

Desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria de población desplazada en Colombia, 2012–2013

Inequalities in the continuity of outpatient care to displaced population in Colombia, 2012 – 2013

Giana M. Henríquez-Mendoza

Oficina de Promoción Social. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Instituto Nacional de Cancerología. gm.henriquez74@uniandes.edu.co

Recibido 10 octubre 2015/Enviado para Modificación 16 abril 2016/Aceptado 22 julio 2016

RESUMEN

Objetivo Establecer desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria de la población desplazada con diagnóstico de depresión.

Métodos Estudio transversal a partir del registro clínico, del periodo entre el 1 de junio de 2012 y 30 de junio de 2013, sobre las personas con diagnóstico de depresión y clasificadas según desplazamiento. Se usó el odds ratio para la asociación entre tipo de población y control profesional ambulatorio, ajustado por sexo, edad, afiliación y región.

Resultados Sobre 74 713 registros: 3 149 de desplazados y 71 564 no desplazados; se encontró 24 % más atención ambulatoria en los no desplazados (OR: 1,24 p<0.001; IC 1,10-1,39), la ventaja fue mayor al ajustar por afiliación al sistema. En el grupo de desplazados se encontró mayor atención ambulatoria en los hombres frente a las mujeres (OR: 1,40 p<0.001 IC: 1,08-1,83). Fue mayor también la desventaja para aquellas, con respecto a mujeres no desplazadas (OR: 1,26 p<0.001 IC: 1,10-1,44). Si bien estos resultados se obtuvieron en la atención de depresión leve y moderada, no en grave, la primera fue diagnosticada en el 92 % de las personas.

Discusión El registro de prestaciones demostró desigualdades en la continuidad de la atención ambulatoria y aunque su calidad ha mejorado, su cobertura todavía es incompleta. En el primer año con plan único del Sistema de Salud, parece que las coberturas no lograron por sí solas evitar diferencias en la atención de la población desplazada. Se necesita mejorar el registro y la interoperabilidad, para políticas de salud con enfoque de equidad.

Palabras Clave: Equidad en salud, depresión, atención ambulatoria, personas desplazadas (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objective To establish inequalities in the continuity of outpatient care to displaced population diagnosed with depression.

Methods A cross-sectional study, based on clinical records, was performed during the period between June 1, 2012 and June 30, 2013, on population diagnosed with depression and reduced to displaced population. The odds ratio was used to associate the type of population with the outpatient care control by professionals, adjusted by sex, age, affiliation and region.

Results The following information was obtained from 74 713 records: 3 149 related to displaced population and 71 564 to non-displaced population; non-displaced population had 24 % more ambulatory care (OR: 1.24 $p < 0.001$; CI 1.10 to 1.39), and the advantage was greater when adjusting the information to data, based on affiliation to the health system. In the displaced population group, men had greater rates of outpatient care compared to women (OR: 1.40 $p < 0.001$ CI: 1.08 to 1.83). The disadvantage was also high for non-displaced women (OR: 1.26 $p < 0.001$ CI: 1.10 to 1.44). Although these results were obtained for outpatient care in mild and moderate depressive patients, severe depression was excluded; the first type of depression was diagnosed in 92 % of people.

Discussion The performance record showed inequalities in the continuity of outpatient care and, despite the improvement of quality, its coverage is still incomplete. During the first year of the unified plan for the Health System, apparently, the coverage has not achieved to avoid by itself differences in care of displaced population. Improvement of records and interoperability is necessary for designing health policies with an equitable approach.

Key Words: Health equity, depression, ambulatory care, displaced persons (source: *MeHS, NLM*).

En Colombia varias investigaciones demuestran los problemas de acceso que tiene la población desplazada para la atención en los servicios de salud (1-6) . Así mismo se describen sus dificultades en los demás sectores sociales de la política pública (4,7,8) . No obstante la atención en salud por su conexión con el derecho a la vida tiene un significado particular (9), su garantía tiene que ver con la reparación que el Estado debe lograr en el contexto social y político del país (10).

Lo anterior adquiere mayor importancia teniendo en cuenta que está documentada una mayor frecuencia de trastornos mentales en esta población frente a la población no desplazada (4,7,11-19), aunque los autores reconocen limitaciones para generalizar los resultados en la mayoría de estos estudios (1-8,12-19), los resultados son coherentes entre sí.

Ahora bien, en este momento se estiman en Colombia 4 584 915 personas registradas por desplazamiento forzado (20), un número de personas

que debe tenerse en cuenta para la formulación de la política de salud pública relacionada con el acceso a la atención en salud de esta población, particularmente a la atención en salud mental.

Teniendo en cuenta el concepto de la salud mental como un bien colectivo, que se reafirma por las políticas públicas y posturas académicas en la materia (21-26), es una prioridad conocer la situación de desigualdad de la atención en salud mental de la población desplazada, para hacer recomendaciones y que el sector salud oriente lo pertinente para promover el bienestar de dichas poblaciones.

Entonces, conocidas las barreras para el acceso a la atención en salud de esta población, la posible mayor afectación de su salud mental y las limitaciones de generalización de los estudios; la pregunta es ¿Cómo establecer si existen desigualdades en la continuidad de la atención en salud mental de la población desplazada en Colombia y obtener resultados que permitan hacer recomendaciones de política?

Es por ello que, teniendo en cuenta que el diagnóstico de depresión es el problema de salud mental más frecuente en población desplazada, que la cobertura del Sistema de Salud es del 96,6 % y que se logró el plan único de beneficios a partir del 1 de junio de 2012 (27), se consideró lícito que el sistema de información, fortalecido por el Ministerio de Salud (28-30), tuviese ahora la información que permita analizar, las desigualdades en salud con un buen nivel de confianza. Entonces a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud–RIPS componente central del sistema de información en salud, Sistema Integral de Información de la Protección Social–SISPRO, se organizaron los datos para comparar la prestación de servicios de salud de la población desplazada con respecto a la población no desplazada, en cuanto a la continuidad de la atención ambulatoria con los controles de profesionales en salud y se hizo el análisis de asociación con Odds Ratio con estratos por sexo, edad, régimen de afiliación y regiones.

MÉTODOS

Datos y tablas de codificación

Es un estudio transversal a partir del Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud–RIPS entre el 1 de junio de 2012 y 30 de junio de 2013. Dicho registro clínico es obligatorio para todos los prestadores de servicios del Sistema de Seguridad Social en Salud (31)

Sobre los registros originales se corrigieron el 1,2 % por inconsistencias y se eliminaron el 20 % por duplicidad. Los criterios de inclusión fueron todas las personas con diagnóstico de depresión (no psicótica) mayores de 18 años, atendidos en los servicios de consultas, hospitalización, urgencias y procedimientos. Se excluyeron personas con diagnósticos de enfermedades de alto costo o catastróficas. Se obtuvo una base total de hospitalización y ambulatorio de 81 341 registros. Solo de atención ambulatoria fueron 74 713 registros; 3 149 de desplazados y 71 564 de no desplazados.

Del Estudio Nacional de Salud Mental 2003, se tomó la prevalencia de los últimos doce meses y las tasas de uso, para calcular la población consultante esperada sobre las proyecciones de la población mayor de 18 años del Departamento Administrativo Nacional de Estadística–DANE a Julio de 2012, en las regiones: Bogotá D. C.; Atlántica: Córdoba, Sucre, Bolívar, Magdalena, Cesar, La Guajira, Atlántico; Pacífica: Chocó, Valle del Cauca, Cauca y Nariño; Central: Caquetá, Huila, Tolima, Quindío, Risaralda, Caldas y Antioquia y Oriental: Meta, Cundinamarca, Boyacá, Santander, Norte de Santander, Arauca.

Se agruparon las subcategorías de la CIE10 de interés en dos categorías de análisis para el diagnóstico en: depresión leve y moderada y depresión grave. Los grupos fueron: 1. Depresión episodio leve y moderado: F320 Episodio Leve, F321 Episodio Moderado, F328 Otros Episodios, F329 Episodio no Especificado, F330 Trastorno Recurrente con Episodio Leve, F331 Trastorno Recurrente con Episodio Moderado, F338 Trastorno Recurrente con otro episodio, F339 Trastorno Recurrente con Episodio no especificado, y; 2. Depresión episodio grave: F322 Episodio Grave, F332 Trastorno Recurrente con Episodio Grave.

Los servicios de atención ambulatoria se organizaron con la Resolución 1896 del 2001 (Clasificación Única de Procedimientos en Salud–CUPS), así se definieron las seis categorías de análisis para el desenlace de continuidad de la atención ambulatoria con el control profesional ambulatorio, a saber: 1. Consulta de control por médico general; 2. Consulta de control por médico especialista; 3. Consulta de control por psicología; 4. Consulta de control por otro profesional en salud; 5. Psicoterapia por psicología; 6. Psicoterapia por psiquiatría.

Se calcularon las frecuencias de uso para el periodo de trece meses del 1 de junio de 2012 al 30 de junio de 2013, para cada categoría, (total consultas/

total personas atendidas) (31). Se tuvo como referencia para las frecuencias de uso del control profesional ambulatorio los resultados del Primer Informe del Observatorio Nacional de Salud (30) y las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica para Depresión del Ministerio de Salud de Colombia (32).

Análisis de la Información

Se estimó la población consultante (esperada) según las prevalencias y frecuencias de uso de consulta profesional, de personas con trastornos del estado de ánimo de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2003. Se calculó el intervalo de confianza del 95 % de la proporción de registro total en hospitalización y ambulatorio, teniendo en cuenta el subregistro en la fuente utilizada (28,30,33,34). Con los registros de Atención ambulatoria (89 %) se describieron las características de la población no desplazada y desplazada, por sexo, edad, régimen de afiliación, región y diagnóstico, que se presentan en la Tabla 1. Las frecuencias de uso de las seis categorías de control profesional ambulatorio se presentan en la Tabla 2.

Tabla 1. Características sociodemográficas y de diagnóstico de la población con diagnóstico de depresión en Colombia, 2012 a 2013

Características	Población desplazada N=3 149		Población no desplazada N=71 564		x ² p
	Número	%	Número	%	
Sexo		%	N		
Mujeres	2 497	79	54 243	76	21,1<0,05
Hombres	652	21	17 321	24	
Grupos de Edad (años)					
18 a 29	438	14	13 865	19	297<0,001
30 a 44	1 226	39	19 260	27	
45 a 59	1 004	32	21 979	31	
60 a 65	214	7	5 916	8	
65 o más	267	8	10 544	15	
Regiones (Según Estudio Nacional de Salud Mental 2003)					
Bogotá	248	8	17 959	25	690,4<0,001
Atlántica	383	12	6 119	9	
Centro	1 471	47	26 246	37	
Pacífica	564	18	10 224	14	
Oriental	321	10	8 688	12	
Antiguos territorios nacionales	71	2	367	1	
San Andrés	2	0,1	13	0,02	
No definido	89	3	1 948	3	
Régimen de afiliación al Sistema de Salud					
Régimen Subsidiado	1 198	38	12 307	17	895,7<0,001
Régimen Contributivo	1 760	56	53 879	75	
Recursos no asegurados	173	5	2 712	4	
Medicina prepagada	12	0,4	1 865	3	
Régimen de Excepción	6	0,2	801	1	
Categoría del diagnóstico					
Depresión episodio leve y moderado	2 897	92	66 059	92	26,6<0,05
Depresión episodio grave	252	8	5 505	8	

Fuente: Sistema Integral de la Protección Social- SISPRO, Registro RIPS. 06/2012 a 05/2013

Con los resultados de las frecuencias de uso del control profesional ambulatorio, se decidió analizar las asociaciones entre tipo de población y continuidad de la atención ambulatoria por control de médico especialista con Odds Ratio. Se utilizó como población de referencia la población desplazada y en la comparación por sexo en la población desplazada, la población de referencia fue la mujer. Se ajustó según el caso, por sexo, edad, régimen de afiliación y región, con la orden *mhodds* disponible en Stata versión 13, que presenta el OR por estrato, el OR de Mantel-Haenszel y el Test de Homogeneidad X^2 del OR ajustado. Recibió la aprobación del Comité de Ética de la Escuela de Gobierno de la Universidad de Los Andes como investigación sin riesgo.

Tabla 2. Frecuencias de uso de la atención ambulatoria de control profesional en la población con diagnóstico de depresión en Colombia durante un año, 2012-2013

Control profesional ambulatorio	Población desplazada N=3 149		Población no desplazada N=71 564	
	Número	Frecuencia de uso (consultas/personas)	Número	Frecuencia de uso (consultas/personas)
1. Control médico general	267	0,08	5 738	0,08
2. Control médico especialista	383	0,12	10 429	0,15
3. Control psicólogo	163	0,05	2 340	0,03
4. Control otros profesionales	4	0,001	72	0,001
5. Psicoterapia psicólogo	13	0,004	479	0,007
6. Psicoterapia psiquiatra	5	0,0016	201	0,0028
Total	835		19259	

Fuente: Sistema Integral de la Protección Social- SISPRO, Registro RIPS. Junio de 2012 a mayo de 2013

RESULTADOS

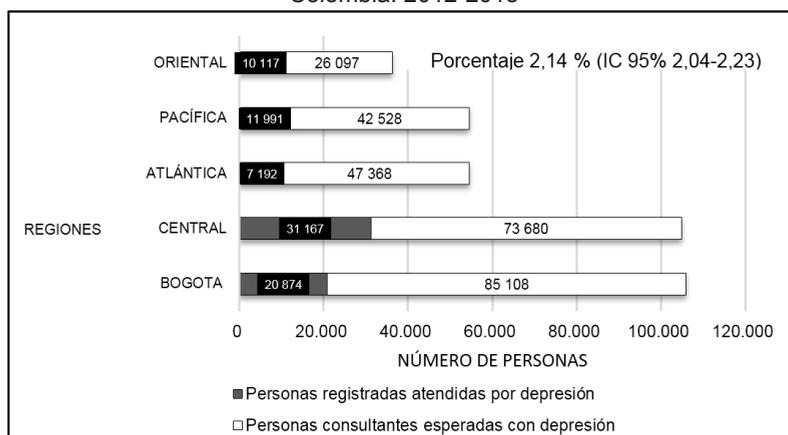
El registro captó el 2,14 % de consultantes esperados sobre el 14,2 % de tasa de uso para este trastorno que mostró el Estudio Nacional de Salud Mental 2003 (IC95 % 2,04-2,23). Se encontró coherencia con las prevalencias por regiones, puesto que las regiones de Bogotá D.C. y Centro concentraron más del 50 % de los casos observados. El rango porcentual de los casos observados sobre esperados estuvo entre el 15 % en la región Atlántica y el 42 % en la región Central (Figura 1).

En cuanto a las características de las dos poblaciones, se observó una razón de 3 mujeres por cada hombre en ambos grupos. La población desplazada fue más joven respecto a la no desplazada, que tuvo el doble de mayores de 65 años. En la distribución por regiones, la población no desplazada fue similar a las prevalencias del Estudio de Salud Mental 2003, mientras que la desplazada estuvo por encima del número esperado en la región Atlántica. En cuanto a afiliación, en la población desplazada hubo 1,4 afiliados al régimen contributivo por cada afiliado al subsidiado y en la no desplazada 4.4 afiliados

al régimen contributivo por persona en el subsidiado. La distribución en la población desplazada no concordó con los datos oficiales, que son del 80 % en régimen subsidiado y 20 % en el contributivo (20). Esta diferencia podría indicar menor reporte del régimen subsidiado al nivel nacional (Tabla 1).

En cuanto a las frecuencias de uso de las consultas de control profesional fueron muy bajas, comparadas con las frecuencias de uso del primer informe del Observatorio nacional de Salud (30). La mayor frecuencia de uso fue de control profesional ambulatorio del médico especialista, por lo que esa consulta se seleccionó como desenlace para comparar la continuidad de la atención ambulatoria de las dos poblaciones (Tabla 2).

Figura 1. Consultantes con diagnóstico de depresión según el registro RIPS frente a esperados según tasas de uso para diagnóstico de depresión en Colombia. 2012-2013



^a De acuerdo al Estudio Nacional de Salud Mental 2003; Fuente: Sistema Integral de la Protección Social- SISPRO, Registro RIPS. Junio de 2012 a mayo de 2013

Se hicieron tres comparaciones: la primera entre población no desplazada y población desplazada; la segunda en el grupo de población desplazada, entre mujeres y hombres; y, la última entre mujeres de población no desplazada y mujeres de población desplazada. En los tres ejercicios los resultados de desigualdad en la atención ambulatoria se demostraron en la depresión leve y moderada, y no en la depresión grave (Tabla 3).

En la primera comparación, la población no desplazada tuvo un OR de 1,24 (IC 1,10-1,39) $p < 0,001$ de control de médico especialista con respecto a la población desplazada. Al ajustar por sexo, edad, afiliación y región, el

efecto solo se modificó por régimen de afiliación y región del país, en el primero el OR pasó a 1,45 (IC 1,29-1,64) $p < 0,001$ y en el segundo a 0,84 (IC 0,74-0,95) $p < 0,001$. Lo que indicó que la continuidad de la atención por control de médico especialista fue mejor en la población no desplazada y que su ventaja aumentó frente a la población desplazada al ajustar por afiliación al Sistema de Salud. Sin embargo al ajustar por regiones, en la Atlántica y Central, la atención fue mejor para los desplazados (Tabla 3).

Tabla 3. Odds Ratio de control de médico especialista por categoría de depresión y tipo de población, Colombia 2012 a 2013

Variable	N en grupo referencia Población desplazada	N en grupo comparado Población no desplazada	Resultados OR 95 % (IC)	OR Mantel-Haenszel ajuste por afiliación	OR Mantel-Haenszel ajuste por región
	337	9 291	1,24 (1,10-1,39) $p < 0,001$	1,45 (1,29-1,64) $p < 0,001$	0,84 (0,74-0,95) $p < 0,001$
Episodio Leve y Moderado	Mujer desplazada 253	Hombre desplazado 84	1,40 (1,08-1,83) $p < 0,05$	Test homogeneidad $p > 0,05$	Test homogeneidad $p > 0,05$
	Mujer desplazada 253	Mujer no desplazada 6 724	1,26 (1,10-1,44) $p < 0,001$	1,47 (1,28-1,68) $p < 0,001$	0,83 (0,73-0,96) $p < 0,001$
	Población desplazada 46	Población no desplazada 1 138	Test homogeneidad $p > 0,05$		
Episodio Grave	Mujer desplazada 30	Hombre desplazado 16	Test homogeneidad $p > 0,05$		
	Mujer desplazada 30	Mujer no desplazada 794	Test homogeneidad $p > 0,05$		

Fuente: Sistema Integral de la Protección Social- SISPRO, Registro RIPS. Junio de 2012 a mayo de 2013

Al comparar en el grupo de población desplazada, las mujeres frente a los hombres, el hombre tuvo un OR de 1,40 (IC 1,08-1,83) $p < 0,05$ de control de médico especialista con respecto a la mujer. Al ajustar por edad, región y régimen de afiliación no se demostró modificación del efecto, ni cambiaron los OR ajustados con respecto a los crudos.

Finalmente al comparar mujeres desplazadas con mujeres no desplazadas, la mujer no desplazada tuvo un OR 1,26 (IC 1,10-1,44) $p < 0,001$ de control de médico especialista con respecto a la mujer desplazada. No se observó cambios en el OR por la edad, pero si aumentó a 1,47 al ajustar por afiliación y disminuyó a 0,83 en el ajuste por región (Tabla 3). Lo que demostró, como en el primero, mayor ventaja para la mujer no desplazada al ajustar por afiliación y mejor resultado para la mujer desplazada en la región Atlántica.

DISCUSIÓN

Estos resultados reafirman lo encontrado en investigaciones en Localidades de Bogotá (1-3), en municipios de Cundinamarca (6,12,14) y en muchas otras poblaciones y ciudades colombianas (4,7,11,16,18) en donde se ha indagado directamente a la población desplazada a través de entrevistas en el marco de estudios cuantitativos y cualitativos sobre la atención en salud. A diferencia de ellos, este análisis se realizó con la información que da cuenta de la atención por el Sistema de Salud (35) y en ello radica su importancia.

Estos resultados sugieren que la población desplazada con diagnóstico de depresión, tuvo mayor desventaja para la continuidad de la atención ambulatoria que la población no desplazada (OR 1,24). Ahora bien, al estratificar por edad y sexo, no se encontró diferencia, pero al ajustar por régimen de afiliación y región del país hubo cambios. La afiliación al Sistema de Salud profundizó la desventaja para la población desplazada, en comparación a los no desplazados (OR 1,45). Teniendo en cuenta que la afiliación a régimen contributivo y subsidiado, fue de 1,4 a 1 en los desplazados y 4,4 a 1 en los no desplazados, ¿por qué se profundiza la desventaja, como si estuviesen afiliados a Sistemas de Salud diferentes? Si por lo menos el 50 % de los desplazados tenía régimen contributivo y el otro 50 % estaba en régimen subsidiado y el supuesto es que tenían el mismo plan de beneficios (Tabla 3).

En cambio resultó en ventaja para la población desplazada al hacer estratos por regiones, puesto que la continuidad de la atención en salud mental mejoró en las regiones distintas a Bogotá (OR 0,84 para no desplazados).

Un resultado relevante en contra de la equidad para la mujer desplazada, fue que se observó diferencia por sexo dentro del grupo de población desplazada, con desventaja de la mujer frente al hombre quien tuvo un OR de 1,40 de control ambulatorio. Esta diferencia fue mayor a la observada entre la mujer desplazada, y mujer no desplazada quien tuvo un OR de 1,26.

Es decir, estos resultados sugieren que, para la mujer desplazada fue más importante la desigualdad por sexo, que por el desplazamiento (Tabla 3).

La atención en salud mental de la población víctima de graves violaciones de Derechos Humanos es un aspecto crítico para el Sistema de Salud colombiano, además el periodo que se analizó fue exactamente el primer año de unificación del plan de beneficios, que entró en vigencia el 1 de

Julio de 2012 (36); que además seis meses antes en ese mismo año, dicho plan tuvo el más importante aumento de beneficios en atención en salud mental desde la creación del Sistema de Salud (37).

Es decir para el periodo en que se comparó la atención en salud mental entre las dos poblaciones, el Sistema de Salud no solo había alcanzado una cobertura casi del 90 % con un plan único, sino que los beneficios en salud mental, eran las mejores en los últimos dos decenios.

Colombia se encuentra en el número 14 entre de los países del mundo con mayor desigualdad dentro de 134 observados por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo–PNUD (29) y para el Ministerio de Salud y Protección Social es un reto promover la gestión de conocimiento a través del aprovechamiento de las fuentes de información con enfoque de equidad (28,29,38). Ese es el significado de esta propuesta de análisis; sin embargo, las limitaciones del registro administrativo en subregistro, baja oportunidad, baja cobertura y la falta de interoperabilidad entre las fuentes establecen límites al alcance de las conclusiones con estos datos por ahora (28,30).

No obstante, en este 2,14 % de consultantes observados frente al 14,2 % esperado, estos resultados mostraron las desigualdades de la continuidad de la atención en salud que tendría la población desplazada con respecto a la población no desplazada y dentro de la población desplazada indicarían que es la mujer víctima de desplazamiento forzado, quien más desventajas tendría para la continuidad del servicio.

Algunas de las preguntas son: ¿Podrían estos resultados en la atención en salud de las personas desplazadas con depresión, ser similares para otras enfermedades mentales o crónicas? ¿Cómo implementar un análisis de desigualdades de la atención en salud sobre el proceso de atención y no solo sobre diferencias de proporciones de actividades finales entre grupos de población vulnerables y otras poblaciones? ¿Cómo y en qué magnitud las características étnicas, de discapacidad, de área de residencia pueden profundizar estas desigualdades de la atención en salud?.

En conclusión la política de salud pública para la población víctima de desplazamiento forzado, necesita información confiable, sobre las desigualdades por sexo, edad, afiliación, regiones del país y características como discapacidad, grupo étnico, ocupación, educación y área de residencia, entre otras. Por ello las iniciativas para mejorar la calidad y cobertura de estos

datos, tienen que empezar desde la captación del dato primario por los profesionales, para que se valore la importancia del único registro obligatorio que da cuenta de la atención en salud y para que la información que fluye desde prestadores y aseguradores hacia el nivel nacional fuese un insumo de alto valor público. La administración de los datos y la interoperabilidad de las fuentes son esenciales, porque se necesitan análisis multivariados sobre el proceso de atención en salud, que orientasen con mayor certeza las soluciones a estas desigualdades injustas en el sistema de salud *

Agradecimientos: A Clara Cecilia González Pinto de la Oficina de Promoción Social y Luz Emilse Rincón de la Oficina de TIC's del Ministerio de Salud y Protección Social quienes manejaron los datos de acuerdo a la Ley 1581 de 2012, para garantizar el derecho de habeas data. A la profesora Catalina González de la Universidad de Los Andes. A los Dres. Carolina Wiesner Ceballos y José Ivo Montaña por promover este manuscrito y al Dr. Carlos Arturo Hernández por hacerlo posible.

Conflicto de interés: Ninguno.

REFERENCIAS

1. Mogollon-Perez AS, Vazquez ML. Factors affecting access to health care institutions by the internally displaced population in Colombia. *Cadernos de Saude Publica*. 2008;24(4):745-54.
2. Mogollon A. Opinión de las mujeres desplazadas sobre la repercusión en su salud del desplazamiento forzado. *Gaceta Sanitaria*. 2006;20(4):260-5.
3. Mogollon PAS, Vazquez NMAL, Garcia GMdM. Necesidades en salud de la población desplazada por conflicto armado en Bogotá. *Revista Espanola de Salud Publica*. 2003;77:257-66.
4. Moya A. ¿Pueden la violencia y los trastornos mentales condenar a la población desplazada a una situación de pobreza crónica? Serie Documentos Cede 2014 February [cited 2014 Oct 10].
5. Vargas-Lorenzo I, Vazquez-Navarrete ML, Mogollon-Perez AS. Access to health care in Colombia. *Rev salud publica (Bogotá)*. 2010;12(5):701-12.
6. Wiesner-Ceballos C, Vejarano-Velandia M, Caicedo-Mera JC, Tovar-Murillo SL, Cendales-Duarte R. La citología de cuello uterino en Soacha, Colombia: representaciones sociales, barreras y motivaciones. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2006;8(3):185-96.
7. Caceres DC, Izquierdo VF, Mantilla L, Jara J, Velandia M. Epidemiologic profile of the population displaced by the internal armed conflict of the country in a neighborhood of Cartagena, Colombia, 2000. *Biomedica*. 2002;22 Suppl 2:425-44.
8. Organización Panamericana de Salud, Universidad de Antioquia. Salud y desplazamiento en Colombia: comparación de la situación de salud entre población en situación de desplazamiento y receptora, en seis ciudades. *Indicadores 2002-2003. Serie salud y desplazamiento 2005 March*; Available from: URL: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/seriesaldes/>. Consultado en octubre de 2014.

9. Asamblea General de las Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Resolución 2200 A (XXI) 1966 December 16 [cited 2014 Oct 10].
10. Congreso de la República de Colombia. Ley de atención, asistencia y reparación a víctimas del conflicto armado interno. Diario oficial 48096 del 10 de junio de 2011. Bogotá (Colombia).
11. Castano BL. Violencia sociopolítica en Colombia: Repercusión en la salud mental de las víctimas. 87 ed. Bogotá: Corporación Avre; 1994.
12. Londono A, Romero P. The association between armed conflict, violence and mental health: a cross sectional study comparing two populations in Cundinamarca department, Colombia. *Conflict and Health*. 2012;6:12:5.
13. Palacio J, Sabatier C. Impacto psicológico de la violencia política en las familias: Salud mental y redes sociales en los desplazados. *Revista de la Universidad del Norte*. 2002;184.
14. Perez-Olmos I, Fernandez-Pineres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev. salud pública*. 2005;7(3):268-80.
15. Pineda DA, Guerrero OL, Pinilla ML, Estupinan M. Utilidad de un cuestionario para rastreo del estrés postraumático en una población colombiana. *Rev Neurol*. 2002;34(10):911-6.
16. Puertas G, Rios C, del Valle H. The prevalence of common mental disorders in urban slums with displaced persons in Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública-Pan American Journal of Public Health*. 2006;20(5):324-30.
17. Rueda-Sanchez M, Diaz-Martinez LA, Rueda-Jaimes GE. Prevalencia del trastorno depresivo mayor y factores asociados: un estudio poblacional en Bucaramanga (Colombia). *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2008;37(2):159-68.
18. Sanchez-Padilla E, Casas G, Grais RF, Hustache S, Moro MR. The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health*. 2009;3(1):13.
19. Sinisterra Mosquera M, Figueroa Lozano FS, Moreno Gutierrez VF, Robayo MF, Sanguino Leal JF. Prevalence of post traumatic stress disorder in displaced people in the town of Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychologia Avances de la Disciplina*. 2010;4(2):83-97.
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Monitoreo y seguimiento a la atención a las víctimas. Sala situacional de víctimas del conflicto 2013; Available from: URL: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Victimas/Paginas/seguimiento.aspx>. Consultado en octubre de 2014.
21. Congreso de la República de Colombia. Ley de Salud Mental. Diario oficial 4860 del 21 de enero de 2013 Bogotá (Colombia).
22. Congreso de la República de Colombia. Ley estatutaria de los derechos de las personas con discapacidad. Diario oficial 48717 del 27 de febrero de 2013 Bogotá (Colombia).
23. Franco AS. Violencia y salud en Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 1997;1:93-103.
24. Franco AS. La Salud Pública como un Espacio de Construcción de Sociedad y Ciudadanía. Foro de la Sociedad civil en salud Perú 2002; Available from: URL: <http://www.forsalud.org.pe/icns/agosto2401.pdf>. Consultado en octubre de 2014.
25. Ministerio de la Protección Social. Política Nacional del campo de la salud mental. Asociación Colombiana de Psiquiatría (Ed). Documento-Propuesta para discusión y acuerdos. Bogotá, Dirección General de Salud Pública; 2007.
26. Ministerio de Salud y la Protección Social. Estudio Nacional de Salud Mental 2003-2005. Bogotá, Ministerio de la Protección Social; 10-10-2014.
27. Gaviria A. Ministro de Salud presenta bases para el Plan Nacional de Desarrollo. Boletín de prensa 2014 October 24; Available from: URL: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-presenta-bases-de-la-propuesta-sectorial-del-Plan-Nacional-de-Desarrollo.aspx>. Consultado en octubre 2014.

28. Rivillas JC, Montaña CJ, Cuéllar SCM, Ospina ML. Registros, observatorios y sistemas de seguimiento en salud en Colombia. *Monitor estratégico*. 2013;4:56-62.
29. Ministerio de Salud y Protección Social. Observatorio de Desigualdades y Equidad en Salud. Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social 2014;1-106. Available from: URL: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ODES_001_Gu%C3%ADa_ODES%2007112013.pdf. Consultado en septiembre de 2015.
30. Instituto Nacional de Salud. Aspectos relacionados con la frecuencia de uso de los servicios de salud, mortalidad y discapacidad en Colombia. 2011. Observatorio Nacional de Salud 2013;191. Available from: URL: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INS/informefinal.pdf>. Consultado en octubre de 2015.
31. Corporación para Investigaciones Biológicas. Evaluación de Servicios de Salud. Administración de Servicios de Salud. Medellín: Corporación Investigaciones Biológicas; 2009.
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica para Trastorno Depresivo. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (Ed). Bogotá; 2013..
33. Bernal-Acevedo O, Forero-Camacho JC. Sistemas de información en el sector salud en Colombia Information systems in health sector in Colombia Sistemas de información en el sector salud. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2011;10(21).
34. Bernal-Acevedo O, Forero JC, Villamil MdP, Pino R. Disponibilidad de datos y perfil de morbilidad en Colombia. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31:181-7.
35. Ministerio de Salud. Resolución Número 3374 de 2000. Reglamentación de los datos básicos obligatorios de los prestadores de servicios de salud en Colombia. Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social 2000 December 27; Available from: URL: <http://www.fosyga.gov.co/Portals/0/MarcoNormativo/ECAT/Resolucion%203374%20de%202000.pdf>. Consultado en octubre de 2014.
36. Comisión de Regulación en Salud-CRES. Acuerdo 32 de 2012 de unificación de los planes de beneficios entre el régimen contributivo y subsidiado. Acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud-CRES 2012 May 17; Available from: URL: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47532>. Consultado octubre de 2015.
37. Comisión de Regulación en Salud-CRES. Acuerdo 29 de 2011 define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud del Sistema de Salud colombiano. Acuerdos de la Comisión de Regulación en Salud-CRES 2011 November 28; Available from: URL: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=45257>. Consultado en Consultado en octubre de 2015.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Registros, Observatorios, Sistemas de Seguimiento y Salas Situacionales en Salud. Repositorio Institucional Digital del Ministerio de Salud y Protección Social 2013;1-132. Available from: URL: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ROSS_001.11.2013.pdf. Consultado en septiembre de 2015.