

**CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO AL PROGRAMA DE GESTIÓN
DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA, EN UN HOSPITAL DE LA RED
PÚBLICA DE BOGOTÁ, D.C.**

Zoila Rosa Reina Gaviria

**UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**CARACTERÍSTICAS DEL ACCESO AL PROGRAMA DE GESTIÓN
DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA, EN UN HOSPITAL DE LA RED
PÚBLICA DE BOGOTÁ, D.C.**

Zoila Rosa Reina Gaviria

**Trabajo de Grado para optar el Título de
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA.**

Tutor: Carlos Tovar González

**UNIVERSIDAD DEL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

Nota de Salvedad de Responsabilidad Institucional

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

Agradecimiento

Extiendo mi agradecimiento a la Universidad del Bosque en especial a los docentes de la Maestría en Salud Pública por brindarme la oportunidad de llevar a cabo este resultado académico mediante el cual he logrado no solo obtener un título sino transformar mi visión de la Salud Pública.

Al Hospital de Fontibón E.S.E. por abrir el espacio para la ejecución de la investigación y por acogerme día a día permitiéndome desarrollar mis capacidades intelectuales y aplicar mis logros académicos.

A mi tutor el Dr. Carlos Tovar quien con su paciencia transformó este documento en lo que hoy es.

Y por supuesto a mí querido Hijo con todo mi amor.

En el sistema de salud en Colombia, las “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” están reguladas en el marco de la Constitución Nacional y de la Ley 100 de 1993.

Al ser reglamentadas por la resolución 4003 de 2008, las instituciones prestadoras de servicios de salud establecen las condiciones para la atención y evalúan las dificultades que encuentran los usuarios para la prestación de servicios del POS.

Ante la presencia de usuarios inscritos al programa que no han adherido a la frecuencia de los controles, se proyectó este estudio con el objetivo de explorar la influencia positiva o negativa de las características del programa de gestión de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en el acceso de los Usuarios al control en una institución de Salud de la red Pública de Bogotá D.C.

Se abordó el tema desde un estudio cualitativo, a partir del sentido que los actores le dan a la utilización de los servicios, percibiendo lo que ocurre después de adherirse al programa de gestión de la enfermedad crónica.

El hallazgo indica que las barreras de acceso son inherentes al usuario mismo, la libertad de elección individual está limitada por los recursos personales y del entorno con los cuales cuenta.

La propuesta, consiste en el restablecimiento de la gobernanza, dándole sentido a la intervención del estado, en procura de que las personas dispongan de los satisfactores accediendo a los recursos del programa.

Palabras Clave: Acceso en Salud, Enfermedad crónica,

In the health system in Colombia, the "chronic non-communicable diseases" are regulated within the framework of the Constitution and the law 100 of 1993.

Regulated by resolution 4003 of 2008, providers of health services institutions establish the conditions for the care and evaluate the difficulties encountered by the users for the provision of services of the POS.

The presence of users enrolled in the program that have not acceded to the frequency of controls, this study with the goal of exploring the positive or negative influence of the characteristics of the programme management of chronic diseases non-communicable, in the user access control within a network Bogota public health institution was projected D.C.

The issue was raised from a qualitative study, from the sense that the actors give the use of services, perceiving what happens after joining the chronic disease management program.

The finding indicates that access barriers are inherent to the same user, the freedom of individual choice is limited by the personal resources and the environment with which it has.

The proposal consists of the restoration of governance, giving meaning to the intervention of the State, in order that the people have the satisfiers accessing the resources of the programme.

Key words: Access in health, chronic disease,

Tabla de Contenido.

INTRODUCCIÓN.....	8
PROBLEMÁTICA.....	9
JUSTIFICACIÓN	10
MARCO TEÓRICO.....	18
<i>Marco Jurídico</i>	18
<i>Acceso</i>	20
<i>Programa de Atención</i>	25
<i>Red Conceptual</i>	26
OBJETIVOS	28
METODOLOGÍA.....	29
<i>Enfoque</i>	29
<i>Técnicas que se utilizarán</i>	29
<i>Población Objeto del estudio</i>	30
<i>Materiales y Métodos:</i>	31
<i>Plan De Análisis De Resultados</i>	32
<i>Limitaciones del Estudio</i>	35
ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN.....	35
<i>Entrevistas</i>	35
<i>Conformación final de la muestra</i>	36
<i>Características de la Muestra:</i>	37
<i>Análisis de Barreras de acceso por componentes del programa.</i>	38
DISCUSIÓN	45
PROPUESTA	50
CONCLUSIONES	52
ANEXOS.....	55
<i>Anexo 1. Entrevista dirigida a funcionarios relacionados con el Programa Crónicos.</i>	55
<i>Anexo 2: Entrevista dirigida a personas con condición crónica</i>	56
BIBLIOGRAFÍA	57

Introducción.

El Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles de la organización Mundial de la Salud (OMS) (1) reporta que para el año 2008, de 57 millones de defunciones ocurridas, casi la dos terceras partes se debieron a Enfermedades No Transmisibles (ENT), especialmente enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, afectando más a los países de ingresos medios y bajos.

Paralelo al proceso que se describe, la encuesta de demografía y salud (ENDS) 2010, en Colombia registra que las personas de 60 a 69 años representan el 10% de la población y los mayores de 65 años el 7% (2).

Para dar respuesta, las Instituciones prestadoras de servicios de salud de la red pública, diseñan programas de gestión de la enfermedad crónica; vigentes en la actual regulación de Salud con una política, la resolución 4003 de 2008 sustentada en la ley 100 de 1993, dado que el acuerdo 395 de 2008, aprobó la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial.

El programa de gestión de la enfermedad crónica se oferta teniendo en cuenta las variables del acceso, es decir el acceso realizado asociado a la disponibilidad de recursos y el acceso potencial vinculado con las características subjetivas de la población, esto se logra incluyendo acciones dirigidas al cuidado y protección de los procesos vitales, especificando unos beneficiarios y asignando unos prestadores (Profesionales y Técnicos).

Aunando esfuerzos, los resultados no son los esperados, el análisis de la concentración de las actividades, permite concluir una adhesión pobre a la política y obstáculos en los resultados ya que los usuarios no se incorporan a la frecuencia propuesta para los controles.

Problemática.

En Colombia cuatro de las cinco primeras causas de mortalidad son enfermedades crónicas, entre las que se tienen: Enfermedades Isquémicas del corazón (14.64%); enfermedades cerebrovasculares (7.37%); enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.86%); Diabetes Mellitus (3.75%) (1).

Aunque en Colombia no existen estudios sólidos que midan la prevalencia de ERC en la población general, de acuerdo con los datos de los pacientes en diálisis, se calcula una tasa de prevalencia cercana a 530 pacientes por millón, con una tasa de incidencia calculada de 140 pacientes por millón para el año 2007, con un crecimiento superior a 300% durante los últimos 10 años (3).

Las carencias en el manejo de la enfermedad en quien está siendo afectado, en su entorno familiar, comunitario y del sistema de salud, conllevan además del alto costo que se origina (4), problemas en el acceso que surgen cuando las barreras conducen a peores resultados en el estado de salud (5).

Lo anterior se traduce en que para el sistema de salud en Colombia, el grupo de afecciones denominado “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” requiere de una atención especial, se advierte la necesidad de dar solución al aumento en las cifras de ECNT.

Entendiendo que el acceso, se refiere a un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente; en este estudio se evaluarán las características del acceso al programa de gestión de la enfermedad crónica desde la mirada de los usuarios en condiciones crónicas.

Justificación

La Constitución Política de Colombia de 1991 en su Artículo 49 señala que “Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud” (6) en ese orden de ideas Colombia adopta el modelo de competencia regulada¹ con la ley 100 de 1993.

Se establece así el aseguramiento obligatorio en salud cuyo propósito es universalizar la cobertura del plan de salud, ratificando que la equidad en salud no puede dejar de ser una característica central de la justicia en los acuerdos sociales en general (7).

El aseguramiento obligatorio se garantiza mediante la afiliación al sistema en dos modalidades el régimen contributivo y el régimen subsidiado, la población que no logra ser afiliada es vinculada al sistema (8) previo un proceso de clasificación mediante la aplicación de la encuesta de sistema de identificación de beneficiarios (SISBEN).

Se espera que todos los habitantes del territorio nacional sean afiliados; el sistema proyecta además de ser universal, ser equitativo y de la mejor calidad, promoviendo condiciones que favorezcan el acceso a los servicios, independientemente de la capacidad de pago en especial de aquella población considerada pobre y vulnerable (8).

En concordancia dado que la evaluación y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención y su impacto sobre las condiciones de acceso a los servicios de salud y bienestar de la población ha estado presente en los postulados y desarrollos de la reforma desde su concepción (9), el gobierno Nacional dando cumplimiento al artículo 227 de la ley 100

¹ Entendida como la gestión de un servicio público por particulares, junto con la facultad permanente de intervención del Estado sobre dicho servicio público y las empresas que lo presten, fortalecer el funcionamiento del mercado, minimizar la selección de riesgos, la fragmentación del mercado, la discontinuidad del aseguramiento. (Alain Enthoven).

establece el sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad (10) con el Decreto 1011 de 2006 actualmente vigente.

En cuanto a la especificidad de la atención de los usuarios con enfermedades crónicas en el marco de la Ley 100 de 1993 y del decreto 1011 de 2006, aparece el eje programático de Salud Pública de la resolución 425 de 2008 (11).

Se incluye en el área de acciones de promoción de la salud y de la Calidad de Vida el diagnóstico precoz de Diabetes e Hipertensión Arterial, estableciendo con esto que las instituciones de salud del estado sean el sector que con mayor compromiso den atención de los usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles; con prioridad en el grupo especialmente vulnerable de la población mayor de 45 años.

Por tanto las instituciones prestadoras de servicios de salud en coordinación con las entidades promotoras de Salud y las administradoras de riesgos profesionales, una vez establecido el Diagnóstico de Hipertensión Arterial y/o Diabetes mellitus Tipo II, en aplicación de la Resolución 4003 de 2008, deben identificar la población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica con el propósito de prevenir la ocurrencia de complicaciones, en las que se incluye la Enfermedad Renal Crónica por ser ésta, una enfermedad de alto costo para el sistema de salud.

Con esta regulación se hace necesario establecer si las acciones proyectadas están logrando producir el efecto pretendido; se requiere valorar los servicios sociales, cognitivos y/o materiales e identificar si llegaron a la población objeto, en síntesis indagar cuales componentes influyen positiva o negativamente en lo que hoy se denomina acceso a los servicios de salud, importante factor constitutivo de la equidad en Salud.

La evaluación se debe dar con el ánimo de fortalecer la equidad y reforzar la calidad, pues se abre la posibilidad de ajustar acciones que propicien la transformación de aquellos aspectos negativos e incrementen los positivos.

Es claro que las barreras en el acceso dependen de diversas variables: algunas vinculadas a la estructura y organización de los sistemas de atención, otras relacionadas con el sistema de previsión que ampara a las personas que afectan la prestación de los servicios y la cobertura poblacional especialmente a la población más vulnerable (12).

La perspectiva a nivel nacional evidencia que los resultados no son los esperados, aun cuando en la base de datos de usuarios y afiliados al sistema de salud por parte del FOSYGA (BDUA) a diciembre del 2012 se reporte una cobertura en afiliación a Salud del 91% (13), la encuesta de calidad de Vida 2003 y 2008 reporta que pasados varios años de la reforma, incluso con la implementación del sistema obligatorio de garantía de calidad, el acceso a los servicios de salud sigue teniendo restrictivos, siendo el factor económico por la financiación de los co-pagos, cuotas moderadoras, costos de viajes entre otros, el principal.

Los usuarios manifestaron haber tenido alguna barrera de acceso a los servicios de salud (14), tal como lo presenta la siguiente tabla:

Tabla 1: Barreras de acceso a los servicios de salud

Región	Tipo de barrera	2003	2008
Bogotá D.C.	Demanda Dinero	55,77%	39,01%
	Demanda Tiempo	9,28%	3,32%
	Oferta Acceso	9,93%	21,69%
	Oferta Calidad	25,02%	35,99%
Total Nacional	Demanda Dinero	62,28%	45,14%
	Demanda Tiempo	8,18%	10,37%
	Oferta Acceso	11,89%	14,64%
	Oferta Calidad	17,65%	29,85%

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida 2003 y 2008. Elaborado: Junio 2010 (DANE, 2010)

El análisis de las barreras, es cuantitativo, con los siguientes resultados:

- Demanda Dinero: se refiere a las personas que no usaron servicios de salud por falta de dinero.
- Demanda Tiempo: se refiere a las personas que no usaron servicios de salud por falta de tiempo.
- Oferta Acceso: se refiere a las personas que no usaron servicios de salud porque el centro de salud es lejano o porque consideran que se requieren muchos trámites.
- Oferta Calidad: se refiere a las personas que no usaron servicios de salud porque consideran que es malo el servicio, la cita se la dieron muy distanciada, no los atendieron, no confían en los médicos, o consultaron y no les resolvieron problema.

Sumado a los resultados de la encuesta de calidad de vida del DANE a pesar de los esfuerzos legislativos e institucionales desarrollados en los diferentes niveles de atención en salud, el Sistema de Información Distrital de Barreras de Acceso a los Servicios de Salud (SIDBA) identifica y reporta trimestralmente casos identificados.

Como resultante de la medición realizada en el 2012 para Bogotá D.C. las barreras son: administrativas en el 75%, culturales el 9%, técnicas el 7%, económicas el 5%, y geográficas el 4% (15), los hallazgos en cuanto a tipos de barreras de acceso que realiza el SIDBA se refieren a obstáculos físicos para el ingreso a las instalaciones del hospital, del laboratorio y de la farmacia; de disponibilidad de recursos humanos y materiales (en condiciones de ser utilizados) y la asequibilidad, es decir si los gastos en los que deben incurrir los pacientes, están a su alcance (15).

Los móviles para las barreras de acceso en el 2012 en Bogotá D.C. son: dificultades para la prestación de servicios del POS, el 25%, dificultades para el acceso a servicios por inconsistencias en las base de datos 12%, casos especiales con demora en el inicio de tratamientos prioritarios, o de alto costo, o tutelas 10%, atención deshumanizada, o extralimitación y abuso de responsabilidades 9%, inadecuada orientación sobre derechos, deberes, trámites a realizar 7%, fallas en la prestación de servicios que no cumplen con estándares de calidad 5%, prestación de servicios en lugares retirados de donde reside usuario 4% (15).

Ahora bien este estudio está enfocado en el programa de atención a beneficiarios con condiciones crónica de la E.S.E. Hospital Fontibón, para esto se realizó un análisis de la base de datos los resultados se expondrán en los siguientes párrafos; se presentarán alternándolos con las observaciones de los datos referidos a la localidad y a la norma que regula el programa.

En primer lugar se estableció que los usuarios, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2012, presentan Hipertensión arterial el 82% y Diabetes el 17%; registran comorbilidad con EPOC el 5% y complicaciones renales el 4%. (16).

Esta tendencia se refleja en el perfil de morbilidad de la localidad, para el 2012, la Hipertensión Arterial, está presente en todos los servicios de atención, en consulta externa, es la primera causa, en hospitalización está en el noveno lugar y en Urgencias, es la octava causa (16).

Estos resultados se enmarcan en la localidad de Fontibón, en donde según el DANE (15) del 2005, al 2015, la población tiende a la disminución en el grupo de menores de 14 años, en

tanto que de los 15 a 64 años se mantiene, con un consecuente aumento en la población de 65 y más años.

Sumado a lo anterior, el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de 2011 de la localidad, informa que la población con condiciones crónicas está siendo afectada al concurrir algunas situaciones o condiciones de discapacidad; vinculadas en el 45.7% al grupo de adultos y en el 33.1% al grupo de personas mayores de 60 años. (16).

Continuando con la descripción de los usuarios del programa, en segundo lugar se estudia el régimen de afiliación en el que están incluidos, aunque la norma es explícita, al determinar, que está dirigida al régimen subsidiado, el 7% de los usuarios han sido vinculados y el 1% de los usuarios accedió como particular.

En tercer y cuarto lugar se describe que la mayoría de los usuarios son mujeres, el grupo de edad con mayor cantidad de usuarios del programa se encuentra entre los 60 y 79 años.

En la variable edad, entre quienes están vinculados al programa, se encuentra que el 3% tiene entre 19 a 44 años, el restante 97%, corresponde a mayores de 45 años, distribuidos así: el 23% de 45 a 59 años, el 55% entre 60 a 79 años y el 19% entre 80 a 99 años.

El quinto punto del análisis se hace desde la de “*la idoneidad de la atención*”, el anexo técnico de la resolución 4003 de 2008, define que los pacientes hipertensos o diabéticos de acuerdo con su riesgo cardiovascular, deben ser atendidos o referidos a un nivel de complejidad en el que su atención pueda ser liderada por el Médico General o por Especialista en medicina interna, acorde con el riesgo establecido.

Dando curso a la clasificación del riesgo, es conveniente proceder a la realización de pruebas diagnósticas y precisar la estratificación del riesgo en cada uno de los cuatro grupos

que fueron definidos por la Sociedad Europea de Hipertensión y de la Sociedad Europea de Cardiología, definiendo la conducta a seguir (4).

La resultante es la clasificación y hallazgo de riesgo Cardiovascular, a manera de ejemplo, si el resultado es Riesgo Muy Alto, el usuario entra al grupo de mayor riesgo cardiovascular, aquí se reúne a los pacientes que tienen una Condición Clínica Asociada (CCA), es decir, quienes ya presentan una complicación crónica secundaria a la hipertensión arterial; de acuerdo con la clasificación adoptada por la guía nacional para la atención de la hipertensión, estas condiciones son: accidente cerebral vascular o isquemia cerebral transitoria, infarto de miocardio, angina, revascularización coronaria, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y retinopatía avanzada (4) (18).

Por tanto el manejo de este grupo de pacientes es exclusivo del Médico Especialista en medicina interna, con una periodicidad trimestral y con seguimiento por las especialidades que sean pertinentes de acuerdo con la CCA específica de cada uno de los pacientes (neurólogo y cardiólogo con periodicidad anual y nefrólogo y oftalmólogo con periodicidad semestral) (4).

El proceso descrito con el anterior ejemplo, mediante el cual se clasifica el riesgo y se define el nivel de complejidad de la atención, en la E.S.E. Hospital Fontibón, está garantizado se designan Profesionales y técnicos, se asignan los recursos materiales y hay adjudicación exclusiva de instalaciones físicas en el área de consulta externa (18).

Forman parte de los recursos asignados, el formato de la Historia Clínica Digital, conformado por las fases de valoración clínica, la solicitud exámenes de laboratorio, las actividades de promoción de la salud, el procedimiento de referencia a otro nivel de atención y la prescripción de medicamentos.

Se podría deducir con los resultados de la evaluación del programa Crónicos del Hospital de Fontibón, en su estructura y procesos que existe la evidencia de que se cuenta con recursos Profesionales materiales e instalaciones físicas que se ajustan a la norma, para la clasificación y/o valoración de los usuarios, en garantía de que haya control efectivo sobre el avance de la enfermedad.

No puede decidirse lo mismo al evaluar los indicadores de resultado de los cuales se deriva la clasificación del riesgo, tales como registrar el estadio de la HTA, valorar el riesgo cardiovascular y establecer el estadio renal, ya que se ven afectados por la frecuencia con que se realizan los procedimientos, el seguimiento no se puede realizar con la continuidad que la guía de atención recomienda, ya que los usuarios no acuden a la IPS a solicitar los servicios (19).

Concluyendo, están dadas las condiciones para que los usuarios puedan ingresar al programa, la dificultad radica en la inasistencia a las consultas de control por parte de los usuarios, esto podría interpretarse como una evidencia de que existen barreras de acceso; el informe del SIDBA durante el periodo estudiado confirma que de la población que presentó barreras de acceso, el 13% pertenece al grupo de usuarios con edades entre 65 años y más y en este grupo la población de personas con enfermedad crónica representa el 6% (19).

Por esto diversos autores proponen abordar el tema desde un estudio cualitativo a partir de los actores y el sentido que ellos le den a la utilización de los servicios, vislumbrando lo que ocurre después de adherirse al programa de gestión de la enfermedad crónica.

Marco Teórico

Marco Jurídico

En Colombia, con la Ley 10 de 1990, bajo la premisa “el Estado intervendrá en el servicio público de salud” (20), se da inicio, a una serie de cambios en la reglamentación en Salud.

La Constitución Política, la Ley 60 y la Ley 100 de 1993, dan paso al actual Sistema de Salud Colombiano, en el que, teniendo como precursores, al acuerdo 117 de 1998 y a la resolución 412 de 2000, la resolución 425 de 2008, deviene, al eje programático de Salud Pública (11), en el área de acciones de promoción de la salud y de la Calidad de Vida, entre las que se encuentra incluido el diagnóstico precoz de Diabetes e Hipertensión Arterial.

Una vez establecido el Diagnóstico, con el propósito, de contribuir a la prevención de la ocurrencia de complicaciones, en aplicación de la Resolución 4003 de 2008 y su anexo técnico (4), los Hospitales del Estado, en coordinación con las entidades promotoras de Salud y las administradoras de riesgos profesionales, deberán identificar la población en riesgo de desarrollar enfermedad renal crónica.

En el actual mandato presidencial, integrando toda la legislación anterior, el plan Decenal de Salud Pública, 2012 – 2021, incluye, en la dimensión prioritaria, vida saludable y condiciones no transmisibles, las condiciones crónicas prevalentes; la acción está orientada a promover el acceso y dar un abordaje efectivo de las Enfermedades No Transmisibles, (ENT), tanto a los servicios de salud, como a otros servicios sociales, con, dos metas concretas, para el 2021; la primera, reducir en un 25% la Hipertensión Arterial en mayores de 25 años y la segunda, mantener el 85% de las personas sin enfermedad renal o en estadio 1 y 2, a pesar de tener enfermedades precursoras para el caso: Hipertensión y Diabetes (21).

Complementario a estas acciones, la Secretaria Distrital de Salud en el Plan Territorial 2012-2016 realiza la propuesta “Personas con enfermedades crónicas cada vez más importantes para la ciudad”; cuyo planteamiento consiste en un trabajo intersectorial coordinado y sinérgico, que se circunscribe, dentro de los lineamientos del Plan de Intervenciones Colectivas, al subproceso Gestión para el acceso equitativo a los servicios de salud y sociales, apuntando a la articulación de las acciones individuales del Plan Obligatorio de salud, (POS) con las del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), cuyo fin es la eliminación de las barreras de acceso en la atención (22).

De otro lado, en 1980, los 32 estados miembros de la Organización Mundial de la Salud, adoptaron una política sanitaria común, el primer objetivo se ocupa de la equidad, “para el año 2000, las diferencias reales en el estado de salud entre los países y entre grupos dentro de los países deben reducirse en al menos un 25%” (24).

En 1992 la Directora de la Organización Mundial de la Salud (OMS) Margaret Whitehead², define la equidad como la inexistencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades (25).

En concordancia con los planteamientos internacionales, Colombia, con la ley 1438 de 2011, en términos de “la garantía del acceso al plan de beneficios a todos los afiliados”, mantiene, en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, independientemente de la capacidad de pago y condiciones particulares de los usuarios, una de las características del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud: la accesibilidad, definida como la posibilidad que tiene el usuario de utilizar los servicios de salud (10).

2 Cátedra de Salud Pública universidad de Liverpool, es también el Director de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Colaborador de Investigación de Políticas sobre los Determinantes Sociales de la Salud. ha trabajado extensamente en las desigualdades sociales en la salud y en la atención de la salud, en particular la cuestión de lo que se puede hacer para reducirlos.

Acceso

Dominio estrecho del acceso:

Ajuste entre las características de los servicios y las de la población, búsqueda del individuo al inicio de la atención, se concentra en las características de la oferta, (disponibilidad, localización y su ajuste a las características de la demanda: renta familiar, cobertura de seguro) Frenk y Donabedian prefieren el término accesibilidad. Se evalúa con los componentes relacionados con las características de la población y/o de la oferta.

Dominio amplio del acceso:

Utilización de los servicios, desde la necesidad de atención a utilización de los servicios. Contempla procesos culturales, actitudinales, cognoscitivos y conductuales que junto con la accesibilidad determinan la utilización de los servicios. Se evalúa a través de los resultados es decir del acceso realizado o de la utilización de los servicios (5).

En ambos casos, se puede analizar desde el contacto inicial con los servicios, hasta los contactos continuados a lo largo del evento. En este estudio, el interés está puesto en el análisis del acceso a usuarios con un diagnóstico específico, por tanto, al hablar de acceso a los servicios de salud se hace referencia al proceso mediante el cual las personas buscan atención y ésta se logra.

Teniendo en cuenta la explicación ofrecida por Frenk, en el 2010, Sandra Rodríguez Acosta, define el acceso como un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente. (26).

Al referirse al acceso como a una acción que da cuenta de la satisfacción de una necesidad, se le debe concebir más allá de la atención inicial que se le brinda a los usuarios, trasciende a todos los momentos en los que los pacientes acuden al programa, así como a los diferentes servicios y beneficios que se les ofrece, es decir a lo largo del continuo asistencial (5), es fundamental indicar que el acceso, implica el “ajuste entre las características de los servicios y las de la población” (26), (5), por tanto los problemas en el acceso surgen cuando las barreras conducen a peores resultados en salud (5).

Ahora bien, los autores Aday y Andersen en el “Modelo de comportamiento de utilización de servicios de salud” hacen la distinción entre factores relacionados con las políticas, las características de la población y los proveedores, diferencian claramente dos tipos de acceso:

Acceso Realizado:

Entendido como la utilización efectiva de los servicios, se incorporan las características propias de los servicios prestados por las instituciones de salud, entre las que se pueden definir los siguientes componentes:

- En primer lugar la oferta o conjunto de servicios disponibles para ser utilizados por la población, puede estar influido por las políticas de salud (5), es la disponibilidad de los recursos en la organización que presta los servicios, hace referencia a aquellos elementos con los que cuenta la institución tales como medicamentos, instalaciones, instrumentos y profesionales.
- Trámites Administrativos, tienen que ver, por ejemplo, con las autorizaciones para la prestación de diferentes servicios y la asignación de citas, entre otros.

- **Tiempos de espera:** lapso de tiempo que transcurre entre la solicitud de una prestación y su satisfacción. (asignación de cita, autorizaciones, entrega de medicamentos, consultas médicas). El tiempo de espera tiene lugar en la teoría de la decisión, en la cual una regla de espera se caracteriza como un mecanismo que sirve para decidir si continuar o detener un proceso, sobre la base de la posición presente y de eventos pasados, y que casi seguramente conduce a una decisión para detener en algún momento de tiempo.
- **Afiliación en Salud:** régimen de afiliación al cual se encuentra incorporado el usuario, la cobertura de un seguro no equivale a acceso a una atención, si la IPS realiza la prestación o no, está determinado por la contratación (5).

Acceso Potencial:

Tiene que ver con todos aquellos factores que inducen y facilitan la utilización de los servicios.

Factores Subjetivos

Inicialmente, se percibe una serie de factores de orden *subjetivo*, tales como:

- **Las creencias:** son las convicciones que el individuo posee frente a determinados temas, las cuales derivan en la interpretación frente a un hecho particular, como tal actúan en la vida psíquica y en el comportamiento del individuo orientando su inserción y conocimiento del mundo.
- **Estilo de Vida:** “Es el conjunto de patrones de conducta, determinado por las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida, permite

entender, cómo una conducta relacionada con la salud, está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida” (26).

- Las actitudes: se expresan en la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.
- El nivel de conocimiento del paciente del sistema de salud y su funcionamiento.
- Compromiso: del Usuario respecto a su propio tratamiento.
- Necesidades: Este concepto generalmente se encuentra asociado a la situación de carencia, la cual está ligada al deseo de satisfacción de la misma. Sin embargo, autores como Manfred Max Neef, señalan que los seres humanos poseen múltiples necesidades y que éstas son interdependientes, por lo tanto son un sistema que se interrelaciona e interactúa constantemente (28).

Las necesidades humanas son clasificadas en dos categorías:

- Existenciales: Ser, Tener, Hacer y Estar.
- Axiológicas: Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad.

Además, se afianza un elemento para la comprensión de las necesidades: *los satisfactores*, descritos, como aquellos elementos que contribuyen a la satisfacción de la necesidad, los programas de salud se constituyen en satisfactores de necesidades de unas personas, tales como ser y estar sano y protegerse de las enfermedades (Protección).

Factores Objetivos

Además se describen factores en el plano *objetivo*, que se relacionan directamente con la existencia de condiciones materiales:

- Ingreso económico: Son aquellos recursos que percibe una persona en razón a una actividad realizada, por ejemplo: el salario que se recibe por un trabajo desempeñado. Estos pueden ser de diferentes niveles: nulos, bajos, medios o altos.
- Situación laboral: Se refiere a la tenencia o no de una profesión u oficio y las condiciones del mismo.
- Lugar de residencia, se refiere al estrato socio económico, también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad (29).
- La existencia de redes sociales de apoyo para los pacientes crónicos: una red social es un mapa de todos los lazos relevantes entre todos los nodos estudiados “es una colección dinámica de organismos que actúan, están relacionados no linealmente y evolucionan con el tiempo” (30).
- Edad, especialmente si los pacientes ancianos no conviven con la familia y por lo tanto, llegan a ser personas desconocidas (30).
- Nivel Educativo: en relación con aptitudes para la lectura e interpretación de la prescripción del cuidado y/o la terapéutica.
- Género este concepto aporta desde varias perspectivas, la primera dada por la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los hombres, trae como consecuencia una

mayor proporción de población femenina en la vejez (32), además de esto las mujeres asumen la organización y asistencia del cuidado personal, mientras que los hombres ayudan y acompañan a las cuidadoras (33).

Programa de Atención

El grupo de afecciones denominado “Enfermedades Crónicas No Transmisibles” requiere de una atención especial por parte del sistema, es importante garantizar la calidad a los potenciales beneficiarios y también lo es habilitar el acceso, en garantía de la equidad, las carencias, en el manejo de la enfermedad, en quien está siendo afectado y eventualmente en su entorno familiar, comunitario y en el propio sistema de salud, enfrentan repercusiones, derivadas del “alto costo” que se origina. (34).

Provisto que en el modelo de Competencia regulada, las IPS se responsabilizan de los costes y resultados en salud de la población, a cambio de un pago per cápita; con el fin de establecer disposiciones para la acción a nivel general, dado que es de obligatorio cumplimiento asegurar una atención de excelencia, para las personas con condiciones crónicas; dando curso a la regulación del país sobre el tema y ajustándose a la contratación.

Cada Institución en aplicación de la Resolución 4003 de 2008 y su anexo técnico (4), diseña y oferta programas de atención, en los que se incluyen tres tipos de características dirigidas al cuidado y protección de los procesos vitales: a) estructura del servicio, b) Beneficiarios o clientes, c) asistentes o prestatarios (35), forma parte del programa la evaluación, ya que además de estar disponibles, los servicios deben ser aceptados y satisfacer a quien los demanda, éste se convierte en uno de los retos más importantes que enfrentan los sistemas de salud (36).

Red Conceptual

Enfermedad Crónica

La OMS define como enfermedad crónica “enfermedades de larga duración y generalmente progresión lenta”, el Centro para la Prevención y Control de Enfermedades, delimita “las condiciones que no son curadas cuando se adquieren son consideradas crónicas”, y ha establecido que tienen que estar presentes al menos durante 3 meses. Las enfermedades crónicas más frecuentes son las siguientes: enfermedades cardíacas, ictus, cáncer, enfermedades respiratorias, diabetes y problemas mentales. (37)

Programas de Servicio de Salud

“Un conjunto organizado, coherente e integrado de *actividades* y de servicios, realizado simultánea o sucesivamente, con los *recursos* necesarios y con la finalidad de alcanzar los *objetivos* determinados en relación con los *problemas de salud* precisos y para una población determinada, cuya evaluación, da cuenta de la consecución de objetivos, la idoneidad de actividades y la adecuación de recursos para conseguir los objetivos enunciados” (38).

Equidad en Salud

Es la “ausencia de diferencias sistemáticas y potencialmente evitables en aspectos de salud, entre poblaciones o grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográfica. Partiendo por reconocer la salud como un derecho fundamental (39).”

Inequidad en salud

Diferencias sistemáticas y potencialmente remediables en uno o más aspectos de la salud de grupos o subgrupos poblacionales sociales, económicos, demográficos y geográficamente definidos (39).

Política y acciones equitativas

Decisiones políticas activas y acciones programáticas dirigidas a reducir o eliminar las desigualdades en materia de salud (39).

Acceso a Servicios de Salud

Un proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud o por un diagnóstico sobre el mismo y la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente, en tal proceso están involucrados diversos momentos o etapas que pueden ser objeto de análisis o intervención, como la motivación que tienen las personas para solicitar una atención, la facilidad para entrar en contacto con los servicios de salud y su satisfacción final (26).

Acceso centrado en el Paciente

Se refiere a la capacidad de asegurar la asistencia y medicación apropiada, cuando y donde se necesita, con las características del acceso centrado en el paciente que son la disponibilidad, la idoneidad, la preferencia y la puntualidad (41).

Son características del acceso (42).

- Disponibilidad implica el acceso fundamental: es principalmente una función de ofrecer un servicio necesario en el área geográfica del paciente y dentro de los medios financieros del paciente.
- Idoneidad consiste en obtener el nivel adecuado de atención, es complicada por la diferencia de potencial entre lo que el paciente quiere y lo que se indica medicamente. Ceder a la influencia de la presión puede propiciar la atención inadecuada del paciente, creando más estrés para un sistema ya sobrecargado.
- Preferencia refiere al acceso del paciente a un proveedor preferido o servicio médico específico.
- Puntualidad recibir atención cuando se desee, los pacientes y los proveedores deben coordinar la hora y lugar del servicio.
- Legitimidad: este concepto es también la suma de una serie de elementos, pero su trasfondo señala que los aspectos importantes para el individuo en la atención en salud, sean igual de importantes para la sociedad como un todo y que no se acuda a una serie de elementos que no impliquen un bien común para la sociedad.

Objetivos

Objetivo General

Explorar la influencia positiva o negativa, de las características del programa de gestión de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en el acceso de los Usuarios al control, en la E.S.E. Hospital Fontibón, de Bogotá D.C.

Objetivos Específicos

1. Establecer la interacción de los componentes del programa de crónicos: beneficiarios, prestatarios y estructura, desde la perspectiva de los elementos que se puedan interpretar como barreras en el acceso.
2. Evidenciar las barreras de acceso al programa de Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, proponiendo su reconocimiento desde la mirada de la población usuaria.

Metodología

Enfoque

El enfoque para el desarrollo de este trabajo de grado será de tipo cualitativo, Inductivo-Deductivo, la principal unidad de análisis son los actores sociales que participan del mismo, estos son: usuarios de los servicios y agentes de salud, quienes a partir de sus propias experiencias y conocimientos darán cuenta de los factores que facilitan y/u obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

Los resultados serán la base de la propuesta que resultara del análisis del acceso desde la mirada de los usuarios en condición crónica.

Técnicas que se utilizarán

Entrevista semi-estructurada: dirigida usuarios del programa y auxiliares en salud, de los territorios saludables, se diseña en respuesta a lo planteado en el primer objetivo específico.

Se realizan 2 tipos de entrevistas para ser aplicadas, una a usuarios del programa y otra a auxiliares y profesionales de Salud, se espera con esto dar cumplimiento al segundo objetivo específico, es decir presentar el reconocimiento de las barreras de acceso al programa de Control de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, desde la mirada de la población usuaria.

Los instrumentos que se utilizarán en la recolección de la información se encuentran en los anexos 1 y 2 de este documento.

Población Objeto del estudio

Universo:

Los usuarios del programa Crónicos del Hospital Fontibón que consultaron durante los años 2012 y 2013 y que se encuentran en la base de datos del programa, en total 3007.

Población:

Los usuarios del programa Crónicos del Hospital Fontibón que consultaron únicamente en tercer trimestre del año 2013 y que se encuentran en la base de datos del programa, en el momento del estudio llevan más de 6 meses de inasistencia al programa, en total 63 usuarios.

Muestra:

Criterios de Inclusión:

Se seleccionan para ser entrevistados, aquellos usuarios que asistieron a consulta de control durante el tercer trimestre de 2013, que cumplan con las siguientes características, estar en la base de datos, tener inasistencia mayor de 6 meses a las actividades del programa, y que se puedan contactar para realizar la entrevista.

Criterios de exclusión:

No se incluirán en la muestra aquellos usuarios que cumpliendo con los criterios de inclusión, hayan fallecido o los datos de contacto registrados en la base de datos no permitan su ubicación.

En cuanto a las auxiliares de salud, son aquellas que llevan mínimo 6 meses en el proceso de caracterización de la población, las entrevistas se desarrollan hasta alcanzar la información requerida en el estudio, o la redundancia en las respuestas.

Materiales y Métodos:

Obtención de la muestra:

A partir de la base de datos del programa de atención de usuarios crónicos, la cual es generada por la oficina de sistemas de información, mediante el software de Historias Clínicas del Hospital de Fontibón en un archivo de Excel, se obtiene el universo de los usuarios, excluyendo los datos repetidos.

La población se obtiene mediante una tabla dinámica teniendo como punto de referencia el número de identificación de los usuarios, se crea un consecutivo de las atenciones mes a mes, conservando los registros únicos.

A partir de ahí se realizan las entrevistas, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, hasta obtener redundancia de la información.

Datos de los usuarios:

De la tabla dinámica se adquieren los datos de identificación de los usuarios de los cuales se van a derivar los otros datos propuestos por la entrevista.

Número de identificación

Nombres, Apellidos

Fecha de Atención

Número telefónico

Condición o enfermedad Crónica por la cual fue ingresado al programa.

Clasificación de riesgo Cardiovascular.

Fecha de Nacimiento, Edad

Empresa Promotora de Salud.

Tabulación de las entrevistas:

Una vez conformada la muestra se realiza llamada telefónica a los usuarios, por ser ésta la forma acostumbrada de comunicación entre el Hospital y los usuarios del programa, se registran las respuestas en el momento de escucharlas, en formato MP3 y en una base de datos de Excel.

Plan De Análisis De Resultados

Análisis del Discurso:

Su importancia se deriva de la opacidad del discurso, es decir que el lenguaje no es transparente, no siempre lo expresado refleja lo pensando (43), es un procedimiento metodológico para analizar los textos narrativos que provienen de las entrevistas biográficas, con el objetivo de hacer emerger el discurso que implícita o explícitamente se encuentra en los relatos (44).

Las herramientas propuestas para el análisis del discurso generan la información que al ser eficazmente organizada y conciliada con los indicadores del acceso, se convierten en un instrumento útil para de tomar decisiones que definen el diseño de políticas.

Se utiliza la herramienta Atlas Ti, codificando las categorías del acceso que se mencionan a continuación.

Categorías para el análisis

- a) Barreras de Acceso, dadas por la estructura del servicio
- b) Barreras de Acceso dadas por Entidades administradores de los servicios de salud.
- c) Barreras de Acceso dadas por los Beneficiarios o clientes

Niveles de Análisis:

Positivo (De Contenido)

Parámetro de análisis: Palabra.

Consiste en ver cuántas palabras dentro del corpus se repiten. Es un primer nivel de estadística textual como análisis de contenido. Es un análisis de relación y frecuencias de palabras. Por acumulación de palabras, aparece un determinado sentido.

Le podemos ir dando un primer nivel cualitativo, por ejemplo, el diferencial semántico.

Estructural

Parámetro de análisis: Texto.

La materialización del discurso, aquí aparece la estructura de la lengua no hablada. Un conjunto de imágenes puede ser un texto. Nuestra propia manera de vestir es un texto. Los textos suelen ser bastante coherentes.

Socio-Hermenéutico

Parámetro de análisis: Contexto.

El contexto hace comprensible el discurso, permite interpretar, declarar, anunciar, esclarecer y traducir, las palabras y los textos de acuerdo con el marco en el cual se realizan.

Las características físicas del contexto incluyen el momento histórico o elemento “tiempo” y el “lugar”, demarcados en un “contexto social y cultural” concreto y definidos por el conjunto de los valores y de los procesos de aprendizaje, que evidencia la dinámica del grupo en el que se origina el discurso (45).

Por tanto el análisis del discurso implica identificar los componentes que rodean al discurso, que hacen comprensible su contenido, su cometido y su efecto (45):

- a. Contexto (físico, psicológico, político, cultural...)
- b. Asunto o tema (explícito e implícito)
- c. Los agentes y los pacientes implicados (quien lo genera, para quién, sobre quién, qué relaciones de poder alimentan)
- d. Productos (qué materiales se están generando desde ese discurso, con qué funciones, mediante qué canales) (45)

Limitaciones del Estudio

- La negativa de los funcionarios a participar. Esta opción será respetada completamente, se garantizará la privacidad.
- La subjetividad en el análisis, dada por ser la Investigadora parte de la Institución, en la cual se desarrolla el estudio. Para evitar, la subjetividad la opción es actuar frente al usuario de la manera acostumbrada en el programa.

Análisis, Interpretación.

Entrevistas

Las entrevistas a funcionarios del Hospital Fontibón fueron realizadas durante el segundo trimestre de 2013, son anónimas, utilizando los formatos de entrevista semi-estructurada que se encuentra en los anexos de este documento, en tanto que las entrevistas a usuarios se realizan en el segundo trimestre de 2014.

Las entrevistas de los usuarios se digitan y se analizan con ATLAS ti, teniendo en cuenta la secuencia propuesta para este estudio: Palabra, Texto y Contexto.

La investigadora, participó en el proceso de habla, dando siempre la claridad de ser parte de la institución en calidad de funcionaria, utilizando el conjunto de preguntas orientadoras formuladas.

Las entrevistas son de dos tipos, las dirigidas a agentes del programa, se orientan a indagar si existe relación con personas con las condiciones crónicas estudiadas, es decir Hipertensión Arterial y Diabetes mellitus, en estas entrevistas individuales se indaga si desde su quehacer de agentes de salud han evidenciado que existen barreras en el acceso a los servicios de salud

para los usuarios y cuál es el mecanismo que ellos utilizan para cuidar de su salud cuando no asisten a las consultas de control.

El cuestionario realizado para la entrevista semiestructurada dirigida a los Usuarios del programa que cumplen con los criterios de selección, se divide en dos partes, la primera parte contiene los datos de identificación, previamente consultados en la base de datos, se utilizan para generar confianza en el entrevistado, pues le indican que ya es conocido por quien lo entrevista, en cuanto a los datos que no se conocen como nivel educativo, profesión u oficio, ingresos, y pertenencia a grupos de apoyo, se le formula la pregunta al usuario y se registra la respuesta.

La segunda parte hace referencia a la enfermedad por la cual el paciente está inscrito en el programa de crónicos, se formula preguntando si es Diabético o Hipertenso, con el fin de contratar con la base de datos, ya conocida por el entrevistador.

Conformación final de la muestra

Categoría del Actor	Cantidad
Profesional del área directiva.	1
Auxiliar de Servicios de Salud	4
Profesional de Salud relacionado con el programa.	2
Referente de programa Crónicos.	1
Usuarios del Servicio de salud	15

Características de la Muestra:

Descripción:

La muestra final de los usuarios está conformada por 15 personas con las siguientes características:

Tabla 2 Características de la muestra

Género:	Hombres: 6	Mujeres: 9			
Edad:	50 a 59 años: 2	60 a 69 años: 5	70 a 79 años: 4	80 a 89 años: 4	
Nivel Educativo:	Analfabetismo: 3	Bachillerato Incompleto: 2	Primaria incompleta: 9	Técnico incompleto: 1	
Oficio:	Conductor: 3	Hogar: 5	Renta: 1	Servicios: 4	Comerciante: 2
Ingresos:	Nulos: 5	Bajos: 8	Medios: 2	Altos: 0	

Residencia:

El barrio de residencia está ubicado en el 100% de los casos en la localidad de Fontibón, en los estratos 2 y 3, los usuarios entrevistados están ubicados en la UPZ 75, llamada Fontibón y la UPZ 77 llamada Zona Franca.

Nombre del Barrio	Número de Usuarios
Boston	2
Puente Grande	1
Bahía Solano	1
Las Flores	1
Flandes	1
Santa Cecilia	1
Recodo	1
San Pedro de los Robles	1
Versalles	3

Casandra	1
Refugio	1

IPS Primaria.

De acuerdo con el lugar de residencia los usuarios acuden al Hospital de Fontibón en las siguientes Unidades de Atención.

IPS Primaria:	UPA 48: 3	UPA 49: 7	UPA 51: 5
---------------	-----------	-----------	-----------

Análisis de Barreras de acceso por componentes del programa.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis planteadas para cumplir con los objetivos, comprenden los tres componentes del programa, cada una de las entrevistas será analizada en tres lecturas: la palabra, el texto y el contexto.

En este nivel de análisis se correlacionan los textos en los cuales los usuarios evidencian problemas en el acceso, con el fin de establecer el componente del programa en el cual se genera la barrera.

Este razonamiento se realiza desde la mirada de los usuarios que fueron entrevistados: La Institución representada por los agentes del programa y los usuarios del Programa de Atención a personas con condiciones crónicas o sus familiares.

Estructura del servicio:

La Institución:

La reglamentación del programa permite que se den criterios de vigilancia y control en términos de calidad y calidez para la prestación de los servicios, aun así la percepción de la Institución al respecto de la calidez con que los profesionales brindan atención a los usuarios denota que se ha perdido la mística, en el quehacer.

Los auxiliares entrevistados manifiestan que los usuarios frecuentemente se quejan porque integrantes del equipo interdisciplinario emiten informaciones fraccionadas, difíciles de interpretar o inconclusas.

Los auxiliares entrevistados enuncian que los usuarios les han manifestado que el equipo de salud, no dedica el tiempo suficiente para la realización de actividades informativas o educativas, expresan que la implementación de un programa en el que la Atención Primaria en Salud, vaya más allá de la caracterización y la derivación de los usuarios, en el cual el papel del profesional sea extendido al control del paciente Crónico en el territorio, transforma, la atención y mejora la percepción pues en el territorio se da el espacio de tiempo propicio para realizar este tipo de acciones.

Los Usuarios.

Del análisis de las entrevistas se obtienen los siguientes textos, que expresan las dificultades que han encontrado a la hora de acceder a los servicios:

Horarios de prestación de servicios: las actividades laborales de los usuarios no les permiten dedicar tiempo para el cuidado de la salud.

“Ahorita se está cuidando en la salud, antes cuando a él le hacían seguimiento de tensión, no se cuidaba, que él no iba por allá que él tenía que entregar producido, que entonces que el por eso no iba por allá”

“Yo la estaba llevando a controles pero, hace poco inicio a vivir con nosotros y nosotros le tomamos para que ella tenga los servicios, ella no estaba asistiendo, porque a los hijos no les ha quedado tiempo, a mí tampoco por el trabajo”

Dificultades para solicitar una cita: A pesar de existir diferentes opciones para la asignación de citas, los usuarios prefieren tomarla haciendo la solicitud de manera personal, resultando en congestiones que derivan en una barrera de acceso.

“Vamos al hospital de Fontibón o a centro día o a cualquier lado porque como a veces hay mucha fila, en cualquier lado”

Remisión a otro nivel de complejidad: la derivación de los pacientes hacia otras instituciones, incluso con el mismo nivel de complejidad por servicios no contratados conlleva al abandono de los tratamientos.

“eso era un problema tremendo porque me mandaban para Kennedy póngase a ver usted pal la pa... capital salud y eso eran unas filas muy grandes eso era muy, no mejor dicho y yo me tenía que ir sola y eso después cuando venía acá, que ya se le cumplió, dure un tiempo que no iba por eso”

“Me mandan al nuevo me mandan a todos lados, cuando quieren dar las citas las dan cuando no no, entonces es mejor ni ir ni al médico porque para que”

Entidades administradores de los servicios de salud.

La Institución.

Los auxiliares entrevistados afirman que los usuarios con condiciones crónicas residentes en la localidad pertenecen al régimen contributivo, lo cual resulta favorable para los usuarios que están afiliados a EPS que tienen sede de primer nivel en la localidad, las dificultades surgen cuando estos usuarios se deben remitir a otros niveles de atención pues deben enfrentar situaciones como el desplazamiento a otra localidad para atenciones, entrega de medicamentos y autorizaciones,

Los usuarios.

La voz de los usuarios entrevistados manifiesta muchas dificultades, que se originan en la necesidad de desplazarse a otras localidades para recibir atención, derivada de las complicaciones, como resultado de la contratación de la IPS con la EPS.

“Y fui dos mañanas y me dijeron no es que nosotros no tenemos contratos con CAPRECOM...fui dos mañanas y no volví más por allá”

“No han tenido inconvenientes, el inconveniente es que no tiene contrato, las últimas dos semanas no se ha podido pedir cita”

“Todavía no me han atendido, la primer vez allá (en Hospital San José), porque me atendían era en Santa Clara, pero se acabó el contrato, allá no hay endocrino...pues no hay, entonces por eso me han tenido así volando, por decir algo”

“Ahoritica ha sido más difícil de conseguir los servicios médicos, después de dos años que yo estaba en Sol Salud no ponían tanto problema como ahoritica, eso era rápido yo iba y me tomaba mis exámenes tocaba madrugar a las cinco de la mañana... yo iba y hacia la fila porque me mandan siempre es para la glicemia para la pre y la pos... Yo no sé, todo...todo...todo..., y como con más complicaciones de las cosas, no sé, antes uno iba y eso era rápido Le ponen mucho problema a uno”

Beneficiarios o Clientes

La Institución

La Institución cuenta con los requisitos establecidos por la normatividad para la atención de usuarios con condiciones crónicas, estructurados en un programa de atención, en el cual están dispuestos recursos físicos, humanos y tecnológicos en los niveles uno y dos de atención, pueden acceder a estos recursos los usuarios del régimen subsidiado, afiliados a entidades administradoras que tienen contrato con el Hospital.

Los usuarios.

El análisis del discurso de los Beneficiarios o clientes se realiza por niveles:

Análisis de Palabra, Texto y Contexto.

Palabras: Enunciados.

Mediante la herramienta examinador de palabras de ATLAS ti, se realiza búsqueda, encontrando que además de los conectores las palabras que más utilizaron los usuarios entrevistados son:

Palabra	Frecuencia	Porcentaje
Entonces	53	1.5%
Cita, citas	32	0.89%
Tiene, toca, tengo	31	0.86%
Mandan, mandaron	8	0.22%
Problema	7	0.19%

En el diccionario de la Real Academia de la lengua, se lee “entonces” como una expresión que da a entender que de lo dicho se deriva una consecuencia lógica que no es preciso exponer, se usa para justificar una consecuencia obvia, que en el contexto de quienes hablan se relaciona con los otros dos términos más utilizados.

Al hablar de “cita” y “citas” los usuarios hacen referencia a la acción que implica lograr ser incluido en la agenda de un profesional de Medicina, sea Médico General o Médico especialista, en otras palabras que le sea asignada un cita para una consulta de seguimiento en el programa de Control de Usuarios con Condiciones Crónicas.

El siguiente grupo de palabras hace referencia a la actitud con la que se asume la acción, son estas “tiene, toca, tengo, mandan, mandaron” en el texto de las entrevistas estas palabras son utilizadas para referirse a la participación de cada uno de ellos en la prescripción que les hacen los profesionales, respecto a los medicamentos, la dieta, las citas de control con otros profesionales, entre otros.

Texto: Actos de Habla.

Al realizar la lectura de los textos de todas las entrevistas se encuentran actos de habla en los que los entrevistados expresan de manera directa e intencional, su actual sentir acerca de cómo está convergiendo en el programa, las palabras se entrelazan con el término “entonces”, con lo que se da por entendido una consecuencia obvia de la inasistencia al programa.

Esto se da buscando otras opciones como el uso de medicamentos naturistas

“El mantiene muy enfermo con esa insulina, muy débil, entonces, lo están haciendo con remedios naturales, se siente mejor”.

“Yo pertenezco a una iglesia cristiana entonces nosotros conocemos mucho de lo que es la medicina natural yo me cuido en la actualidad lo que son las grasas, en la iglesia se estudia mucho sobre la salud, se estudia bastante”.

Asumiendo por sí mismo el cuidado de la salud,

“Ahorita se está cuidando en la salud, antes cuando a él le hacían seguimiento de tensión, no se cuidaba, que él no iba por allá que él tenía que entregar producido, que entonces que el por eso no iba por allá”

“los exámenes que mandaron a tomarlos el doctor entonces yo estoy en esa cuestión”

Admitiendo que es peor recibir un tratamiento,

“El compra hierbas, porque... es que lo que le pasa es que las pastas que le dan... ya fue donde el Doctor... y el Especialista le dijo que ya se la había acabado un riñón, que ya tenía un riñón muy desgastado, entonces le quito esos medicamentos, le dio otro medicamento, igual él no ha vuelto a ir a control porque a él no le dan permiso”.

“Lo han diagnosticado mal...la vez pasada fue un dedito del pie, tenían que quitárselo, sabiendo que pues acá se lo sanaron, supuestamente los médicos que no... no le han dado bien un diagnóstico, los médicos no han sido bien con sus fórmulas, entonces él dice que no, que a qué va a eso”.

“yo fui allá, me vio el doctor me mando droga como para dos meses, cuando vaya si dios quiere le pido es que me examine porque necesito saber cómo estoy del azúcar”

Explicando las barreras de acceso.

“Hay muchas citas o a veces se va el sistema y entonces... no eso es un problema para sacar cita, uno va temprano y está llegando temprano y saliendo uno a las doce”.

“Lo más que se le dificulta a uno es la cita con los especialistas, a mí se me dificulta terriblemente y como no alcanzo a ver, entonces, uno va horas y horas y horas, para que le digan a uno no hay vuelta”.

“me mandan a todos lados, cuando quieren dar las citas las dan cuando no...no, entonces es mejor ni ir ni al Médico porque para que...”

“que toca ir a los dos días y hay como yo ahorita estoy trabajando de coterero allá en abastos entonces que me toca hacer me toca esperarme”

“Me recetó unos exámenes para que fuera donde un especialista y me mandaron por allá a centro día... fui dos mañanas y me dijeron no es que nosotros no tenemos contratos con Caprecom...fui dos mañanas y no volví, más por allá.

“me mandaban para Kennedy póngase a ver usted...pa...capital salud y eso eran unas filas muy grandes eso era muy...no mejor dicho y yo me tenía que ir sola y eso después cuando venía acá, que ya se le cumplió, dure un tiempo que no iba por eso”

“Me mandan al nuevo me mandan a todos lados, cuando quieren dar las citas las dan cuando no...no, entonces es mejor ni ir ni al médico porque para que...”

“de ahí me mandan para los exámenes para el de Fontibón, de aquí me mandaron a centro día, cuando voy a hacer el control del médico general...”

Contexto:

El contexto en el que se expresan los comentarios de los usuarios se limita hacia el grupo de personas seleccionan mediante los criterios de inclusión, habitantes de la localidad de Fontibón, provenientes de Barrios estrato 2 y 3.

Se puede describir la muestra como un grupo mixto de hombres y mujeres, con edades que van desde los 50 a 89 años, cuya escolaridad varía, desde el analfabetismo hasta estudios técnicos incompletos, con predominio de estudios de primaria incompletos, cuyos ingresos son nulos o bajos, solo el 46% de ellos están ocupados en actividades que les generan ingresos.

A este grupo de personas de manera individual, en las condiciones acostumbradas por el programa de Control de enfermedades Crónicas se les indaga cómo han cuidado su salud y si realizan las actividades prescritas por los profesionales para el cuidado de la Salud.

Discusión

El programa de atención a usuarios crónicos está vigente en la actual regulación de Salud, con sustento en la ley 100.

Dado que el acuerdo 395 de 2008 aprobó la inclusión de servicios ambulatorios especializados en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, el esquema de subsidio pleno basado en el aseguramiento, circunscribe la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial en los grupos poblacionales de mayor riesgo.

Con una política, la resolución 4003 de 2008 (4) diseñada para el control de la HTA y DM2 en sus etapas 1, 2 y 3, valoradas por el compromiso renal, contiene un anexo técnico, que reglamenta las actividades de obligatorio cumplimiento por parte de: EPS-S, IPS y Profesionales de la salud; el objeto de la ley es la prevención de la Enfermedad Renal Crónica, por ser de alto costo para el sistema.

Cuenta con un programa de gestión de la enfermedad crónica, en el que se incluyen acciones dirigidas al cuidado y protección de los procesos vitales, se definen unos beneficiarios o clientes y asignan prestadores (Profesionales y Técnicos), en un proceso de organización de la prestación, en el que se incluyen recursos como medicamentos, locaciones, dispositivos y profesionales.

La captación activa, de la población objetivo se lleva a cabo en varios escenarios, son estos la consulta de detección de alteraciones; los tamizajes que consisten en pruebas diagnósticas que se realizan en el laboratorio clínico y la toma de tensión arterial entre otros, las personas diagnosticadas o en riesgo, se remiten a consulta por Médico General, para confirmar o descartar el dictamen, en garantía de la validación de un diagnóstico precoz y el inicio de un tratamiento oportuno, en arreglo con la resolución 412 de 2000 (46).

Desde la perspectiva de salud pública el enfoque del programa es Promocional, Preventivo y Resolutivo, se fundamenta en las acciones de sensibilización del ciudadano, mediante procesos de información y comunicación, contemplados en la estrategia de Atención Primaria en Salud, para el desarrollo de la salud, de la justicia social, y de la equidad (47).

Se realiza medición del acceso a los servicios de salud con en el sistema de identificación de barreras de acceso de beneficiarios en salud, SIDBA, y se establecen las causas que impiden dar inicio a la atención, la medición se hace a los obstáculos físicos, la disponibilidad de recursos y las condiciones que imposibilitan al usuario utilizar los servicios, tales como la situación económica, la condición o situación de discapacidad, entre otras.

El Informe SIDBA (48), del primero y segundo trimestre del Hospital Fontibón evidencia que en promedio la población con edades de 46 y más años que presentó barreras de acceso corresponde al 36.92% de un total de 810 barreras de acceso presentadas en todos los grupos de edad. Entre los usuarios pertenecientes a la población prioritaria que presentaron barreras de acceso las personas con enfermedad crónica conforman en promedio para los dos trimestres el 5.91% y registra que de los 280.790 usuarios atendidos durante el primer trimestre de 2013, el 91.73% de los accedió a orientaciones grupales, los temas más

registrados corresponden a información de cómo acceder al sistema de salud y a los servicios de salud.

La investigación realizada, que se plasma en el presente documento, evidencia la interrelación que existe entre los diversos actores involucrados en lo que se ha denominado control de la enfermedad crónica, relación que se caracteriza por la multiplicidad de conexiones, dadas entre los individuos o instituciones, (Sistema General de Seguridad Social, Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Usuarios, familias y comunidad), con un objetivo común, la búsqueda del óptimo en el estado de salud de los individuos involucrados, independiente de las circunstancias, individuales o compartidas con quienes viven en el mismo entorno o pertenecen a su tejido social, esto implica influencia mutua, y relaciones dinámicas.

La importancia de establecer las barreras de acceso en la enfermedad crónica radica en que, además de que la enfermedad crónica es para toda la vida, las deficiencias en su tratamiento llevan a complicaciones que el estado valora como de alto costo, por los gastos asociados al manejo de las complicaciones, sin dejar de lado la disconformidad de quien tiene que enfrentarlas.

El resultado de la interacción aquí establecida lleva a establecer que la relación propiciada por la oferta y demanda del servicio se desarrolla en un ámbito en el que el Estado oferta, las Empresas Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado propician, la Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud establecen un conjunto de intervenciones y el usuario acepta o rechaza estas intervenciones, las razones que lo llevan a la decisión están en su contexto sociocultural.

El contexto de quienes aceptan o rechazan las intervenciones, está representados por los usuarios incluidos en la muestra, conformada por un conjunto homogéneo de Hombres y Mujeres, en la sexta década de la vida que viven en el estrato dos, cuyo nivel de ingresos es nulo o bajo y su nivel de instrucción va del analfabetismo total al bachillerato incompleto.

En el análisis del discurso se puede establecer que los usuarios sienten la necesidad de justificar su decisión: al responder a las preguntas del entrevistador agregan “entonces” evidenciando que sus acciones son una respuesta obvia a las debilidades del programa, a modo de ejemplo, no tomar el medicamento o no asistir a las consultas del programa, se justifica aduciendo que la institución no cuenta con recursos o se le presentan barreras que le impiden actuar...

“me mandan a todos lados, cuando quieren dar las citas las dan cuando no...no, entonces es mejor ni ir ni al Médico porque para que...”

La palabra más utilizada para expresar la dificultad en el acceso es “cita o citas” con esto los usuarios expresan su mayor inconformidad, no pude alcanzarla, no fue posible, existía mucha fila...

“Hay muchas citas o a veces se va el sistema y entonces... no eso es un problema para sacar cita, uno va temprano y está llegando temprano y saliendo uno a las doce”.

Finalmente se encuentran expresiones como “manda”, “mando”, “ordena”, “toca” haciendo referencia al cuidado propio de la salud, el cual incluye seguir la prescripción en cuanto a la realización de exámenes de laboratorio, cumplimiento de una dieta, participación en un programa de actividad física, toma de medicamentos, asistencia a citas de control y demás...

“de ahí me mandan para los exámenes para el de Fontibón, de aquí me mandaron a centro día, cuando voy a hacer el control del médico general...”

Se advierte que los usuarios no luchan, solo condescienden, con lo que el sistema de salud les da como opción, de todas maneras no pueden cumplirla, en respuesta, optan por iniciativas más a su alcance...

“entonces yo le hago esos remedios le doy esas hierbas así o le traigo hierbas que venden en la plaza le hago el agua, le hecho el sumito y le doy eso”

Al advertir este modo de pensar y de actuar, se cita a Jorge Dotti cuando expresa “tomar la decisión implica ser libre y responsable, el hombre decide en conformidad a su capacidad de juzgar, la persona actuante es una figura concreta en su identidad sociocultural, encarada desde la perspectiva del conocimiento (49), con la explicación de los usuarios se dilucida que el cuidado de su propia salud, no está en las decisiones de las personas, esta es una acción que se formaliza cuando el profesional lo ordena, citando a Hannah Arendt “mediante la acción los hombres muestran quienes son, revelan su única y personal identidad, sus cualidades, dotes, talento y defectos que exhiben u ocultan están implícitos en todo lo que ese alguien dice y hace” (50).

La dificultad reside en la desigualdad de la capacidad de deliberar, resultado de la convergencia de todos los factores que determinan la estructura social en la que se desenvuelven los usuarios del programa y de sus particularidades, en ellos la libertad de elección individual está limitada por los recursos personales y del entorno con los cuales cuenta, uno de ellos su estado de salud deteriorado, la mala salud les impide conseguir aquello que se les “ordena” practicar para recuperarla, ante situaciones como esta que se podrían describir como paradójicas, es necesario transformar la inequidad.

Con la certeza de que las cosas podrían ser de otra manera, pues solo el hombre puede reflexionar sobre sí y su entorno, solo él puede estar presente ante sí mismo e interrogarse sobre el modo de mejorar la realidad, solo la racionalidad humana permite la generación de la cultura (51).

Propuesta

Se vale plantear que no es el estado, no son las instituciones, es el individuo quien a partir de sus saberes, toma decisiones para la acción; el estado y las instituciones deben dar las herramientas, modificar los conocimientos habilidades y destrezas que desarrolla una persona para comprender transformar y practicar en el mundo en el que se desenvuelve.

La acción del estado y las instituciones se encuadra en el proceso de transformación de la cultura, entendida como: “un sistema (mecánico) o una red (dinámica) de creencias, significaciones, valores, normas y objetos que orientan los procesos de percepción, pensamiento, elección y decisión que efectúan los seres humanos” (51).

La transformación surge con la educación, cuya misión es dotar a todos sin excepción, hacer fructificar los talentos y capacidades de creación, lo que implica que cada uno pueda responsabilizarse de sí mismo y realizar su proyecto personal (52), posibilitando la estructura del saber.

Para ampliar el contexto es necesario remitirse a la definición etimológica del término “educación” tanto si se considera el vocablo “educere” (extraer, sacar a la luz, en el sentido socrático, desde dentro hacia afuera), como el vocablo “educare” (criar, nutrir o alimentar), significan lo que es propio de la raíz “duco” es decir tirar, sacar, traer, llevar, hacer salir,

guiar, conducir, en los que un doble sentido está implícito: “Cuidado”, que implica conducción desde fuera, pero también auto conducción desde adentro, se concluye que la decisión interna del discente es decisiva, hay una relación simbiótica entre “educare” y “educere” (53).

Esta propuesta en primer lugar destaca que la educación no es sólo cuestión de niños y adolescentes, el acto educativo es un proceso que actúa sobre el hombre a lo largo de toda su vida, su naturaleza le permite continuar aprendiendo sin importar su edad cronológica (54).

Los resultados del estudio muestran una población cuya edad arranca en la quinta década de la vida y se extiende hasta más allá de los 80 años, etapa que lleva al estado a ponerse frente a frente a un importante grupo poblacional, por ende el acto *andragógico*, se fundamentará en el perfil biológico, psicológico y social de su destinatario.

En segundo lugar, la *educación a lo largo de la vida*, basada en cuatro pilares: aprender a conocer y aprender a hacer, aprender a vivir juntos, aprender a vivir con los demás, aprender a ser (55), suscitando en los individuos resultados del aprendizaje que propicien acciones en beneficio de su salud, rescatando los saberes propios del entorno, e introduciendo conocimientos propios de las disciplinas de la salud.

Así pues, se vinculan elementos mentales, culturales, actitudinales y conductuales, que resaltan la aplicación de conocimientos y de procedimientos en el saber hacer (54), generando habilidades, capacidades específicas, conocimientos y actitudes que utiliza una persona, para resolver, de forma adecuada, tareas en un contexto definido y que se incorporan al “Ser”.

En tercer lugar, *educación para el desarrollo*, tiene por objeto el despliegue completo del hombre en toda su riqueza y en la complejidad de sus expresiones y de sus compromisos, el individuo, miembro de una familia y de su colectividad, ciudadano y productor, inventor de técnicas y creador de sueños” (55).

El desarrollo del ser humano, va desde el nacimiento al fin de la vida, es un proceso lógico que comienza por el conocimiento de sí mismo y se abre después a las relaciones con los demás, en este sentido, la educación es ante todo un viaje interior cuyas etapas corresponden a las de la maduración, constante de la personalidad, como medio para alcanzar la realización, es pues a la vez un proceso extremadamente individualizado y una estructuración social interactiva (55).

Desarrollarse es una necesidad vital que comparten sociedades e individuos la Educación para el Desarrollo será entendida como un proceso interactivo, dinámico, abierto a la participación activa y creativa, orientada hacia el compromiso y la acción (56).

Conclusiones

A través del estudio, se logran establecer evidencias claras de la interacción que se da entre los tres componentes del programa de atención a Usuarios Crónicos, es decir los beneficiarios, los prestatarios y la estructura misma del programa.

En los diálogos realizados con los usuarios del programa se puede establecer, que aun estando afiliado al régimen de seguridad social, no hay garantía del acceso a los servicios de salud.

Del análisis del discurso se puede inferir que el elemento constitutivo del programa, que se puede describir como mayor barrera de acceso, es inherente al usuario mismo, se advierte que no luchan, solo condescienden, con lo que para ellos sea alcanzable del sistema, la libertad de elección individual está limitada por los recursos personales y del entorno con los cuales cuenta.

Con las expresiones de los usuarios se explica que el cuidado, no está en las decisiones de las personas, ésta acción se formaliza cuando el profesional lo ordena, si no es posible su obtención, se opta por iniciativas más a su alcance.

El programa de control de enfermedades crónicas enfrenta una preponderancia en el dominio estrecho del acceso, siendo los factores subjetivos del acceso potencial, el mayor impedimento para el logro del dominio amplio.

La propuesta, no incluida dentro de los objetivos del estudio, pero válida, dadas las conclusiones, consiste en el desarrollo de acciones que intervengan la cultura, es decir en el proceso de pensar, elegir, decidir y actuar de las personas.

Con la *educación para el desarrollo, a lo largo de la vida*, rescatando la *andragogía*, se espera alentar a la comunidad para que se atreva a actuar a empoderarse, ya que solo hay comunidades sanas en donde hay educación sana (52).

En su sentido más general, significa tomar una iniciativa, “*archein*” comenzar, conducir y finalmente gobernar, se espera que las comunidades tomen la iniciativa y se aprestan a la acción (50), en beneficio de sus propias condiciones de salud y de los resultados institucionales, recatando el poder que la comunidad posee para tomar decisiones sobre su salud.

Esto es restablecer la gobernanza, buscar la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estado, proporcionar a éste buena parte de su legitimidad en lo que se define como "forma de gobernar", la gobernanza resulta fundamental para controlar y moderar las consecuencias de la determinación social, en lo político presenta ventajas como mayor énfasis en el desarrollo social, la construcción de capacidades, la autosuficiencia y el empoderamiento comunitario (57).

La innovación en la propuesta, involucra, rectificar la acción, dándole sentido a la intervención del estado, en procura de rescatar las creencias de las personas, con la esperanza de que, quienes consideren tener situaciones de carencia y deseo de satisfacción de las mismas, disponga de los satisfactores disponibles y obtenga la satisfacción, accediendo a los recursos, que se han integrado en el programa de Atención a usuarios en condición crónica.

Anexos

Anexo 1. Entrevista dirigida a funcionarios relacionados con el Programa Crónicos.

La presente tiene como objetivo principal indagar aquellos factores que se constituyen como facilitadores y/u obstaculizadores del acceso a los servicios de salud por parte de las personas habitantes del territorio 75 que padecen enfermedades crónicas. La información suministrada será de uso confidencial.

Datos Generales: Cargo, Tiempo de trabajo desarrollado en el territorio
¿Podría describir de manera breve la labor que usted lleva a cabo?
¿Qué tipo de población tiene a su cargo para el desarrollo de su actividad?
En el desarrollo de su labor, ¿ha realizado atenciones a personas con Hipertensión y/o Diabetes?
¿Las personas con Hipertensión y/o Diabetes conocen los requisitos que deben cumplir para acceder a la atención que presta el programa?
¿Qué situaciones ha evidenciado usted en el desempeño de su labor que obstaculice el acceso de las personas con Hipertensión y/o Diabetes al programa?
¿Cuál es el mecanismo que utilizan las personas con Hipertensión y/o Diabetes para cuidar de su salud en los casos en los cuales dejan de asistir a consulta de control?
¿Qué sugerencias, recomendaciones y aportes tiene usted que permitan generar el acceso a los diferentes programas que tiene el Hospital dirigidos a las personas con Hipertensión y/o Diabetes?

Instructivo:

Previa presentación del entrevistador se realiza la encuesta la cual se encuentra estructurada en un solo bloque de preguntas.

Anexo 2: Entrevista dirigida a personas con condición crónica

La presente tiene como objetivo principal indagar aquellos factores que se constituyen como facilitadores y/u obstaculizadores del acceso a los servicios de salud por parte de las personas habitantes de la localidad de Fontibón en el territorio 75 y 77 que están siendo afectados por condiciones crónicas. La información suministrada será de uso confidencial.

	Datos Generales:			
	Nombre, Género, Edad, Nivel Educativo, Profesión u Oficio			
	Ingresos: Nulos, Bajos, Medios, Altos			
	Barrio de Residencia	Distancia a UPA del territorio	Cercana	Lejana
1	Régimen de afiliación:		EPSs:	
	Pertenece a algún grupo social, cultural o de apoyo.			
	Nombre de la agremiación:			
	Actividades de apoyo brindadas por la agremiación.			
	¿Qué enfermedad crónica tiene usted?			
	¿Cómo cuida su Salud?			
	¿Realiza las actividades y se toma los medicamentos que le formularon?			
	¿En dónde debe recibir tratamiento médico?			
2	¿Qué requisitos debe cumplir para poder acceder a dicho tratamiento?			
	¿Ha encontrado dificultades para acceder a los servicios de atención?			
	¿Si la respuesta es sí, que acciones ha realizado ante las dificultades en la atención?			
	Sabe las ventajas de los servicios que le presta la IPS.			
	Sabe las ventajas de los servicios que le presta la EPS			

Instructivo:

Previo presentación del entrevistador se realiza la encuesta la cual se encuentra dividida en 2 partes.

La primera parte son datos de identificación, son datos que ya están en la base, se utilizan para generar confianza en el entrevistador, pues le indican que ya es conocido por quien lo entrevista, en cuanto a los datos que no se conocen como nivel educativo, profesión u oficio, ingresos, y pertenencia a grupos de apoyo, se le formula la pregunta al usuario y se registra la respuesta.

La segunda parte hace referencia a la enfermedad por la cual el paciente está inscrito en el programa de crónicos, se formula preguntando si es Diabético o Hipertenso, con el fin de contratar con la base de datos, ya conocida por el entrevistador y finalmente la actitud del usuario respecto a su enfermedad.

Bibliografía

1. **OMS.** *Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades No Transmisibles: Resumen de Orientación* . : Organización Mundial de la Salud, 2010.
2. **Profamilia.** *Encuesta de Demografía y Salud*. Bogotá : Profamilia, 2010.
3. *Situación de la Nefrología en Colombia.* **Rodríguez Valero, Konniev Alexei.** 4, Bogotá : Revista Colombiana de Nefrologia., 2009, Vol. 1.
4. **Mín Protección Social.** *Resolución 4003, Anexo Técnico*. Bogotá : s.n., 2008.
5. **Vargas Lorenzo, Ingrid.** *Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia*. Bellaterra : Universidad Autonoma de Barcelona, 2009.
6. **Velez, A. L.** *Marco político y legal de la promoción de la salud*. Bogotá : Colombia Médica, 2000.
7. *¿Por qué la equidad en salud?* **Sen, Amartya.** York, Reino Unido : Revista Panamericana Salud Pública, 2002. Vol. 11.
8. **Mín Protección Social.** Ley 100. 1993.
9. **Kerguelén Botero, Carlos Alfonso.** *Calidad en salud en Colombia*. Bogotá : Editorial Scripto Ltda, 2008.
10. **Ministerio de la Protección Social.** DECRETO 1011. Bogotá : Diario Oficial 46230 de abril 03, 2006.
11. **Ministerio de Protección Social.** *Resolucion N° 0425*. Bogotá : s.n., 2008.

12. **Tellez T, A.** *Prevención y adherencia: Dos claves para el enfrentamiento de las enfermedades crónicas.* Santiago, Chile : Revista Médica de Chile, 2004. págs. 132: 1453-1454. Vol. 132.
13. **Min Protección y Salud.** *Afiliados a diciembre 31 de 2012.* Bogotá : Min Salud, 2013.
14. **DANE.** Encuesta de Calidad de vida 2003 y 2008. Junio de 2010.
15. **Secretaría de Salud de Bogotá.** *Informe de SIDBA.* Bogotá : s.n., 2012.
16. **E.S.E. Hospital Fontibón.** *Diagnostico Local Fontibón.* Bogotá : SDS, 2011.
17. **León Garcia, Diego.** Guia para el manejo de la enfermedad renal crónica basada en la evidencia Colombia. [En línea] 2005. <http://www.saludcolombia.com>.
18. **Hospital de Fontibón.** *Programa de Crónicos.* Bogotá : s.n., 2012.
19. **Hospital Fontibón.** *Informe de barreras de acceso.* Bogotá : SDS, 2012.
20. **Congreso Nacional.** Ley 10. s.l. : Diario Oficial 39137 de enero 10, 1990.
21. **Min Salud.** *Plan Decenal de Salud Pública.* Bogotá : Ministerio de Salud, Colombia, 2013.
22. **Secretaria de Salud de Bogotá.** *Plan de Salud Territorial 2011 - 2016.* Bogotá : SDS, 2011.
23. **OMS.** Metas de salud para todos. 1985.
24. **Whitehead, Margaret.** The concepts and principles of equity and health. Copenhagen : World Health Organization, 1992.
25. **Rodriguez Acosta, Sandra.** Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia. Barcelona, España : Universidad Autonoma, 2010.

26. **De la Cruz Sanchez, Ernesto y Pino Ortega, Jose.** *Estilo de Vida relacionado con la Salud.* 2009.
27. **Max Neef, Manfred, Elizalde, Antonio y Hopenhayn, Martin.** *Desarrollo a escala humana: Una Opcion para el Futuro.* Santiago. Chile : Cepaur, 1988.
28. **OMS.** *Subsanar las desigualdades en una generación: Resumen Análítico. Comision sobre determinantes Sociales en Salud.* Ginebra : OMS, 2006.
29. **Watts, Duncan.** *Seis grados de separación.* Barcelona : Paidos, 2006.
30. *Relación Medico Paciente: Derechos del Adulto.* **Barrantes-Monge, Melba , Rodríguez, Eduardo y Lama, Alexis.** Santiago : <http://www.scielo.cl>, noviembre de 2009.
31. *La dinámica demográfica en America Látina.* **Chackiel , Juan.** 2004, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población, pág. Serie 9.
32. *Mujeres y hombres ante el cuidado informal: diferencias en los significados y las estrategias.* **Isabel Larrañaga P., María J. Valderrama P., Unai Martín R., José M. Begiristain A., Amaia Bacigalupe H.,** 1, enero-abril, pp. 50-55, Medellin Colombia : Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2009, Vol. 27.
33. **Min Proteccion Social.** ACUERDO 395. 2008.
34. **Ruiz Buitrago, Isabel Cristina y Blanco Restrepo, Jorge Humberto.** Programas de Salud Publica. [aut. libro] Jorge Humberto Blanco Restrepo y José María Maya Mejia. *Fundamentos de Salud Publica.* Medellin : Corporacion para Investigaciones Biologicas., 2005, págs. 77-82.

35. *Entre la Disponibilidad y el Acceso a la atención médica: La mirada de los enfermos crónicos en condiciones de pobreza.* **Tejada Tayabas, Luz Maria y Mercado Martinez, Francisco J.** 1, Buenos Aires, Argentina : Salud Colectiva, 2010, SALUD COLECTIVA Buenos Aires, Vol. 6, págs. 6(1):35-45, Enero - Abril.
36. **Vivas Consuelo, David.** Guía de instrucción para el diseño de programas de gestión de enfermedades crónicas. [En línea] 2010.
<http://mps1.minproteccionsocial.gov.co/evtmedica/linea%2014/introduccion.html>.
37. **Pineault, Raynald.** la Planificación Sanitaria. s.l., Madrid, España : Masson, 1987.
38. **Schoenbaum, Stephen C.MD, Audet, Anne-Marie MD y Davis, Karen PhD.** *Política De Salud: Una Visión 2020 de la Atención Primaria centrada en el paciente.* Nueva York EE.UU : El Fondo Commonwealth, 2012.
39. **OPS.** Análisis de la situación de Salud. Bogotá : Curso FESP, 2010.
40. *Innovaciones en el acceso a la atención: Un enfoque centrado en el paciente.* **Berry, Leonard, Seiders, Kathleen y Wilder, Susan.** 2003, Medicina of Internal Anales, pág. 586.
41. *ECNT insatisfechas de salud de los adultos en Estados Unidos.* **Ayanian JZ, Weissman JS, Schncider CE, Ginsburg JA, Zaslavsky AM.** 2000, JAMA, pág. 284.
42. **Santander, Pedro.** Por qué y cómo hacer análisis de discurso. www.moebio.uchile.cl/41/santander.html . [En línea] 2011.
43. *Las representaciones facticas y cognitivas del relato de entrevistas biograficas: un análisis reticular del discurso.* **Lozano, Carlos.** 2006, REDES- Revista hispana para el análisis de redes sociales, pág. Vol 10 #8.

44. **Manzano, Vicente.** Introducción al análisis del discurso. *www.aloj.us.es*. [En línea] 2005.
45. **Luis Enrique Alonso.** *El análisis del discurso en ciencias sociales*. Madrid : www.uam.es/personal_pdi/ciencias/jbenayas/Seminario%20analisis%20de%20discurso/indice%20contenidos%20analisis%20de%20discurso.pdf, 2013.
46. **Ministerio de Salud.** Resolución 412. Bogotá : s.n., 2000.
47. *Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud.* **Sanders , David, y otros.** 94, Rio de Janeiro, Brazil : Saúde em Debate, 2012, Vol. 36.
48. **Hospital Fontibón.** *Informe SIDBA Primero y Segundo Trimestre*. Bogotá : s.n., 2013.
49. **Dotti, Jorge E.** Acción Humana y Teoría Política: La Decisión. [aut. libro] Manuel Cruz. *Acción Humana*. Barcelona, España : Areil Editores, 1995.
50. **Arendt, Hannah.** *La Condición Humana*. Chicago, Illinois, USA : Paidós, 2007.
51. **Sandoval Paris, Jorge.** *Componente de Prevención del Modelo de atención para la población en condiciones de exposiciones Crónicas*. Bogotá : Universidad del Bosque, 2010.
52. *Educación basada en competencias; una educación socialmente responsable.* **Cárdenas Chávez, María de Jesús y Cárdenas Chávez, Elva Adriana.** 101, Mexico. D.F. : Pistas Educativas, 2013, Vol. Mayo.
53. *La Educación para la Salud, un reto de nuestro tiempo.* **Perea Quesada, Rogelia.** Madrid, España : Educacion XXI: Facultad de educación de la Universidad nacional de educación a Distancia, 2001, Vol. 4.

54. *La Andragogía como disciplina propulsora del conocimiento en la educación superior.* **Alonso Chacón, Paula.** 1, Heredia, Costa Rica : Revista Electronica Educare, 2012, Vol. 16.

55. *Los cuatro pilares de la educación.* **Delors, Jaques.** 23, Cuenca, Ecuador : Galileo, Facultad de Ingenieria de la Universidad de Cuenca, 2013.

56. *Educación para el Desarrollo.* **Argibay, Miguel, Celorio, Gema y Celorio, Juanjo.** 19, Bilbao, España : Lankopi, SA, 1997.

57. *Determinación Global y Salud: El marco amplio de los determinantes de la Salud.* **Franco Giraldo, Alvaro.** Medellin, Colombia : Revista Facultad Nacional de Salud Pública, 2013, Vol. 31.