretar las soluciones presentadas para minimizar los efectos de las barreras de acceso de infraestructura en la prestación de servicios de salud en un CAPS de una localidad de Bogotá.

Metodología

Métodos y técnicas para la recolección de información

Inicialmente se realizó una búsqueda exhaustiva en la base de datos de EBSCO HOST y Google Académico. Se incluyeron palabras claves como: Accessibility, covid-19, health services, health equity, infrastructure. Esto, con el fin de realizar búsqueda de artículos referidos a la temática de infraestructura hospitalaria y la afectación de la pandemia covid-19 en la prestación de servicios de salud.

La recolección de los datos se obtuvo del documento de estudios previos referente a la construcción y dotación del CAPS, a partir de donde se seleccionó y clasificó la información por especialidades y servicios más afectados referente a la oferta y demanda; así como las proyecciones, de acuerdo a la solución presentada en dicho documento. La presentación de estos datos se realizará a través de tablas realizadas en Microsoft Word.

Teniendo en cuenta que nuestro enfoque es cuantitativo, se realizó el análisis de los datos de oferta y demanda obtenidos en un CAPS de una localidad en Bogotá en relación a la infraestructura, con una trazabilidad del año 2016 hasta el año 2020.

Análisis de los datos

La tabulación de datos se realizará a través de la herramienta de Microsoft Excel, en gráficos de barras relacionando la oferta y la demanda con el déficit o superávit para cada uno de los períodos, en este caso el valor correspondiente para el eje y será el de la población total que utiliza los servicios del CAPS por año (eje x) y gráficos de dispersión para las proyecciones del año 2024-2038.

Cronograma

Tabla 2

Cronograma del proyecto

ACTIVIDAD	MES DE EJECUCIÓN										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
REVISIÓN DE LA LITERATURA	X	X									
CONSTRUCCIÓN DE MARCO TEÓRICO		X	X								
RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN			X	X							
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN				X	X						
REDACCIÓN DEL INFORME FINAL						X	X				
SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO								X	X		

Resultados

Se identificaron los principales problemas y sus causas, de acuerdo al árbol de problemas presentado en el documento de los estudios previos del CAPS. La accesibilidad es el mayor problema, en cuatro servicios principalmente. En consulta externa, terapia física, odontología y apoyo diagnóstico. Las causas que se presentan son: el déficit de infraestructura física por

el incremento de la demanda en dichos servicios (que se incrementó a causa del covid-19), la baja capacidad de la infraestructura para la cobertura de servicios en toda la población, la dotación insuficiente y la obsolescencia de los equipos.

Debe tenerse en cuenta que el proyecto para llevar a cabo la construcción del CAPS, se estructuró con vigencia del año 2018, por lo que se hicieron las proyecciones desde el año 2019 y frecuencias de uso de los servicios del año 2017. Entonces, bajo esta información es que se hacen los estudios previos y diseño de la infraestructura, por lo cual no se hacen actualizaciones, ya que se generarían diferencias en la necesidad de la capacidad instalada. (Estudios previos de un CAPS en una localidad de Bogotá, 2021)

Figura 2

Comparación entre la oferta y la demanda (en términos de asistencia de la población), del grupo de Consulta Externa del año 2016 al año 2020.

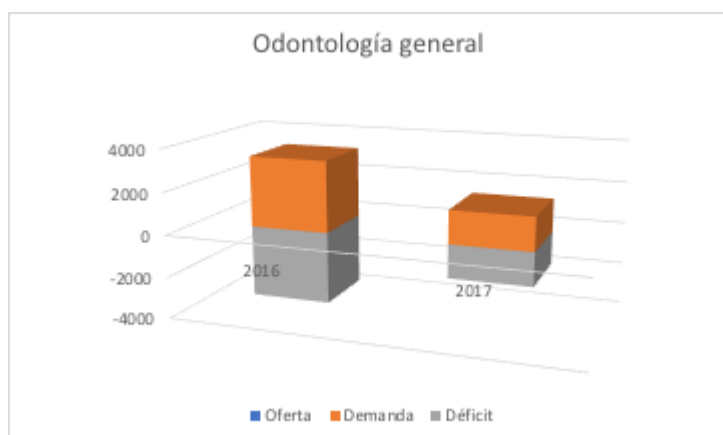


Nota: En esta figura se encuentra consignada la oferta y la demanda para el grupo de consulta externa del año 2016 al año 2020 y el déficit, el cual resulta de la resta de la oferta con la demanda, así: *Oferta histórica-Demanda histórica=Déficit*.

Para el grupo de Consulta Externa, la oferta tuvo un decremento del 20% del año 2019 al año 2020 y una disminución en la oferta global del 40%, donde de 1'100,000 en el 2016, pasó a ser en el 2020 de 600,0000. Por otra parte, la demanda también tuvo un déficit: Para el año 2016 fue de 1'700,000 y para el 2020 fue de 1'000,000, siendo la reducción de 58,82%.

Figura 3

Comparación entre la oferta y la demanda (en términos de asistencia de la población), del servicio de Odontología general del año 2016 al año 2017.

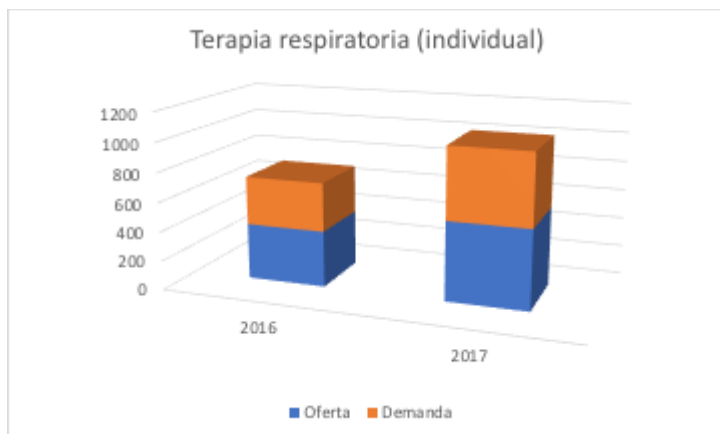


Nota: En esta figura se encuentra consignada la oferta y la demanda para el servicio de Odontología general del año 2016 al año 2027 y el déficit, el cual resulta de la resta de la oferta con la demanda, así: Oferta histórica-Demanda histórica=Déficit.

Para el servicio de Odontología general, la oferta fue de 0 para el año 2016 y 2017, sin embargo, la demanda disminuyó en un 46,39%, lo cual deja entrever el problema de infraestructura para ofertar dicho servicio. Es importante resaltar que, en este caso no se toma la oferta ni demanda histórica del año 2018 al año 2020, debido a que para este servicio se toma como demanda potencial la proyectada desde el año 2018, teniendo en cuenta que el servicio no se estaba ofertando hasta esta fecha y es el momento cumbre del inicio de planeación del proyecto.

Figura 4

Comparación entre la oferta y la demanda (en términos de asistencia de la población), del servicio de Terapia respiratoria del año 2016 al año 2017.



Nota: En esta figura se encuentra consignada la oferta y la demanda para el servicio de Terapia respiratoria del año 2016 al año 2027 y el déficit, el cual resulta de la resta de la oferta con la demanda, así: Oferta histórica-Demanda histórica=Déficit.

Para el servicio de Terapia Respiratoria, la oferta para el año 2016 fue de 384 y de 540 para el 2017; de la misma manera la demanda aumentó en un 47%, significando un crecimiento exponencial con el tiempo. Para el servicio de Odontología General, no se toma la oferta ni demanda histórica del año 2018 al año 2020, ya que para este servicio se toma como demanda potencial la proyectada desde el año 2018.

Figura 5

Comparación de la demanda histórica de los años 2019 y 2020 vs. la demanda potencial del año 2021 al año 2031 (2026-2031), del servicio de Consulta Externa.



Nota: En esta figura se encuentra consignada la demanda histórica del año 2019 y 2020 en comparación con la demanda potencial del año 2020 al 2031 para el servicio de Consulta Externa.

Por su parte, en lo referente a la demanda potencial en comparación a la demanda histórica, encontramos que en el marco de la pandemia por covid-19, la demanda sufrió un decremento considerable. Asimismo, las proyecciones muestran que la demanda crece de manera lineal, siendo mayor del año 2026 al 2031. Teniendo en cuenta, que la oferta teórica de la infraestructura para 2020 fue de 536,650.

Tabla 3

Número de consultorios existentes a 2019 y requeridos a 2038 de los servicios de Consulta Externa, Terapia y Odontología General de un CAPS en una localidad de Bogotá.

GRUPO	SERVICIO	CONSULTORIOS EXISTENTES	CONSULTORIOS REQUERIDOS A 2038	DIFERENCIA
CONSULTA EXTERNA	Enfermería	1	2	-1
	Ginecoobstetricia	1	1	0
	Medicina Familiar	0	1	-1
	Medicina General	4	5	-1
	Medicina General PYP	1	1	0
	Medicina Interna	1	1	0
	Nutrición Y Dietética	1	1	0
	Pediatría	1	1	0
	Psicología (Individual)	1	1	0
	Optometría	0	1	-1
	Consultorio de especialistas	0	1	-1
	Psiquiatría (Individual)	0	1	-1
	TOTAL	11	17	-6
TERAPIA	Terapia Respiratoria (Individual)	0	1	-1
	TOTAL	1	1	0

ODONTOLOGÍA	Odontología Unidades	2	2	0
	TOTAL CONSULTORIOS	13	19	-6

Nota: Esta tabla está modificada y contiene los cálculos realizados por la Oficina de Desarrollo Institucional de consultorios existentes al año 2019 para los servicios prestados en cada uno de los grupos de Consulta Externa, Terapia y Odontología general, confrontados con los consultorios requeridos a 2038 para estos servicios y su diferencia. (Estudios previos de un CAPS en una localidad de Bogotá, 2021).

Tabla 4

Número de áreas existentes a 2019 y requeridas al 2038 para los servicios prestados por el grupo de Apoyo Diagnóstico.

GRUPO	SERVICIO	ÁREAS EXISTENTES	ÁREAS REQUERIDAS A 2038	DIFERENCIA
APOYO DIAGNÓSTICO	Radiología e imágenes diagnósticas – Rayos X	0	1	-1
ÁREAS ADECUADAS	Toma de muestras de laboratorio clínico (Incluye toma de muestras especiales)	1	1	0
	Ecografía Obstétrica	0	1	-1
	Servicio Farmacéutico	1	1	0
	TOTAL ÁREAS	2	4	-2

Nota: Esta tabla está modificada y contiene los cálculos realizados por la Oficina de Desarrollo Institucional de áreas existentes al año 2019 para los servicios prestados por el grupo de Apoyo Diagnóstico confrontados con las áreas requeridas a 2038 para estos servicios y su diferencia. (Estudios previos de un CAPS en una localidad de Bogotá, 2021).

Dentro de la solución planteada y las proyecciones realizadas a 2038 de acuerdo con la necesidad de capacidad en relación a la capacidad instalada, se requieren a este año, de consulta externa 17 consultorios, de terapia física y respiratoria 1 consultorio propio por cada una y para Odontología 2 unidades odontológicas, es decir que el servicio de Consulta Externa se encuentra en déficit en términos de oferta, por -6 consultorios, Consulta Externa por -1 consultorio. Por otra parte, el servicio de Odontología general no se encuentra en déficit de infraestructura física, dado a que el problema puede radicar en la obsolescencia de los equipos. Finalmente, para Apoyo Diagnóstico se necesitan 2 áreas más.

Discusión

Soluciones presentadas para la aprobación del proyecto para la construcción del CAPS

Inicialmente, se presentaron dos opciones de solución para llevar a cabo el plan de acción y tener un CAPS que prestara los servicios de salud con la infraestructura en términos de capacidad, adecuadamente. La primera opción presentada es la de tomar en arriendo un sitio que cumpla con todos los requerimientos para la atención integral de los pacientes. Por otro lado, la otra opción presentada y aprobada fue la de la construcción de un nuevo CAPS, que comprenda servicios ambulatorios de baja y mediana complejidad, orientado a la atención prioritaria y programada. Lo anterior, debido a que, de esta manera, la construcción puede llevarse a cabo con los parámetros de la normatividad vigente y además de esto, permitirá en el futuro, si se requiere, la adaptación y modificación de áreas y espacios para la accesibilidad para toda la población.

Análisis de las soluciones presentadas

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, la solución presentada además de presentar diversas ventajas para la atención de los servicios del CAPS, se encuentra acorde con las proyecciones descritas en cuanto a la oferta en el tiempo y su relación con la tasa de crecimiento exponencial de la localidad, que para 2017, disminuyó en -0,71 puntos

porcentuales, que en comparación con la población total de Bogotá (-0,08 puntos porcentuales), tuvo un decremento mucho mayor.

Por otra parte, y en continuación con lo mencionado inicialmente en este apartado, las ventajas presentadas para la efectividad en la prestación de los servicios, son las siguientes: En relación a su viabilidad, mediante la construcción del CAPS, se puede conservar la atención prioritaria y ampliar su oferta de servicios. En cuanto a oportunidad y la resolutiveidad de los servicios ambulatorios presentaría una mejoría.

Conclusiones

El impacto que tuvo la pandemia del covid-19, en relación al déficit de infraestructura que presenta el CAPS de este estudio en Bogotá, puede decirse que interfirió en la prestación de servicios de salud correspondientes al grupo de consulta externa, en el sentido que mostró de una manera más marcada las falencias de la infraestructura que se venían presentando 4 años antes. Por otro lado, para el servicio de Odontología general, teniendo en cuenta las cifras de la oferta y en comparación a las consultas por salud oral para promoción y prevención, se establece que la morbilidad de enfermedades orales representa una demanda mucho más alta, lo que requiere infraestructura y dotación adecuada para la resolutiveidad de las mismas; teniendo el servicio de terapia respiratoria un comportamiento muy similar.

Finalmente, cabe resaltar que la mejora continua en cada una de las instituciones de salud, independientemente de los servicios que se presten en cada una, es la base para contrarrestar los efectos negativos en la oportunidad y calidad; estableciendo la infraestructura de acuerdo a las proyecciones minuciosas y sus análisis de impacto en la población, actuando mancomunadamente con el grado de resolutiveidad que se tiene para cada una de las consultas y atenciones prestadas por el recurso humano en salud.

Presupuesto

Tabla 5

Presupuesto del proyecto

		Cantidad				
			Externo	Propia	Externa	Propia
						TOTAL
EQUIPOS	computadores	3		X		\$1'500.000
	internet			x		\$100.000
		3				
	celulares	3		x		\$1'200.000
OTROS						
	Otros			X		\$12.000
TOTAL						\$ 8'412.000

Bibliografía

Adaury et. al. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: Una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, p.p 223–229.

Benjamin, G. C. (2020). Asegurar la equidad en la salud durante la pandemia de COVID-19: el papel de la infraestructura de salud pública. *Rev. Panam Salud Pública*, p.p 1-4.

Dirección de Desarrollo Institucional de Bogotá. (2021). Estudios previos de un CAPS en Bogotá. Alcaldía Mayor de Bogotá, p.p 1-35.

EL UNCT Y EL EHP COLOMBIA.(2020). **PLAN DE RESPUESTA COVID-19 COLOMBIA. Equipo humanitario Colombia.** Recuperado de:https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/08072020_plan_intersectorial_de_respuesta_covid-19_20202_vf.pdf

Franco, D, C. (2020). Retos logísticos en salud asumidos por Bogotá para enfrentar el covid-19. (tesis de posgrado). Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Houghton N, Bascolo E, del Riego A. (2020). **Socioeconomic inequalities in access barriers to seeking health services in four Latin American countries.** *Rev Panam Salud Publica*, p.p 1-8.

Ministerio de Salud y Protección Social (2015). Plan Decenal de Salud Pública. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Pagina/home2013.aspx>

Naciones Unidas (2020). **El impacto del COVID -19 en América latina y el Caribe.** Recuperado de: https://peru.un.org/sites/default/files/2020-07/SG%20Policy%20brief%20COVID%20LAC%20%28Spanish%29_10%20July_0.pdf

Organización Mundial de la Salud.(2008) Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra: OMS, Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>

Pinilla M, Ramírez A, González C. (2020). **Los pobres, los más afectados por la Pandemia**. Universidad de Los Andes, Colombia. Recuperado de: <https://uniandes.edu.co/es/noticias/salud-y-medicina/los-pobres-los-mas-afectados-por-la-pandemia>.

Rivillas J.C, Colonia F.B. (2017, julio, 28). **Reducing causes of inequity: policies focused on social determinants of health during generational transitions in Colombia**. Rev. Global Health Action. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IN V/Reducing-causes-inequity-social-colombia.pdf>

World Health Organization, Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa (EQUINET), Training and Research Support Centre (TARSC) & REACH trust. (2010). Monitoring equity in access to AIDS treatment programmes: a review of concepts, models, methods and indicators. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44483/9789241564120_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y