

CARACTERIZACION DE FACTORES QUE CONDICIONARON LA BAJA
DEMANDA DEL PROGRAMA DEL ADULTO, EN LOS USUARIOS DEL REGIMEN
SUBSIDIADO, EN LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS DE FLORENCIA –
CAQUETÁ, AÑO 2010

DIANA LUCIA CARDONA CASTAÑO
FIDELBERTO GALEANO RAMIREZ
LUIS MIGUEL ROJAS BETANCOURT

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION DE EPIDEMIOLOGIA
NEIVA- HUILA
2011

CARACTERIZACION DE FACTORES QUE CONDICIONARON LA BAJA
DEMANDA DEL PROGRAMA DEL ADULTO, EN LOS USUARIOS DEL REGIMEN
SUBSIDIADO, EN LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS DE FLORENCIA –
CAQUETÁ, AÑO 2010

DIANA LUCIA CARDONA CASTAÑO
FIDELBERTO GALEANO RAMIREZ
LUIS MIGUEL ROJAS BETANCOURT

Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de Especialista en
Epidemiología.

Asesor
DOLLY CASTRO BETANCOURTH
Enfermera, Magíster en Salud Pública,
Especialista y Magíster en Epidemiología.

UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA
FACULTAD DE SALUD
ESPECIALIZACION DE EPIDEMIOLOGIA
NEIVA- HUILA
2011

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Neiva, Noviembre del 2011

DEDICATORIA

A Dios por todas las oportunidades que nos ha puesto en el camino.
A las familias, padres, hermanos, por la paciencia y apoyo incondicional.

**DIANA LUCIA
FIDELBERTO
LUIS MIGUEL**

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A la Doctora Dolly Castro Betancourth, Asesora por contribuir con sus conocimientos enriquecedores y su permanente asesoría.

A todos los docentes de la especialización, quienes formaron parte de nuestra formación profesional.

A todos los participantes mil gracias.....

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	14
1. JUSTIFICACION	16
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
2.1 CONTEXTO	18
2.2 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	24
3. OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GENERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4. MARCO TEORICO	27
4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD	28
4.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	33
5. NORMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EL INDIVIDUO SANO MAYOR DE 45 AÑOS	39
5.1 JUSTIFICACIÓN	39
5.2 OBJETIVO	39
5.3 POBLACIÓN BENEFICIARIA	39
5.4 ENFOQUE DE RIESGO	40
5.4.1 Factores de riesgo	40
5.5 DEFINICION DE LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR	40
5.6 CARACTERISTICAS DE LA ATENCION	41
5.7 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL	42
5.8 EXÁMENES DE LABORATORIO	44

		Pág.
5.9	RECOMENDACIONES DE TAMIZAJES	45
5.10	RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FISICO	46
5.10.1	Prescripción del ejercicio	47
5.11	ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y RESPONSABILIDAD DE ACTORES	48
5.12	RESULTADOS ESPERADOS Y METAS	48
5.13	INDICADORES DE MEDICION Y GESTION	48
6.	DISEÑO METODOLOGICO	49
6.1	POBLACION Y MUESTRA	49
6.2	MUESTREO	50
6.3	OPERALIZACION DE VARIABLES	50
6.3.1	Definición de Variables	51
6.4	ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LOS SEGOS	53
6.5	TECNICAS PARA RECOLECCION DE DATOS	53
6.5.1	El procedimiento para la recolección de datos fue	54
6.6	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION	55
6.7	CODIFICACION Y TABULACION	55
6.8	FUENTE DE INFORMACION	55
6.9	PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS	55
6.10	CONSIDERACIONES ETICAS	55
7.	ANALISIS DE RESULTADOS	57
8.	DISCUSION	67
9.	CONCLUSIONES	69
10.	RECOMENDACIONES	71
	BIBLIOGRAFIA	72
	ANEXOS	74

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución por grupos etáreos y sexo	18
Tabla 2. Red prestadora de servicios de salud por nivel de complejidad y personería jurídica de Florencia	22
Tabla 3. Disponibilidad de camas, por Institución, Florencia Caquetá 2010	23
Tabla 4. Niveles de prevención de la enfermedad	34
Tabla 5. Distribución por género y estado civil de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al regimen subsidiado, durante el 2010	57
Tabla 6. Distribución por género y escolaridad de los no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010	58
Tabla 7. Distribución por género y estrato de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante los 2010	59
Tabla 8. Distribución por género e ingreso mensual de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010	60
Tabla 9. Distribución por género y por conocimiento de la existencia de los diferentes programas de promoción y prevención de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010	61
Tabla 10. Distribución por género y por conocimiento de la existencia del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, del hospital comunal malvinas, pertenecientes al régimen subsidiado	62

	Pág.
Tabla 11. Distribución por medio de información que dio a conocer de la existencia del programa del adulto, a los usuarios del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado	63
Tabla 12. Distribución porcentual del conocimiento de los beneficios del programa del adulto, por parte de los usuarios del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado	64
Tabla 13. Percepción de los usuarios del HCM, de la calidad en la atención, el horario y la información recibida cuando solicito algún servicio del hospital	65
Tabla 14. Distribución por sexo y asistencia a controles del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, de los no asistentes durante el 2010	65
Tabla 15. Distribución por tiempo de espera entre la hora de la cita y la atención recibida	66

LISTA DE MAPAS

		Pág.
Mapa 1.	Ciudad de Florencia	19
Mapa 2.	División político administrativa rural, Florencia Caquetá	20

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Caracterización de factores condicionantes de la baja demanda del programa del adulto	75
Anexo B. Consentimiento Informado	78

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue de caracterizar los factores que condicionaron la baja demanda del programa del adulto, en los usuarios del régimen subsidiado, en la ESE Hospital Comunal Malvinas de Florencia – Caquetá, durante el año 2010. Se aplicó encuesta domiciliaria a **256** usuarios del Hospital que cumplieron los criterios de inclusión del estudio. Encontrándose: el 71.5% de los no asistentes al programa son mujeres, el 68% vive en sociedad conyugal (casados, unión libre) y cuentan con un nivel educativo bajo, el 88.3% de los usuarios viven en estrato 1 marginal del municipio, el 32% tiene ingreso mensual inferior a un SMVM, solo un 55.1% de los usuarios conocen la existencia del programa del adulto y de estos, el 98.4% no conocen los beneficios del programa y el 65,6% de estos usuarios confunden el programa del adulto con el programa de patologías crónicas, implementado en el Hospital.

Conclusión: Existe desconocimiento por parte de los usuarios del régimen subsidiado de la ESE Hospital Comunal las Malvinas del programa de detección temprana del adulto y de los beneficios de este, lo que no permite adherencia y asistencia a los controles de los beneficiarios del programa. Entre el Hospital y las EPS, se deberá implementar una estrategia de información y educación continua que garantice que los usuarios del régimen subsidiado del Hospital, conozcan los beneficios del programa del adulto y de los demás programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad que aquí se ofrecen.

Palabras claves. Promoción y Prevención, adulto, servicios de salud.

ABSTRACT

The objective of this study was to characterize the factors that determined the low demand of the adult program in the subsidized system users in the Community Hospital MalvinasESE Florence - Caquetá, in 2010. Household survey was applied to 256 users of the Hospital who met the inclusion criteria of the study. Finding: 71.5% of non-program attendees are women, 68% live in conjugal (married, cohabiting) and have a low educational level, 88.3% of users live in marginal stratum 1 of the municipality, 32% have monthly income below a SMVM, only 55.1% of users are aware of the adult program and of these, 98.4% did not know the benefits of the program and 65.6% of these users confuse the program adult chronic diseases program, implemented in the Hospital.

Conclusion: There is ignorance by of users of the subsidized ESE of the Falkland Islands Community Hospital early detection program of the adult and the benefits of this, making it impossible to grip and control assistance to the beneficiaries. Between Hospital and EPS, it should implement an information strategy and continuing education to ensure that users of the subsidized the hospital, know the benefits of the adult program and other programs of Health Promotion and Disease Prevention offered here.

Key words. Promotion and Prevention, adult health services.

INTRODUCCION

En el estudio “evaluación de la cobertura en aseguramiento y accesibilidad a los servicios de salud de los afiliados al régimen subsidiado” realizado en la ciudad de Medellín en el año 2001, dio a conocer que la información que recibieron los afiliados de las administradoras del régimen subsidiado - ARS, respecto al Plan de Beneficios, Deberes y Derechos estaba por debajo del 60%, así mismo el 67.8 % conocen los beneficios del sistema de seguridad social, el 58.6% desconocen sus derechos y el 72.4% desconocen sus deberes¹

En la ciudad de Cali se llevó a cabo el estudio “Caracterización de la población afiliada al régimen subsidiado” en julio del año 2000, que mostró cumplimiento por debajo del 30%, de las actividades de detección temprana y protección específica en los diferentes ciclos vitales. Estos hallazgos indican las bajas coberturas de los programas preventivos y la inoperancia de las medidas de promoción y prevención de las ARS (EPS-S) e Instituciones de salud¹.

En Medellín entre agosto y diciembre de 2008 se realizó un estudio “Accesibilidad de la población habitante de la calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 del 2000”, donde evaluaron la accesibilidad de la población habitante de la calle a los programas de promoción y prevención, obteniendo como resultado que los programas de atención a la tuberculosis, vacunación, infecciones transmitidas sexualmente y atención del parto, son los de más alta demanda por esta población; sin embargo, problemas económicos, falta de interés y mala atención del personal médico, son razones importantes de abandono de los mismos².

En junio del año 2003, se realizó la investigación denominada “Límites de los Programas de Promoción y Prevención, una perspectiva psicoanalítica” estudio que se llevó a cabo en 2 Entidades Promotoras de Salud de la ciudad de Medellín, con el fin de arrojar luces sobre un preocupante fenómeno en los programas de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, como es la falta de adhesión a ellos por parte de algunos pacientes, los cuales se resisten a desligarse de los denominados factores de riesgo así como a implementar hábitos

1. REALPE, Cecilia. *et al.* Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002.

2. TIRADO OTÁLVARO, Andrés Felipe y CORREA ARANGO, Marta Elena. Accesibilidad de la población habitante de la calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 del 2000. Investigaciones Andina. N°18 vol. 11 pág. 94

vida saludables.

Guiados por una escucha psicoanalítica, se propuso evidenciar cómo este fenómeno puede estar relacionado con la historia particular de cada paciente con dichos factores de riesgo, así como con la forma en que cada uno se representa la enfermedad³.

3. HOYOS Z, Julio E., ; DUVALTIER B., Isabel. y GIRALDO G. William. Límites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva psicoanalítica. IATREIA / VOL 16/No.2 / JUNIO / 2003

1. JUSTIFICACION

El propósito del presente estudio es identificar los factores que condicionaron la no utilización del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, por parte de la población afiliada al régimen subsidiado, en la ESE Hospital Comunal las Malvinas de Florencia, en el año 2010, mediante la realización de un estudio descriptivo de corte transversal, con la aplicación de una encuesta diseñada para la recolección de los datos necesarios para su identificación, con el fin de replantear las estrategias que están utilizando las EPSs, la IPS y los entes territoriales para la accesibilidad y la atención de los usuarios a los diferentes programas de Detección Temprana y Protección específica, en especial al programa de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto, que no logra alcanzar las coberturas esperadas y que no están generando el impacto para lo que fue creado.

Es necesario identificar estos factores condicionantes de la baja demanda a los programas diseñados para el adulto, en la normatividad vigente en el país y desarrollados por las IPS públicas y privadas que ofrecen sus servicios en salud en el territorio nacional, el Departamento del Caquetá, en el Municipio de Florencia y en especial en la ESE Hospital Comunal Malvinas; teniendo en cuenta el acelerado desarrollo tecnológico en el área de la salud y la expansión universal de la educación, en los últimos 20 años, que han provocado enormes cambios en el sector y demográficos, siendo uno de los mejores indicadores de estas transformaciones la reducción progresiva de la fecundidad y el incremento paralelo de la esperanza de vida: mientras la población mundial crece a una tasa anual de 1.7%, los adultos mayores se incrementan en el orden del 2.5% anual, esto con el fin de poder determinar las medidas e intervenciones a seguir por las EPS e IPS, que garanticen el acceso oportuno y de calidad de esta población al programa del adulto y así disminuir el impacto social y familiar que acarrearán las complicaciones de las enfermedades no transmisibles que afectan a este grupo poblacional y que son totalmente prevenibles.

Lo anterior basado en las políticas nacionales de salud pública que establecen dentro de la normatividad reciente (ley 1438/2011), el fortalecimiento del primer nivel atención en salud, mediante la implementación de la estrategia APS (Atención Primaria en Salud), que tiene como objetivo generar condiciones que protejan la salud de los colombianos, siendo el bienestar del usuario el eje central y núcleo articulador de las políticas en salud. Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de esta estrategia, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población.

Además los resultados de la investigación servirán para la formulación de nuevos y más amplios proyectos que servirán en la toma de decisiones sobre las políticas de salud en el primer nivel de atención en lo referente a la utilización del programa, también tiene interés académico para el análisis con grupos de estudiantes y su aplicación en las actividades docentes asistenciales en el primer nivel de atención, que lleve al mejoramiento de las condiciones de salubridad, calidad de vida y bienestar de la población adulta del Municipio de Florencia.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 CONTEXTO

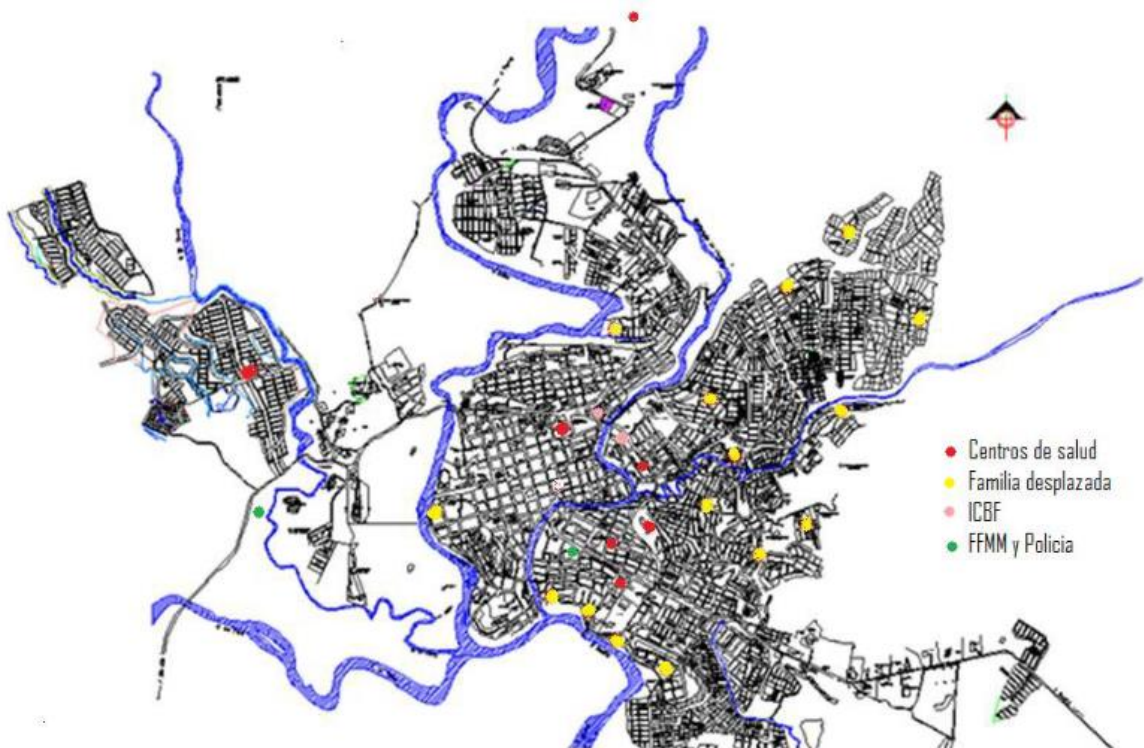
La ciudad de Florencia es la capital del Departamento del Caquetá, está ubicada en el piedemonte de la cordillera Oriental de Colombia, en la cordillera de los Andes, a orillas del río Hacha, en el noroeste del departamento. Está situada en una zona de transición entre la Región Andina y la Región Amazónica de Colombia. Limita por el norte con el departamento del Huila, por el este con el municipio de La Montañita, por el sur con los municipios de Milán y Morelia, y por el oeste con el municipio de Belén de los Andaquies y el departamento del Huila; su población es de 157.324 habitantes (proyecciones DANE 2010), distribuidos por grupos etáreos y por sexo así:

Tabla 1. Distribución por grupos etáreos y sexo.

	DISTRIBUCIÓN POR RANGOS DE EDAD						DISTRIBUCIÓN POR SEXO		Total
	<1 año	1-4	5-14	15-44	45-59	>60	No. Hombres	No. Mujeres	
Población 2010	3.286	13.142	33.179	73.956	20.726	13.035	77.185	80.139	157.324
%	2,09	8,35	21,09	47,01	13,17	8,29	49,06	50,94	100

El área urbana del municipio se encuentra en la confluencia de aguas del piedemonte en el río Orteguzaza. A la vez que esto le concede preeminencia por la abundancia de agua natural, también se convierte en una amenaza permanente de riesgo por inundaciones. Florencia tiene unas dinámicas particulares determinadas por su estructura urbana y las restricciones físicas, caracterizada por su sistema hídrico que inhabilita por riesgos de avalancha e inundación una parte importante del territorio. Entre los barrios con mayor riesgo de inundaciones encontramos el raicero en la parte central del municipio y algunos que se encuentran a las orillas de los ríos la perdiz y Riohacha. La época del año en la que más se presentan estas precipitaciones corresponde a los meses de Junio y Julio temporadas de bastante lluvias en la que el aumento en el caudal de los ríos provoca desbordamientos y avalanchas.

Mapa 1. Ciudad de Florencia.



El clima de Florencia es de tipo cálido-húmedo, característico del ecosistema de bosque húmedo tropical. La ciudad está ubicada a 242 msnm, cuenta con una temperatura media anual de 25° C, con una tendencia mono modal a lo largo del año; se encuentra afectada por el macro clima de la región sur amazónica colombiana, a su vez influenciado por tres grandes sistemas de circulación atmosférica, debido a su localización cercana a la línea ecuatorial.

La presencia de lluvias es constante durante todo el año, pero se pueden definir unas épocas de «verano ecológico» en las cuales el volumen de lluvia mensual está por debajo del promedio (80%), sin configurar un período de sequía, que corresponde a los meses de diciembre a febrero. Por otra parte, se observa también un período en el cual el volumen de lluvias es superior al promedio mensual, determinando una época de «invierno ecológico» sin alcanzar niveles de monzón, correspondiente a los meses de mayo a julio.

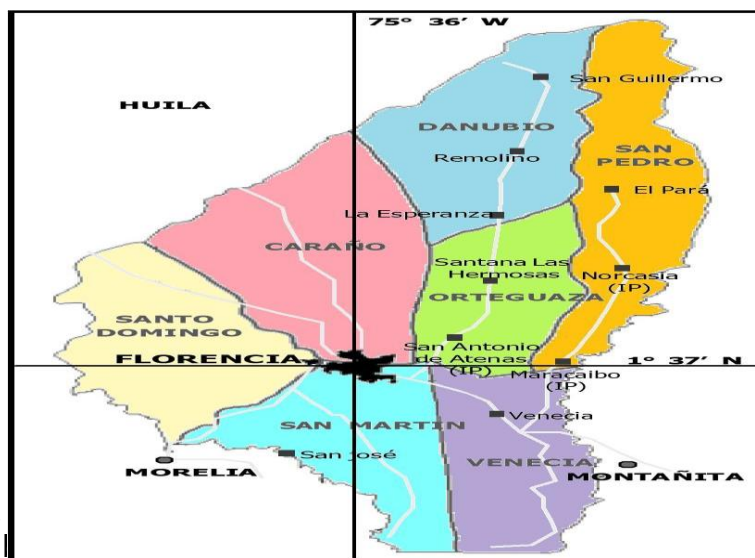
Durante el censo de 2005 fueron registradas en el municipio un total de 31. 587 unidades de vivienda, de las cuales el 13,4% pertenecían al área rural y el 86,6% al área urbana, con una densidad de 23,35 viviendas por hectárea y un promedio

de 4,4 habitantes por vivienda; el 87,6% del total correspondía a casas, el 9,6% a apartamentos y el 2,9% a habitaciones u otro tipo de viviendas. Según datos de los departamentos del Putumayo y Nariño, así como la ubicación de viviendas en zonas de riesgo.

Del total de viviendas, el 93,5% contaba con servicio de energía eléctrica, mientras que un 87,3% tenía servicio de acueducto, un 74,4%, servicio de alcantarillado y un 44,9%, servicio de telefonía fija. El servicio de gas natural domiciliario fue introducido en el año 2009. En el municipio de Florencia, según la estratificación socio-económica utilizada para el cobro de tarifas de servicios públicos, el 49% de las viviendas se encuentran en el estrato 1; el 32,85% en el 2; el 8,65% en el 3; el 2% en el 4; el 1% en el sector oficial y el 6,5% en el comercial, en la estratificación del municipio no existe el estrato 5 y 6.

En cuanto a su división política administrativa Florencia está organizada en el área urbana por 174 barrios que conforman cuatro comunas la norte 44 barrios, la sur 39 barrios, la oriental 77 barrios y la occidental 17 barrios; El sector rural comprende aproximadamente 2200 kilómetros cuadrados y está organizado en siete corregimientos como son el Danubio, Santo Domingo, el Caraño, la Orteguzaza, San Martín, Venecia y San Pedro, conformados por 178 veredas. Adicionalmente, hacen parte del municipio las inspecciones de policía de San Guillermo, el Remolino, Norcasia, El Pará, San Antonio de Atenas, Santana de Las Hermosas y Maracaibo, así:

Mapa 2. División político administrativa rural, Florencia Caquetá.



La economía
la ganadería

aria asociada a
cola de cultivos

permanentes como el plátano, la yuca y el café. La explotación piscícola está ampliamente extendida en el sector rural de Florencia, en donde existen más de 550 estanques para la cría de especies como cachama, mojarra, sábalo y boca chico.

De acuerdo con los resultados del Censo DANE 2005, del total de establecimientos dedicados a actividades económicas en el área urbana en el 59,5% se desarrollan actividades comerciales, el 9,9% se dedica a la industria, el 29,5% a servicios y el 1,0% a otras actividades.

Existe un considerable número de artesanos que han constituido microempresas donde elaboran y comercializan productos en el ámbito local, dentro de los cuales se destacan las artesanías en guadua, artesanías indígenas, ebanistería, quienes distribuyen sus productos en diferentes puntos de la ciudad. La industria de alimentos y bebidas ocupa cerca del 8% del total de empresas registradas en la Cámara de Comercio de Florencia, destacándose la fabricación de bebidas gaseosas, productos lácteos y emparadoras de café.

El comercio constituye un renglón importante dentro de la economía municipal al presentar por parte de los residentes una alta demanda por los productos alimenticios, fundamentalmente por aquellos que no se producen, empaican o procesan en la región.

Para la prestación de Servicio de Salud cuenta con Instituciones Públicas como la Empresa Social del Estado Hospital Comunal las Malvinas, los Centros de Salud Pueblo Nuevo y Nueva Colombia, de primer nivel de complejidad y la ESES Hospital María Inmaculada de segundo nivel de complejidad e Instituciones privadas como la Clínica Medilaser de 3er nivel y la Clínica Saludcoop de segundo nivel de complejidad, prestando servicios de consulta externa, urgencias, laboratorios clínico, odontología, terapia física, terapia respiratoria, UCI adulto, UCI neonatal y UCI pediátrica, cirugía general, ortopedia, medicina interna y demás servicios de salud de acuerdo al nivel de complejidad a nivel urbano. De acuerdo a la Superintendencia Nacional de Salud, en el municipio existen además de las instituciones mencionadas las siguientes IPS: Centro Neuro-psiquiátrico El Divino Niño, Cruz Roja Colombiana, Liga de Lucha Contra el Cáncer, Instituto Cardiovascular de Florencia, Corporación Médica del Caquetá (Corpomédica), Unidad Médica La Candelaria, Urocaq IPS, IPS Comfaca, Famac, Prevensalud y Profamilia.

Tabla 2. Red prestadora de servicios de salud por nivel de complejidad y personería jurídica de Florencia

Institución	NIVEL DE COMPLEJIDAD			PERSONERIA JURIDICA	
	1	2	3	Publica	Privada
ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS	X			X	
ESE HOSPITAL María INMACULADA		X		X	
CLINICA MEDILASER			X		X
CLINICA SALUDCOOP		X			X
CLINICA UROCAQ		X			X
PROFAMILIA		X			X
CLINICA CORPOMEDICA		X			X
CLINICA NEUROPSIQUIATRICA	X				X
DARSALUD FLORENCIA IPS	X				X
PROSALUD	X				X
FUNDASALUD	X				X
CEDOF		X			X
FAMAC SA	X				X
LIGA CONTRA EL CANCER		X			X
UNIDAD MEDICA LA CANDELARIA	X				X
SONRIA	X				X
CLINICA ODONTOLOGICA DEL Caquetá	X				X
CLINICA SAN ANGEL	X				X
PREVENSAUD	X				X

Tabla 3. Disponibilidad de camas, por Institución, Florencia Caquetá 2010

Institución

CAMAS POR SERVICIOS	ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS	ESE HOSPITAL María INMACULADA	CLINICA MEDILASER	CLINICA SALUD COOP	CLINICA CORPOMEDICA	CLINICA NEUROPSIQUIATRICA	DARSALUD FLORENCIA IPS	UROCAQ	TOTAL
PEDIATRIA	9	32	10	7	6		2		66
ADULTO(H/M)	10	83	40	38	8	15	4	12	210
OBSTETRICIA		28	6	6	2				42
PSIQUIATRIA		10				15			25
UCI NEONATAL		10	10						20
UCI PEDIATRICA			5						5
UCI ADULTO			10						10
SALA DE PARTO	2	4	6	3	2				17
TOTAL	21	167	87	54	18	30	6	12	395

Fuente. IDESAC 2011

La Empresa Social del Estado Hospital Comunal Malvinas, es la principal Institución Prestadora de Servicios de primer nivel en Florencia, es la institución responsable de atender el 80% de la comunidad perteneciente al régimen subsidiado y a los desplazados del municipio, ofreciéndoles los siguientes servicios: Urgencias las 24 horas del día, consulta externa, odontología, Hospitalización, laboratorio clínico, imagenología, fonoaudiología, Nutrición y todos los programas de Detección Temprana y Protección Específica (Promoción y Prevención).

Cuenta con 2 Puestos de Salud extramurales a nivel urbano en el barrio Nueva Colombia y en la Ciudadela Habitacional siglo XXI 3 puestos de salud extramurales a nivel rural en las veredas El Caraño, Villa Hermosa y Bajo Sangil, pertenecientes a los corregimientos del Caraño y Santo Domingo donde se ofrecen los servicios de consulta externa (consulta médica y consulta odontológica), promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Vacunación, Control de Crecimiento y Desarrollo, Control Prenatal, Planificación Familiar, Detección Temprana de alteraciones del Adulto y del Joven, toma de citología y medición de la agudeza visual) ; a nivel rural solo cuenta con una auxiliar de enfermería en cada puesto de salud, encargadas de la prestación de los servicios a la comunidad que se beneficia de estos.

Como estrategia para el cumplimiento de las metas en los diferentes programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad ; las directivas de la institución han implementado metodologías como: la realización mensual de brigadas de salud extramurales tanto a nivel urbano como rural, donde se

desplaza un equipo de salud conformado por médicos, odontólogos, higienistas orales, auxiliares de enfermería y enfermeros profesionales, encargados de ofrecer actividades y servicios de Detección Temprana y Protección Específica (P y P) a la comunidad que tienen como IPS el Hospital Comunal Malvinas, sin embargo las coberturas de estos programas continúan por debajo de lo requerido para una óptima cobertura logrando solo un 46% de las metas.

2.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En las actividades de inspección, vigilancia y control de la Secretaría Municipal de Salud de los programas de promoción y prevención implementados en el municipio, se observa que la cobertura de estos y en especial del programa: Detección Temprana de Alteraciones del Adulto, en la ESE Hospital Comunal las Malvinas durante el año 2009 fue de 45% y durante el 2010 fue del 36%, cifras que se encuentran por muy por debajo de lo emanado por la resolución 3384 del 2000, que establece un mínimo cumplimiento del 85% de cobertura en este programa, que ha llevado a que la institución pierda recursos, ya que la contratación realizada con las diferentes EPS-S (Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado), le obligan a dar cumplimiento con unas metas establecidas entre las dos partes, basadas en la normatividad vigente y que establece que el Hospital devuelva recursos cuando no se cumple con estas.

Por otro lado se evidencia (libros de registro de usuarios de urgencias), en los usuarios adultos del Hospital, un aumento de consulta por urgencia, como consecuencia a complicaciones por patologías prevenibles como: Crisis Hipertensivas, Diabetes descompensadas, Enfermedades Cerebro vasculares, entre otras, reportando que durante el 2009 la proporción de adultos mayores de 45 años que consultaron por estas causas fue del 65% y durante el 2010 fue del 70%, lo que lleva a un aumento del costo y de la inversión de recursos en el tratamiento y rehabilitación de estas patologías, que no fueron detectadas a tiempo.

Por tal razón es importante caracterizar los motivos por los cuales los usuarios no asisten a los controles establecidos en el programa de detección temprana de alteraciones del Adulto, con el fin de identificarlos y ejecutar planes de acción que permitan el aumento de coberturas que lleven al mejoramiento de la calidad de vida de la persona, la familia y la comunidad, favoreciendo también la optimización de los recursos de la salud.

La evaluación realizada por la Secretaria de Salud de Florencia, el 30 marzo de 2010, a la terminación del periodo contractual muestra para el régimen subsidiado coberturas del 45%, en los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en especial en el programa de detección temprana de alteraciones del adulto con un 40%, porcentaje que al compararlo con los indicadores de fortalecimiento de la gestión de las EPS-S, según resolución 3384 de diciembre 29 de 2000 del ministerio de salud, que los estableció en aceptable, deficiente y muy deficiente, el resultado obtenido fue el calificativo de deficiente. Lo que hace pensar en replantear las estrategias que están utilizando las EPS, IPS y los entes territoriales para la atención y accesibilidad de los usuarios a los diferentes programas de P y P y que obviamente no están generando el impacto para lo que fueron creados, como establece la norma como sea enunciado, teniendo en cuenta lo anterior, planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores que condicionaron la baja demanda del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, por parte de los usuarios del régimen subsidiado de la ESE Hospital Comunal Las Malvinas de Florencia, durante el año 2010?.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Caracterizar los factores que condicionaron la baja demanda del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, por parte de beneficiarios del régimen subsidiado del Hospital Comunal las Malvinas, en el año 2010, para la toma de decisiones en las políticas de atención primaria en salud y lograr el aumento de coberturas del programa que permitan mejorar las condiciones de salubridad, calidad de vida y bienestar del adulto en el área urbana del municipio de Florencia.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar el perfil socio demográfico de los usuarios del programa de detección temprana de alteraciones del Adulto, del régimen subsidiado de la ESE Hospital Comunal las Malvinas.

Establecer el nivel de conocimiento que tienen los usuarios adultos acerca de los programas de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad, en especial del programa de detección temprana de alteraciones del adulto.

Determinar el nivel de información que han recibido los afiliados del régimen subsidiado acerca del programa del adulto por parte de las entidades encargadas.

Establecer el nivel de percepción con respecto a la calidad de la atención impartida en el Hospital Las Malvinas, por parte de los funcionarios responsables de la atención.

4. MARCO TEORICO

A través de la bistoria de la humanidad los pueblos han buscado mantener, proteger y recuperar su salud: para ello, los gobiernos han organizado sus sistemas de salud buscando optimizar los recursos humanos, físicos, económicos y ambientales, partiendo de enfoques y estrategias variadas de acuerdo al momento histórico; en tal sentido, y a raíz de las diferencias en el estado de salud de los habitantes, como respuesta a factores de tipo social, político y económico, en 1977—1978 se llevaron a cabo reuniones de salud nacionales e internacionales (Asambleas mundiales de salud), donde se definió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva, con una política mundial denominada “Salud para todos en el año 2000” y aplicada a través de la estrategia de Atención Primaria en Salud APS.

Para esa época la atención en salud se orientaba primordialmente a la curación de la enfermedad, la prevención de factores de riesgo y algunos aspectos puntuales para proteger la salud. En las últimas décadas el auge en las ciencias sociales trajo consigo un replanteamiento en los paradigmas en salud, lo cual fortaleció el enfoque de Promoción de la Salud que venía perfilándose desde 1945 con Henry Sigerist. Con este enfoque actualmente se pretende privilegiar el fomento y protección de la salud sin olvidar la necesidad de prevenir, tratar y rehabilitar al individuo.

En el marco de estos movimientos en salud en el mundo, en Colombia, en 1991 se reformó la Constitución Política la cual consagra en su artículo 48 la Seguridad Social y la salud como derechos colectivos, y en el artículo 49 plantea que “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud... Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

La Constitución aporta elementos esenciales que favorecen la convivencia, la solidaridad, la equidad en salud, la formulación e implementación de políticas públicas saludables y la descentralización como requisitos para conseguir mejores condiciones de vida para los colombianos. Estos elementos fueron retomados por el sector salud e implementados a través de la ley 100 “Ley de Seguridad Social Integral en Salud”, considerada como el acto legislativo de mayor importancia en salud, puesto que pretende crear un servicio único, integrando el sistema de salud al Sistema de Seguridad Social.

En este proceso histórico se identificó una serie de conceptos tales como Atención Primaria en Salud APS, Prevención de la enfermedad, Promoción de la salud y Plan de Atención Básica PAB hoy en día denominado PIC (Plan de Intervenciones Colectivas),, cuyo empleo y pertinencia dependerán del contexto en el cual sean utilizados y deberán adaptarse a las condiciones sociales, culturales y económicas del momento.

En vista de las variadas interpretaciones de la Promoción de la Salud y de las diferentes perspectivas desde las cuales se enfocan, se presenta confusión de tipo conceptual y operativo entre ellos: por lo tanto, es necesario analizar su empleo e implicaciones, miradas la Promoción y la Prevención como enfoques en salud y la APS y el PIC como estrategias de organización de servicios en salud que incluyen acciones de Promoción y Prevención.

4.1 PROMOCIÓN DE LA SALUD

En el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad, mas ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud, lo cual se pretende cambiar con la Promoción de la salud.

Los antecedentes históricos de la Promoción data del siglo XIX, durante el cual, algunos estudiosos como William Alison, Louis R. Villermé y R. Virchow describieron la asociación de la enfermedad con la pobreza y las malas condiciones de vida.

El discurso de la Promoción de la Salud se remonta a mediados del siglo XX (1945), y allí se empiezan a considerar los ritos de la vida, de la muerte y de la salud, a pesar de que desde su origen el hombre ha realizado acciones para mejorar su calidad de vida.

En 1820 en Escocia, William P. Alison, profesor de jurisprudencia médica en la Universidad de Edimburgo. Describió la estrecha relación entre pobreza y enfermedad, confirmada posteriormente con las epidemias de Fiebre Recurrente en 1827 y 1828 y del Cólera en 1831 y 1832.

En 1826 en Francia, Louis René Villermé escribió su informe sobre la mortalidad de los diferentes sectores del país, mostrando la relación entre pobreza y

enfermedad; en 1840 reveló cómo las malas condiciones de vida eran causa prematura de muerte de los trabajadores en las fábricas de algodón, lana y seda.

En 1920 R Virchow habló de la necesidad de organizar la comunidad para educar a los individuos hacia su salud personal y asegurar a cada uno un estándar de vida para el mantenimiento o mejoramiento de la salud; habló también de la prosperidad y la libertad en el contexto de una democracia completa, por lo cual es considerado el Padre de la Medicina Social. Es aquí donde se planteó la necesidad de que los individuos se apropien de la responsabilidad de cuidar su salud como complemento del compromiso estatal y de la importancia que tiene, para el concepto integral de salud, el componente social, puesto que hasta entonces había prevalecido el biológico; además, fueron apareciendo algunos condicionantes de la salud en términos de prosperidad, libertad y democracia.

En 1945, el médico e historiador europeo Henry Sigerist propuso cuatro grandes tareas para la Medicina, denominando la primera con el término de “Promoción de la Salud” y afirmó que: “la salud es promovida a través de un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física, descanso y recreación”.

Esta visión de Sigerist, al igual que la de Virchow, agrega otros condicionantes sociales de la salud, los cuales, 52 años después, en la Declaración de Yakarta en 1997, se explican como determinantes de la salud.

El Ministerio de Salud de Canadá en 1974, emitió el “Informe Lalonde”, en el cual apareció la Promoción de la Salud como una estrategia gubernamental que incluía políticas públicas para favorecer el mantenimiento de la salud, programas educativos dirigidos a individuos y organizaciones; fundamentó su estrategia en el énfasis frente a las acciones que apuntaran a cambios en el estilo de vida.

El Departamento de Salud de los Estados Unidos en 1979, a través del informe “Gente Sana” sobre la Promoción de la Salud y la Prevención de la enfermedad’, muestra a la Promoción como una estrategia orientada a la adopción de modos de vida sanos y, al mismo tiempo, tendiente a la protección frente a las amenazas ambientales para la salud (riesgos); esta concepción acerca de la Promoción causó una confusión que aún persiste y se presta para que muchos den diferentes interpretaciones a la misma, puesto que efectivamente la primera parte del concepto, corresponde a la Promoción, mas la segunda se refiere a las acciones que le competen a la prevención.

En la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud Llevada a cabo en Ottawa, Canadá, en 1986 se dio una definición integral de Promoción y se estableció como una estrategia de acción para todo el mundo; se destacaron las condiciones requeridas y los prerrequisitos o factores condicionantes para la salud como: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, los ingresos, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

Planteó la salud, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; se trata por tanto de un concepto positivo de bienestar que involucra a todos los sectores y a los sistemas sociales, culturales y económicos.

Según la carta de Ottawa, la Promoción de la Salud consiste en: 'Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma'.

De igual manera, plantea 5 componentes para llevar a cabo dicha estrategia:

- La elaboración de una política pública sana: considera que la salud ha de formar parte de la agenda de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles.

- El refuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos. Esta acción comunitaria o participación integral es entendida como: 'Un proceso de movilización por medio del cual la comunidad se organiza y capacita, asume a conciencia su papel de agente o sujeto de autodesarrollo y junto con la administración local y las instituciones (técnicos) identifica (concilia), prepara (planea, organiza), ejecuta (dirige, controla) y evalúa proyectos de y para su desarrollo'.

Desarrollo de aptitudes personales: La Promoción de la Salud favorece el desarrollo personal y social en la medida en que proporcione educación para la salud e información. y perfeccione las aptitudes indispensables para afrontar las diferentes etapas de la vida.

- La creación de ambientes favorables: Los lazos que unen al individuo con su medio, constituyen la base de un acercamiento socio ecológico a la salud. Es

fundamental la protección mutua entre las comunidades (lo social) y el medio natural.

- La reorganización de los sistemas de salud: “La responsabilidad de la misma la comparten individuos, colectivos, profesionales de la salud, instituciones de salud y gobiernos”.

La Carta de Ottawa retoma la totalidad de elementos conceptuales de Promoción, aportados por diferentes autores y reuniones mundiales de salud, y los estructura como una estrategia en la cual confluyen aspectos estatales, comunitarios e individuales, mirados desde lo social, político, ambiental, económico y cultural, es decir, abarca todo lo relacionado con la vida y la salud; se constituye en la directriz mundial para la atención en salud.

Para el desarrollo de cada uno de los componentes se hace necesario contar con estrategias como: la educación para la salud, la comunicación social, el mercadeo en salud, la participación comunitaria y la intersectorialidad.

En 1991 se buscó a través de OMS / OPS impulsar las estrategias de Promoción en los países de América Latina. La Promoción se concibió como: “La suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva”.

En 1992 se firmó la Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Santafé de Bogotá, en la cual se hizo referencia a la problemática de los países del área (países en vía de desarrollo), y se enfatizó en las condiciones para lograr la equidad en salud.

Buscando dirigir la Promoción de la Salud hacia el siglo XXI se llevó a cabo en 1997, en Yakarta, Indonesia, la 48ª Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud “Nuevos Actores para una Nueva Era”, en ella se reconoció a la Promoción de la Salud como una inversión social valiosa y a la salud como un derecho humano básico, agregó además, algunos determinantes de la salud a los planteados por Ottawa como: la Seguridad Social, el empoderamiento de las mujeres, la sostenibilidad en el uso de los recursos, el respeto por los derechos humanos y la pobreza entendida como la gran amenaza para la salud;” una de las prioridades para el nuevo milenio es el incremento de las inversiones para el

desarrollo lo cual hace necesario que se involucren todos los sectores, si se quiere lograr una buena calidad de vida.

La Promoción de la Salud propicia el cambio en los paradigmas en salud, a tal punto que Nola J. Pender, enfermera de la Universidad de Michigan, creadora de una teoría en enfermería, identifica a la Promoción de la Salud como “el objetivo del siglo XXI, del mismo modo que la Prevención de la enfermedad lo fue del siglo XX”.

Como se puede ver, la Promoción de la Salud está ligada al proceso vital humano con sus polaridades vida-muerte; los objetivos de la misma, enfatizan en el cuidado de la salud y de la vida, lo cual implica un cambio radical tanto en la estructura de los sistemas de salud, como en la asistencia y en la formación del recurso humano, sin desconocer el componente curativo y preventivo, como lo expresa claramente Saúl Franco, médico especialista en medicina social. consultor de la OPS en ciencia, tecnología y recursos humanos en salud, cuando dice: “No estamos negando el momento curativo; estamos ampliando la dimensión a un territorio dentro del cual queda ubicado en un espacio propio, importante, pero en una dialéctica mayor, en un universo mayor, en una polaridad, en un orden de relación enormemente mayor... este universo mayor es dimensionado por los nuevos paradigmas en salud, recogidos por los fundamentos de la Promoción de la Salud”.

En síntesis, la Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento. Para el mejoramiento de la calidad de vida se necesita de un proceso a largo plazo con acciones continuadas y aunque implica altas inversiones al inicio, su efectividad es significativa cuando se logra cambiar condiciones y estilos de vida.

Para que este proceso se pueda dar es indispensable el compromiso de los diferentes sectores estatales y de la comunidad, a través del individuo y los colectivos con un significativo aporte financiero del Estado. En tal sentido, en Colombia se ha dispuesto financiación específica para la Promoción a través de la Ley 60 de 1993, con medio punto del régimen contributivo, 10% del situado fiscal y aportes por rentas cedidas.

4.2 PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

El concepto de Prevención está ligado al proceso salud-enfermedad; en cada época de la historia se han dado diferentes interpretaciones a la salud y a la enfermedad, las cuales a su vez se relacionan con las situaciones políticas, económicas y sociales de cada momento histórico.

Al igual que la Promoción, la Prevención también fue descrita en 1945 por Henry Sigerist como una de las cuatro funciones de la Medicina, junto con la reparación o tratamiento del daño y la rehabilitación: más adelante, los norteamericanos las denominaron como funciones de la Salud Pública.

Sigerist hizo una distinción entre la Promoción de la Salud y la Prevención de la Enfermedad, y reconoció que las medidas de la Promoción de la Salud tienen efectos preventivos y no lo contrario, es decir, un programa para evitar el consumo del cigarrillo se constituye en una actividad de promoción; más uno que apunte a la cesación o reducción de fumar está desarrollando acciones de prevención; para el ejemplo, el hecho de no fumar está suprimiendo riesgos frente a enfermedades inherentes al cigarrillo.

Al hablar de prevención necesariamente hay que retomar la historia natural de la enfermedad según el esquema de Leavell y E. G. Clark.

Como lo muestra el esquema anterior, la Prevención tiene que ver con las teorías de causalidad de la enfermedad en cualquier modelo médico; ella ha sido definida como: "La aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)".

La prevención primaria es "el conjunto de actividades dirigidas a reducir el riesgo de sufrir enfermedad mediante la disminución del nivel de los factores de riesgo o de la probabilidad de su ocurrencia"; en el esquema anterior, la prevención primaria contempló dos niveles, en el primero propuso la Promoción General de la Salud" y en el segundo, "la Protección Específica"; el objetivo de la Promoción General, así entendida, planteó la necesidad de: "Crear las condiciones más favorables para resistir la enfermedad, aumentar la resistencia y colocarlo en un ambiente favorable a la salud"; si se analiza este objetivo, se ve como se involucra la presencia de enfermedad, y no el fomento y el cuidado de la salud y de la vida, que 10 primordial de la Promoción de la Salud.

Tabla 4. Niveles de prevención de la enfermedad.

PERIODO PRE - PATOGENICO		PERIODO PATOGENICO		
Prevención PRIMARIA		Prevención SECUNDARIA		Prevención TERCIARIA
PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	CUARTO NIVEL	QUINTO NIVEL
Promoción general de la salud	Protección Específica	Diagnostico precoz y tratamiento oportuno	limitación del daño	Rehabilitación

La Carta de Ottawa en 1986 planteó un nuevo concepto de Promoción de la Salud que corresponde a los actuales paradigmas y modelos en salud, donde se mira la Promoción independiente de la enfermedad. Algunos profesionales e instituciones de salud todavía se rigen bajo el concepto de Leaveil y Clark sobre “Promoción General de la Salud” asociada con los niveles de Prevención de la enfermedad. El hecho de no tener claridad acerca del concepto de Salud y de los modelos teóricos en los cuales se sustenta, por un lado, la Promoción y por otro la Prevención, genera dificultades en el planteamiento y logro de metas, en la determinación de estrategias, en la claridad frente a los sujetos a quienes van dirigidas las acciones y en la destinación de recursos, entre otros aspectos que son del ámbito de cada uno de estos enfoques; de aquí que la denominación “Promoción y Prevención” haya llevado a que en la práctica se privilegie las acciones de Prevención sobre las de Promoción; para éstas hay que actuar sobre los determinantes de la salud, lo cual necesita de grandes inversiones, trabajo intersectorial, compromiso político y en definitiva, un re- planteamiento de las estructuras del país.

Desde el punto de vista de los sujetos involucrados, la Prevención recoge a individuos y grupos sociales específicos, los cuales por sus características son susceptibles de adquirir enfermedades también específicas. Implementar las medidas de Prevención por ser precisas, específicas y puntuales genera menos costos y los resultados se dan a corto y mediano plazo, diferente a lo que ocurre en la Promoción como un proceso que requiere crear condiciones favorables para la salud y la vida, por lo tanto, sus resultados son a largo plazo.

La participación comunitaria dentro de la Prevención está limitada a la ejecución de las acciones y es generalmente impuesta desde niveles superiores (participación prescrita), “el programa hecho por los técnicos contiene elementos que requieren de la participación activa,” ejemplo: la mano de obra de la comunidad, la movilización de líderes, o la utilización de recursos financieros de la comunidad. En este contexto es claro que el responsable de planear las acciones de Prevención es el sector salud con apoyo de otros sectores y éstas son desarrolladas por el personal de salud en cooperación con la comunidad. En este contexto es claro que el responsable de planear las acciones de Prevención es el sector salud con apoyo de otros sectores y éstas son desarrolladas por el personal de salud en cooperación con la comunidad.

Retomando los conceptos y la normatividad internacional vigente de la OMS, el País en su Constitución Política de Colombia de 1991, como se había mencionado anteriormente, en sus artículos 48 y 49 establece que la salud es un derecho y un servicio público a cargo del Estado. En desarrollo de estos postulados constitucionales se expide la Ley 100 de 1993, que en su Artículo 152 define su objeto, que consiste en regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso a los servicios de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad y eficiencia de conformidad con lo previsto en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y en el Plan de Intervenciones Colectivas PIC

Para reglamentar las actividades, procedimientos e intervenciones en promoción y prevención, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y el Ministerio de Salud expiden resoluciones, acuerdos y circulares conjuntas, donde se especifican las acciones a realizar y la obligatoriedad de las empresas promotoras de salud (EPS) y las administradoras del régimen subsidiado (ARS) frente a la prestación de servicio, así como la normatividad para las entidades de inspección, vigilancia y control.

Entre estas tenemos el Acuerdo 117 de 1998 del CNSSS que establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública; hace énfasis en que es responsabilidad de las EPS, ARS y entidades adaptadas y transformadas, administrar el riesgo individual en salud de sus afiliados, procurando disminuir la ocurrencia de eventos prevenibles o de eventos de enfermedades sin atención.

El Artículo 5. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica con el fin de evitar la aparición inicial de la enfermedad, mediante la protección frente al riesgo:

- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)
- Atención preventiva en salud bucal
- Atención preventiva en parto
- Atención preventiva del recién nacido
- Atención preventiva en planificación familiar

El Artículo 6. Incluye las actividades, procedimientos e intervenciones para encontrar e identificar en forma oportuna y efectiva las enfermedades:

- Alteración de crecimiento y desarrollo para el menor de 10 años
- Alteración del desarrollo del joven de 10 a 29 años
- Alteraciones del embarazo
- Alteraciones del adulto mayor de 45 años
- Cáncer de cuello uterino y de seno
- Alteraciones de la agudeza visual

El Artículo 7. Define la atención de enfermedades de interés en salud pública, cuyo objeto será la atención oportuna y seguimiento, pues presentan un alto impacto en la salud colectiva, de manera que se garantice el control y la reducción de las complicaciones. Son las enfermedades infecciosas, las de alta prevalencia y las de alta transmisibilidad y poder epidémico. Incluye 21 enfermedades, entre otras la hipertensión arterial y la diabetes.

La Resolución 412 de febrero 25 de 2000 del Ministerio de Salud, establece las normas técnicas y las guías de atención para protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública. Además incluye los lineamientos para programación, evaluación y seguimiento de las actividades que deben desarrollar las EPS y ARS. Aunque de acuerdo con esta normatividad, las acciones de protección específica y de detección temprana

hacen parte de la norma técnica y por tanto son de carácter obligatorio y demanda inducida y establecen los siguientes conceptos:

NORMA TÉCNICA. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones costo – efectivas de obligatorio cumplimiento, a desarrollar en forma secuencial y sistemática en la población afiliada, para el cumplimiento de las acciones de protección específica y de detección temprana establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud.

Igualmente determinan las frecuencias mínimas anuales de atención y los profesionales de la salud responsables y debidamente capacitados para el desarrollo de las mismas.

PARÁGRAFO. Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado, no podrán dejar de efectuar las actividades, procedimientos e intervenciones contenidas en las normas técnicas.

Tampoco podrán disminuir la frecuencia anual, ni involucrar profesionales de la salud que no cumplan las condiciones mínimas establecidas en la norma.

GUÍA DE ATENCIÓN. Es el documento mediante el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de interés en salud pública establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado.

Las guías de atención relacionadas con tuberculosis, lepra, leishmaniasis y malaria contienen elementos normativos de obligatorio cumplimiento.

DEMANDA INDUCIDA. Son todas las acciones encaminadas a informar y educar a la población afiliada, con el fin de dar cumplimiento a las actividades, procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana establecidas en las normas técnicas.

Las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado deberán elaborar e implementar estrategias que le garanticen a sus afiliados, de acuerdo con las condiciones de edad, género y

salud, el acceso a las actividades procedimientos e intervenciones de protección específica y detección temprana así como la atención de enfermedades de interés en salud pública.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

DETECCION TEMPRANA. Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Teniendo en cuenta lo anterior y basados en el objetivo de la presente investigación a continuación se describe la norma de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto, programa que se está evaluando en la ESE Hospital Comunal Malvinas del Municipio de Florencia, así:

5. NORMA PREVENCIÓN DE ENFERMEDAD CRÓNICA Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD EN EL INDIVIDUO SANO MAYOR DE 45 AÑOS

5.1 JUSTIFICACIÓN

En Colombia la esperanza de vida al nacer actualmente es de 73.23 años, con diferencias entre hombres y mujeres (70.34 y 76.27 respectivamente); las tasas de mortalidad son mayores para los hombres que para las mujeres. Las principales causas de mortalidad a nivel poblacional son las enfermedades cardiovasculares, seguidas por las causas violentas, los tumores malignos y las enfermedades infecciosas.

En general, para los mayores de 45 años la primera causa de muerte es la enfermedad isquémica del corazón, seguida, para aquellos entre 45 y 64 años por los homicidios, las enfermedades cerebro vasculares, los accidentes de transporte terrestre y la diabetes mellitus, y para aquellos de 65 y más años por las enfermedades cerebro vasculares, las enfermedades crónicas de las vías aéreas inferiores, las enfermedades hipertensivas y la diabetes mellitus.

El estudio de carga de la enfermedad nos permite afirmar que la mayor proporción de años de vida saludables perdidos (AVISAS) en las personas mayores de 45 años ocurren por enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las cuales las enfermedades cardiovasculares y el cáncer ocupan los dos (2) primeros lugares

5.2 OBJETIVO

Prevenir y detectar precozmente las enfermedades más prevalentes en nuestro medio en el individuo adulto, a partir de los 45 años.

5.3 POBLACIÓN BENEFICIARIA

Se considera como población beneficiaria de esta norma a todo individuo mayor de 45 años que habita el territorio colombiano.

5.4 ENFOQUE DE RIESGO

5.4.1 Factores de riesgo. Se consideran los siguientes factores de riesgo:

- ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR Antecedente de HTA, Tabaquismo, Dislipidemia Diabetes Mellitas, Evento coronario en familiar en primer grado de consanguinidad en un hombre menor de 55 años o mujer < de 65.
- NEOPLASIA (Cáncer gástrico, colon y recto, seno, cérvix, próstata, y piel) Los factores de riesgo para cada neoplasia se discuten en los apartados correspondientes a dicha entidad.
- OSTEOPOROSIS: Mujer posmenopáusica, Paciente que consume glucocorticoides sistémicos de manera crónica DIABETES MELLITUS:

Antecedente familiar, Paciente obeso.

El sedentarismo parece ser un factor de riesgo independiente para mortalidad de cualquier causa y para presentar enfermedad crónica especialmente hipertensión, Enfermedad coronaria, osteoporosis diabetes mellitus y obesidad. La inactividad física aumenta hasta en dos veces el riesgo de presentar enfermedad coronaria (2-5)

5.5 DEFINICION DE LA ATENCIÓN DEL ADULTO MAYOR

La atención del adulto mayor de 45 años, se define como un conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, mediante los cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de las patologías prevalentes propias de este grupo poblacional, con el fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo, el tratamiento o la rehabilitación.

Las enfermedades crónicas del adulto mayor de 45 años, son un grupo de eventos que se Caracterizan por largos periodos de latencia, de curso prolongado con deterioro progresivo a incapacidad y una etiología atribuible a múltiples factores de riesgo que interactúan.

Dentro de este grupo de patologías se incluyen:

- Enfermedades cardiovasculares: hipertensión arterial, enfermedad cerebro vascular, enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica.
- Enfermedades del metabolismo: obesidad, dislipidemias, diabetes y osteoporosis.
- Enfermedades neoplásicas: cáncer de cuello uterino, cáncer de seno, cáncer de Próstata, cáncer gástrico, de colon y recto.
- Enfermedades crónicas del pulmón: bronquitis, enfisema, asma y tuberculosis.
- Enfermedades músculo esqueléticas osteoarticulares: artritis y osteoartritis.
- Enfermedades neurológicas: accidentes cerebro vascular, isquemia cerebral transitoria.

5.6 CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCION

El examen periódico de salud, incluye una adecuada historia clínica y examen físico y pruebas de tamizaje o procedimientos preventivos según edad y sexo, que al parecer han resultado eficaces para la detección y control de procesos específicos en especial a Personas con factores de riesgo. Tal acción adquiere mayor relevancia en condiciones susceptibles de prevenirse como las enfermedades cardiovasculares, las de origen metabólico o nutricional, cánceres y las derivadas del trauma o accidentes. Dentro de las acciones incluye consejería, tamizaje, inmunizaciones o quimioprofilaxis en individuos asintomáticos. Incluirá actividades de tamizaje, inmunización, quimioprofilaxis y consejería, seleccionadas de acuerdo con el perfil de riesgo poblacional (actividades generales) y con el perfil de riesgo individual (actividades selectivas).

El tamizaje incluye las pruebas realizadas a poblaciones o grupos de poblaciones como primera aproximación al diagnóstico precoz. Permite clasificar a cada persona en un grupo con alta y en otro con baja probabilidad de estar afectada. Las personas que en el tamizaje tienen un resultado positivo deberán someterse a una prueba confirmatoria.

Las inmunizaciones incluyen la aplicación de biológicos (vacunas e inmunoglobulinas) a personas según su ciclo vital y su perfil de riesgo individual, con el fin de estimular una respuesta inmune activa o brindar protección pasiva.

La quimioprofilaxis se refiere a la administración de medicamentos o biológicos a personas asintomáticas, para disminuir el riesgo de presentar una enfermedad.

La consejería, se refiere a aquellas actividades en las que el paciente recibe información, asesoría y acompañamiento por parte del personal de los equipos de salud, sobre estilos de vida y conductas saludables, con el objeto de disminuir el riesgo de enfermedades o alteraciones de la salud.

Una vez seleccionadas las actividades a realizar en una persona, considerando su ciclo vital y su perfil de riesgo individual, se elaborará una "Carta de Mantenimiento de la Salud", la cual se incluirá en la historia clínica respectiva.

Las Cartas de Mantenimiento de la Salud de adultos, para personas sin otros factores de riesgo, además de los inherentes a su ciclo vital, se anexan al final de este documento.

Actualmente se acepta, según los TASK FORCE, que el Examen Periódico de Salud dirigido de manera específica para prevenir, detectar y controlar ciertas condiciones o factores de riesgo según la edad, el género y grupos de alto riesgo probablemente es mucho más efectivo que los exámenes de rutina anuales.

5.7 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL

Para la detección temprana de las alteraciones relacionadas con las patologías crónicas y degenerativas del adulto mayor de 45 años, se debe programar una consulta de medicina general desde los 45 años con una periodicidad de máximo cada 5 años según las condiciones individuales y psicosociales (examen periódico de salud).

La consulta médica debe realizarse de acuerdo con los siguientes lineamientos técnicos:

Anamnesis:

- Antecedentes familiares de diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, Enfermedades cardio-cerebro-vasculares, cáncer de cuello uterino, seno, próstata, Estomago o colorectal.
- Miembros de grupos étnicos con elevada prevalencia en cualquiera de las enfermedades antes mencionadas.
- Mujeres en edad peri menopáusica o posmenopáusica.
- Antecedente de consumo de cigarrillo o tabaco o exposición a humo de leña o carbón.
- Antecedentes de consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas.

Hábitos alimentarios.

- Actividad física
- Manejo del estrés y de situaciones de alta tensión.
- Mujeres que nunca se han realizado citología vaginal o el último examen fue hace más de tres años y que nunca se les ha realizado un examen clínico de seno

Examen Físico

- Medición de la presión arterial (según la guía de atención integral para la Hipertensión Arterial).
- Frecuencia cardiaca y respiratoria.
- Evaluación nutricional según peso y talla determinando el índice de masa corporal y la relación cintura cadera.

- Examen de órganos de los sentidos, incluida la Agudeza Visual.
- Auscultación cardiopulmonar
- Examen físico de seno.
- Palpación abdominal.
- Tacto rectal en hombres.
- Valoración del sistema músculo - esquelético.
- Valoración neurológica y de la esfera mental.

5.8 EXÁMENES DE LABORATORIO

Adicional a la valoración del médico general, el adulto mayor de 45 años debe tener mínimo el resultado de los siguientes exámenes de laboratorio, básicos para la detección temprana de las alteraciones en este grupo poblacional:

- Glicemia basal (Glucosa en suero LCR u otro fluido diferente a orina).
- Perfil lipídico (Colesterol de Alta densidad HDL, colesterol de baja densidad LDL, colesterol total, triglicéridos).
- Creatinina (creatinina en suero, orina u otros)
- Uro análisis con sedimento y densidad urinario

Ante la sospecha de algunas de las enfermedades de interés en el adulto mayor o

de cualquier otro cuadros patológicos, se deben realizar los procedimientos requeridos para el diagnóstico definitivo y el tratamiento necesario.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la valoración clínica y en los exámenes de laboratorio, se debe seguir el siguiente flujo de decisiones:

- Persona mayor de 45 años sin antecedentes de riesgo, sin síntomas atribuibles a Patologías crónicas, con examen físico normal (Persona Sana), debe recibir información sobre estilos de vida saludable y dar indicaciones para control por medicina general a los 5 años. A toda mujer se le debe realizar la citología vaginal si no la tiene y continuar con los controles según el esquema 1-1-3 descrito en la norma para la detección temprana de cáncer cervico uterino. Así mismo mujeres mayores de 50 años sin mamografía de seno, deben ser remitidas para la realización del mismo.
- Persona mayor de 45 años con factores de riesgo para enfermedades de referencia, pero sin síntomas atribuibles a las patologías antes mencionadas y con examen físico normal deben recibir educación en estilos de vida saludables y hacer un plan de Ministerio de la Protección Social Norma Prevención de Enfermedad Crónica y Mantenimiento de la Salud en el Individuo Sano Mayor de 45 años intervención de los factores de riesgo específicos. Se deberá dar indicaciones para control con medico general a los cinco años.
- Persona mayor de 45 años con o sin factores de riesgo, con signos, síntomas o Secuelas atribuibles a las enfermedades de interés, con cualquier otro cuadro Patológico, o con resultados de laboratorio anormales, debe ser remitida para Diagnóstico definitivo y tratamiento.

5.9 RECOMENDACIONES DE TAMIZAJES

Se presentan únicamente las actividades cuyas recomendaciones cuentan con evidencia tipo “A” y “B”. En el anexo 2 se presenta un cuadro detallado de criterios relacionados con los tamizajes propuestos para los eventos prevalentes en mayores de 45 años.

5.10 RECOMENDACIONES DE EJERCICIO FISICO

Se define como actividad física a cualquier movimiento del cuerpo producido por la

Musculatura esquelética y que resulta en un gasto de energía por encima del gasto energético en reposo. A su vez el ejercicio es una actividad física planeada, estructurada repetitiva y con el objetivo de mantener el estado físico. El estado físico se relaciona con la reserva cardiorrespiratoria, fuerza muscular, composición corporal y flexibilidad.

Hay buena evidencia que soporta la efectividad de la actividad física regular como Prevención primaria de hipertensión y enfermedad cardiovascular (A,I). También parece prevenir el desarrollo de obesidad, diabetes mellitus y osteoporosis (B).

Aunque no se ha demostrado utilidad en la consejería por parte del médico para que sus pacientes hagan ejercicio de manera rutinaria, se considera que esta actividad médica es recomendable en especial en pacientes sedentarios.

La forma de actividad física más adecuada para un individuo está dada por sus propias necesidades, limitaciones y expectativas. Según ciertas investigaciones el método preferido para prevención primaria, es la actividad física de intensidad moderada realizada durante 30 minutos al día por lo menos tres veces a la semana y preferiblemente todos los días. Se consideran actividades de intensidad moderada caminar a paso normal, montar en bicicleta suavemente, limpieza de ventanas y bailar lentamente.

La actividad física previene y ayuda a tratar algunos factores de riesgo para aterosclerosis, incluyendo presión arterial alta, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, aumento de los triglicéridos, bajos niveles de HDL y obesidad.

La actividad física previene la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores aunque no existe evidencia de que si estos se presentan su severidad sea menor.

Aunque el ejercicio aislado es útil para reducir de peso, la combinación de actividad física regular y un balance en el consumo de calorías es el medio más efectivo para prevenir el sobrepeso.

Existe una relación inversa entre el grado de actividad física y el riesgo de desarrollar DM2. El efecto protector es particularmente importante en individuos que tienen factores de riesgo para DM2. La actividad física puede reducir la tasa de pérdida ósea en mujeres pre menopáusicas.

Por lo anterior se establece que los adultos deben participar en programas de actividad física de moderada intensidad de manera regular en la mayoría y ojalá durante todos los días de la semana.

En los mayores de 65 años, es aceptado que el ejercicio puede reducir la carga de la enfermedad y retrasar la debilidad en la población geriátrica. Se ha demostrado que el ejercicio mejora la composición corporal, disminuye las caídas incrementa la fuerza muscular, disminuye la depresión, disminuye el dolor de la artritis reduce el riesgo de diabetes y de enfermedad coronaria y aumenta la longevidad.

5.10.1 Prescripción del ejercicio. Inicialmente se debe educar a cada paciente sobre los beneficios del ejercicio. Se deben conocer los antecedentes médicos así como la historia previa de actividad física. Buscar posibles barreras por las cuales los individuos son sedentarios. Una de las barreras más descritas por los propios pacientes es la falta de tiempo.

Actualmente se sabe que se deben realizar al menos 30 minutos diarios de ejercicio preferiblemente todos los días de la semana, pero este tiempo no tiene que ser continuo y puede hacerse en dos o tres sesiones según comodidad del paciente. En pacientes geriátricos con enfermedad cardiovascular previa, el ejercicio de moderada intensidad por ejemplo caminar es seguro y benéfico. Si la persona desea practicar una actividad física más intensa como correr se recomienda una estrecha valoración cardiovascular previa por personal especializado. Una manera para mejorar la adherencia a los programas de ejercicio es que el esposo o esposa o una persona cercana también se involucre en el programa de ejercicio. También se ha visto que algunas personas prefieren el ejercicio en su propio hogar y estas características individuales deben tenerse en cuenta para lograr éxito en la prescripción de la actividad física.

En el paciente sedentario se recomienda iniciar de manera lenta y progresiva con el fin de evitar lesiones, daños y a la vez mejorar la adherencia.

5.11 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA Y RESPONSABILIDAD DE ACTORES

La ejecución de esta norma técnica es responsabilidad de todos los actores (aseguradores, prestadores, entidades territoriales) en relación con la población a su cargo.

Los servicios definidos por los responsables de esta atención deben tomar en cuenta las características propias de la población adulta y en especial los mayores de 60 años.

5.12 RESULTADOS ESPERADOS Y METAS

La aplicación de esta norma busca fortalecer el acceso oportuno y la atención integral de la población adulta colombiana. Con la aplicación de esta norma se espera impactar la mortalidad y la morbilidad prevalente en estos grupos etáreos y sus consecuencias sociales y de autonomía.

La meta definida para la consulta de detección temprana de las alteraciones del adulto es igual o superior al 40% en todos los regímenes de afiliación y en la población pobre no asegurada. Cada año se debe incrementar esta cobertura con respecto a la lograda en la vigencia anterior. Esto implica el desarrollo de estrategias de inducción de la demanda adecuadas a la realidad de la población adulta.

5.13 INDICADORES DE MEDICION Y GESTION

Los indicadores definidos por la norma técnica, para el monitoreo de esta norma técnica es:

- Cumplimiento en la consulta de primera vez por medicina general para la detección temprana de alteraciones del adulto.

6. DISEÑO METODOLOGICO

Esta investigación fue de tipo Descriptiva y transversal, se realizó mediante la observación directa y la aplicación de un instrumento (encuesta), que se elaboró para la obtención y registro de los datos.

Es descriptivo porque tuvo como objeto describir las características y los factores que condicionan la baja demanda del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, por los usuarios del régimen subsidiado, de la ESE Hospital Comunal las Malvinas de Florencia, en el año 2010 y Transversal, porque se realizó una única medición y obtención de datos.

6.1 POBLACION Y MUESTRA

Para esta investigación la población fueron los usuarios pertenecientes a la base de datos del Hospital Comunal las Malvinas, que pertenecían al régimen subsidiado y que durante el año 2010 estuvieron dentro de la edad requerida (a partir de los 45 años y cada quinquenio) para ser beneficiario del programa de Detección Temprana del Adulto y que no asistieron a los controles durante este año, de donde se tomó una muestra representativa para el alcance de los objetivos.

Una muestra es el conjunto de objetos o sujetos procedentes de una población, esta puede ser representativa que reflejen o representen las características de la población de donde provienen, por lo tanto los resultados son aplicables o se pueden inferir a dicha población, debe ser cualitativamente buena, es decir homogénea, compuesta por elementos de una sola población, adecuada, incluir todas las posibles variaciones en las características de los elementos de la población y no presentar sesgo de selección.

Para llevar a cabo esta investigación, la muestra se seleccionó a través de un muestreo probabilístico donde los elementos tuvieron la misma probabilidad de ser escogidos, y se hizo una selección aleatoria de las unidades del muestreo.

6.2 MUESTREO

Se realizó un muestreo aleatorio simple con los 4.480 usuarios identificados en la base de datos del Hospital, pertenecientes al régimen subsidiado, que cumplieron con los requisitos de edad requerida para ser atendidos en el programa y que no asistieron a los controles durante el 2010

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el programa macstat 2.0 Item, tamaño de muestra, Modo Z, Con una población de 4.480 usuarios, una proporción de 0,5 y un error permisible de 6%, con un índice de confiabilidad de 95%, dando como resultado un tamaño de muestra de 252 usuarios para aplicarle el instrumento.

Previo al cálculo del tamaño de la muestra se realizó una base de datos con los usuarios identificados, en Excel, donde se les asignara un número de referencia (ascendente de 1 a 4.480), para aplicarles un muestreo aleatorio tipo RANDOM para escoger los usuarios (252), a los que se les aplicara el instrumento diseñado.

6.3 OPERALIZACION DE VARIABLES

Se hizo necesario identificar y definir las variables que se pudieran medir y que nos llevara a la recolección de los datos requeridos para dar solución al problema planteado. El concepto de variable se justifica en la medida en que se necesita identificar las características o propiedades esenciales de un problema o de una realidad, con el propósito de relacionarlas y sacar de ellas algunas conclusiones pertinentes al núcleo del problema que se desea resolver, o sea sin el concurso de las variables es imposible estudiar una realidad, un hecho o un fenómeno determinado.

Con la definición de variables se quiere evitar que existan confusiones, ambigüedades o situaciones que alteren el significado del problema. La operacionalidad tiene que ver directamente con el trabajo investigativo, ya que este factor se refiere a los indicadores y aspectos medibles de la variable. Un indicador es la traducción empírica de los aspectos teóricos de la variable.

Teniendo en cuenta estos conceptos y nuestro problema planteado, se elaboro un listado de variables con sus indicadores que nos permitirán tener una clasificación ordenada de datos, así:

6.3.1 Definición de Variables

VARIABLE	DEFINICION	SUBV	INDICADOR O CATEGORÍA	NIVEL DE MEDICION	INDICE
Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento hasta la fecha		Años cumplidos	numérico	Proporción
Nivel de escolaridad	Formación académica recibida		ninguna Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universidad incompleta Universidad completa Tecnólogo Técnico Agrícola Auxiliares	Ordinal	Proporción
Sexo	Condición biológica que define el género de la persona		Masculino Femenino	Nominal	Proporción
Estado civil	Situación de la persona determinada por relaciones de familia.		Soltero Casado Unión libre Separado	Nominal	Proporción
Nivel socioeconómico	Capacidad adquisitiva que tiene la persona	estrato	0 1 2 3	Ordinal	Proporción
		SMVM	<1SMVM 1SMVM Entre 1 y 2 SMVM Otra	Ordinal	Proporción
			Detección temprana de alteraciones del menor de 10 a____ Detección Temprana de alteraciones del Joven____ Detección Temprana de Alteraciones del Adulto ____ Detección temprana de alteraciones del	Ordinal	Proporción

<p>Nivel de conocimiento acerca de los programas de Promoción y Prevención en especial del programa del adulto.</p>	<p>Información adquirida o recibida, acerca de los programas de P y P y en especial del programa del adulto.</p>	<p><i>Programas que conoce</i></p>	<p>Embarazo____ Detección Temprana del Cáncer cuello Uterino____ Detección Temprana de alteraciones de la Agudeza Visual____ Detección Temprana de Cáncer de Seno____ Planificación Familiar____ Programa Ampliado de Inmunización PAI____ Atención del Parto____ Atención del Recién Nacido____ Salud Oral____</p>		
		<p>Conoce el programa del adulto</p>	<p>SI / NO</p>		
		<p>Por quien se entero del programa</p>	<p>Por su EPS Por su IPS Por el medico Por la Enfermera Por un vecino Por un medio de comunicación Otro</p>		
		<p>Conocimiento de las Actividades que ofrece el programa del adulto</p>	<p>SI / NO</p>		
<p>Percepción del usuario sobre la</p>	<p>Cumplimiento en expectativas en la atención recibida en el programa del adulto</p>	<p>Trato recibido por parte del personal de salud que lo atendió.</p>	<p>Excelente Bueno Regular Malo No sabe No responde</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Proporción</p>
		<p>Horario de atención</p>			
		<p>Costo de la atención</p>			
		<p>Información recibida por parte del personal de</p>			

atención impartida en el programa del adulto	salud que lo atendió			
	Cuantas veces a asistido al programa del adulto	1 vez 2 veces Mas de 2 veces Ninguna	ordinal	Proporción
	Tiempo transcurrido entre la hora de la cita y la atención recibida	< de 15´ Entre 15´y 30´ Entre 30´y 45´ >45´	Ordinal	Proporción

6.4 ESTRATEGIAS PARA CONTROLAR LOS SEGOS

Para controlar los posibles sesgos que se pudieron presentar en esta investigación se tuvo en cuenta:

- **Criterio de inclusión.** Los participantes de la investigación fueron todos los adultos a partir de los 45 años, que estuvieron dentro de los quinquenios (45, 50, 55, 60, 65, 70, 75, 80.....95años) durante el 2010, que pertenecían a la base datos de la ESE HCM, del régimen subsidiado y que no asistieron al programa durante el 2010.
- **Diseño de instrumento.** Se diseñaron preguntas con lenguaje claro y sencillo, que permitieron la recolección de los datos necesarios para la solución al problema y fue aplicado por encuestadoras previamente capacitadas, una vez se realizo la prueba piloto de esta, que permitió verificar que los datos que se recolectaban eran los necesarios para dar solución al problema planteado. Estas encuestadoras no conocieron los objetivos de la investigación.

6.5 TECNICAS PARA RECOLECCION DE DATOS

La técnica para recolección de datos de la presente investigación se realizo mediante la aplicación de una encuesta directa a los usuarios, que indago sobre el sexo, el estado civil, nivel de escolaridad, nivel socio - económico, nivel de conocimiento de los programas de p y p que ofrece el HCM, rutas de acceso, sobre la percepción acerca del trato dado por los profesionales responsables de prestar los servicios y la oportunidad de acceso a los diferentes programas.

Entendiéndose por encuesta el conjunto de preguntas normalizadas y dirigidas a una muestra representativa de la población con el fin de conocer estados de opinión y hechos específicos.

Este instrumento fue aplicado por encuestadoras de la ESE Hospital las Malvinas quienes fueron capacitadas en el manejo de la encuesta a la muestra seleccionada, sin conocer cuáles eran los objetivos que perseguimos con esta investigación, pero si a quienes se les debe aplicar.

6.5.1 El procedimiento para la recolección de datos fue:

- Diseño del formato de encuesta a aplicarse a los usuarios seleccionados en el muestreo realizado.
- Para poder aplicar la encuesta, se debió obtener con anticipación un consentimiento informado por escrito del encuestado, posterior a la explicación del objetivo de la misma, por parte del encuestador.
- Las personas que aplicaron las encuestas, fueron auxiliares de enfermería contratada y capacitada para este fin.
- La aplicación de la encuesta se realizó en la casa del usuario identificado, que cumplía con los criterios de inclusión, lo que implicó el desplazamiento del encuestador hasta el lugar.
- Una vez se obtuvo la totalidad de las encuestas diligenciadas, se digitaron en el programa EXCEL, para la construcción de una base de datos que nos permitió realizar el análisis de las variables en el programa SPSS.

6.6 INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION

Para la recolección de los datos que permitió llevar a cabo la investigación, se utilizó el formato elaborado para este fin, teniendo en cuenta las variables identificadas y descritas (anexo1).

6.7 CODIFICACION Y TABULACION

Se realizó una base de datos utilizando el programa EXCEL en su última versión disponible, que permitió su análisis en el programa SPSS, con los niveles e índices de medición planteados en la definición de variables, mediante la realización de tablas y gráficas que resumieron los resultados y permitieron mostrar la información de forma clara.

6.8 FUENTE DE INFORMACION

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron fuentes primarias y secundarias de información; la fuente de información primaria fue la encuesta que se le aplicó a la muestra seleccionada y las fuentes secundarias fueron las bases de información de los usuarios que nos proporcionó el HCM y las EPS, para la identificación y búsqueda de los usuarios que fueron entrevistados.

6.9 PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez se tuvieron en su totalidad los datos recolectados y las bases de datos en el programa EXCEL, se realizó descripción de las variables (univariado - bivariado), sacando las proporciones, razones de cada una en el programa de SPSS.

6.10 CONSIDERACIONES ETICAS

Cuando se recurre a seres humanos como participantes de estudios científicos, como en el caso de esta investigación, se debe garantizar la protección de los derechos (de confidencialidad, de respeto a la dignidad humana, de privacidad, de beneficencia...) de estas personas, en cumplimiento a la normatividad vigente de nuestro país.

Para poder aplicar la encuesta los encuestadores solicitaron consentimiento informado de los usuarios donde estos aceptan su participación en la investigación.

Cuando los posibles sujetos de un estudio se encuentran bien informados acerca de la naturaleza de este de los posibles costos y beneficios potenciales que entraña, podrán tomar una decisión razonada sobre su participación. El consentimiento informado soporta que los participantes cuentan con información adecuada con respecto de la investigación, que son capaces de comprenderla y de ejercer su libre albedrio, el cual les permite aceptar o declinar voluntariamente la invitación a participar, basados en la resolución 8430/1993, del Ministerio de Salud.

7. ANALISIS DE RESULTADOS

El programa de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto de la ESE Hospital Comunal Malvinas del Municipio de Florencia, durante el año 2010, reporto una cobertura del 36% (2.520 usuarios), frente a una meta a cumplir del 85%(5.950 de 7.000 usuarios), para que el programa propicie el impacto esperado, en cuanto a la prevención y control de complicaciones de las enfermedades crónicas no transmisibles, en el grupo poblacional beneficiado de este programa. Para la realización de este estudio se tuvo en cuenta los usuarios que no asistieron (4.480 usuarios) a los controles durante el 2010, de los que se saco una muestra de 252 usuarios y se les aplico la encuesta diseñada, lo que implicó el desplazamiento del encuestador hasta el lugar de residencia de cada usuario identificado, una vez se obtuvo la totalidad de las encuestas diligenciadas, se digitaron en el programa EXCEL, para la construcción de una base de datos que nos permitió realizar su análisis, en el programa SPSS, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 5. Distribución por género y estado civil de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010.

GENERO			ESTADO CIVIL									
	F	%	CASADO	%	SOLTERO	%	VIUDO	%	SEPARADO	%	UNION LIBRE	%
MUJER	183	71,5	73	39,9	26	14,2	23	12,57	18	9,84	43	23,5
HOMBRE	73	28,5	27	37	8	11	4	5,479	3	4,11	31	42,5
TOTAL	256	100	100	39,1	34	13,3	27	10,55	21	8,2	74	28,9

Del total de los encuestados, 71,5% son mujeres, frente a un 28,5% de hombres lo que nos da una razón de hombre mujer de 2,5 que significa que por cada hombre que no asiste al programa 2,5 mujeres no asisten.

En cuanto al estado civil de los encuestados tenemos que del total de mujeres un 39,9% están casadas, un 23,5% viven en unión libre, un 14,2% están solteras, un 12,5% viudas y un 9,84% separadas; en cuanto a los hombres tenemos que un 42,5% viven en unión libre, un 37% están casados, un 11% están solteros, un 5,4% viudos y un 4,1% separados, en general un 39,1% de los encuestados están casados, un 28,9% viven en unión libre, un 13,3% están solteros y un 10,5% son viudos, lo que demuestra que un 68% de los usuarios no asistentes al programa del adulto vive acompañado. (Tabla 6).

Este hallazgo nos permite establecer que los usuarios que presentaron un estado civil de solteros, durante el 2010, fueron los que menos faltaron (32%) a los controles del programa del adulto frente al grupo (68%), de los usuarios que presentaron una condición de casados o unión libre.

Tabla 6. Distribución por género y escolaridad de los no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010.

GENERO			ESCOLARIDAD														TOTAL
	F	%	NINGUNO	%	PRIMARIA COMPLETA	%	PRIMARIA INCOMPLETA	%	SECUNDARIA COMPLETA	%	SECUNDARIA INCOMPLETA	%	TECNOLOGO	%	UNIVERSIDAD INCOMPLETA	%	
MUJER	183	71,5	38	20,8	41	22,4	72	39,3	5	2,7	24	13,1	1	0,55	2	1,093	
HOMBRE	73	28,5	14	19,2	18	24,66	25	34,2	6	8,2	10	13,7	0	0	0	0	
TOTAL	256	100	52	20,3	59	23,05	97	37,9	11	4,3	34	13,3	1	0,39	2	0,781	100

En cuanto a la escolaridad tenemos que el 39,3% de las mujeres no terminaron la primaria, que un 22,4% si terminaron la primaria, que un 22,4% no cuenta con ninguna escolaridad, que un 13,1% no terminaron la secundaria frente a un 2,7% que si la terminaron y que un 0,5% cuenta con una tecnología y un, 1% inicio algún estudio universitario; en los hombres tenemos que el 34,2% no terminaron la primaria, que un 24,6% cuentan con una primaria completa, que un 19,2% no cuentan con ninguna escolaridad, que un 13,7% no terminaron la secundaria frente a un 8,2% que si la terminaron a diferencia de la mujeres ninguno de los hombres cuenta con un estudio tecnológico o universitario. En general el 37,9% de los encuestados no terminaron la primaria, el 23,05% cuenta con su primaria completa, un 20,3% no tiene ninguna escolaridad, un 13,3% cuentan con una secundaria incompleta frente a un 4,3% de los encuestados que cuentan con una secundaria completa y solo un 1% tiene algún grado de escolaridad superior, lo que demuestra que el nivel de escolaridad de los usuarios no asistentes al programa de detección temprana de alteraciones del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, es bajo (Tabla 7).

Entre el 80 y el 90% de los usuarios encuestados, presentan un bajo nivel educativo, lo que se puede relacionar con la no asistencia al programa del adulto del HCM, ya que a menor educación, menos capacidad de identificar factores de

riesgo y factores protectores y no se le da la importancia a la asistencia a los programas de de detección temprana y protección específica, que buscan promover en la comunidad hábitos saludables (alimentarios, de comportamiento y de .asistencia rutinaria a controles), que pueden acarrear costos, que este tipo de usuarios posiblemente no pueden cubrir.

Tabla 7. Distribución por género y estrato de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante los 2010.

GENERO			ESTRATO								TOTAL %
	F	%	0	%	1	%	2	%	3	%	
MUJER	183	71	5	2,7	160	87,4	18	9,8	0	0	
HOMBRE	73	29	1	1,4	65	89	7	9,6	0	0	
TOTAL	256	100	6	2,3	226	88,3	25	9,8	0	0	100

Con respecto al estrato donde viven los encuestados tenemos que el 87,4% de las mujeres encuestadas pertenecen al estrato 1, que el 9,8% al estrato 2 y el 2,7% al estrato 0; en cuanto a los hombres tenemos que el 89% de estos pertenecen al estrato 1, el 9,6% al estrato 2 y el 1,4 al estrato 0. En general el 88,3% de los encuestados pertenecen al estrato 1, el 9,8% al estrato 2, el 2,3% al estrato 0 y ninguno de los encuestados pertenece al estrato 3, lo que muestra que un 90.6% de los usuarios vive en estrato 0 y 1 del municipio de Florencia. (Tabla 8).

En este punto se ratifica lo visto en el punto anterior (nivel educativo), ya que encontramos una relación directamente proporcional entre el grado de escolaridad y el nivel socioeconómico en el que viven estos usuarios (estrato 0 y 1), a menor nivel educativo, menos posibilidad de pertenecer a un estrato mayor o a un nivel socioeconómico que les permita una mejor calidad de vida. Los estratos 0 y 1 en Florencia están ubicados en la periferia del municipio, lo implica mayor tiempo de desplazamiento, mayores costos para acceder a los servicios de salud.

Tabla 8. Distribución por género e ingreso mensual de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010.

GENERO			INGRESOS								
	F	%	MENOS DE 1 SMVM	%	1 SMVM	%	DE 1 > SMVM	%	DE 2 > SMVM	%	TOTAL%
MUJER	183	71	68	37,2	95	52	19	10,4	1	0,5	
HOMBRE	73	29	14	19,2	40	54,8	18	24,6	1	1,4	
TOTAL	256	100	82	32	135	52,7	37	14,5	2	0,8	100

Con respecto al ingreso mensual tenemos que del total de mujeres encuestadas el 52% tienen un ingreso mensual correspondiente a un SMVM, el 37,8% tiene un ingreso mensual de menos de un SMVM, el 10,4% tiene un ingreso mensual de más de 1 SMVM pero menos de 2 SMVM y solo el 0,5% tiene un ingreso mensual mayor de 2 SMVM; en cuanto a los hombres tenemos que el 54,8% tiene un ingreso mensual correspondiente a un SMVM, el 19,2% cuentan con un ingreso mensual de menos de un SMVM, el 24,6% tienen un ingreso mayor a un SMVM, pero menor que 2 SMVM y solo 1,4% tienen un ingreso mayor a 2 SMVM. En general el 52,7% de los entrevistados tienen un ingreso mensual de 1 SMVM, el 32% tiene un ingreso menor a 1 SMVM, el 14,5% tiene un ingreso mayor de 1 SMVM, pero menor que 2 SMVM y solo un 0,8% de los entrevistados cuentan con un ingreso mayor a 2 SMVM, esto demuestra que el nivel de ingresos de los encuestados es bajo, convirtiéndose esto en una barrera de acceso a los diferentes servicios de detección temprana y protección específica del Hospital Comunal las Malvinas, por el costo del desplazamiento que se genera para llegar al Hospital. (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución por género y por conocimiento de la existencia de los diferentes programas de promoción y prevención de los usuarios no asistentes al programa del adulto del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado, durante el 2010.

PROGRAMA	CONOCIMIENTO MUJERES		CONOCIMIENTO HOMBRES		EN GENERAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Detección temprana de alteraciones del menor de 10 años	65	35,5	12	16,4	77	30,1
Detección temprana de alteraciones del joven entre 10 y 29 años	6	3,3	4	5,5	10	3,9
Detección temprana de alteraciones del adulto a partir de los 45 años (45, 50, 55, 60 , 65...)	91	49,7	50	68,5	141	55,1
Detección temprana de alteraciones del embarazo	76	41,5	7	9,6	83	32,4
Detección Temprana del Ca de cuello Uterino	150	82,0	9	12,3	159	62,1
Detección temprana de alteraciones de la agudeza visual	25	13,7	6	8,2	31	12,1
Detección Temprana del Ca de seno	35	19,1	0	0,0	35	13,7
Planificación Familiar	88	48,1	9	12,3	97	37,9
Atención del Parto	46	25,1	4	5,5	50	19,5
Atención del RN	10	5,5	1	1,4	11	4,3
Salud Oral	123	67,2	64	87,7	187	73,0

El porcentaje del conocimiento de los programas de Promoción y prevención que ofrece el Hospital Comunal Malvinas, oscila entre el 3.9% y el 73%, siendo el programa del joven el menos conocido y salud oral el más conocido, un 55.1% de los usuarios manifestó conocer el programa del adulto.

El 82% de las mujeres tienen conocimiento de la existencia del programa de detección temprana del Ca de cuello Uterino, el 3.3% conocen el programa del joven y 49,7% manifestaron conocer el programa del adulto.

En cuanto a los hombres el 87,7% manifestó conocer de la existencia del programa de Salud oral, el 1,4% conoce de la existencia del programa de atención al RN, el 68,5% conoce el programa del adulto y ninguno conoce el programa de detección temprana del Ca de seno. (Tabla 10).

Estos resultado muestran que las mujeres son las que menos asisten al programa de detección temprana de alteraciones del Adulto, probablemente por el bajo conocimiento que tienen del mismo, en comparación con el conocimiento que tienen los hombres y como se muestra en la tabla 11.

Tabla 10. Distribución por género y por conocimiento de la existencia del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, del hospital comunal malvinas, pertenecientes al régimen subsidiado.

		CONOCIMIENTO PROGRAMA DEL ADULTO			
		NO	%	SI	%
GENERO	F	18	25	55	75
	M	21	11	162	89
TOTAL		39	15	217	85

Al preguntar específicamente por el conocimiento de la existencia del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, en el Hospital Comunal las Malvinas, el 85% de los entrevistados manifestó que si conocía el programa; donde un 75% de las mujeres y un 89% de los hombres manifestaron conocer el programa.

Entre las respuestas de la pregunta 5 y 6, no hay coherencia en el porcentaje de conocimiento acerca del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, ya que se muestra en la pregunta 5 que el 55.1% de los usuarios conocían el programa y la pregunta 6 muestran un resultado del 85%, lo que nos puede mostrar un grado de confusión entre los usuarios del programa, debido probablemente a la falta de una información clara de los servicios y programas detección temprana y protección específica a los que tiene derecho por parte de las EPS y el Hospital Comunal las Malvinas.

Tabla 11. Distribución por medio de información que dio a conocer de la existencia del programa del adulto, a los usuarios del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado.

POR QUIEN SE ENTERO	N°	%
MEDICO	152	59,4
PERSONAL DE ENFERMERIA	26	10,2
MEDIO DE COMUNICACIÓN	16	6,3
VECINO	10	3,9
OTRO	9	3,5
IPS	5	2
EPS	2	0,8
NO SE ENTERO	36	14,1
TOTAL	256	100

Los usuarios que conocen de la existencia del programa de detección temprana de alteraciones del adulto del Hospital Comunal las Malvinas, se entero de la existencia de este, por medio del personal del Hospital (medico y personal de enfermería) en un 69,6%, por un medio de comunicación en un 6,3%, por la IPS en un 2% y por su EPS en un 0,8%. Cuando hablamos de IPS estamos haciendo referencia de los folletos, plegables y otras estrategias de información que empleo el Hospital para dar a conocer sus servicios.

Esto muestra que las EPS no están cumpliendo con función de informar claramente a los usuarios de los beneficios y programas a los que tienen derecho, dejando esta actividad a las IPS, donde a pesar que el 69% de los usuarios conocieron de la existencia del programa por parte de los médicos y el personal de enfermería no tienen la claridad de los beneficios que este tiene como se muestra en los resultados de la tabla 12

Tabla 12. Distribución porcentual del conocimiento de los beneficios del programa del adulto, por parte de los usuarios del HCM, pertenecientes al régimen subsidiado.

BENEFICIOS	CONOCIMIENTO		CONOCIMIENTO	
	SI	%	NO	%
CONSULTA MEDICA CADA 5 AÑOS	4	1,6	252	98,4

GENERO	F	ASISTENCIA AL PROGRAMA DEL ADULTO			
CONSULTA MEDICA CADA MES	134	52,3	122	47,7	
PAQUETE DE LABORATORIOS (creatinina, perfil lipidico, PO, Glicemia)	159	62,1	97	37,9	
HIGIENE ORAL	16	6,3	240	93,8	
AGUDEZA VISUAL	37	14,5	219	85,5	
NINGUNO	26	10,2	230	89,8	

También se preguntó acerca del conocimiento de los beneficios del programa del adulto, por parte de los usuarios no asistentes al control durante el 2010, encontrándose que el 57,8% manifestó conocer estos beneficios; al solicitarle que marcara en la encuesta estos beneficios encontramos que el 98.4% de los usuarios manifestaron que la consulta médica quinquenal no era parte de los beneficios del programa, el 62.1% manifestaron que el paquete de laboratorios (Creatinina, Glicemia, perfil lipidico y PO) hacía parte de los beneficios y el 52,3% de los usuarios manifestaron que la consulta médica mensual hacía parte de estos beneficios; esto ratifica el bajo conocimiento de los usuarios acerca de beneficios del programa de detección Temprana de Alteraciones del adulto, lo que puede ser un causal de la baja cobertura del programa. (Tabla 13)

Tabla 13. Percepción de los usuarios del HCM, de la calidad en la atención, el horario y la información recibida cuando solicito algún servicio del hospital.

		1 VEZ		2 VECES		3 VECES		NINGUNA	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
F	183	18	10	31	17	118	64	16	9
M	73	2	3	5	7	50	68	16	22
TOTAL	256	20	7,81	36	14,1	168	65,6	32	12,5

La percepción en forma general que tienen los usuarios de la calidad de la atención recibida en el Hospital Comunal Malvinas, cuando solicito algún servicio, durante el 2010, está entre excelente y buena con un 84,3%, en cuanto al horario de atención, la percepción general está entre buena con un 64,8% y regular con un 20,3%, ya en lo relacionado con el trato y la información recibida por parte de los funcionarios del Hospital, la percepción de los usuarios está entre excelente y buena con un 83,5% (Tabla 14).

Estos resultados muestran en términos generales que la calidad de atención en el Hospital es buena, lo que debería garantizar la adherencia a los diferentes programas que se ofrecen en la institución.

Tabla 14. Distribución por sexo y asistencia a controles del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, de los no asistentes durante el 2010.

GENERO	F	ASISTENCIA AL PROGRAMA DEL ADULTO							
		1 VEZ		2 VECES		3 VECES		NINGUNA	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
F	183	18	10	31	17	118	64	16	9
M	73	2	3	5	7	50	68	16	22
TOTAL	256	20	7,81	36	14,1	168	65,6	32	12,5

En cuanto a la

asistencia realizada por parte de los usuarios al programa del adulto del HCM, encontramos que el 68% de los hombres manifiesta haber asistido ya 3 veces a los controles del programa, el 64% de las mujeres manifiestan haber asistido 3 veces al control del programa, en general el 65,6% de los usuarios manifiestan haber asistido más de 3 veces al programa, situación que estaría demostrando

que los usuarios del programa de Detección temprana de alteraciones del Adulto, tendrían una confusión de programa ya que a la fecha no sería posible la asistencia a 3 o más controles, ya que estos programas de promoción y prevención fueron creados a partir de febrero del 2000, con la resolución 412, emitida por el ministerio de salud y las instituciones prestadoras de servicios de salud, adoptaron la normatividad aproximadamente 2 años después, lo que nos dejaría al 2010 un lapso de tiempo de 8 años, tiempo que no es suficiente para la realización de 3 controles ya que estos se programa control cada quinquenio a partir de los 45 años de edad. (Tabla 15).

Tabla 15. Distribución por tiempo de espera entre la hora de la cita y la atención recibida.

TIEMPO DE ESPERA	Frecuencia	%
< 15 MINUTOS	117	45,7
> DE 45	1	,4
ENTRE 15 Y 30	135	52,7
ENTRE 31 Y 45	3	1,2
Total	256	100,0

También se pregunto acerca del tiempo que deberían esperar los usuarios para ser atendidos por parte de los funcionarios del Hospital, cuando asisten a solicitar un servicio de salud, encontrándose que el 52.7% de los pacientes manifestó que debe de esperar entre 15 y 30 minutos y el 45.7% manifiesto que debe de esperar menos de 15 minutos, lo que refleja el no respeto de la hora asignada para cada cita médica o la atención en cada servicio solicitado.(tabla 16).

8. DISCUSION

Desde febrero de 2000, con la resolución 412, emitida por el Ministerio de Salud, en Colombia se cuenta con la normatividad que reglamenta para cada una de las EPS e IPS (públicas y privadas), la creación de los programas de detección temprana y protección específica, con el fin de realizar desde estos programas actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad por cada grupo de edad y género de la población colombiana, que permitieran disminuir los factores de riesgo de las enfermedades prevenibles, detectar tempranamente las enfermedades y las posibles complicaciones de estas y así volver al sistema sostenible, basado en actividades de atención primaria en salud; entre estos programas tenemos el de Detección Temprana de Alteraciones del Adulto que tiene como objetivo principal Prevenir y detectar precozmente las enfermedades más prevalentes en nuestro medio en el individuo adulto, a partir de los 45 años, con la realización de una consulta médica y la solicitud de un paquete de laboratorios (creatinina, parcial de orina, glicemia y perfil lipídico), cada 5 años (45, 50, 55, 60, 65...), pero que no ha cumplido con su objetivo, debido a la baja demanda del servicio, durante el 2010, por parte de los usuarios que se pueden beneficiar del programa, posiblemente por la falta de implementación de estrategias de demanda inducida, de información, educación y comunicación desde las EPS e IPS, hacia sus usuarios, que les permita conocer cada uno de los programas y cada uno de los beneficios que estos tienen y el impacto en la salud que se tendría si se cumpliera con los controles y las actividades programadas desde estos.

Al analizar las variables contempladas en el presente estudio, encontramos que el nivel de escolaridad de los usuarios (80 - 90%) no asistentes al programa de detección temprana de alteraciones de adulto del Hospital Comunal Malvinas es bajo, que cuenta con un ingreso mensual entre 0 y 1 SMVM, que viven en un estrato 1 de la ciudad, que un 68% están casados o viven en unión libre y que en su mayoría son mujeres (71,5%), además llama la atención el bajo conocimiento que tienen acerca de los diferentes programas de Promoción y Prevención que ofrece el Hospital Comunal Malvinas, estos resultados son semejantes a los obtenidos en el estudio realizado en Manizales en el 2001, donde hubo una relación directa del no uso de los programas de P y P, por parte de los usuarios de los regímenes contributivos y subsidiados, por el desconocimiento de estos.

En cuanto a la percepción de los usuarios con respecto a la calidad del servicio recibido, en el Hospital Comunal las Malvinas, cuando solicitaron algún servicio, está catalogada por la mayoría (83%) como buena y excelente, en cuanto a la información recibida por parte del personal de la institución, está catalogada como buena y en cuanto al horario de atención está catalogado en un 64% como bueno y un 20% como regular; en general la percepción de los usuarios del HCM, con respecto a la calidad de la atención recibida es buena; el Hospital deberá trabajar

con sus profesionales el refuerzo de la información dada a los usuarios de cada uno de los programas de promoción y prevención y servicios que ofrece, ya que a pesar de que los usuarios manifestaron que la información recibida por parte de los funcionarios del hospital es buena, es evidentes que se está dando de forma parcial e incompleta.

9. CONCLUSIONES

Los usuarios (del 80 - 90%) del programa de detección temprana de alteraciones del adulto del Hospital comunal Malvinas, cuentan con un nivel de escolaridad bajo, tienen un ingreso mensual entre 0 y 1 SMVM, viven en un estrato 1 de la ciudad, y de estos un 68% están casados o viven en unión libre y en su mayoría son mujeres (71,5%). Lo que permite establecer una relación directa entre el bajo nivel socio económico y la no asistencia al programa.

Llama la atención que los usuarios en 55% manifestaron conocer el programa de detección temprana del adulto, pero al hacerle la pregunta acerca de los beneficios que este tiene para ellos, en un 98% manifestaron que la consulta médica quinquenal no era parte del paquete de estos beneficios, siendo este una de las actividades del programa y un solo 37% manifestó que el paquete de laboratorios hacía parte de los beneficios de este; con esto se demuestra que definitivamente los usuarios no tienen conocimiento acerca del programa de detección temprana de alteraciones del adulto, ni de sus beneficios, podemos concluir que hace falta la implementación de estrategias por parte de las EPS e IPS, de demanda inducida, información, educación y comunicación eficaces, que permita que los usuarios conozcan los diferentes programas y sus beneficios. Estas entidades no se pueden permitir que 11 años después de la implementación de estos programas los usuarios, sus beneficiados, desconozcan sus derechos.

De acuerdo a la información recolectada, la mayoría de los usuarios manifestaron haber asistido a 3 o más controles del programa del adulto, que la consulta médica mensual, el paquete de laboratorios anual y la demanda inducida a otros programas de P y P, hacen parte del paquete de los beneficios del programa de detección temprana del adulto, lo que no es correcto y hace pensar que estos usuarios están confundiendo el programa del adulto, con el programa de atención a pacientes que padecen enfermedades crónicas no transmisibles (programa de crónicos), que si tiene como beneficios estas actividades y estos usuarios deben de asistir para su control y reformulación de la medicación mensualmente a consulta médica o de enfermería; esto podría ser una de las causas de la baja demanda al programa del adulto, por la no diferenciación de estos, lo que hace que no se demande el servicio por parte de los usuarios. Es importante que el Hospital Comunal las Malvinas en coordinación con las EPS, implemente estrategia de información eficaz y eficiente que permita que los usuarios conozcan los programas de P y P y sus beneficios, y así garantizar la demanda de estos por parte de los usuarios.

Los usuarios del Hospital Comunal Malvinas tienen un bajo conocimiento (entre el 3.9% y el 73%), acerca de los diferentes programas de Promoción y Prevención que ofrece el Hospital y en especial del programa de detección temprana de

alteraciones del adulto que está en un 49,7% de conocimiento entre los usuarios del Hospital, siendo estos resultados semejantes a los obtenidos en el estudio realizado en Manizales en el 2001, donde hubo una relación directa del no uso de los programas de promoción y prevención, por parte de los usuarios de los regímenes contributivos y subsidiados, por el desconocimiento de estos.

La percepción que tienen los usuarios de la calidad de la atención recibida en el Hospital Comunal Malvinas, en forma general, está entre excelente y buena con un 84,3%, y en cuanto al horario de atención, la percepción general está entre buena con un 64,8% y regular con un 20,3%.

10. RECOMENDACIONES

Diseñar estrategias de comunicación diferencial de la información hacia los beneficiarios del programa de detección temprana del adulto del Hospital comunal las Malvinas, en cada uno de los niveles socio económico y adaptarlos al grado de instrucción de estas comunidades.

Emprender campañas de divulgación masiva de los derechos, deberes y beneficios de los afiliados sobre los servicios que les obliga prestar las EPS-S e IPS, en especial de cada uno de los programas de detección temprana y protección específica.

Diseñar un sistema de auditoría o monitoreo sobre las estrategias de comunicación integral adaptadas a la calidad de sus afiliados y contempladas en el POS-S.

La dinámica de los procesos de registro y afiliación ocasionados por el sistema de aseguramiento, producen diferencias importantes tanto en personas afiliadas como en beneficiarios de los diferentes programas de detección temprana y protección específica. Esto ocasiona inestabilidad en los indicadores de cobertura por su gran variabilidad dentro de los barrios y comunas donde se ubican los afiliados. Por tanto, se recomienda sistematizar el proceso de atención, que permita al programa contar con una base de información de los usuarios que asisten y no asisten a este, para realizarle tabulación periódica y así implementar estrategias de demanda inducida, para alcanzar indicadores de cobertura requeridos por el sistema. Se debe incorporar esta actividad como una función esencial.

BIBLIOGRAFIA

BERRIOS CARRASCOLA, Ximena. La prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto. Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria. Boletín Esc. de Medicina P. de la Universidad católica de Chile 1994.23 53-60.

COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 100/ diciembre 1993 Bogotá:

COLOMBIA Ministerio de Salud. Resolución 412/2000. Bogotá:.

_____Ministerio de Salud. Resolución 3384/2001. Bogotá:.

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Dirección de Censos y Demografía.informefinal:DANE;2005.En:<http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion.pdf>. Consulta: Junio 2010.

HOYOS Z, Julio E. ; DUVALTIER B, Isabel y GIRALDO G, William. Limites de los programas de promoción y prevención. Una perspectiva sicoanalítica. IATREIA / VOL 16/No.2 / JUNIO / 2003

OPS/OMS. Las condiciones de salud en las Américas. Publicación Científica N^o, Edición de 1994. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.

RAMÍREZ, H. *et al* 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 Med 2001;32:1013.

REALPE, Cecilia *et al* Utilización del programa de promoción y prevención en las empresas promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado de Manizales, Colombia, 2001-2002.

RIVAS HIDALGO, AM. Menopausia: Promoción y prevención de la salud. NURE Inv.[Revista en Internet] 2009 Ene-Feb. [fecha acceso]; 6 (38): [aprox 13pant]. Disponible en:http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/menpro_prot_38.pdf.2007.

SECRETARÍA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL. Estadísticas 2001-2002.
Manizales.

TIRADO OTÁLVARO, Andrés Felipe y CORREA ARANGO, Marta Elena
Accesibilidad de la población habitante de la calle a los programas de promoción y
prevención establecidos por la resolución 412 del 2000. Investigaciones Andina.
N°18 vol. 11 pág. 94.

ANEXOS

Anexo A. Caracterización de factores condicionantes de la baja demanda del programa del adulto.

UNIVERSIDAD SUR COLOMBIANA



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESPECIALIZACION DE EPIDEMIOLOGIA NEIVA – 2010

CARACTERIZACION DE FACTORES CONDICIONANTES DE LA BAJA DEMANDA DEL PROGRAMA DEL ADULTO, REGIMEN SUBSIDIADO EN LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS FLORENCIA 2010.

La presente encuesta se aplicara como instrumento de recolección de datos, en la investigación que se está realizando, con el fin de caracterizar los factores que condicionantes de la baja demanda del programa del adulto, del Hospital Comunal Las Malvinas del Municipio de Florencia, en el primer semestre del 2010.

Responda en su totalidad las preguntas que a continuación se relacionan:

Entrevistado N°:

¿Cuántos años cumplidos tiene? ¿Cuál es su sexo? M F

1. Estado civil:

- Casado
- Soltero
- Unión Libre
- Separado
- Viudo

2. ¿su nivel de escolaridad es?

- Ninguno
- Primaria Incompleta
- Primaria completa
- Secundaria Incompleta
- Secundaria Completa
- Universidad Incompleta
- Universidad Completa
- Tecnólogo
- Técnico
- Agrícola
- Auxiliar
- Otro

3. su estrato socioeconómico es:

- Estrato 0
- Estrato 1
- Estrato 2
- Estrato 3

3.1. Sus ingresos mensuales son (en SMVM: Salario Mínimos Vigentes Mensuales)

- < De 1 SMVM
- 1 SMVM
- Más de 1 SMVM
- Más de 2 SMVM

4. De los programas de Promoción y Prevención que ofrece el Hospital Comunal las Malvinas ¿Cuáles conoce?. Marque con una X los que conoce:

- Detección temprana de alteraciones del menor de 10 años
- Detección Temprana de alteraciones del Joven

- Detección Temprana de Alteraciones del Adulto
- Detección temprana de alteraciones del Embarazo
- Detección Temprana del Cáncer cuello Uterino
- Detección Temprana de alteraciones de la Agudeza Visual
- Detección Temprana de Cáncer de Seno
- Planificación Familiar
- Programa Ampliado de Inmunización PAI
- Atención del Parto
- Atención del Recién Nacido
- Salud Oral

5. ¿Sabía usted que el Hospital Comunal las Malvinas cuenta con un programa de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigido al adulto a partir de los 45 años? SI NO

Si su respuesta es SI, responda: _____

5.1. ¿por quién se entero?

- Por su EPS (Aseguradora)
- Por su IPS (Hospital)
- Por el médico que lo atendió
- Por el personal de enfermería del Hospital
- Por un Vecino
- Por un medio de comunicación
- Otro

6. ¿Conoce las actividades que ofrece el programa del Adulto a sus beneficiarios? SI NO

Si su respuesta es SI, responda: _____

6.1. Señale cuales son las actividades que el programa del adulto ofrece a sus beneficiarios:

- Consulta por medico cada 5años
- Consulta por medico mensual
- Paquete de laboratorios (Creatinina, Glicemia, Colesterol, Triglicéridos y PO)
- Higiene Oral
- Examen de la Agudeza Visual
- Ninguno

7. La atención recibida por parte del personal de salud del HCM, cuando requirió algún servicio fue:

- Excelente:
- Buena
- Regular
- Mala
-

No sabe
No Responde

8. El horario de atención que el HCM , ofrece a sus usuarios, es:

Excelente:
Bueno
Regular
Malo
No sabe
No Responde

9. La Información dada por parte del personal de salud (Medico y personal de enfermería), del HCM cuando solicito atención fue::

Excelente:
Buena
Regular
Mala
No sabe
No Responde

10. Cuantas veces a asistido al programa de detección temprana de alteraciones del adulto del HCM

1 vez
2 veces
3 veces
Ninguna

11. El tiempo transcurrido entre la hora de la cita y la atención recibida, cuando asistió a recibir atención al Hospital Comunal las Malvinas fue:

< de 15 minutos
Entre 15 y 30 minutos
Entre 31 y 45 minutos
Mayor de 45 minutos

Gracias

Anexo B. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Registro No: _____

Fecha: _____

Yo _____ identificado con C.C. No. _____, manifiesto que he sido bien informada sobre el estudio de investigación que están realizando los estudiantes de la especialización de Epidemiología de la Universidad Sur colombiana a través de la facultad de salud, sobre CARACTERIZACION DE FACTORES QUE CONDICIONARON LA BAJA DEMANDA DEL PROGRAMA DEL ADULTO, EN LOS USUARIOS DEL REGIMEN SUBSIDIADO, EN LA ESE HOSPITAL COMUNAL MALVINAS DE FLORENCIA – CAQUETÁ, AÑO 2010 y autorizo para participar en ésta importante investigación aportando los datos que sean necesarios para la encuesta, los cuales he sido también informado que no representan ningún riesgo para mi integridad y además que dicha información aportada hará parte del sigilo profesional y no irá a hacer utilizada para otros fines diferentes a los objetivos de la investigación.

Firma: _____ C.C. _____

Testigo: _____ C.C. _____

Relación con el sujeto _____