

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO CAPITAL, REVISIÓN DOCUMENTAL 2000 - 2007



Autores

Catalina Latorre Santos

MD, MS EPIDEMIOLOGÍA DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y
GERENCIA EN SALUD GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA,
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Carlos Enrique Trillos Peña

MD, MS EPIDEMIOLOGÍA DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA Y
GERENCIA EN SALUD GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD PÚBLICA,
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Yamile Bermúdez

MD, ESPECIALISTA EN GESTIÓN DE IPS, DEPARTAMENTO DE
SALUD PÚBLICA Y GERENCIA EN SALUD GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN
SALUD PÚBLICA, UNIVERSIDAD DEL ROSARIO



Correspondencia

clatorre@urosario.edu.co

Este trabajo hace una revisión de documentos de divulgación en el período 2000-2007 sobre el acceso a los servicios de salud en el Distrito Capital para tratar de cualificar su situación actual y brindar a la actual Administración elementos para proponer acciones.

La revisión se realizó con la metodología de utilizar fuentes secundarias que han publicado investigaciones sobre el tema en el Distrito en revistas indizadas a nivel nacional, y revisó informes técnicos recientes sobre salud efectuados por organizaciones diferentes a la Secretaría Distrital de Salud en el período 2000-2007. Los grupos que han llevado a cabo estas investigaciones en el ámbito nacional se concentran en tres entidades privadas y la Veeduría Distrital.

Con la información publicada disponible no es posible asociar los resultados con la Administración del periodo 2000-2007 en razón a que los documentos consultados tienen datos no actualizados, pues se encontró en las investigaciones publicadas que tienen dos años de diferencia respecto de los tiempos de los datos recolectados. Por ejemplo, los informes técnicos de 2005 utilizan datos de los años 2004 y 2003.

En general, la información sobre aseguramiento muestra aumento de coberturas y disminución de barreras financieras. La información sobre prestación del servicio identifica algunas restricciones para el acceso. Las poblaciones con las cuales se ha tratado de profundizar el tema son la materno-infantil y los desplazados, sin consideraciones específicas para otras.

Los datos muestran información poco actualizada sobre acceso a la salud en el Distrito, más que todo concentrada en la población y la problemática materno-infantil; escasa investigación sobre oferta de servicios y calidad, sin datos recientes sobre el programa Salud a su Hogar, y para el 2007 no encontramos estudios diseñados específicamente para evaluar el acceso a servicios. Es importante retomar la perspectiva del acceso para el seguimiento al Sistema General de Seguridad Social en el Distrito Capital y ampliarlo a diversas problemáticas y grupos poblacionales.

La definición e interpretación del acceso a los servicios de salud tiene diferentes aproximaciones que han ido tomando mayor relevancia según el momento y contexto en que han sido utilizadas.

Son clásicas las hechas por Aday, Andersen y Frenk (1, 2), las cuales hacen énfasis en tratar de avanzar sobre este particular.

Es difícil encontrar, concretamente, la definición de acceso, y esta se da más en términos de características, donde es claro que los sistemas de salud tienen como parte de sus objetivos el mejorar el acceso de la población a sus servicios, por lo tanto, deben aumentar la disponibilidad y mejorar la

organización de los recursos médicos y los servicios existentes para dar respuesta a la población que los requiere. El objetivo del acceso es posibilitar el ingreso equitativo a los sistemas de atención médica (1).

Los conceptos de acceso han de considerar que existen características particulares de los individuos y de la población, y otras, que son propias del sistema de prestación. Es así como, para estudiar el acceso, se pueden utilizar:

- Indicadores de resultado: relaciones del individuo con el sistema, tasas de utilización y niveles de satisfacción.
- Sinónimo de la disponibilidad de recursos financieros y de salud en una zona determinada.
- Promedio ponderado del tiempo de espera para concertar una consulta, para la atención y el desplazamiento.
- Promedio ponderado de la diferencia entre cantidad ideal y real de servicios, y equipamiento.
- Aspectos socio-organizativos y geográficos.

Se entiende que la organización se relaciona con la estructura y el proceso de entrada al sistema, así como con las características del mismo que determinan lo que le acontece al paciente a partir de su ingreso. Según Donadebian, citado en Aday y Andersen en 1974, el hecho de que los servicios sean utilizados por quienes los necesitan es la prueba real del acceso (1), utilizando un enfoque de riesgo colectivo más que individual.

Julio Frenk (Frenk, 1985) (30) avanza en la forma de medir el acceso a la salud introduciendo el término accesibilidad, entendido como el ajuste entre disponibilidad de recursos y su utilización efectiva por la población, y los obstáculos para su prestación, agrupados en ecológicos, financieros y de organización de los servicios. En sus documentos desarrolla una modelación matemática donde propone una fórmula para la medición de la accesibilidad, identificando capacidades para la utilización del servicio y poder para vencer los obstáculos, hasta obtener una suma ponderada de poderes y capacidades para allanar las dificultades de transporte, de tiempo y financieras y construir el poder de utilización óptimo. Con esto, propone una relación entre resistencia y poder de utilización, la cual refleja el grado de ajuste. La medición puede, entonces, elegir y ponderar un conjunto de condiciones de salud que servirán como indicadores de necesidades, de las que se pueden seleccionar las más frecuentes en cierta región o en determinado grupo social.

Otra forma es elegir las condiciones para las cuales cualquier demora en la prestación de servicios tiene las consecuencias más graves. Llama la atención

que la accesibilidad financiera es, para Frenk, una característica del individuo y no del sistema. Por eso la accesibilidad entiende entonces que las funciones mencionadas no se le endilgan al individuo sino que más bien se delegan en cierta persona u organización, de modo que los componentes de la accesibilidad varían de acuerdo con los modelos específicos para organizar y financiar los servicios de salud. Se tiende a limitar el dominio de accesibilidad y no incluir el concepto de continuidad de la atención, y confinarlo a buscarla y recibirla (2).

En la revisión de literatura podemos observar que el término acceso se incluye en los estudios relacionados con evaluación de reformas a los sistemas de salud y de prestación de servicios a finales de los años noventa. En estas investigaciones es frecuente la utilización de la clasificación de Daniel y cols. (2000) (3), quienes en el marco de evaluación de la reforma al sistema de salud de Estados Unidos desarrollaron un instrumento al efecto que fue adaptado por los investigadores para hacer una referenciación competitiva sobre evaluación de sistemas de salud y sus reformas en los países en vía de desarrollo, enmarcado en el término *fairness*, traducido por los mexicanos como imparcialidad, organizado en 9 categorías que a su vez se subdividen y dan puntajes de -5, 0 y 5, según el grado como las reformas mejoran las condiciones de salud.

El término *fairness* se considera más amplio que equidad, ya que la incluye en el acceso a todas las formas de atención, el financiamiento, la eficiencia administrativa, la asignación de recursos, y en los desenlaces.

En el marco inicial, el instrumento de Daniel y cols. tenía una perspectiva ética y de justicia, considerando que la enfermedad y la discapacidad reducen las oportunidades de los individuos, y que el principio de igualdad de oportunidades provee una base para la regulación de los sistemas de salud.

Las categorías fueron:

1. Abordaje intersectorial de la salud
2. Barreras financieras para lograr acceso equitativo
3. Barreras no financieras para el acceso
4. Beneficios integrales
5. Financiación equitativa
6. Eficacia, eficiencia y calidad de la atención
7. Eficiencia administrativa
8. Rendición de cuentas democrática y empoderamiento
9. Autonomía de los proveedores de servicios y de los pacientes

Con relación al acceso, dos de los nueve criterios hacen énfasis en una categoría que refleja equidad en salud, ya que *fairness* requiere reducir tanto los obstáculos financieros como los no financieros. Se identifica el nivel de desempleo como una relación con la cantidad de población que debe o no ser subsidiada. En las barreras no financieras el instrumento contempla los esfuerzos para resolver problemas de acceso a medicamentos, oferta de servicios y recursos humanos, y se consideran también las barreras de género, identificando falta de autonomía de las mujeres para decidir sobre salud y en general considerar el compromiso comunitario como esencial para reducir las barreras y trascender la simple entrega de servicios. Este documento es utilizado para estudios de reformas como fueron las de México, Pakistán, Tailandia y Colombia (3, 4). La inclusión de la categorías de acceso es frecuente en las evaluaciones de sistemas de salud, y específicamente en esta oportunidad se revisaron estudios en países latinoamericanos (5-7).

En estos ejercicios de comparación de sistemas se ha encontrado que la minimización de las barreras financieras a los servicios de salud no garantizan necesariamente su utilización, ya que pueden existir otras barreras: geográficas, organizacionales, culturales, de clase y de género, y los esfuerzos de las reformas a lo que han concedido mayor atención es a reducir barreras económicas. Sin embargo, es reconocido que la cobertura en aseguramiento en salud es un determinante importante para el acceso a la atención y que, en general, los seguros privados son más costosos y prevén coberturas menores que los obligatorios, de carácter estatal; es por eso que se pueden utilizar perspectivas de coberturas efectivas para el análisis, o avanzar en factores que determinan la utilización de los servicios (7-14).

En el marco del Sistema General de Seguridad Social, la disminución de barreras de tipo financiero a través de la cobertura universal del seguro, ha sido una de las premisas constantes en los diversos procesos normativos, de análisis y desarrollo de programas del sistema de salud colombiano.

Se busca, entonces, ubicar la situación de indicadores indirectos relacionados con aseguramiento y prestación de servicios de salud que puedan describir tangencialmente el acceso a la salud en el Distrito Capital durante el período 2004-2007, durante la administración del alcalde Luis Eduardo Garzón. No se acogió una definición específica, sino características del acceso.

La condición de acceso a los servicios de salud en el Distrito tiene un avance importante en todos los aspectos de cobertura, en especial los relacionados con el aseguramiento y la vacunación, que aún permanecen sin alcanzar niveles satisfactorios (15-17).

Estos datos sobre aumento de coberturas de aseguramiento también se

observan a nivel nacional, y es evidente que las personas aseguradas utilizan más los servicios de salud; por otra parte, el crecimiento de utilización de servicios preventivos y de estrategias, como Salud a su Hogar, no han sido evaluados en conjunto con cambios en los patrones epidemiológicos, asociación que solo se establece por tendencias (16, 18, 19).

En general, las conclusiones sobre la situación de acceso a servicios de salud en el Distrito no se habían publicado en el 2007, lo que coincide con la disminución de inversión en estudios que se había mostrado en datos de la revista *Investigaciones en seguridad social en el 2006* (20).

Otro elemento del acceso a la prestación se relaciona con la mirada a los hospitales y su gestión. Los análisis revisados mostraron que su eficiencia disminuye en los últimos años, aunque a finales de los noventa se reconocen los avances que habían logrado (21, 22). La búsqueda de determinantes que condicionan el acceso muestra que en donde se han explorado es en población de gestantes, sin encontrarse evaluaciones a otros grupos o condiciones de salud (11-14). En contraste, esta información no está actualizada, ya que corresponde a datos del 2001 (23-25), lo mismo que la información de cesáreas y control prenatal que utiliza la Veeduría en el 2005 y los informes sobre mortalidad materna (15-17), los cuales son ejemplos de estudios sobre aspectos específicos de poblaciones vulnerables.

Sin embargo, es la observación más cercana de problemas de género como elemento a considerar para el acceso a servicios de salud. Esta aproximación también la han utilizado otros países, como México, donde se muestra cómo la fragmentación del sistema genera exclusión (4); la evaluación de la estrategia Salud a su Hogar señala avances en superar esta fragmentación y avanzar en la búsqueda de acuerdos entre la Secretaría y las aseguradoras para entregar atención de promoción y prevención a gestantes, recién nacidos, menores de 5 años y discapacitados, en los territorios donde opera (19).

De igual manera, los datos son recopilaciones de informes estadísticos de fuentes que, al igual que este documento, hacen aproximaciones al tema del acceso con énfasis en lo estructural y disponibilidad de recursos, desde una exploración y establecimiento de supuestos, pero no es posible evaluar otros determinantes del acceso que contempla la literatura, como lo son, realmente, las barreras de género más allá de la gestación, las barreras culturales, las condiciones de utilización real de los servicios y la evaluación del peso de las barreras operativas del sistema. Por otra parte, la valoración de tutelas no se contempló en los estudios como trazador de restricciones, y no hay estudios específicos sobre ello para Bogotá (26, 27).

La metodología de los estudios encontrados para presentar esta revisión

tiene escasa modelación matemática, estadística y epidemiológica, esfuerzo que sí se realizó en el de 1998 y en el de autopercepción en salud; las investigaciones sobre el particular en Bogotá no utilizan la modelación matemática propuesta por Frenk sobre el peso real frente a accesibilidad y su importancia decisiva sobre las consecuencias en salud y las capacidades para contrarrestar las barreras (2). En Latinoamérica, países como México, Perú y Chile cuentan con estudios específicos sobre determinantes de acceso, como ejercicios para valorar los sistemas de salud (4-6, 9).

Los datos de estudios recientes para valoraciones de acceso muestran cada vez más que el análisis debe combinar investigaciones que logren identificar determinantes específicos y no solo disponer de datos de cobertura, pues está demostrado que la sola disminución de barreras financieras no garantiza el acceso a los servicios ni que estos lleguen realmente a las personas que los necesitan (4).

En ciudades como Medellín se ha encontrado que la población más pobre y vulnerable que logra afiliarse al régimen subsidiado mejora sustancialmente en cobertura y accesibilidad a los servicios de salud en comparación con los no afiliados (28). En países como Canadá se halló que en grupos de población con menores ingresos existe menos contacto con prestadores de servicios de salud y, entre aquellas personas que asisten, los de menores ingresos y educación tienen mayor intensidad de uso de los servicios de consulta externa en medicina general. Las variables bajo ingreso y bajo nivel educativo se asocian con menor contacto con el especialista, pero no se encuentra significancia estadística entre estas variables socioeconómicas y la intensidad de uso de los servicios de especialistas entre los usuarios; tampoco se encontró significancia estadística según el nivel de ingreso o de educación, con el uso de los hospitales. En contraste con lo anterior, en Canadá se empieza a ver cómo personas de estrato socioeconómico bajo usan más servicios de salud que las de otros estratos (10).

Los estudios que han contemplado aspectos del uso de los servicios de salud en Bogotá se han enfocado más que todo en el marco de las encuestas de calidad de vida (ECV) y no han evaluado situaciones de comportamiento de acceso a los de especialistas, como factor diferenciador. En las ECV se ha mostrado cómo el aseguramiento aumenta el uso de servicios, como en el caso de los preventivos, pero siguen mostrando limitaciones económicas y población que no usa los servicios por problemas en la calidad (15, 16, 21, 29, 30). No obstante, no se han establecido otros factores que puedan estar determinando este comportamiento, ni se han establecido asociaciones con condiciones reales de satisfacción de necesidades.

Países como Estados Unidos tienen encuestas permanentes sobre aseguramiento y acceso, obteniendo información sobre oferta y tipos de servicios otorgados y de pacientes atendidos (8).

Con este panorama, se propone que se debe empezar a efectuar estudios sobre cómo las barreras económicas influyen en las capacidades individuales de recuperación después de superadas las crisis por enfermedades (11-14, 31).

Temas como la disponibilidad de recursos financieros y humanos, las proyecciones de distribución de población como factores que condicionarán el acceso a la salud en un futuro (11-14), así como la capacidad para resolver problemas relacionados con la edad y las enfermedades crónicas, trascendiendo lo materno-infantil, son campos pendientes de ser investigados, haciendo un llamado a utilizar metodologías cuantitativas y cualitativas para su análisis.

REFERENCIAS

1. ADAY L, ANDERSEN R. Marco teórico para el estudio del acceso a la atención médica. *Health Service Research*. 1974; 9(3): 208-220.
2. FRENK J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*. 1985; 27(5): 438-453.
3. DANIELS N, BRYANT J, CASTAÑO R, DANTES O, KHAN K, PANNARUNOTHAI S. Benchmaks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 2000; 78(6): 740-750.
4. GÓMEZ-DANTES O, GÓMEZ-JÁUREGUI J, INCLAN C. La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud. *Salud Pública de México*. 2004; 46(5): 399-415.
5. OLAVARRÍA M. Acceso a la salud en Chile. *Acta Bioethica*. 2005; 11(1): 47-64.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA DEL PERÚ, INEI. Determinantes del acceso a los servicios de salud en el Perú, 2000 [cited 2007 June 12, 2007]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/indice.HTM>
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*. Geneva, Switzerland; 2000.

8. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. NCHS Data on health insurance and access to care. 2006 October 16, 2006 [cited 2007 June 12 2007]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/data/factsheets/healthinsurance.pdf>
9. LOZANO R, SOLÍS P, GAKIDOU E, ABBOTT-KLAFTER J, FEEHAN D, VIDAL C ET AL. Evaluación comparativa del desempeño de los sistemas estatales de salud usando cobertura efectiva. *Salud Pública de México*. 2007; 49(Suplemento 1): S53-S69.
10. ASADA Y, KEPHART G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Services Research*. 2007; 41(7): 1-12.
FONTANARROSA P, RENNIE D, DE ANGELIS C. Access to care as a component of health system reform. *JAMA*. 2007; 297(10): 1128-1130.
11. LURIE N, DUBOWITZ T. Health disparities and access to health. *JAMA*. 2007; 297(10): 1118-1121.
12. MITKA M. Looming shortage of physicians raises concerns about access to care. *JAMA*. 2007; 297(10): 1045-1046.
13. RAHIMI A, SPERTUS J, REID K, BERNHEIM S, KRUMHOLZ H. Financial barriers to health care and outcomes after acute myocardial infarction. *JAMA*. 2007; 297(10): 1063-1072.
14. BOGOTÁ, CÓMO VAMOS. ENCUESTA AGOSTO 2006, N 7411 [CITED JULY 2007]. Disponible en: <http://www.bogotacomovamos.org/bogotacv/scripts/index.php>
15. ACOSTA O, ROJAS J. Análisis de las políticas de educación, salud y vivienda del nuevo Plan de Desarrollo de Bogotá, capítulo Salud. Report, Bogotá D. C.: Fedesarrollo; 2005.
16. SARMIENTO A, MINA L, CHACÓN C, NIETO A, ALONSO C, CASTELLANOS W ET AL. Cómo avanza el Distrito en Salud. Bogotá D. C.: Veeduría Distrital, Programa Nacional de Desarrollo Humano, Departamento Nacional de Planeación; Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2006.
17. CARDONA J, HERNÁNDEZ A. La reforma a la seguridad social en Colombia: ¿avances reales? *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2005; 4(9): 81-99.
18. VEGA R, CARRILLO J. APS y acceso universal a los servicios de salud en las condiciones del SGSSS de Colombia: el caso Salud a su Hogar en Bogotá. *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2006; 5(11): 38-54.
19. TRILLOS C, LATORRE C, ORTEGA J. Perspectiva de la investigación en la Secretaría Distrital de Salud. Bogotá D. C.: *Investigaciones en seguridad social y salud* 2006; (8): 9-33.
20. YEPES F, RAMÍREZ M. Las barreras de acceso en la atención en salud de la

- población de uno a cuatro años de Bogotá. ¿Es viable la universalización del seguro? *Investigaciones en seguridad social y salud*. 2006; (8): 83-105.
21. GARCÍA J. Situación de los hospitales públicos adscritos a la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá. *Revista de Salud Pública*. 2000; 2(1).
 22. VEGA R, HERNÁNDEZ A, BARAJAS C, CONVERSA L, CANTOR B. Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud sobre la población sin capacidad de pago en cuatro localidades de Bogotá [2001]. *Revista de Salud Pública*. 2003; 5(1): 59-86.
 23. HERNÁNDEZ A, MOLINA BC, VEGA R. Uso de servicios de salud de usuarias con complicaciones hipertensivas del embarazo en Bogotá. *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2002; 1(3): 116-129.
 24. IDROVO A, DURÁN R. Cumplimiento de requisitos esenciales en servicios de salud privados de primer y segundo nivel en Bogotá, D. C. *Revista de Salud Pública*. 2001; (2).
 25. PINTO D, CASTELLANOS M. El Sistema General de Seguridad Social colombiano. Caracterización de los recobros por tutelas y medicamentos no incluidos en los planes obligatorios de salud. *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2004; 3(7): 40-61.
 26. MEJÍA D, GUALTEROS M, BETANCOURT J, REY J, PARDO H, ORJUELA A, ET AL. La tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud. En Defensoría del Pueblo, República de Colombia. *Secretaría General. Programa de salud y seguridad social*. 2004; p. 1-42.
 27. RAMÍREZ H, VÉLEZ S, VARGAS V, SÁNCHEZ C, LOPERA J. Evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado en el municipio de Medellín. *Colombia Médica*. 2001; 32(1): 10-13.
 28. ARDÓN N, RUBIO Z, PARRA C, DAZA R, ARIZA C, CUBILLOS A. Sistema para el monitoreo de la calidad de la atención en salud por indicadores en los hospitales de I, II y III nivel de atención. Bogotá, 2003. *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2004; 3(6): 107-115.
 29. VELANDIA F, ARDÓN N, CÁRDENAS J, JARA M, PÉREZ N. Satisfacción, oportunidad y razones de no uso de los servicios de salud en Colombia. *Revista Gerencia y políticas de salud*. 2001; 1(1): 116-133.
 30. MARMOT M, WILKINSON R. *Social determinants of health*. Norfolk, UK: Oxford University Press; 2004.

SIGLAS

AIEPI	Atención Integral Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
APS	Atención Primaria de Salud
ASCOFAME	Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.
BID	Banco Interamericano de Desarrollo.
BMJ	British Medical Journal (Revista Medica del reino Unido)
CAMI	Centro de Atención Médica Inmediata.
CCRP	Corporación Centro Regional de Población.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CID UNAL	Centro de Investigación para el Desarrollo Universidad Nacional de Colombia.
CODICITI	Comisión Distrital de Ciencia y Tecnología e Innovación.
COLCIENCIAS	Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología.
CONPES	Consejo Nacional de Política Económica y Social.
COVE	Comités de Vigilancia Epidemiológica.
DANE	Departamento Nacional de Estadística.

DNP	Departamento Nacional de Planeación.
EAAB	Empresa de Acueducto y Alcantarillado de Bogotá.
ECV	Encuesta de Calidad de Vida.
EDA	Enfermedad Diarréica Aguda.
ERA	Enfermedad Respiratoria Aguda.
EPCVS	Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud.
EPS	Empresa Promotora de Salud.
ESE	Empresa Social de Estado.
FFDS	Fondo Financiero Distrital de Salud.
ICONTEC	Instituto Colombiano de Normas Técnicas y Certificación.
INN	Institución Nacional de Nutrición.
INP	Instituto Nacional Pesquero.
INPA	Instituto Nacional de Pesca y Agricultura.
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud.
IRA	Infección Respiratoria Aguda.
ISEqH	Sociedad Internacional de Equidad en Salud.
JAMA	Journal of the American Medical Association (Revista Médica)
LSP	Laboratorio de Salud Pública.

MAS	Muestreo Aleatorio Simple.
NTC	Norma Técnica Colombiana.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
PAB	Plan de Atención Básico.
PDD	Plan de Desarrollo Distrital.
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas.
POAI	Plan Operativo Anual de Inversiones.
POSC	Plan Obligatorios de Salud Contributivo.
POSS	Plan Obligatorios de Salud Subsidiado.
PROCOM	Proceso Organizativo Rom de Colombia.
RIPS	Registro Individual de la Prestación de Servicios de Salud.
SASC	Salud a su Casa.
SDS	Secretaría Distrital de Salud.
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIIS	Sistema Integrado de Información en Salud.
SILASP	Sistema de Información del Laboratorio de Salud Pública.

SNCT	Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología.
SIN	Sistema Nacional de Innovación.
SMIGILA	Sistema de Vigilancia en Salud Pública
TBC	Tuberculosis.
UBA	Unidad básica de Atención.
UPC	Unidad de Pago por Capitación.

SE TERMINÓ LA IMPRESIÓN DE ESTA OBRA,
EN LOS TALLERES GRÁFICOS DE
ALIANZA 2000 EDITORES E IMPRESORES LTDA
BOGOTÁ D.C., COLOMBIA
2009