

Volumen 1, número 1 / Enero-junio de 1999
ISSN 0124-1699

Investigaciones en seguridad social y salud



Secretaría
SALUD

Volumen 1, número 1 / Enero-junio de 1999

Investigaciones en seguridad social y salud



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR SANTA FE DE BOGOTÁ

Beatriz Londoño Soto
Secretaria distrital de salud

Delio Castañeda
Subsecretario distrital de salud

Investigaciones en seguridad social y salud
Publicación semestral del grupo funcional de investigaciones
de la Secretaría Distrital de Salud

Avenida Caracas No. 53-80
Bogotá-Colombia

Director
Julio César Velásquez
Coordinador del grupo funcional de investigaciones

Redactoras
Carmen Cecilia Jáuregui
Esperanza Castrillón
Grupo funcional de investigaciones

ISSN 0124-1699

Diseño y diagramación
Gloria Díaz-Granados

Impresión
Alkyl Ltda.

Contenido

Presentación

–7–

*Diagnóstico de las condiciones de trabajo y salud
ocupacional del sector informal manufacturero en
Santa Fe de Bogotá*

–9–

*Riesgos de salud en mujeres con múltiples roles.
Comparaciones transculturales*

–19–

*Factores de riesgo asociados a la mortalidad por
neumonía. Menores de un año en
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1996-1997*

–27–

*Factores condicionantes y estrategias de intervención para la
prevención del embarazo no deseado y el aborto
inducido en Santa Fe de Bogotá*

–33–

*Análisis y tendencias del estado de salud en Santa Fe
de Bogotá, D.C. según mortalidad, 1995-1996
y años de vida saludables (Avisa), 1985-1996*

–43–

*Determinación de los niveles de anticuerpos contra
el virus de la rabia en caninos de Ciudad Bolívar,
Santa Fe de Bogotá, 1997-1998*
-51-

*Factores que determinan el impacto de los servicios de
rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiología
en las instituciones de la Secretaría Distrital
de Salud de Santa Fe de Bogotá*
-59-

*Situación de salud en la localidad 13,
Teusaquillo, 1998*
-67-

*Diseño y evaluación de un sistema de vigilancia de lesiones por
causa externa en el distrito durante las festividades de fin de año,
1997-1998, y características de las víctimas atendidas en los
centros hospitalarios que forman parte
de la Secretaría Distrital de Salud*
-73-

*Impacto económico de las medidas restrictivas del uso de
la pólvora y del consumo de bebidas alcohólicas en
Santa Fe de Bogotá, 1992-1997*
-79-

*Determinantes urbanos para el ejercicio del control social
en salud en el Distrito Capital, 1986-1996*
-85-

*Conocimientos de la población general, las asociaciones
de usuarios y los veedores ciudadanos sobre el
sistema general de seguridad social en salud en
Santa Fe de Bogotá*

–93–

*Dimensionamiento de la población
“participantes vinculados” sin capacidad de pago en
Santa Fe de Bogotá en 1997*

–103–

*Factores determinantes y condicionantes de la
accesibilidad a los servicios de salud por parte de la población
afiliada al régimen subsidiado y participantes vinculados del nivel
tres del sisben de las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal,
Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe de
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1997*

–113–

*Diseño e implementación del sistema de garantía de calidad
en el hospital Occidente de Kennedy*

–121–

*Garantía de la calidad en la prestación del servicio de
radiodiagnóstico médico en las instituciones adscritas
a la Secretaría Distrital de Salud en
Santa Fe de Bogotá, D.C.*

–127–

Investigaciones en Seguridad Social y Salud

- 5 -

Seguimiento a la ejecución de compras conjuntas y apoyo a la compra de medicamentos del plan obligatorio de salud y otros insumos hospitalarios esenciales en los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud
-135-

Evaluación de la calidad de los servicios de salud oral en la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud
-145-

Aproximación a la medición de la eficiencia económica y eficiencia de la gestión en los hospitales públicos del Distrito Capital
-153-

Evaluación de la información sobre la terapia farmacológica dada al paciente ambulatorio en el hospital San Cristóbal
-163-

Prospectiva económica y financiera del sector salud en Santa Fe de Bogotá, D.C.
-169-

Análisis de la situación de los derechos de los niños hospitalizados
-179-

Consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas de Santa Fe de Bogotá, 1997
-185-

*Diagnóstico de las condiciones de
trabajo y salud ocupacional del
sector informal manufacturero en
Santa Fe de Bogotá*

Autor corporativo:

Centro de Investigaciones
para el Desarrollo –CID–
Universidad Nacional
de Colombia

Autores:

Óscar Rodríguez Salazar,
Yves Leboniec,
William Vásquez Rodríguez,
Fernando Tobón,
Manuel Leguizamón, Elsa
Plazas, Ricardo Castro

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital de Salud

Palabras clave:

Administradora de Riesgos
Profesionales –ARP–

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN POR DEMANDA DENTRO DE LA LÍNEA DE SALUD PÚBLICA. El proyecto toma como unidad de análisis la empresa. Sus objetivos generales son: contribuir al estudio de la informalidad y sus efectos en los trabajadores, las empresas y los países ubicar la investigación dentro de tres marcos de referencia: a) la informalidad, b) la salud ocupacional y c) la perspectiva de género, incluyendo en los tres el punto de vista global (países con un grado de desarrollo similar a Colombia), el análisis nacional y el caso específico de Santa Fe de Bogotá; identificar las condiciones de trabajo dadas por el entorno socioeconómico, el ambiente físico, químico y biológico del sitio de trabajo, la organización del trabajo y la relación entre el trabajador y los elementos de trabajo; documentar las condiciones de salud ocupacional de los trabajadores en el sector manufacturero y en las industrias de producción de alimentos, fabricación de prendas de vestir, productos metálicos y muebles; ofrecer sugerencias que puedan usarse para remediar las condiciones de salud ocupacional observadas.

Los objetivos específicos fueron los siguientes: identificar las características de los trabajadores del sector informal en las industrias estudiadas (edad, nivel socioeconómico, sexo, educación); identificar las condiciones de trabajo del sector informal relacionadas con aspectos ambientales, tales como ruido, contaminación con productos químicos o biológicos, iluminación, exposición a temperaturas extremas y condiciones ergonómicas; observar los procesos de trabajo; identificar los problemas de salud de cada una de las industrias estudiadas mediante exámenes médicos, pruebas de laboratorio y entrevistas a profundidad e historias de vida del trabajador y de la empresa; sugerir modelos de intervención de salud ocupacional adecuados a cada in-

dustria y empresa; recomendar un modelo de seguimiento permanente que asegure la aplicación de las normas que se dictaron para cada caso en el proyecto. Estas recomendaciones servirán a trabajadores, empresarios y entidades responsables de la salud ocupacional de los trabajadores.

Fuentes: Treinta y ocho títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio consta de dos volúmenes. El primero tiene cuatro capítulos; el segundo contiene la segunda parte del anexo estadístico (complemento del estudio higiénico-industrial), y trae las conclusiones y recomendaciones.

Volumen I

En el primer capítulo se analizan los resultados de las encuestas de hogares y de empresas que se realizaron en el marco del proyecto de condiciones de trabajo del sector manufacturero urbano en Santa Fe de Bogotá. Para tal efecto, se parte de una reflexión teórica sobre algunos tópicos que caracterizan el sector informal; primero era necesario establecer los rasgos que identifican a una empresa como informal, para después contribuir a que los procesos de investigación que adelantan los funcionarios de la Secretaría de Salud puedan homogeneizar los criterios que permitan la intervención en este sector. Con el objetivo de establecer las peculiaridades de la informalidad se avanza en un análisis sobre la naturaleza del sector, la manera como históricamente

se construyó el concepto, los rasgos típicos, las políticas que lo cobijaron y, finalmente, se proponen los criterios de clasificación. El segundo capítulo está orientado a examinar la dinámica de la informalidad y las peculiaridades que reviste en la capital, los datos obtenidos en este proyecto de investigación que son validados por la dinámica nacional y la información brindada por otros estudios estadísticos.

El tercer capítulo trata lo relacionado con las dificultades que atraviesa el funcionamiento de la seguridad social en salud. Las particularidades que ha asumido este sistema a partir de la ley 100 de 1993, las limitaciones en la extensión de la cobertura ligadas al campo de aplicación que tiene la reforma y la persistencia de la informalidad en el mercado de trabajo. En el cuarto capítulo se presenta la metodología de diseño de la muestra, las dificultades que enfrentó el proyecto en la realización del trabajo de campo, la alta rotación del trabajo informal y la fugacidad del empresario del sector informal.

Volumen II

Se titula Anexo estadístico y contiene las muestras ambientales de cada una de las empresas estudiadas, así como los análisis de los resultados de los exámenes médicos especializados. Se siguieron los términos de referencia originados en la necesidad de conocer los actuales niveles de exposición de los trabajadores a los factores de riesgo sobre polvos, ruido, iluminación y solventes orgánicos, para tomar medidas tendientes a mejorar las condiciones de los microambientes laborales y preservar y mantener la salud de los trabajadores. En este volumen se presentan las conclusiones y recomendaciones, las cuales se tratarán más adelante en un aparte especial.

Los resultados del muestreo se presentan en un total de 112 tablas.

Metodología

El estudio se adelantó a través de la medición de variables significativas y representativas del ambiente de trabajo, y de las condiciones de salud asociadas a él, en que se encuentran los trabajadores del sector informal de la industria manufacturera en Santa Fe de Bogotá, D.C. La medición se hizo mediante análisis estadístico: bivariado, correlación y multivariado (opcional) de los factores identificados por los expertos y la observación de campo de las zonas, barrios, empresas y trabajadores de la población objeto de análisis. Para la determinación de los factores significativos del ambiente de trabajo y las condiciones de salud de los trabajadores se aplicaron dos observaciones, una de exploración diagnóstica básica y otra de profundidad especializada.

Los elementos constitutivos de la metodología fueron: Universo de estudio: trabajadores del sector informal de Santa Fe de Bogotá, con actividades económicas en textiles, fabricación de muebles, de productos alimenticios y de productos metálicos. Muestra: se diseñó en forma probabilística estratificada; la población de muestreo corresponde a los estratos 1 a 3, de acuerdo con la última estratificación hecha por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital.

Como parte de la metodología de investigación se llevó a cabo una prueba piloto en empresas de cada uno de los sectores contemplados en el estudio; esto permitió ajustar los instrumentos de análisis y trazar una estrategia de trabajo que condujo a que los encuestadores de hogares y de empresas realizaran la visita preliminar y ambientaran el trabajo que los médicos y los diseñadores harían posteriormente.

Conclusiones

Alimentos

El principal riesgo encontrado en las panaderías radica en la mala iluminación, lo cual se agrava por la falta de orden en la mayoría de las mismas. Por otra parte, es notoria la falta de espacio y la mala ventilación.

Carpintería

La concentración de polvos estaba por encima del valor permitido. Ninguno de los operarios utiliza protección respiratoria. No existen sistemas de extracción y la ventilación natural (cuando la hay) no se utiliza bien por la mala disposición y el desorden reinante en estos establecimientos. El ruido es otro factor de alto riesgo en las carpinterías y se agrava por la falta de independencia en las áreas físicas. Todos los trabajadores comparten los riesgos. La iluminación es deficiente, y donde hay buena iluminación natural no se aprovecha porque en esos lugares se colocan materiales, herramientas o productos terminados.

En la carpintería evaluada no se encontró una concentración alta de solventes (tolueno, xileno o benceno). Se debe considerar la ubicación de las personas que pintan y las que se encuentran junto a estas labores puesto que se contaminan por cercanía. Además, es necesario dotar a los trabajadores de sistemas de protección personal y hacer campañas de aseo y buen uso de tales implementos.

Confecciones

El principal problema es la concentración de polvos (calificados como polvos de algodón), que en todos los casos evaluados sobrepasa los valores permitidos. Es importante disminuir la concentración de dichos polvos utilizando sistemas de extracción bien sea de pared o localizados, y ubicando el personal de corte en un sitio aislado físicamente de los demás operarios de la confección. En general, las máquinas utilizadas en la operación son silenciosas y no producen ruido que pueda afectar la salud de los trabajadores. En la mayoría de las sastrerías evaluadas la iluminación en algunos sitios de trabajo, especialmente corte, presentó deficiencias debido a la mala ubicación de esta sección o a la falta de mantenimiento de las luminarias. Es importante hacer una revisión de las luminarias y reubicar a los operarios de la sección de corte.

Metalmecánica

Aun cuando los valores están cercanos al límite permitido, en los dos talleres evaluados no se encontró riesgo por la concentración de polvos. El factor de riesgo preponderante radica en el ruido; éste se puede solucionar en parte si se hacen divisiones físicas en los talleres para independizar las diferentes secciones. La falta de iluminación también es notoria; esta situación puede mejorarse si se colocan luminarias más grandes en el centro del taller.

Recomendaciones

1. Empezar una campaña de educación al personal de operarios y auxiliares con el fin de que se acostumbren a utilizar los equipos de protección personal.
2. Dar a conocer a los trabajadores los resultados de las evaluaciones ambientales, explicándoles los peligros a que están sometidos cuando las concentraciones de sustancias contaminantes en el aire que respiran superan los valores límite permisibles.
3. Darle prioridad a la organización del espacio en relación con la actividad desarrollada.
4. Planear el trabajo teniendo en cuenta el bienestar del trabajador como principal prioridad.

*Riesgos de salud en
mujeres con múltiples roles.
Comparaciones transculturales*

Autor corporativo:

Universidad de los Andes

Investigadora:

Viviola Gómez Ortiz

Coinvestigadora:

Luz Amparo Pérez
Fonseca

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Sistema general de riesgos
profesionales

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN POR OFERTA PARA SALUD PÚBLICA. SU OBJETIVO GENERAL es describir la relación entre algunos factores sociodemográficos y psicosociales indicadores de salud física y psicológica de la mujer.

Sus objetivos específicos son: describir sociodemográficamente a un grupo de mujeres trabajadoras con diferentes ocupaciones; describir la relación entre algunas variables sociodemográficas, las condiciones laborales, el número de roles y la cualidad de los mismos, indicadores de salud física y psicológica en un grupo de mujeres trabajadoras; establecer si el efecto en algunas de las anteriores condiciones es moderado por algunas variables psicosociales y de salud.

A partir de febrero de 1994, bajo los auspicios del National Institute for Psychosocial Factors and Health (Karolinska Institute, Estocolmo, Suecia) y con la coordinación de la doctora Kristina Orth-Gomer y la investigadora Sarah Namukasa, se ha venido constituyendo un grupo internacional de investigadores alrededor del proyecto Health Risks in Women with Multiple Roles: Cross Cultural Comparisons. Este grupo se ha reunido dos veces en Estocolmo y una vez en Caracas, con el propósito de consolidar la organización del equipo internacional de investigación y de acordar los lineamientos metodológicos del proyecto.

La sociedad como un todo, y la familia como una institución social, han experimentado enormes cambios a través de la historia. Tradicionalmente la mujer se ha dedicado a la realización de tareas domésticas y el hombre se ha desarrollado en el mundo de las actividades remuneradas. Desde hace varias décadas en el mundo se ha venido produciendo un cambio social rápido y dramático que ha implicado la renovación y reestructuración de es-

tos roles. El número creciente de familias en las que ambos cónyuges trabajan, ha llevado a la aparición de mecanismos y procesos de ajuste. El proceso ha tenido un particular impacto sobre la vida de la mujer, en la medida en la que ésta se enfrenta a la doble jornada y al desempeño de múltiples roles: esposa, madre y mujer vinculada a un empleo fuera del hogar.

En Colombia,

El proceso de desarrollo del país desde los años 40 ha mejorado sustancialmente las posibilidades de su población y las mujeres han sabido tomar provecho de estas oportunidades y han promovido cambios demográficos estructurales en un periodo de tiempo muy corto. Los niveles educacionales de los colombianos, sus niveles de alfabetización y asistencia escolar se incrementaron. Las mujeres aumentaron su participación en el mercado laboral de manera contundente.

Fuentes: cincuenta y un títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio se desarrolló en dos fases:

Primera fase: Se encuestaron trescientas cuarenta mujeres (N=340) entre los 30 y 55 años, residentes y empleadas en la ciudad de Santa Fe de Bogotá, D.C. Se utilizó un cuestionario, desarrollado específicamente para este proyecto, que evalúa todas las variables de interés para la presente investigación.

El cuestionario recabó información sobre datos personales; condiciones de vivienda; situación económica; estado y hábitos de salud; condiciones generales, ambientales y psicosociales de

trabajo; cantidad y calidad de los roles desempeñados; transferencias positivas y negativas entre el trabajo y otras áreas de la vida; indicadores de salud psicológica tales como ansiedad, depresión, autoestima y bienestar percibido; y algunas variables moderadoras como distribución de responsabilidades en el hogar, apoyo social, rabia como rasgo, afrontamiento y actividades recreativas.

Se realizaron tres tipos de análisis de los datos cuantitativos obtenidos:

- Descripción de la muestra estudiada.
- Relación entre variables.
- Análisis de los efectos moderadores.

Segunda fase: Tuvo como propósito principal profundizar en la información que se recolectó por medio del cuestionario usado en la primera fase. Se quiso mirar especialmente si las mujeres con las características definidas para este estudio estaban o no experimentando estrés en cada uno de sus roles o por el desempeño de los múltiples roles.

Para cumplir con el objetivo de la segunda parte del estudio se realizaron doce entrevistas (tres por grupo ocupacional) y ocho grupos focales (dos por cada ocupación). Todas las entrevistas y los grupos focales se leyeron y se codificaron de acuerdo con cuatro categorías de análisis: Las situaciones, las valoraciones, los afrontamientos y la salud.

Metodología

El estudio se desarrolló utilizando dos estrategias metodológicas diferentes pero complementarias. En la primera parte se

trabajó utilizando metodología cuantitativa y en la segunda, metodología cualitativa.

Conclusiones

Los datos de este estudio confirman que la salud de las mujeres trabajadoras que desempeñan roles familiares se asocia con variables que provienen del medio laboral y de su entorno familiar. Además, y contrario a lo que suponen muchos en nuestras sociedades patriarcales, las experiencias laborales no tienen por qué traer consigo sólo consecuencias negativas para la mujer y su familia. Los resultados de algunos estudios previos demuestran que el hecho de trabajar fuera de la casa no necesariamente representa sólo conflictos para la mujer y que sus efectos son positivos y negativos, dependiendo de otros aspectos implicados.

Podría decirse que, mirado cada rol de manera individual, las mujeres derivan principalmente gratificaciones de cada uno de ellos; sin embargo, las valoraciones que hicieron las mujeres de tener múltiples roles indican que esta situación les significa tanto aspectos positivos como negativos.

El hecho de que las ejecutivas y las enfermeras valoren positivamente su rol laboral está relacionado seguramente con el apoyo que reciben, las destrezas que su labor estimula y exige, y el control que ellas pueden ejercer sobre la forma de desarrollar su trabajo.

La combinación de roles desempeñados con más frecuencia en la muestra estudiada fue la de ser empleadas, pareja y madre.

Un comentario que nos parece pertinente sobre la salud del grupo es que el porcentaje de personas que reportan síntomas es alto y, sin embargo, más de 70% de las mujeres califica su estado como bueno o muy bueno.

Sobre las operarias y su percepción de salud, llama la atención el hecho de que es uno de los grupos que menos enfermedades presenta y que reporta tiempos de enfermedad más cortos.

El mayor riesgo cardiovascular de las enfermeras probablemente está ligado a las condiciones de su ambiente de trabajo en el que hay mucha demanda y control con un apoyo social moderado. En el caso de las operarias, además de que ejecutan labores sobre las cuales no tienen ninguna decisión, están sometidas a condiciones de trabajo en las que el control de *status* laboral es más bajo o está más amenazado.

Se propuso la hipótesis de que el nivel moderado de depresión y ansiedad que presenta la muestra de mujeres evaluada en esta investigación se explica en una gran proporción por la insatisfacción de ser las únicas responsables del trabajo doméstico y por las interferencias que su trabajo pueda tener en sus roles familiares, especialmente en su rol maternal, que las hace sentir culpables de los problemas que puedan existir en su relación de madre o de esposa.

Aparentemente hay pocas cosas que ayuden a la mujer a evitar la depresión que se asocia con sus malos roles familiares, exceptuando la expresión de rabia, que no mejora sino que agrava la situación.

Además, se propuso que el nivel de depresión y ansiedad observado se relaciona con los recursos que utiliza este grupo de mujeres para afrontar tales situaciones.

La forma como las mujeres acogieron nuestra invitación, los comentarios al final de muchos de los cuestionarios, la forma entusiasta y emotiva como, sin excepción, participaron en las entrevistas y grupos focales, y sus expresiones de agradecimiento al final de cada sesión nos indica que las mujeres tienen una necesidad urgente de hablar sobre el tema de sus múltiples roles, de compartir con otras mujeres y de escuchar la experiencia de otras personas.

La idea tradicional de mujer ha ido cambiando entre las mujeres que trabajan. Este cambio se refleja en el sentido de independencia, especialmente material, que tienen; sin embargo, para las mujeres la maternidad sigue siendo lo más importante, así muchas veces la eviten o la pospongan.

Podría afirmarse que la definición del rol femenino está sufriendo una transformación que se caracteriza fundamentalmente en que el campo de acción de las mujeres se ha ampliado para incluir el rol laboral, el cual empieza a aceptarse como algo que las mujeres también pueden, quieren y deben desempeñar.

Por otro lado, el cambio en el rol femenino no desencadena, necesariamente, un cambio en el rol masculino, aunque muchas mujeres lo consideran, además de necesario, deseable. Es decir, falta un cambio en el sistema familiar acorde con los cambios que ha tenido el rol femenino.

Los datos respaldan la idea de que el fenómeno de los múltiples roles y su efecto sobre la salud femenina no puede estudiarse analizando cada rol independientemente, sin considerar diferentes dimensiones de funcionamiento y adaptación de la mujer. En este tipo de estudios es necesario introducir una perspectiva de género, ya que la definición de los roles es interdependiente y los cambios en un género repercuten en el otro.

*Factores de riesgo asociados a la
mortalidad por neumonía. Menores
de un año en Santa Fe de Bogotá,
D.C., 1996-1997*

Autores:

Martha Lucía Rubio
Adriana Sánchez Delgado

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Mortalidad, neumonía

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTA INVESTIGACIÓN TUVO COMO OBJETIVO CONOCER LOS PRINCIPALES factores de riesgo asociados a la mortalidad por neumonía en la población menor de un año de Santa Fe de Bogotá, para generar conocimiento que permita reorientar las acciones de prevención adelantadas por el programa de prevención y control de las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, CED-IRA.

Es un estudio de casos y controles pareado 1:2, retrospectivo. Los datos se tomaron en menores de un año que enfermaron o murieron por neumonía en el segundo semestre de 1996 o primer semestre de 1997, identificados con los certificados de defunción. Para los controles se utilizaron usuarios de los servicios de hospitalización.

Fuentes: cincuenta títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio se desarrolla a través de la presentación del problema y cinco capítulos: en el capítulo uno se presenta el marco teórico; en él se hace una descripción de las características de la neumonía, sus causas, prevalencia, origen de la enfermedad en niños menores de cinco años, y los factores de riesgo asociados a la mortalidad por neumonía encontrados en varias investigaciones.

En el capítulo dos se describe la metodología (ver apartado correspondiente).

En el capítulo tres se analizan los resultados: características de los casos de referencia, características de los casos y controles, factores de riesgo estudiados, condiciones del menor y análisis multivariado.

En el capítulo cuatro se presentan las consideraciones éticas. Finalmente, en el capítulo cinco se presentan las conclusiones y recomendaciones (ver apartado correspondiente).

Metodología

Para desarrollar esta investigación se utilizó la metodología de casos y controles pareados 1:2, retrospectivo en cuanto a la posición del investigador.

La selección de los sujetos se hizo con base en los certificados de defunción que tenían direcciones completas y diagnóstico de neumonía, con edades que oscilaron entre uno y doce meses. Se descartaron todos los menores con antecedentes de malformaciones congénitas, problemas cardíacos y con edades menores de un mes.

El número final de casos identificados y ubicados adecuadamente fue de 127 menores, que fueron incluidos en su totalidad en el estudio, lográndose un tamaño muestral mayor al estimado.

Las variables independientes se estudiaron bajo cuatro categorías o grupos de factores, a saber: condiciones del menor, características de la madre, contaminación intradomiciliaria, y acceso y oportunidad de la atención.

Para la elaboración de la base de datos y el análisis de los mismos se empleó el programa EPI-INFO 6.04 versión en español, y para el análisis multivariado se empleó el Programa SPSS para DOS.

Se controlaron sesgos de información y de confusión. La principal limitación del estudio fue la dificultad para la consecución

de los controles de los niños que habían fallecido en el hogar. Para solucionar este problema se seleccionaron algunos controles por referencia de la comunidad a través de la identificación de niños con dificultad respiratoria.

Conclusiones

En este estudio, al igual que en otras investigaciones, se presenta la lactancia materna como factor protector que contribuye a la disminución del riesgo de mortalidad por neumonía.

Existe un porcentaje importante de niños menores de un año que murieron en el hogar, lo cual plantea a las autoridades de salud la necesidad de reconocer las limitaciones del acceso a los servicios de salud y diseñar estrategias que permitan la utilización equitativa de los recursos en dicha área.

En el presente estudio se encontró una fuerte asociación entre la mortalidad por neumonía y el bajo peso al nacer.

Otro factor protector relacionado con la disminución del riesgo de mortalidad por neumonía fue la vacunación contra difteria, tosferina y tétanos (DPT).

*Factores condicionantes y estrategias
de intervención para la prevención
del embarazo no deseado y el aborto
inducido en Santa Fe de Bogotá*

Autor corporativo:

Unidad de Orientación y
Asistencia Materna,
"Oriéntame"

Autores:

Elena Prada Salas,
Margot Mora Téllez,
Jorge Villarreal Mejía

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Embarazo, aborto

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN POR DEMANDA PARA SALUD PÚBLICA CUYO OBJETIVO general es determinar los factores que inhiben o favorecen el comportamiento preventivo del riesgo de embarazo no planeado y de aborto inducido, y los factores de protección para evitarlos, en mujeres entre diez y 54 años de edad, en tres localidades de Santa Fe de Bogotá. Sus objetivos específicos son: identificar los factores condicionantes de los comportamientos de riesgo y prevención del aborto inducido, incluyendo aspectos de conducta (prácticas de riesgo-prevención), institucionales (acceso y orientación de programas y servicios), sociales, culturales y económicos; identificar los perfiles de riesgo y de prevención que orientan las decisiones reproductivas y anticonceptivas de hombres y mujeres; establecer las características de los servicios de salud sexual y reproductiva orientados a la prevención del embarazo no planeado y del aborto inducido; establecer si los servicios de salud sexual y reproductiva de los hospitales de la red adscrita responden a las necesidades de la población de alto riesgo; establecer estrategias y modelos de intervención para la prevención del embarazo no planeado y el aborto inducido, dirigidos a la población en riesgo y a los servicios de salud; determinar la magnitud del aborto inducido y del embarazo no planeado en Santa Fe de Bogotá, con base en estudios ya realizados y en estadísticas disponibles.

La ocurrencia de embarazos no planeados y de abortos inducidos en la población colombiana es motivo de preocupación de las autoridades de salud. Como una contribución a este problema, la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá consideró importantes dentro de sus líneas de investigación los temas del aborto y el embarazo no planeado, con el fin de conocer los factores que definen el comportamiento de riesgo de los mismos y, sobre esta base, desarrollar estrategias de intervención para

su prevención. Las estrategias que se proponen deben enfocarse, principalmente, hacia la modificación de patrones culturales asociados al comportamiento de riesgo, y a la prevención del aborto y del embarazo no planeado de las mujeres y sus parejas.

La Secretaría Distrital de Salud es consciente de que la práctica del aborto inducido es una realidad en el país y en la capital. Una revisión de estadísticas oficiales mostró que en el periodo de 1992 a 1995 entre 46% y 51% de los recursos humanos y financieros de los servicios de salud del Distrito Capital se destinaron a atender mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto. En dicho periodo este número fluctuó entre 8.100 y 9.500 casos por año.

Diariamente muchas mujeres se ven abocadas a un embarazo no planeado, y quienes no desean continuarlo recurren al aborto aun a costa de poner en peligro su salud. La muerte de una mujer joven no es el único costo humano del aborto inducido realizado en condiciones inadecuadas; con frecuencia, muchas mujeres quedan con serias limitaciones e incapacidades físicas que resultan en morbilidad frecuente, esterilidad y trastornos psicológicos.

Así mismo, debe admitirse que aunque el aborto puede disminuirse sensiblemente a través de medidas preventivas, nunca desaparecerá, pese a su ilegalidad o al endurecimiento de las leyes de un país. Para lograr que las acciones de prevención tengan el efecto buscado, es necesario conocer los factores que llevan a la mujer a un embarazo no planeado y a optar por el aborto inducido.

Fuentes: Treinta y dos títulos bibliográficos.

Contenido

La investigación está dividida en ocho capítulos, la bibliografía y los anexos.

El primero contiene una descripción de los antecedentes, la justificación, los objetivos y la metodología utilizada. El segundo presenta las características de la población estudiada. El tercero examina los factores asociados al embarazo no planeado. El cuarto explora los factores relacionados con el aborto inducido. En estos dos capítulos se utiliza la información recolectada a través de encuestas realizadas a hombres y mujeres de las tres localidades y de las encuestas realizadas a mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto en instituciones hospitalarias de las localidades del estudio.

El quinto capítulo analiza la situación de los servicios para responder al problema del embarazo no planeado y el aborto inducido. El sexto presenta una propuesta de estrategia y de modelo de intervención a partir de los resultados del estudio. El séptimo presenta las estimaciones de aborto inducido y embarazo no planeado en Santa Fe de Bogotá con base en la información de los registros hospitalarios. El octavo capítulo contiene las conclusiones y recomendaciones del estudio. Por último, se presentan las referencias bibliográficas y los anexos.

Metodología

En la investigación, de tipo exploratorio y descriptivo, se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Se conformaron cuatro grupos de estudio: los dos primeros integrados por mujeres y por hombres de las comunidades seleccionadas, el tercero por mujeres hospitalizadas por complicaciones de aborto y el cuarto

conformado por los funcionarios encargados del programa de regulación de la fecundidad en los servicios de salud adscritos a la Secretaría Distrital de Salud en las localidades del estudio. Para cada grupo se diseñó y aplicó un formulario específico.

Como técnica de investigación cualitativa se usó la entrevista de diez mujeres hospitalizadas, que aceptaron hablar de su experiencia de aborto espontáneo o provocado.

Inicialmente, el estudio se planeó para seis meses. No obstante, tuvo una duración de diez meses. El universo del estudio estuvo conformado por hombres y mujeres entre diez y 54 años de las tres localidades; se decidió un tamaño de muestra de novecientas mujeres y 270 hombres.

Las características sociodemográficas que se tuvieron en cuenta fueron las siguientes: edad, escolaridad, estado conyugal, procedencia, estatus laboral, ingreso, edad de la primera relación sexual, embarazos nacidos vivos, nacidos muertos y aborto.

Conclusiones

Se exploraron los factores asociados al riesgo de embarazo no deseado y de aborto inducido como parte de la conducta reproductiva de mujeres y hombres de tres localidades en Santa Fe de Bogotá. Los resultados mostraron que casi dos de cada tres mujeres (58%) y uno de cada cuatro hombres (25%), manifestaron haber tenido experiencia de por lo menos un embarazo no planeado. La mayoría de las mujeres (80%) dijo que sus embarazos no planeados habían terminado en un nacido vivo y muy pocas (5%) admitieron abortos inducidos.

El mayor riesgo de ocurrencia del embarazo no planeado en las mujeres y los hombres que tienen relaciones sexuales es el no uso de métodos anticonceptivos. Las mujeres calificaron alguno o varios de sus embarazos como no planeados por múltiples fac-

tores. Algunas mujeres tenían los hijos que descaban y para otras el embarazo había ocurrido por descuido, olvido o pereza con el uso o falla en el método. Unas pocas mujeres dijeron que era debido a su juventud.

Se observó que las mujeres con experiencias de embarazos planeados habían utilizado más métodos efectivos como la píldora, el diu, los inyectables, los implantes y la esterilización femenina (43%), que tradicionales como el ritmo y el retiro (7%). En las mujeres con embarazos no planeados la proporción que ha usado métodos tradicionales y efectivos es de 12% y 21% respectivamente.

El otro factor de riesgo de ocurrencia de embarazos no planeados en las mujeres está asociado en forma significativa a la ocurrencia de la primera relación sexual antes de los 20 años de edad. Por esta razón, la población adolescente es el grupo con más alto riesgo de tener embarazos no planeados, no sólo porque tiene mayor probabilidad de no usar anticonceptivos, sino porque las relaciones sexuales se inician cada vez a más temprana edad.

De acuerdo con los resultados de este estudio, las condiciones de inicio de las relaciones sexuales de las y los jóvenes adolescentes se resumen así: ocho de cada diez mujeres y nueve de cada diez hombres inician relaciones sexuales antes de los 20 años y sin una adecuada preparación e información respecto a la vida sexual y reproductiva. Llegan al primer embarazo sin haber tomado medidas preventivas para evitarlo y la no planeación de su vida reproductiva se repetirá en su historia posterior. La falta de autonomía en la vida reproductiva está vinculada a una concepción tradicional de la maternidad, a las circunstancias de vida en el campo educativo, laboral y económico del sector de población al que pertenecen.

En la población masculina, los factores más asociados con el riesgo de embarazos no planeados fueron el tener una relación de convivencia y tener un ingreso superior al salario mínimo legal.

Aunque 58% de los hombres está consciente del riesgo de un embarazo como resultado de la relación sexual, predomina un marcado desinterés y muy poca participación en las decisiones y práctica anticonceptiva, delegando esta responsabilidad en las mujeres, quienes en muchos casos también deben asumir toda la responsabilidad con los hijos, lo cual se comprueba al analizar los datos de la encuesta de hombres, en donde se encontró que 10% admitió no hacer nada para evitar embarazos, 48% esperaba que la mujer estuviera utilizando algún método anticonceptivo y 42% utilizaba un método anticonceptivo.

De acuerdo con los resultados de las encuestas y entrevistas realizadas a mujeres hospitalizadas por aborto, se encontró que es muy limitado el ofrecimiento de orientación y suministro de métodos a las mujeres que ingresan por un aborto (a 97% no le hablaron sobre anticonceptivos durante su hospitalización), desaprovechando esa oportunidad única para la prevención de nuevos embarazos inesperados, especialmente si se tiene en cuenta que después de un aborto el retorno de la fertilidad es casi inmediato.

En relación con las estimaciones de magnitud de aborto inducido y de embarazo no deseado para Santa Fe de Bogotá, se encontró que para 1990 se registraron casi cuatro abortos por cada diez nacidos vivos (razón de aborto), en tanto que en 1995, la relación fue de casi tres abortos por cada diez nacidos vivos. El número de abortos inducidos por cada cien mujeres en edad reproductiva (tasa de aborto) disminuyó de 3.3% a 2.3%

Recomendaciones

A partir de los resultados del presente estudio se proponen dos niveles de interacción: actividades de promoción y prevención, y actividades asistenciales durante la atención personalizada

que se presta en los servicios de salud. Consideramos que la primera es más efectiva en términos de cobertura y por ello puede lograr resultados a más corto plazo.

Actividades de promoción y prevención: dentro de las actividades de promoción y prevención que actualmente desarrollan los servicios de salud, es recomendable fortalecer aquellas que se dirigen a colegios y escuelas de las localidades y las que se dirigen a los y las adolescentes de la comunidad, que no están vinculados al sistema educativo.

Las actividades dirigidas a los adolescentes deben desarrollar una metodología participativa que estimule la reflexión acerca del rol de mujeres y hombres en la sociedad y la autodeterminación.

Se recomienda que como parte de las actividades de promoción y prevención se diseñen metodologías de trabajo que permitan la participación de los padres de familia, estimulando el diálogo familiar en relación con la sexualidad adolescente y la reproducción.

Actividades asistenciales: el servicio ofrecido a las mujeres que se acerquen a los programas de regulación de la fecundidad de los servicios de salud debe involucrar los siguientes aspectos:

Exploración de necesidades anticonceptivas.

Exploración y aclaración de los temores que tiene la mujer respecto a los métodos anticonceptivos.

Ofrecimiento permanente de alternativas de cambios de métodos.

En los servicios hospitalarios para mujeres con complicación de aborto y parto, se recomienda no desaprovechar esa oportunidad para ofrecer orientación, asesoría y suministro de métodos anticonceptivos posaborto y posparto.

*Análisis y tendencias del estado de salud en
Santa Fe de Bogotá, D.C.
según mortalidad, 1995-1996
y años de vida saludables
(Avisa), 1985-1996*

Autores:

Jesús Rodríguez García
Henry Mauricio Gallardo
Lozano

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Avisa
Va. mortalidad

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTUDIO EN EL QUE SE PRETENDE (A TRAVÉS DE LA RECOLECCIÓN de información, la construcción de indicadores, su procesamiento y análisis para un periodo de tiempo), aportar elementos técnicos que faciliten una adecuada toma de decisiones sobre la distribución de los recursos sectoriales en Santa Fe de Bogotá.

Se ajusta el registro de mortalidad por cobertura y notificación de causa, se presentan y comentan los resultados obtenidos a partir de describir el comportamiento de la mortalidad a lo largo de los años estudiados, por grupos de edad y por causas más importantes de defunción. Se identifican los problemas de salud más significativos a través del uso de indicadores complejos, en la medida de la carga de la enfermedad como complemento del cálculo de los más simples, y con el indicador años de vida perdidos por muerte (Avisa), como medida de la carga de la enfermedad 1985-1996. Se muestran los aspectos metodológicos de la estimación y, los resultados del cálculo de este indicador para la serie 1985-1996 en la capital del país.

Fuentes: Treinta títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio tiene cuatro capítulos y un anexo. El primer capítulo, "Estimación de la cobertura del registro de defunciones", detalla la estimación del subregistro de las defunciones para Colombia y Santa Fe de Bogotá, desagregado por género y grupos de edad, de la serie 1985 a 1995. Para el caso de Santa Fe de Bogotá se incluye el cálculo de cobertura hasta 1996.

Por exigencia metodológica se presenta inicialmente la estimación de subregistro para los grupos de edad 0 a 1 y 1 a 4 años. Posteriormente, y con base en los cálculos para los primeros grupos de edad, se presenta la estimación para los restantes grupos por quinquenios (5 hasta 70 y más años).

En el segundo capítulo, "Aspectos de la mortalidad sin ajustar", a través de la observación del comportamiento de la serie de mortalidad sin ajustar para algunos grupos de causas de muerte, se demuestra la importancia de ajustar, mediante el uso de reglas de reclasificación, el registro de defunciones para lograr mayor precisión en la notificación de la causa de muerte. Se describen algunos hallazgos de la mortalidad sin ajustar cuando se examinan grupos de causas seleccionadas.

Se presentan análisis basados en la construcción de tasas estandarizadas obtenidas a partir de la mortalidad reportada por el Dane y las proyecciones de poblaciones del Departamento Nacional de Planeación. La estandarización realizada fue de tipo directo, con la población mundial como referencia.

En el tercer capítulo, "La carga de enfermedad en Santa Fe de Bogotá, ante la mortalidad ajustada", presenta el análisis de la mortalidad ajustada por volumen según grupos de edad y género. Para esto se aplican los factores de subregistro de la mortalidad, obtenidos con la metodología descrita en el capítulo 1, a las defunciones registradas.

Inicialmente se presenta un análisis general de la mortalidad proporcional por edad que permite identificar el estado en que se encuentra la capital en el contexto de la transición epidemiológica.

Posteriormente, a partir de la construcción de tablas de vida, se obtienen las esperanzas de vida al nacer y por quinquenios, las cuales se comparan con las estimadas para Colombia. Además, se presentan los resultados obtenidos de calcular la participación porcentual que tienen los grupos de edad en las diferencias entre las expectativas de vida al nacer.

El capítulo termina con el análisis de la mortalidad ajustada por tasas específicas por edad y causa para el periodo en estudio.

Finalmente, en el cuarto capítulo, “Años de vida ajustados por discapacidad (Avisa) como medida de la carga de enfermedad 1985-1996”, se presentan los resultados obtenidos de calcular el indicador Avisa para Bogotá en el periodo 1985-1996.

Primero se resumen los pasos metodológicos seguidos para el cálculo. A continuación se muestran los gráficos de años perdidos por muerte prematura y vividos con discapacidad, en forma de índice por mil habitantes por grupos de edad y causa para obtener la mejor comparación de resultados.

Metodología

Se utiliza el cálculo de Avisa. Un Avisa se define como un año de vida saludable perdido por muerte prematura o por vivir con discapacidad. Es una medición de la carga de enfermedad de una región o país porque:

- Incorpora la medición de problemas de salud no fatales.
- Mide la carga de enfermedad y lesiones en unidades que pueden ser usadas para hacer evaluaciones de costo-efectividad de intervenciones en términos de costo por unidad de carga de enfermedad recuperada.
- Logra medir en un solo valor los años perdidos por muerte “prematura” más los años vividos con “discapacidad” con severidad y duración especificadas.

Para poder medir de manera más precisa los problemas de salud que afectan a una sociedad, a este indicador se le ha dado inclusión ponderada de determinados valores sociales:

- El tiempo perdido por muerte prematura.
- Años de vida ajustados según la edad.
- Preferencia social por el tiempo.
- Años vividos con discapacidad.

Conclusiones

- En la capital del país, en general en todos los grupos de edad, excepto ochenta y más años, se observan incrementos en la esperanza de vida entre 1985 y 1995 en Colombia y Bogotá.
- En el grupo de adultos del género masculino se destacan los homicidios como el principal riesgo de morir, entre 1989 y 1994, alcanzando en 1993 la tasa más alta de toda la serie, treinta por cien mil entre 15 y 29 años de edad. Sin embargo, cede el primer lugar como causa de muerte al riesgo de morir por atropellamiento en accidentes de tránsito en 1995 y 1996.
- Para el segundo grupo de adultos del género masculino (entre 30 y 44 años de edad), los homicidios resultan los primeros entre 1990 y 1994, pasando también al primer lugar como riesgo de morir el atropellamiento en accidentes de tránsito para los años siguientes.

Recomendaciones

Para racionalizar la colocación de recursos se recomienda realizar el ejercicio que a continuación se enumera, dando prioridad a acciones que lograrían reducir la carga de enfermedad de manera efectiva y menos costosa:

1. Construir una primera lista de los problemas de salud, por edad y género:

- 1.1 Orden de los problemas de salud de acuerdo con la medición de Avisa totales por edad y género.
- 1.2 Incluir aquellos problemas que sin ser, tan importantes como los identificados ese año, suponen un riesgo incremental para la muerte/discapacidad de la población de acuerdo con lo observado en la serie estudiada entre 1985 y 1996.
- 1.3 Esta lista podría incluir, por cada grupo de edad y género, entre cinco y siete problemas.

2. Evaluar las posibilidades de éxito de intervención de cada problema en la lista.

3. De la evaluación anterior se conformaría una segunda lista de problemas, pero considerando ahora las intervenciones más eficaces, más costo-eficaces, o más costo-efectivas (de acuerdo con las posibilidades que se tengan de medición de costos y construcción de escenarios de efectividad).

4. Debido a la importancia de diferenciar las intervenciones por su poder de externalidad y las posibilidades de financiación y operatividad, finalmente se construyen dos listados de problemas ordenados de acuerdo con su magnitud y poder de intervención que podrían denominarse:

- 4.1 Problemas susceptibles de intervención en el contexto poblacional (listado de salud pública).
- 4.2 Problemas susceptibles de intervención desde el punto de vista clínico individual.

*Determinación de los niveles de anticuerpos
contra el virus de la rabia en caninos
de Ciudad Bolívar,
Santa Fe de Bogotá, 1997-1998*

Autores:

Jesús Antonio Moreno
Rodríguez, Juan Manuel
Rodríguez Navarrette

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Ecología animal
Va. Población animal

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTUDIO DE OBSERVACIÓN DESCRIPTIVO, REALIZADO SOBRE LA POBLACIÓN CANINA DE LA LOCALIDAD DE CIUDAD BOLÍVAR, QUE PRESENTA LOS FACTORES DE RIESGO QUE CONDICIONAN LA PRESENCIA DE LA RABIA CANINA: ALTA POBLACIÓN, BAJA COBERTURA DE VACUNACIÓN, ALTA PROPORCIÓN DE PERROS VAGOS Y MOVIMIENTOS MIGRATORIOS. POR SER ÉSTA UNA POBLACIÓN EN RIESGO Y EN LA CUAL NO SE HA REALIZADO NINGÚN TIPO DE ESTUDIO SOBRE DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIRUS DE LA RABIA, SE DETECTÓ LA NECESIDAD DE IDENTIFICAR LA CAPACIDAD DE RESPUESTA ESPECÍFICA FRENTE AL VIRUS RÁBICO POR EL SISTEMA INMUNITARIO.

El objetivo de esta investigación es evaluar los niveles de anticuerpos antirrábicos seroprotectores como respuesta a la vacunación en la población canina en la localidad de Ciudad Bolívar, debido a que existen muchos factores que pueden ser evaluados para determinar fallas en el sistema inmunológico. Estos factores son: el estrés; fallas en el almacenamiento y manejo de la red de frío; falla aparente en la vacunación; ausencia de líneas o serotipos adecuados del organismo requeridos para estimular la inmunidad protectora en la vacuna; inmunosupresión presente en los animales debido a otras infecciones virales, bacteriales, o debido a consumo de alimento con altos niveles de micotoxinas, etcétera; baja calidad en la vacuna (baja titulación, contaminación, etc.), niveles altos de anticuerpos maternos en el animal joven los cuales pueden interferir con la vacuna aplicada reduciéndose la cantidad de inmunidad producida, y edad de aplicación de la vacuna.

Como objetivos específicos plantea evaluar cualitativa y cuantitativamente por seroneutralización la presencia de anticuerpos contra el virus de la rabia, establecer la relación de otros factores que pueden intervenir la seroconversión tales como

estrés, enfermedad y desnutrición, y establecer la relación perro-hombre.

Fuentes: Noventa y cuatro títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio consta de cinco capítulos. El primero presenta la definición del problema y la justificación, señala los antecedentes, la contribución del estudio, el impacto social y la importancia.

El segundo capítulo presenta el marco teórico: definición de la rabia, reseña histórica, etiología, replicación del virus rábico, epizootiología, infecciosidad viral, inmunidad, tipos de vacunas de rabia, fallas de la vacunación, diagnóstico y situación de rabia en el mundo.

En el tercer capítulo se exponen los resultados según encuesta realizada para determinar el comportamiento de las variables Ciudad Bolívar 1997.

En el capítulo cuarto se presentan los resultados del estudio: estimación del número de perros en la localidad de Ciudad Bolívar 1998; número de perros seleccionados por sectores; perros seleccionados para determinación de niveles de anticuerpos según sexo y estado corporal; resultados de laboratorio según interpretación; resultados positivos según dilución del suero con el virus de la rabia; resultados de titulación de anticuerpos contra el virus de la rabia para perros con vacuna vigente, para perros sin vacuna, en perros menores de un año, según vacunación en perros de un año o más; estado corporal de los perros según resultado de la titulación para anticuerpos rábicos; resultado de la titulación para anticuerpos de la rabia según estrés, desnutri-

ción y enfermedad, en perros vacunados de un año o más y según sitio de permanencia.

El capítulo cinco plantea una discusión alrededor de los temas de inmunidad antirrábica, seroconversión mostrada por los perros analizados en el desarrollo de este trabajo, edad de la primovacunación, y la influencia de las variables estado corporal, desnutrición, estrés y enfermedad de los perros.

Metodología

Estudio observacional descriptivo realizado sobre la población canina de la localidad de Ciudad Bolívar. Se realizó la toma de muestras para determinar niveles de anticuerpos contra el virus de la rabia en 148 caninos; la técnica utilizada fue el test de inhibición de focos fluorescentes. La edad promedio de los perros fue de 36.5 meses (rango 5-96 meses), 50% de ellos tenían edades superiores a los 36 meses. La edad que más se repitió fue la de 48 meses. En la población seleccionada, entre las hembras, 4.1% estaba en periodo de gestación.

Conclusiones

En la titulación de anticuerpos de las muestras estudiadas 21.5% fue negativo a la presencia de anticuerpos protectores contra la rabia, y 78% presentaba protección positiva, lo que permite concluir que el estado de inmunidad es bueno en esta localidad.

Se sabe de la buena calidad de la vacuna pero no se tiene un control estricto en cuanto a manejo y refrigeración, lo que incide en el posible mal estado de ellas en el momento de uso.

En cuanto a la periodicidad de las vacunas, no es prudente extender los periodos de refuerzo a lapsos mayores de dos años.

Recomendaciones

1. Determinar la población canina teniendo en cuenta el sexo, la edad, la procedencia y las tasas de natalidad: estimando porcentaje de fecundidad de las hembras en edades óptimas para la gestación, tasa de morbilidad y tasas de mortalidad específicas, tanto de la localidad de Ciudad Bolívar como para Santa Fe de Bogotá, para determinar los riesgos de presentación de la rabia como una enfermedad mortal.

2. Determinar la edad de primovacunación canina por medio de hembras-control; vacunadas y sin vacunar, de las cuales se tenga la fecha de vacunación antes de que comience su estado de gestación, para iniciar la toma de muestras a los cachorros de dichas hembras a partir de los quince días de edad, hasta encontrar niveles de anticuerpos protectores contra la rabia.

3. En el proceso de vacunación se debe tener una red en frío adecuada. Hacer además una cobertura de mantenimiento exigiendo el certificado de vacunación (obligatorio), el cual es dado por la Secretaría Distrital de Salud, para vacunar aquellos perros que no fueron vacunados durante la campaña masiva.

4. También se deben hacer campañas de vacunación cada año para animales menores de un año de edad, para proteger a la nueva población.

5. Se deben realizar programas dirigidos a la comunidad para que conozcan la importancia de la vacunación de sus mascotas contra la rabia y así evitar posibles riesgos de contaminación; también se deben dar charlas sobre la enfermedad, formas de contagio, formas de control en caso de accidente rábico y tratamientos adecuados.

6. Al personal asignado para las vacunaciones se le debe capacitar en forma adecuada sobre la postura de la vacuna, la tenencia de las vacunas en la red de frío, y la importancia de la vigilancia epidemiológica.

*Factores que determinan el impacto de los
servicios de rehabilitación fisioterapéutica,
ocupacional y fonoaudiología en las
instituciones de la Secretaría Distrital
de Salud de Santa Fe de Bogotá*

Autor corporativo:
Universidad Nacional
de Colombia

Investigadoras:
Clemencia Cuervo,
Martha Escobar
y Alicia Trujillo

Publicación:
Sin publicar

Unidad patrocinante:
Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:
Deficiencia, discapacidad,
minusvalía, rehabilitación

Ubicación:
Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá. D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN POR DEMANDA, DENTRO DE LA LÍNEA DE DESARROLLO de servicios, de tipo descriptivo-transversal; sus objetivos generales son: identificar los factores que determinan el impacto de los programas de rehabilitación y que inciden en la calidad del servicio y en calidad de vida de las personas usuarias de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología en los hospitales de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud y en un hospital universitario del Distrito Capital, e identificar variables e indicadores para el seguimiento periódico de la calidad de los servicios de rehabilitación.

Con este propósito se diseñaron y aplicaron encuestas a cinco grupos de protagonistas de la rehabilitación: profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, gerentes y usuarios de los servicios de rehabilitación de las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud. El contenido de las encuestas se organizó en nueve categorías correspondientes a los factores que se postularon como determinantes de impacto en esta investigación: oferta/demanda/cobertura, estructura física, tecnología, talento humano, resultados clínico-funcionales, costo-efectividad, calidad de vida, integración/desarrollo socio-ocupacional, satisfacción del usuario, satisfacción del profesional y reconocimiento institucional.

La caracterización de los factores de impacto identificados permitió trazar indicadores de calidad, los cuales se agruparon de acuerdo a los componentes medibles propuestos en los modelos de calidad de los servicios de salud: estructura, proceso y resultados.

Fuentes: Setenta y dos títulos bibliográficos, dentro de los cuales se encuentra un texto escrito por las investigadoras: "Efec-

tividad de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica”.

Contenido

El estudio consta de siete capítulos.

“Antecedentes y marco de referencia”: se presentan los antecedentes y la justificación; se hace referencia a que en el país no se conocen procesos que permitan estimar el impacto de los programas de rehabilitación de la población discapacitada, careciendo de indicadores para su calificación y medición. Con los resultados de la investigación se pretende que la Secretaría Distrital de Salud pueda recomendar políticas para la prestación de servicios especializados que favorezcan la integración de personas con discapacidad a la vida social y productiva del país.

“Objetivos”: en este capítulo se exponen los objetivos generales de la investigación, los cuales se reseñan al comienzo del presente resumen.

“Conceptos fundamentales”: en esta sección se presentan los conceptos fundamentales que permiten comprender la perspectiva desde la cual se diseña la investigación. Esta conceptualización se constituye en el referente interpretador de los hallazgos sobre impacto de los servicios de rehabilitación en SDS; tales conceptos son: rehabilitación, relación entre calidad e impacto y variables que determinan la calidad/impacto de los servicios.

“Método”: investigación de tipo descriptivo-transversal dirigida a determinar la situación de un conjunto de variables que caracterizan la prestación de los servicios de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica de las institucio-

nes adscritas a la SDS. Se observó la presencia o ausencia de una serie de rasgos y su frecuencia de ocurrencia en tres poblaciones: profesionales de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología; usuarios de los servicios de rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica y gerentes de las instituciones adscritas a la SDS.

Conclusiones

Los resultados obtenidos de los datos suministrados por 110 profesionales, 717 usuarios y 32 gerentes de instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud se pueden generalizar únicamente a las instituciones adscritas a dicha Secretaría; sin embargo, son útiles como referentes para la descripción y evaluación del ejercicio de la fisioterapia, la terapia ocupacional y la fonoaudiología en otras instituciones colombianas.

Los resultados se presentaron en diez categorías de variables, éstas son: oferta/demanda/coertura; estructura física; tecnología; resultados clínico-funcionales; costos-efectividad; calidad de vida; integración/desarrollo socio-ocupacional; satisfacción del usuario; satisfacción del profesional y reconocimiento institucional. A su vez, éstas se agruparon en tres componentes esenciales en todo modelo que estudia la calidad de los servicios: estructura, proceso y resultados.

Existe un balance aparente en la relación oferta-demanda de los servicios, lo que significa que la oferta instalada está respondiendo a las necesidades de los usuarios. El balance es aparente debido a que parece existir subdemanda de los servicios de acuerdo con la información suministrada por 54.67% de los profesionales; además, según el informe del Ministerio de Salud y el sistema nacional de información sobre la discapacidad, la cobertura de los servicios de rehabilitación para discapacitados es en

extremo baja y no oportuna. Por tanto, los hallazgos se deben interpretar con cautela debido a que parece que las instituciones de la SDS no están captando la magnitud de la demanda. Sería necesario, hacia adelante, precisar las causas por las cuales las poblaciones con discapacidades no están accediendo a los beneficios de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica.

Si bien la instauración de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología en el Distrito ha alcanzado niveles de desarrollo importantes desde sus inicios hace 20 años, algunos de los rasgos que caracterizan la oferta actual (limitada formación de nivel posgraduado, salario, posibilidades de educación continuada y ascenso, entre otros) podrían constituirse en factores de riesgo para la calidad de los servicios.

Los profesionales y los gerentes de las instituciones de la SDS detectan problemas de insuficiencia de espacio, control de ruido, ventilación, temperatura, accesibilidad arquitectónica y medidas de seguridad; en contraste, los usuarios expresaron un grado de satisfacción con la estructura física. Estas opiniones deben ser valoradas con precaución debido a que hasta el momento no existen referentes colombianos validados sobre los requisitos esenciales para garantizar servicios de calidad aceptable. Lo evidente es que el estado actual de la estructura física es un factor que, de mejorarse, podría tener un impacto más favorable sobre los resultados de los tratamientos.

Disponibilidad de *instrumentarium*. Más de la mitad de los profesionales manifestó no tener tecnología de avanzada. Las carencias fueron más evidentes en el caso de terapia ocupacional y fonoaudiología; tampoco se identifica una política sistemática de adquisición y mantenimiento de equipos. Considerando que en el campo de la rehabilitación el uso de tecnología tiene un impacto definitivo en la precisión de los diagnósticos, la efectivi-

dad de los tratamientos, la calidad de vida y el costo de la atención, es posible suponer que uno de los factores que pueden no estar contribuyendo a obtener mejores resultados y por tanto calidad es el estado de la tecnología en las instituciones de la SDS.

El impacto de los servicios de fisioterapia, terapia ocupacional y fonoaudiología no ha alcanzado un grado de contundencia que asegure el reconocimiento de la rehabilitación como un área de atención estratégica en el conjunto de los programas de salud. Esta situación se aprecia tanto en la variabilidad o la falta de consensos en las decisiones técnico-científicas de los profesionales, como en la falta de definiciones y normas en los aspectos gerenciales de los servicios.

Aunque los usuarios expresaron un buen grado de satisfacción, estos hallazgos deben ponderarse en relación con las percepciones de los gerentes y de los profesionales. Además, es sabido que en el país apenas comienza el proceso de educación a los usuarios con el fin de que estén en capacidad de emitir juicios informados sobre los servicios de salud, y así ejerzan la veeduría prevista en la ley de seguridad social en salud. Esta circunstancia permite suponer que los usuarios de los servicios de rehabilitación de la SDS pueden no tener aún referentes apropiados para valorar la calidad de los servicios fisioterapéuticos, ocupacionales y fonoaudiológicos.

De acuerdo con los profesionales, los resultados de la rehabilitación fisioterapéutica, ocupacional y fonoaudiológica tienden a ser regulares; de ahí se desprenden tres conclusiones: a) si los resultados son regulares (lo cual es un hecho preocupante) esto sugeriría que el impacto de los servicios sería inferior a lo deseable, lo cual estaría afectando el posicionamiento de las tres profesiones. No obstante, la calificación de regular no puede aceptarse de manera concluyente por cuanto este juicio debe basarse en el uso consistente y riguroso de indicadores válidos que permitan cuantificar los beneficios, condición que no fue

confirmada por los hallazgos de esta investigación. b) De acuerdo con los modelos de calidad de la atención en salud, los factores que determinan los resultados tienen que ver con las dimensiones de estructura y de proceso. En este caso se supone que los factores inmediatos y más críticos de estructura y de proceso que estarían conduciendo a la obtención de resultados regulares son: ausencia de una política de educación continuada y falta de desarrollo de la dimensión gerencial. Estos dos factores coinciden con la evaluación del Ministerio de Salud sobre los problemas principales de la oferta actual en salud (Ministerio de Salud, 1995).

Recomendaciones

Dentro del modelo planear-hacer-evaluar-actuar se sugieren las siguientes estrategias:

Diseñar y ejecutar un programa de educación continuada para el cien por ciento de los fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y fonoaudiólogos vinculados a la SDS, sobre: a) gerencia de los servicios de rehabilitación y b) procedimientos profesionales (ejercicio basado en la evidencia científica) y medición funcional de la ocupación, la comunicación y el movimiento humanos.

Que la SDS adopte medidas para asegurar que los gerentes de todas las instituciones unifiquen la unidad de atención de quince minutos para propósitos de la gerencia de los tratamientos fisioterapéuticos, ocupacionales y fonoaudiológicos, y faciliten indicadores para documentar los resultados de tales tratamientos.

*Situación de salud en la localidad 13,
Teusaquillo, 1998*

Autor corporativo:

Asociación Probienestar
de la Familia Colombiana,
Profamilia.

Autores:

Gabriel Ojeda, Magda
Ruiz, Joanne Klevens,
Eugenia Ramírez, Luz
Marina Garzón, Ana
Vega, Marcela Sánchez

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Accidentalidad,
mortalidad

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTUDIO CUYO OBJETIVO FUE ESTABLECER EL ESTADO DE SALUD Y sus condicionantes en los habitantes de la localidad de Teusaquillo. Se realizó una encuesta de salud de Teusaquillo a través de una encuesta de hogares por muestreo para medir la morbilidad sentida, los conocimientos, actitudes y prácticas en enfermedades degenerativas, enfermedades de la infancia, accidentes, violencia y variables asociadas, demanda y utilización de servicios y afiliación a la seguridad social. Se describe cada uno de los tópicos contemplados en esta encuesta, los cuales fueron de gran importancia para la comprensión de los problemas de la localidad en materia de salud, la complementación del diagnóstico local y la orientación de las políticas propias para esta comunidad.

Fuentes: Cuarenta títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio consta de diez capítulos. En el primero se presentan los antecedentes y la justificación, se describe la localidad de Teusaquillo, su ubicación, los estratos que la conforman, la cobertura de servicios, vías y la prestación de servicios de salud, las características demográficas y educativas y, en general, la calidad de vida; plantea las razones que justifican la realización del estudio y explica las fuentes de información de las cuales se nutrió. Finalmente, presenta los objetivos general y específicos del estudio y los aspectos metodológicos.

En el segundo capítulo se presentan las características generales de la población: composición de los hogares, características socioeconómicas de la población, nivel educativo y asistencia escolar, y afiliación al sistema general de seguridad social.

En el tercer capítulo se presentan las condiciones de salud de la población, las cuales se midieron a través de encuestas con base en la percepción que la población tiene de ella. Los indicadores usados en esta encuesta son las discapacidades totales y parciales, la percepción de enfermedad o morbilidad sentida en un periodo de referencia y la necesidad de consulta por estos problemas de salud.

En el cuarto se presenta la estimación de la frecuencia de accidentes ocurridos en la localidad en un año y caracterizados según el tipo de accidente, sitio, incapacidad generada y si fue accidente de trabajo. Para efectos de la encuesta se definió como accidente todo hecho traumático o morboso, espontáneo, imprevisto, que provoca en la persona una lesión orgánica permanente o pasajera. Las lesiones intencionales infligidas por terceras personas o autoinfligidas intencionalmente no son accidentes y no se incluyeron en este análisis. Tampoco quedan incluidos aquellos accidentes que ocasionaron la muerte o ausencia temporal de algún miembro del hogar.

En el capítulo sexto se estima la tasa de hospitalizaciones caracterizadas por edad, sexo, estrato, según causas, tipo de institución y localidad, duración de la hospitalización y forma de pago; se presenta la estimación acerca de fecundidad y mortalidad.

Finalmente, en los capítulos octavo, noveno y décimo se establecen los factores de riesgo y protectores de la salud en las poblaciones de 0 a 14 años, de 15 a 49 años y de 50 y más años. En el primer grupo se analiza la atención prenatal y de parto, la morbilidad, la vacunación, los exámenes preventivos, los riesgos de lesiones por causa externa y los problemas de la adolescencia. En el segundo grupo, el estado general de salud, las lesiones de

causa externa, los riesgos sexuales y reproductivos, el bienestar psicosocial, los riesgos ocupacionales, los riesgos de enfermedad cerebro o cardiovascular (ECV), el cáncer y la salud oral; y en el tercer grupo, se analizan el estado general de salud, las lesiones de causa externa, los riesgos sexuales y reproductivos, el bienestar psicosocial, los riesgos ocupacionales, los riesgos de enfermedad cerebro o cardiovascular (ECV) y el cáncer.

Metodología

La muestra diseñada permitió establecer el estado de salud y sus condicionantes en la localidad de Teusaquillo, con tamaño suficiente para permitir desagregar los resultados según los estratos socioeconómicos predominantes en la localidad, a saber: 3, 4 y 5.

El universo del estudio estuvo conformado por la población ubicada en la localidad. La estratificación se realizó según los estratos socioeconómicos predominantes en Teusaquillo, tomando como marco de muestra las bases geográficas del Censo 93 suministradas por el Dane, y su posterior homologación con la estratificación elaborada en las manzanas por el Departamento Administrativo de Planeación Distrital. El diseño de muestra es probabilístico, estratificado y de conglomerados, con una selección sistemática de viviendas. El tamaño de la muestra es el mínimo requerido para garantizar las estimaciones de cada uno de los tres estratos predominantes en la localidad de Teusaquillo.

La muestra calculada permite estimar las variables dependientes representadas en 15% o más de la población, dando lugar a un error estándar relativo no mayor de 10%. La muestra está conformada por cien segmentos, cada uno con un tamaño promedio de diez hogares distribuidos en los tres estratos.

Conclusiones

Entre febrero de 1997 y marzo de 1998 los habitantes de la localidad sufrieron cerca de 10.566 accidentes que causaron la muerte de la persona.

En las mujeres, a medida que aumenta la edad aumenta la frecuencia de accidentes; en los hombres sucede lo contrario. En estos últimos, la mayor frecuencia de accidentes sucede en la calle y siguen en importancia los sitios recreacionales; en las mujeres, las viviendas son el sitio de ocurrencia más importante después de la calle.

En 1998, la tasa de mortalidad infantil estimada en la localidad de Teusaquillo fue de ocho defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos.

*Diseño y evaluación de un sistema de
vigilancia de lesiones por causa externa en el
distrito durante las festividades de fin de año,
1997-1998, y características de las víctimas
atendidas en los centros hospitalarios que
forman parte de la Secretaría
Distrital de Salud*

Autor corporativo:

Secretaría Distrital de
Salud de Santa Fe de
Bogotá, D.C.

Autores:

Joanne Klevens,
Gloria Inés Suárez

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Lesiones, mortalidad.

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTUDIO POR DEMANDA DENTRO DE LA LÍNEA DE SALUD PÚBLICA, cuyo objetivo general es diseñar, implementar y evaluar un sistema de vigilancia de las lesiones de causa externa evaluadas por la red adscrita en el Distrito Capital durante las festividades de fin de año, que permita establecer la magnitud y características de las víctimas atendidas en urgencias de los centros hospitalarios que forman parte de la Secretaría Distrital de Salud.

Sus objetivos específicos fueron diseñar y probar formatos de recolección de la información sobre lesiones de causa externa; sensibilizar y capacitar a los trabajadores en las unidades de urgencias del distrito en conceptos básicos de vigilancia y en la importancia de realizarla con los lesionados que acuden a los centros hospitalarios; evaluar la cobertura y confiabilidad de la información; caracterizar a los lesionados que recibieron atención de urgencias entre el 22 de diciembre de 1997 y el 12 de enero de 1998, de acuerdo con variables de persona (edad, sexo, conducta médica, ingesta de licor, condición de la víctima, causa del ingreso, arma o mecanismo causal), tiempo (fecha y hora de los hechos) y lugar (dirección, barrio y sitio de los hechos); formular recomendaciones para la vigilancia de las lesiones de causa externa en el Distrito Capital y plantear estrategias de control y de prevención en las próximas navidades.

Teniendo como antecedente que las lesiones de causa externa son un problema prioritario en el distrito, y que los datos sobre muertes son relativamente completos y confiables, no se dispone de información igualmente completa sobre el número de lesionados no fatales, la causa de la lesión o las características de las víctimas. A su vez, se han realizado esfuerzos para disminuir el número de lesionados y muertos pero se desconoce el impacto de estos esfuerzos. Una manera de llenar estos vacíos es la vigi-

lancia epidemiológica, ya que ésta permitirá ampliar el conocimiento en cuanto a la magnitud del problema, las características de las víctimas, y el lugar, tiempo y circunstancias relacionadas con el evento. Esta información permitirá plantear acciones para la prevención y el control de los diferentes tipos de lesiones.

Fuentes: Veinticinco títulos bibliográficos.

Contenido

En la introducción del estudio se presenta una descripción general acerca de los datos existentes de lesiones y muertes por causa externa, muertes violentas, lesiones personales y homicidios, muertes durante las festividades y muertes por accidente de tránsito.

Luego se plantea el objetivo general y los objetivos específicos del proyecto. A continuación presenta la metodología (ver apartado correspondiente).

En tercer lugar se presentan los resultados del estudio de acuerdo con las siguientes variables: circunstancias de los lesionados, sitio de los hechos, características de las víctimas, ubicación anatómica de la lesión, conducta médica y causa de la lesión; además, presenta la descripción de lesionados por causa externa por hospital: hospitales de tercer nivel, hospitales de segundo nivel y hospitales de primer nivel.

En cuarto lugar se presenta las conclusiones y recomendaciones (ver apartado correspondiente).

Finalmente, se presenta un anexo que contiene la definición de las variables que se tuvieron en cuenta en el desarrollo del estudio.

Metodología

Esta propuesta plantea un estudio descriptivo, que se circunscribió a las personas lesionadas y evaluadas entre el 22 de diciembre de 1997 y el 12 de enero de 1998 por los organismos de salud con servicios de urgencias las 24 horas de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud del Distrito Capital.

Se incluyeron cuatro hospitales de primer nivel, ocho de segundo nivel y diecinueve de primer nivel.

Se diseñó un instrumento que fue ajustado con base en las recomendaciones de distintas personas expertas en la Secretaría Distrital de Salud (del Centro Regulador de Urgencias y del área de vigilancia epidemiológica) y una prueba en el hospital Simón Bolívar en los casos presentes del horario nocturno.

La información registrada en las planillas fue sistematizada en D-Base y analizada con Epiinfo.

Conclusiones

Durante las semanas comprendidas entre el 22 de diciembre de 1997 y el 12 de enero de 1998, se registraron en los libros de urgencia de la red adscrita del distrito 9.472 pacientes con lesiones de causa externa. De éstos se cuenta con información sobre lugar, tiempo y causas de la lesión en alrededor de la mitad de los casos según la información recolectada: se presentaron en promedio 430 lesionados diarios, la mayoría hombres, entre los quince y veintinueve años. La mayor proporción se lesionaron en las localidades de Ciudad Bolívar, Tunjuelito, Engativá, Rafael Uribe y San Cristóbal. Se lesionaron con mayor frecuencia los días 25 de diciembre y 1º de enero, en las horas de la tarde y en horario nocturno. Casi la mitad de los lesionados había inge-

rido alcohol antes de lesionarse; las dos terceras partes de las lesiones corresponden a lesiones accidentales entre las cuales predominan las caídas y los accidentes de tránsito. Una tercera parte de las lesiones fueron intencionales predominando las ocasionadas por riñas.

El número de casos registrados resalta la magnitud del problema de lesiones en el distrito con todos los costos económicos y sociales que éstos conllevan.

Los hallazgos sugieren la necesidad de considerar los accidentes como problema prioritario entre las lesiones de causa externa, al menos durante la época navideña.

Se deberían priorizar las riñas como causa de las lesiones intencionales, con el fin de determinar sus factores de riesgo y así desarrollar las intervenciones necesarias para su prevención y control.

Recomendaciones

- Simplificar el objetivo del sistema con el mínimo de información, seleccionando cuidadosamente qué se quiere vigilar.
- Unificar e integrar los distintos formatos de recolección de información.
- Delegar la recolección de la información a personas con menos carga de trabajo.

*Impacto económico de las medidas
restrictivas del uso de la pólvora y del
consumo de bebidas alcohólicas en
Santa Fe de Bogotá, 1992-1997*

Autores:

Sáenz Consultores

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Uso de pólvora, bebidas
alcohólicas

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

EL CRECIENTE INCREMENTO DE DELITOS EN EL DISTRITO CAPITAL, sumado a los aumentos sucesivos de casos por quemaduras en niños y adultos, y al excesivo consumo de alcohol, obligó al alcalde Antanas Mockus a expedir los decretos 755 y 791 de 1995, que prohíben la venta y uso de artículos pirotécnicos, fuegos artificiales y globos; además, para prohibir el expendio y venta de licor en establecimientos públicos de 1:00 a 6:00 a.m., exceptuando los días 24 y 31 de diciembre, se expidió el decreto 756/95.

Este estudio tiene como objetivo general determinar el impacto económico, social e individual generado con la adopción de las medidas mencionadas.

El enfoque fundamental de la propuesta se orienta a la necesidad de evaluar el impacto económico y social de las medidas adoptadas para prevenir el uso de la pólvora y el consumo de alcohol, a través de un análisis retrospectivo, actual y proyectivo.

Fuentes: Sesenta y cinco títulos bibliográficos, entre los que se encuentran publicaciones del diario El Tiempo, decretos, boletines del Observatorio de Cultura Ciudadana y algunos títulos sobre economía.

Contenido

El estudio consta de introducción, antecedentes, un informe ejecutivo, cinco capítulos, conclusiones y recomendaciones.

La introducción presenta una breve descripción de los problemas básicos que afectan la ciudad de Santa Fe de Bogotá y

sus estadísticas, hace mención de la enfermedad por lesiones destacando las quemaduras y el alcoholismo.

En los antecedentes explica las razones que obligaron al alcalde mayor de Santa Fe de Bogotá a adoptar las medidas restrictivas mediante los decretos 755 y 791 de 1995, sobre consumo de alcohol y venta de pólvora.

En el capítulo primero se presenta un análisis de los costos hospitalarios de 1992 a 1997. Esta parte se realizó teniendo como fundamento la relación entre las diferentes causas de ingresos a los servicios de urgencias de las instituciones hospitalarias y el consumo de alcohol. Se recogió información de los libros de ingresos de los servicios de urgencias de veintitres hospitales de segundo y tercer nivel, tanto públicos como privados, conformando un universo de 11.500 ingresos de casos que por sus características presentan una alta correlación con el consumo de alcohol.

En el capítulo dos se presenta un análisis del costeo de la vida por el método Capital Humano. Esta técnica se utilizó para cuantificar el costo económico que representa para la sociedad la pérdida de una vida humana.

El capítulo tres da información sobre la tendencia del comportamiento de las ventas antes y después de las medidas de restricción en los establecimientos que expenden bebidas alcohólicas.

En el capítulo cuatro se recopila información de los negocios expendedores de artículos pirotécnicos y fuegos artificiales para mostrar volumen de ventas, número de casetas y utilidad generada en la época decembrina, para calcular el impacto económico de las medidas de prohibición de venta de la pólvora.

En el capítulo cinco se analizan los costos de las quemaduras producidas por artefactos pirotécnicos. Todos los casos costeados en este trabajo se tomaron de la información suministrada por la Secretaría Distrital de Salud, Cultura Ciudadana y de las diferentes instituciones de salud que reportaron este tipo de casos durante la época decembrina y festividades de fin e inicio de

cada año por el periodo de 1992 a 1997. El estudio está basado en el ciento por ciento de los casos reportados y atendidos por las diferentes instituciones públicas y privadas de salud del Distrito Capital.

Luego presenta las conclusiones (ver apartado correspondiente). Finalmente, plantea una serie de recomendaciones en aras de obtener menores casos tanto de muertes como de ingresos hospitalarios.

Metodología

Cada capítulo contiene la metodología aplicada para recolectar y analizar la información pertinente.

Conclusiones

Los resultados obtenidos indican que existe una alta correlación entre ingresos hospitalarios, homicidios por arma de fuego, armas corto punzantes, accidentes de tránsito y consumo de alcohol (0.97), y que éste es un facilitador de las conductas violentas que producen las lesiones fatales y no fatales en riñas y accidentes.

El impacto de la medida se hace evidente en el periodo 1995-1997, debido a la disminución estadística del número de muertos (62), que representa un ahorro económico de 587.4 millones de pesos.

Recomendaciones

Es necesario definir una política orientada a concientizar a la sociedad de las deseconomías externas que trae el consumo de bebidas alcohólicas de manera desproporcionada e irresponsable, en aras de obtener menores casos tanto de muertes como de ingresos hospitalarios, máxime cuando se ha identificado la alta correlación entre estas ventas y las tasas de morbilidad y mortalidad.

Es determinante identificar el control sobre los conductores en estado de embriaguez y aumentar las sanciones por este concepto, dada la alta responsabilidad de éstos en la muerte y lesiones físicas.

Es importante establecer veedurías ciudadanas con el fin de permitir la incorporación de la comunidad en la prevención y control del consumo de bebidas alcohólicas en sus respectivas comunidades.

Las medidas adoptadas por la Alcaldía Mayor de Santa Fe de Bogotá deben ser dinámicas y tendientes a buscar un cambio sostenido en el comportamiento social de sus ciudadanos con el fin de evitar grandes pérdidas económicas y sociales.

Es necesario que se estudie la posibilidad de permitir el uso de la pólvora no explosiva a personas expertas previamente autorizadas y capacitadas para su manipulación, para beneficiar a un gremio que presenta grandes pérdidas económicas.

*Determinantes urbanos para el ejercicio
del control social en salud en el
Distrito Capital, 1986-1996*

Autor corporativo:
Universidad Nacional
de Colombia

Autores:
Mery García, Patricia
Osorio Borrero, Fredy
Patiño, Sergio Acosta,
Pedro Pablo Neira,
Eduardo Vargas Peña,
Sandra Piñeros

Publicación:
Sin publicar

Unidad patrocinante:
Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:
Participación ciudadana.
Va. mecanismos de
participación

Ubicación:
Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

EL DESARROLLO DE ESTE ESTUDIO PARTE DE LA IDEA DE QUE LOS determinantes urbanos de la ciudad de Santa Fe de Bogotá son características que además de darle una connotación propia al ciudadano, pueden estar caracterizando el ejercicio del control social en la prestación de los servicios de salud y desarrollo de la seguridad social en salud en el Distrito Capital. Se hace una aproximación exploratoria al tema a partir de las características de los líderes comunitarios, teniendo como referentes algunos determinantes que la teoría ha definido como propios de lo urbano, en aspectos económicos, culturales, poblacionales, institucionales y en la oferta de servicios públicos.

El estudio tiene como marco de referencia las reformas de los sistemas de salud de los últimos diez años; en él se hace una reflexión del significado que tiene la Constitución de 1991 sobre la participación social y su relación con la posible construcción de un nuevo concepto de ciudadanía.

Así, los determinantes urbanos se identifican tomando como base inicial los definidos en el marco de referencia a partir de los elementos generales que en teoría se han descrito como características de la ciudad, y posteriormente se buscan y se confrontan algunos de éstos en el contexto local, otros en el contexto nacional, y otros en el institucional y cultural de los líderes comunitarios.

El control social se abordó en el contexto de la participación, y tanto el uno como la otra desde el Estado, por ser el generador de estos procesos.

Las reformas de los sistemas y los aspectos normativos de la participación comunitaria se hicieron a partir de la revisión de

los tres sistemas de salud que han existido en Colombia, plasmados en el decreto 056 de 1975, la ley 10 de 1990 y la ley 100 de 1993.

Se presenta una caracterización por etapas y en los tres sistemas de salud sobre la participación comunitaria promovida por el Estado en los contextos nacional y local en la última década.

Hace un recorrido de la forma como ha evolucionado el uso de los términos participación comunitaria y control social en salud y propone una definición de los mismos.

Genera algunas recomendaciones para diferenciar el papel de cada organización comunitaria según el régimen o plan de beneficios en el SGSSS.

Diseña alternativas para involucrar a la población de estratos altos en el control social.

Identifica aspectos concretos sobre las relaciones de los sectores comunitarios con las instituciones de salud y con sus funcionarios, y que están afectando positiva y negativamente su quehacer como líderes en el SGSSS.

Finalmente, se hace una propuesta metodológica en la cual se retoman las conclusiones del trabajo así como las principales debilidades manifestadas por los líderes.

Fuentes: Sesenta y seis títulos bibliográficos y ciento cuatro notas a pie de página.

Contenido

El estudio se desarrolla a través de nueve capítulos.

En el primero, “Control social y participación comunitaria”, se presenta el marco de referencia donde se señala en primer lugar la participación ciudadana como uno de los cambios más

radicales e integrales que aporta la reforma constitucional de 1991, y señala los niveles de dicha participación como principio, como derecho y como deber; además, muestra la participación como mecanismos de consulta, de iniciativa, de fiscalización y de decisión. Luego, analiza el concepto del control social: el control social en Colombia, orígenes del control social en salud en Colombia, y el control social en el SGSSS. En segundo lugar se analiza la participación comunitaria promovida por el Estado, el control social y la participación y el control social en el SGSSS.

En el segundo, "Reformas de los sistemas de salud y participación comunitaria y/o control social en salud en Colombia. Década 86-96", se hace un repaso general de las características organizacionales y normativas de cada sistema y en particular sobre participación comunitaria y control social.

En el tercero, "Determinantes urbanos en Santa Fe de Bogotá", se aborda el tema desde los aspectos demográficos, económicos, culturales, ambientales, de espacio público, de utilización del suelo, de servicios públicos, vivienda e institucionales.

En el cuarto, "Participación comunitaria y control social en la Secretaría de Salud del D.C. en la última década", se estudia el ordenamiento institucional y normativo, y las etapas del proceso de participación comunitaria y/o control social en salud en el D.C.

El quinto, "Los determinantes urbanos y el proceso de participación comunitaria y control en salud en el Distrito Capital", presenta una caracterización del universo y la muestra, se analizan los resultados obtenidos de las encuestas diligenciadas por los líderes y por los funcionarios, se presentan los hallazgos de la base de datos sobre las quejas y solicitudes de los usuarios del SGSSS del Distrito Capital, se realiza un análisis de los talleres y se presenta una síntesis de los aspectos más relevantes del análisis situacional, resultado de las manifestaciones y representaciones que hicieron los participantes en los talleres.

En el sexto se presenta el análisis de todo el estudio: aspectos

sobresalientes en el marco de referencia, determinantes de lo cultural en la participación comunitaria y el control social, determinantes de lo ambiental, de lo político, de lo poblacional y determinantes de lo institucional.

El séptimo contiene las conclusiones, y en el octavo se presentan las tendencias de la participación comunitaria en el control social del sistema general de seguridad social en salud. Finalmente, en el capítulo noveno se presentan algunas sugerencias de posible resolución a corto y mediano plazo.

Metodología

Para cuantificar los determinantes urbanos seleccionados en el marco de referencia, se realizaron cien encuestas a los líderes comunitarios representantes de las veedurías, de las asociaciones de usuarios, de los Copaco, de los comités de ética hospitalaria y de las juntas directivas de los hospitales públicos, en las que se contó con la presencia del representante de los usuarios ante el consejo territorial de seguridad social en salud y cuarenta funcionarios de salud que tienen responsabilidades frente a los programas de participación comunitaria y control social en las localidades.

Además, se analizó la base de datos que existe en la Secretaría Distrital de Salud sobre quejas y solicitudes de los afiliados al sistema general de seguridad social en salud. Este análisis se hizo para las quejas y solicitudes existentes entre el 23 de julio y el 23 de septiembre de 1997.

El universo del estudio fue la población de Santa Fe de Bogotá, D.C., que participa en salud como veedores, asociaciones de usuarios, comités de participación comunitaria y de ética; así como funcionarios locales responsables de las oficinas de participación comunitaria, trabajo social y atención al usuario.

Para seleccionar la muestra se optó por hacer una convocatoria amplia a todos y cada uno de los individuos del universo que tenían una dirección o teléfono, tratando así de captar la mayor cantidad de personas. Por tanto, la muestra quedó conformada por aquellas que respondieron positivamente a la convocatoria.

Conclusiones

Es importante buscar la integración de salud, y en particular los programas de participación comunitaria y control social, a los programas promovidos por las alcaldías mayor y menores, para lograr avances significativos especialmente integrando el diagnóstico de salud al plan de desarrollo que están haciendo las localidades.

La variedad de organizaciones o formas de participar de la comunidad, pueden ser canalizadas en dos grupos, uno para la participación comunitaria y otro para el control social, para generar o estimular vínculos de cooperación y cohesión.

La Secretaría Distrital de Salud, con el fin de propiciar la participación comunitaria en el ejercicio del control social sobre la prestación de servicios y desarrollo de la seguridad social en salud en el Distrito Capital, debe generar estímulos y reconocimiento al trabajo comunitario.

Recomendaciones

Es importante reflexionar sobre la posibilidad de que el Distrito Capital construya su política, su plan y sus programas de participación comunitaria, que se descentralice del nivel nacional y, dentro del Distrito Capital, se vuelva hacia las localidades,

de tal manera que pueda tener su propia identidad en los procesos comunitarios.

Es importante buscar la integración de salud, y en particular los programas de participación comunitaria y control social a los programas promovidos por las alcaldías mayor y menores.

Que el nivel central de la Secretaría analice la situación sobre la toma de decisiones rápidas en lo relacionado con el Sisben y la carnetización.

*Conocimientos de la población general, las
asociaciones de usuarios y los veedores
ciudadanos sobre el sistema general de
seguridad social en salud en
Santa Fe de Bogotá*

Autor corporativo:

Fundación Fes y Funda-
ción Santa Fe de Bogotá

Autores:

Gabriel Carrasquilla,
Teresa M. Tono, Belén
Samper, Milciades Ibáñez,
Luis Eduardo Rincón,
Hernando Baquero

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Veeduría en salud
Va. Veedurías

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN DE ASEGURAMIENTO, CUYOS OBJETIVOS GENERALES son: identificar el grado de conocimiento que tiene la población residente en el Distrito Capital, las asociaciones de usuarios y los veedores ciudadanos sobre el sistema general de seguridad social en salud y su aplicación en el Distrito Capital. Sus objetivos específicos son: a) identificar el conocimiento de la comunidad sobre el sistema general de seguridad social en salud; b) identificar el conocimiento que tienen las asociaciones de usuarios y los veedores ciudadanos sobre el sistema general de seguridad social en salud; c) identificar el conocimiento que tienen la comunidad en general, los veedores y las asociaciones de usuarios sobre derechos y deberes como personas afiliadas al sistema de salud, de acuerdo con el régimen de afiliación; d) presentar recomendaciones a la Secretaría Distrital de Salud sobre mejores alternativas de información, comunicación y metodologías educativas a la comunidad, los veedores y las asociaciones de usuarios y su participación en el sistema general de seguridad social en salud.

Debido a la falta de conocimiento por parte de los usuarios, especialmente en relación con sus derechos y deberes, la forma de acceder y los diversos mecanismos de participación, la Secretaría Distrital de Salud demandó la realización de esta investigación para saber cuál es el grado de conocimiento por parte de los usuarios sobre el sistema general de seguridad social en salud.

Fuentes: Veinticinco títulos bibliográficos.

Contenido

La investigación se desarrolla en seis capítulos, así:

En el primero se presenta el resumen ejecutivo del trabajo; en el segundo se relaciona la revisión de literatura y los objetivos; en los capítulos tercero, cuarto y quinto se tratan la población de Santa Fe de Bogotá, las asociaciones de usuarios y los veedores ciudadanos en salud, con su correspondiente metodología y resultados, que se presentan a través de tablas y gráficos.

Finalmente, en el capítulo sexto se formulan las recomendaciones para el desarrollo de una estrategia de comunicación, que debe centrarse en tres aspectos:

- Informar correctamente.
- Motivar a las personas.
- Mantener un sistema de reglamentación.

Una estrategia general de difusión de información debe estar dirigida a los líderes comunitarios en aquellos aspectos de menos conocimiento (EPS, participación comunitaria, etcétera) por medio de canales específicos para ellos (JAL, juntas de acción comunal, alcaldías locales, talleres, etc.), desarrollando también con ellos habilidades de comunicación y proporcionándoles materiales claros y sencillos que les permitan difundir los conocimientos al resto de la comunidad. Una vez alcanzado un nivel de conocimiento que supere 20%, se debe proceder como se sugiere en el siguiente paso.

Llegar a los líderes de opinión en aquellos aspectos de mediana difusión (por ejemplo IPS), con estrategias interactivas y por medio de canales comunitarios, medios masivos y comunicacio-

nes interpersonales (preferiblemente con los líderes comunitarios que reciben la información en un principio), y motivarlos a que la difundan al resto de la comunidad. Esta información debe enfatizar que los beneficios superan los costos. Una vez superado 50% se sugiere pasar al siguiente punto.

Llegar a la comunidad general en aquellos aspectos que superan 50% de conocimientos por medios comunitarios y medios masivos, demostrando cómo otras personas ya lo saben o ya lo hacen, de manera que se perciba que “está de moda”, que “ya todo el mundo lo sabe o lo hace”.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal de la población civil no institucionalizada y de los miembros de asociaciones de usuarios y veedores ciudadanos de salud de Santa Fe de Bogotá, para el que se aplicó una encuesta y técnicas de grupo focal.

Conclusiones

Población general

Conocimientos sobre principios de seguridad social en salud

El nivel de conocimientos de la población sobre el sistema general de seguridad social en salud es alto. Los conocimientos sobre los principios del sistema tienen respuestas correctas por

encima de 60%: esto sugiere que no es necesario insistir en su difusión, con excepción de grupos especiales, tales como las personas de bajo nivel educativo.

El conocimiento sobre cotización en el régimen fue correcto en 77% de la población. El conocimiento sobre obligatoriedad de la afiliación alcanza 72%. Conocimientos sobre cobertura familiar: 72% respondió correctamente. Distribución del conocimiento sobre pagos moderados y los recursos para el régimen subsidiado: 70%. Con respecto a la libre escogencia, dos terceras partes respondieron adecuadamente. El conocimiento sobre los servicios que ofrece el plan obligatorio de salud (POS) no difieren por régimen de afiliación excepto en la hospitalización. A la pregunta sobre exclusión de cirugías estéticas respondió acertadamente 68%, pero en el grupo de los que no saben predominan los de bajo nivel educativo (primaria).

Una de las preguntas con más baja proporción de respuestas correctas fue aquella sobre el derecho de las personas de bajos recursos a ser atendidas aun cuando no se encuentren afiliadas ("vinculadas") al sistema.

Conocimientos sobre instituciones del sistema de seguridad social en salud

En contraste con la alta proporción de la población con conocimientos sobre los principios del nuevo sistema, se encontró un bajo nivel de conocimiento correcto sobre las instituciones que son actores principales del mismo. Este resultado puede ser debido a la falta de madurez del sistema y requiere importantes intervenciones que deben partir de las entidades rectoras y de las instituciones mismas, utilizando diversos canales de comunicación.

A la pregunta sobre la función de las EPS, sólo 80% respondió correctamente. Sobre las funciones de las IPS 38% responden acertadamente. La desinformación sobre las ARS es

generalizada (96%) y ameritaría un esfuerzo informativo general. Sin embargo, la Secretaría de Salud deberá evaluar la pertinencia de informarlos a todos o sólo a los grupos susceptibles de ser atendidos por este tipo de institución.

Conocimientos sobre participación social en salud

Los resultados revelan que no existe conocimiento en la población sobre las instancias existentes para la participación social en salud. Cualquier esfuerzo educativo debe incluir a toda la población.

Acerca de los Copaco y los comités de ética hospitalaria, 93% y ciento por ciento de los encuestados, respectivamente, no sabe o responde equivocadamente.

El conocimiento adecuado sobre la función de las veedurías es sólo de 13%. Sobre las asociaciones de usuarios, 5% respondió correctamente.

Medios de comunicación masiva

Con respecto a los medios de comunicación, la televisión aparece como el más utilizado entre semana por la población en todos los estratos (87% del estrato bajo, 85% del estrato medio y 96% del estrato alto), presentando una leve disminución en los fines de semana. La radio aparece como el segundo medio de comunicación más utilizado entre semana (81% del estrato bajo, 80% del estrato medio y 83% del estrato alto).

Ambos medios tienen una presencia importante en la población: más de tres cuartas partes de los encuestados manifestaron consumir televisión más de dos horas diarias y radio más de tres horas diarias.

Asociaciones de usuarios

El conocimiento sobre el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) supera el de la población general de estrato socioeconómico similar. Requieren refuerzo: la cobertura familiar, la libre escogencia y los servicios para personas vinculadas. Con relación a la participación social en salud, desconocen la finalidad o propósito de su participación. Están asociados pero no saben para qué. Los medios de comunicación constituyen la principal fuente de información.

Veedores de salud

Existe una confusión en sus funciones, lo cual ocasiona que hagan énfasis en la parte fiscalizadora de los hospitales y poco en la labor comunitaria. La existencia de dos tipos de veeduría ciudadana y en salud, y los mecanismos de elección contribuyen a la falta de claridad en muchos de ellos, por lo que manifiestan la necesidad de un manual de funciones. Reconocen que requieren incentivos ya sea de tipo económico o de otra índole.

Recomendaciones

Es evidente la necesidad de contar con una sólida estrategia de información y comunicación que integre los distintos mecanismos, medios y canales. Si se continúa la capacitación de líderes como parte de la estrategia, es conveniente:

1. Diseñar una política clara para el componente de capacitación social e institucional, por parte de la Secretaría Distrital de Salud, que sea acogida por las ESE, IPS y ARS. La capacitación

debe apoyarse conjuntamente y contar con una buena coordinación para su ejecución.

2. Definir mecanismos de coordinación, para evitar la duplicidad de la capacitación en materia de participación, y unificar a las diferentes entidades que tienen que ver con la participación, la veeduría y el control, tales como la veeduría, la contraloría y la Secretaría de Salud, con la finalidad de hacer un manejo coherente de estos espacios y lograr su buen funcionamiento y desarrollo.

3. Establecer mecanismos de actualización para los veedores con el fin de facilitar el ejercicio de sus funciones, planeando técnicamente, y diseñando y discutiendo comunitariamente para llegar por los medios más efectivos a los ciudadanos.

4. Capacitar al personal de los hospitales para que entiendan la participación como derecho de los ciudadanos o de sus organizaciones.

5. Ejercer control sobre las entidades participantes del nuevo sistema general de seguridad social en salud, para que cumplan con las obligaciones que les corresponden.

*Dimensionamiento de la población
“participantes vinculados” sin capacidad de
pago en Santa Fe de Bogotá en 1997*

Autor corporativo:
Estadísticas S.A.

Autores:
Leonardo Bautista,
Oswaldo Sabogal,
Alfredo Rueda,
Juan Ramos,
Rosa Judith Arias

Publicación:
Sin publicar

Unidad patrocinante:
Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:
Seguridad social,
vinculados; régimen
contributivo, régimen
subsidiado

Ubicación:
Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

SU OBJETIVO GENERAL CONSISTIÓ EN “CUANTIFICAR LA POBLACIÓN residente (y no residente que utiliza servicios de salud) en el Distrito Capital que no está asegurada al sistema general de seguridad social en salud y hacer proyecciones de su dimensión en los próximos cinco años”. Como objetivos específicos se plantearon los siguientes: a) desarrollar una metodología para identificar (cuantificar) participantes vinculados con y sin capacidad de pago en el Distrito Capital y hacer una proyección de los próximos cinco años; b) estimar los recursos financieros requeridos para garantizar la prestación de los servicios de salud a la población sin capacidad de pago que no está asegurada en el régimen subsidiado y la prestación de servicios no POS-S a los afiliados al régimen subsidiado; c) presentar recomendaciones sobre el plan de transformación de subsidios de oferta a demanda.

Contenido

El estudio consta de cinco capítulos.

“Caracterización socioeconómica de la población de Santa Fe de Bogotá en 1997”. Para realizar la estimación de los participantes vinculados sin capacidad de pago en el Distrito, se proyectó realizar un estudio cuyo componente básico era la realización de una encuesta destinada a estimar la cantidad de vinculados y establecer sus características socioeconómicas.

Para los fines de esta investigación se tomaron como universo de estudio 1.311.677 hogares de los estratos 1, 2 y 3.

“Determinación de la línea de pobreza y de la capacidad de pago”. La metodología de la línea de pobreza consiste en determinar, sobre la base de los requerimientos nutricionales mínimos, un presupuesto normativo de alimentos y, a partir de él, un presupuesto mínimo que responda al conjunto total de necesidades básicas necesarias para reproducir la fuerza del trabajo.

Los requerimientos mínimos de nutrientes per cápita incluyen calorías, proteínas, calcio, hierro, retinol, tiamina, riboflavina, niacina y vitamina C.

De acuerdo con la metodología de línea de pobreza, los hogares con ingresos totales inferiores a 3.06 salarios mínimos están por debajo de la línea de pobreza (LP), es decir, son pobres y no tienen capacidad de pago. Para efectos de esta investigación se fijó la línea de pobreza en tres salarios mínimos mensuales.

Establecimiento de la cantidad de hogares y personas vinculadas sin capacidad de pago. Según la dirección general de seguridad social del Ministerio de Salud, a diciembre de 1997 en Bogotá había algo menos de cuatro millones de personas afiliadas al sistema contributivo de salud, es decir, afiliadas a una EPS. De otra parte, y para el mismo momento, la Secretaría Distrital de Salud reporta 734.709 afiliados al régimen subsidiado por cuanto disponen de una afiliación a una ARS, y otros 175.765 que al momento de cerrar la información se encontraban en proceso de elección de ARS.

En este capítulo se establece quiénes son los participantes vinculados sin capacidad de pago (los pertenecientes a hogares sin ingreso mensual total inferior a tres salarios mínimos) así: en diciembre de 1997 Bogotá contaba con 5.989.871 habitantes, de los cuales algo menos de cuatro millones (para descontar los afiliados del ISS de Cundinamarca y no de Bogotá) están afiliados al régimen contributivo y 734.709 al régimen subsidiado, quedando algo más de un millón doscientos mil que no tienen cober-

tura en seguridad de salud; a estas persona se les llaman participantes vinculados.

La anterior información se soporta con cuadros de información obtenidos del Ministerio de Salud, la Secretaría Distrital de Salud y la encuesta de hogares, mediante un diseño de muestreo aleatorio simple y estratificado en el cual se seleccionaron 1.300 manzanas que, haciendo equivalencias a la cartografía Dane, se convirtieron en 1.044 manzanas. De ellas 164 corresponden al estrato 1, es decir, al más pobre; 1.514 manzanas estaban en el estrato 2 y 366 en el estrato tres. En cada manzana se seleccionó aleatoriamente un arranque entre el uno y el cinco, y se llegó sistemáticamente a una de cada cinco viviendas. Se visitaron 3.206 viviendas. En cada una de ellas se entrevistaron todos los hogares allí residentes, lo que implica que se indagaron 4.825 hogares. En cada hogar, y en forma separada e independiente, se estableció si había al menos un participante vinculado, o por el contrario si todas las personas del hogar contaban con protección en salud en el régimen contributivo o subsidiado. En el caso de que al menos una persona estuviera amparada por un seguro en salud, se hacía una extensa entrevista con el fin de determinar los ingresos y gastos, las condiciones generales de la vivienda, del hogar, del jefe del hogar y de todas las personas que lo componen. Se encontraron 1.933 hogares en esta condición, es decir, con al menos un participante vinculado.

Los parámetros de proyección para vinculados no son los mismos que para las proyecciones globales de población por cuanto los primeros dependen mucho más de la política macroeconómica y social del país. El desempleo, la guerra, los desplazados son factores que harán crecer las cifras de vinculados en proporción mayor al crecimiento poblacional global. Más aún, el desarrollo desigual entre la ciudad capital, las ciudades intermedias, los pueblos aledaños y el campo puede resultar en un incremento de vinculados por migración o por lo que se denomina la llegada de exiliados económicos del campo. Puesto que la histo-

ria documentada en cifras acerca de los vinculados apenas se inicia, no es posible construir modelos de crecimiento más allá del crecimiento vegetativo de la ciudad cuyo componente de migración está contemplado.

La utilización de los cánones globales de la ciudad convierten la proyección en una estimación optimista de lo que será la pobreza en unos años, por cuanto afirma que la proporción de pobreza en la ciudad no crece sino que se mantiene.

“Cuantificación de la población beneficiaria del régimen subsidiado con demanda superior al POS-S”. Una forma adicional de tener participantes vinculados es mediante la demanda superior POS del régimen subsidiado o, como se suele llamar, la demanda superior al POS-S. Sobre esta particularidad, la medición estadística se hace relativamente difícil por cuanto no se estableció desde un comienzo una forma homogénea de registro y clasificación, y por cuanto la cantidad y calidad de lo que se denomina servicios POS-S han variado en muy corto tiempo.

De acuerdo con los resultados de este estudio, la necesaria inclusión de participantes vinculados al régimen subsidiado, ampliando la cobertura en caso a 800 mil beneficiarios más, duplicará la demanda de servicios superiores al POS-S, haciéndola llegar a las 100 mil remisiones al año para finales del siglo.

Para 1998, suponiendo las 45 mil remisiones y un incremento en los costos de 18%, se estaría llegando a la cifra de 3.700 millones de pesos anuales para cubrir la demanda superior al POS-S, cifra que haciendo las debidas correcciones monetarias tendrá que ser duplicada con el fin de garantizar la financiación de los servicios de los actuales subsidiados más los 780 mil vinculados sin capacidad de pago; lo anterior significa que para iniciar el próximo siglo se requeriría de un presupuesto de casi diez mil millones de pesos para cubrir los servicios superiores al POS-S lo cual, a pesar de tratarse de un monto tan elevado de dinero, cons-

tituye una cifra baja frente a los 300 mil millones de pesos necesarios para pagar la UPC de 1.700.000 subsidiados del año 2000.

Metodología

Se desarrolló una metodología para determinar la línea de pobreza en salud (LPS), la cual se definió como el ingreso mínimo que requiere un hogar para poder adquirir los bienes y servicios de salud para que sus miembros puedan subsistir y reproducir su fuerza de trabajo. Posteriormente, se llevó a cabo una encuesta en barrios de estratos 1, 2 y 3 con un cuestionario que contenía variables como características de la vivienda, del hogar, gastos, y aspectos de los residentes en el hogar como edad, género, tiempo de residencia en Bogotá, nivel escolar, nivel ocupacional, ingresos, afiliación al sistema de seguridad en salud y servicios de salud solicitados.

Con base en el universo del estudio constituido por la totalidad de manzanas que pertenecen a estratos 1, 2 y 3 de Santa Fe de Bogotá, D.C., se diseñó un muestreo aleatorio simple, estratificado, de 1.300 manzanas. En cada manzana se hizo una selección aleatoria y se visitó sistemáticamente una de cada cinco viviendas.

Conclusiones

El elevado nivel de pobreza de una gran cantidad de hogares en Santa Fe de Bogotá constituye una carga directa o indirecta para el Estado proporcionador de salud. Esta carga es tan elevada que no podrá ser satisfecha a cabalidad, con las consecuentes repercusiones humanas y sociales. Cualquier recomendación

encaminada a reorientar los fondos del Estado con el fin de hacer su uso más eficiente seguramente tendrá un impacto positivo más no constituye solución para el problema real de fondo.

A muy corto plazo, debe mobilizarse a toda la ciudadanía hacia una solución social y, a corto plazo, deben encontrarse fórmulas que incentiven la afiliación al régimen contributivo para reducir la carga del Estado y así ampliar la cobertura y mejorar el servicio para los grupos más pobres.

Subsidiar parcialmente a los hogares de trabajadores independientes con ingreso total entre tres y seis salarios para que ingresen en el régimen subsidiado.

Finalmente, se concluye que la solución fundamental está en la generación de riqueza y empleo ya que los subsidios, sean ellos de oferta o demanda, no son la solución a los problemas de los más necesitados. Sin generación social de riqueza es imposible obtener los recursos necesarios para cubrir las necesidades sociales.

Recomendaciones

Para garantizar la solidaridad de los más pudientes, se podía proponer que en toda compra de medicina prepagada, servicios adicionales al POS en EPS y servicios médicos privados se incluyera un porcentaje de solidaridad para el fondo de solidaridad y garantía (Fosyga).

Para todos los trabajadores dependientes podría reglamentarse que una parte de sus cesantías anuales fuera destinada a cubrir el seguro de salud del núcleo familiar en forma tal que por cada año de trabajo se garantice un año más de seguro de salud para el núcleo familiar. La reglamentación podría elaborarse en forma tal que a quien se pensiona no se le retiene nada de su cesan-

tía por cuanto su seguro de jubilación contempla el seguro de salud, pero quienes pierden el empleo estarían protegiéndose a sí mismos y a su núcleo familiar. Esta propuesta tiene la ventaja de que en términos prácticos no constituye una erogación adicional para los bolsillos tan vacíos de la clase media colombiana. Sin embargo, sí descongestiona al Estado por todos aquellos vinculados coyunturales y permite ampliar los recursos del fondo de solidaridad y garantía.

Para incentivar a los sectores pobres a afiliarse al sistema contributivo, valdría la pena reducir la base mínima de cotización de dos a un salario mínimo para trabajadores independientes del nivel tres del sisben.

Para facilitar la afiliación de algunos parientes o familiares no contemplados hoy por el decreto se puede ampliar el artículo 18 del decreto 1919 de 1994 así:

Que dependan económicamente de él y que tengan un parentesco hasta tercer grado de consanguinidad y segundo de afinidad, podrán incluirlos en el grupo familiar siempre y cuando pague un aporte adicional equivalente al valor de la UPC correspondiente, según la edad y el género de la persona inscrita.

Con esta propuesta se procura dar solución justa a una gran cantidad de suegros, hermanastros, hijastros, sobrinos políticos que se encuentran desprotegidos y podrían llegar a ser afiliados.

La elusión que lleva a cabo el patrón (empleador) utilizando contratos de servicios para actividades que son abiertamente laborales, debería ser reglamentada por el Estado con el fin de garantizar la vinculación al régimen contributivo de salud.

*Factores determinantes y condicionantes de la
accesibilidad a los servicios de salud por parte de la
población afiliada al régimen subsidiado y
participantes vinculados del nivel tres del sisben de
las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal,
Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe de
Santa Fe de Bogotá, D.C., 1997*

Autor corporativo:

Pontificia Universidad
Javeriana. Vicerrectoría
del medio universitario
Sector de consultorías
universitarias

Investigadores principales:

Amparo Hernández Bello,
Julia Eslava Rincón

Coinvestigadores

Fernando Ruiz Gómez,
Naydú Acosta Ramírez

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Focalización, vinculados

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

SE PLANTEAN LAS SIGUIENTES HIPÓTESIS: EXISTEN DIFERENCIAS EN el peso de los factores que intervienen en el fenómeno del acceso a los servicios de salud: algunos son condicionantes mientras otros son determinantes y se presentan de manera diferente entre los afiliados del régimen subsidiado y los participantes vinculados del sistema de salud. Se establece como objetivo general analizar el acceso a los servicios de salud por parte de la población perteneciente al régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel tres del sisben de las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Usaquén, Suba, Usme y Rafael Uribe Uribe de Santa Fe de Bogotá, 1998, a través de la determinación y valoración de los factores condicionantes y determinantes que en él influyan. Los objetivos específicos son los siguientes: diseñar y probar una metodología que permita estudiar el acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado y de los participantes vinculados clasificados en el nivel 3 del sisben; identificar los factores de orden geográfico, económico, funcional, social, cultural y de contexto condicionantes del acceso a los servicios de salud entre los dos grupos; determinar los factores de las administradoras del régimen subsidiado y las instituciones prestadoras de servicios involucradas en la generación o eliminación de problemas de acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado; determinar los factores de los prestadores de servicios de la red pública involucrados en la generación o eliminación de problemas de acceso a los servicios para la población de participantes vinculados; analizar la influencia de dichos factores en la generación de problemas o facilidades de acceso; definir cuáles son los factores determinantes (variables trazadoras) del acceso que permitan el seguimiento periódico y comparar el comportamiento de dichos factores entre los dos grupos de población del estudio.

El estudio busca aportar a la Secretaría Distrital de Salud lineamientos conceptuales y metodológicos sobre los factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población de beneficiarios del régimen subsidiado y los participantes vinculados, que le permitan tomar decisiones para disminuir barreras de acceso y a la vez seguir los logros en materia de equidad del sistema de salud.

Fuentes: Treinta y ocho títulos bibliográficos.

Contenido

El trabajo se presenta en dos documentos: el informe final y otro que contiene el consolidado de muestra de usuarios de IPS en tres anexos.

En los primeros capítulos se define el problema de investigación, se presentan las hipótesis, los objetivos, el marco teórico, el método, los resultados con sus análisis e interpretación de los datos con los principales hallazgos, para finalmente entregar las conclusiones generales y recomendaciones las cuales se tratarán en un aparte especial.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, analítico, de corte transversal, en el que se describieron y analizaron los factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud de la población afiliada al régimen subsidiado y de los parti-

cipantes vinculados de las localidades de Ciudad Bolívar, Usaquén, San Cristóbal, Usme y Rafael Uribe Uribe de Santa Fe de Bogotá, y se establecieron asociaciones entre variables que permitieron analizar el peso de cada una para explicar el acceso a los servicios haciendo un corte en mayo de 1998.

Conclusiones

El estudio del acceso implica establecer las diferencias entre acceso realizado y el potencial, vistos desde el uso y la satisfacción de los usuarios con los servicios, y de los factores que los condicionan y determinan.

Se encontró que las variables demográficas sexo y edad, tienen una estrecha relación con el uso de servicios. Así, el ser mujer de mediana edad predispone a la utilización con mayor peso que para el sexo masculino o para las personas de los extremos de la vida. Esto se corrobora con el hallazgo de que son las mujeres, cónyuges principalmente, las que mayor conocimiento tienen del sistema en general, y de los trámites, horarios y requisitos en particular, tanto para el grupo de subsidiados como para el de vinculados.

Respecto a la variable geográfica, en la que se tuvo en cuenta la ubicación de los usuarios de las IPS y de las ARS, la descripción revela que la ubicación de las instituciones constituye la razón principal para la escogencia; variable cuya correspondencia con la localidad de residencia del usuario es muy alta para el caso de las IPS, no así para las sedes administrativas de las ARS, para las que la ubicación cercana al usuario no es un factor de peso.

En el régimen subsidiado la libre elección de la ARS constituye un factor determinante, que en relación con la edad y el sexo

del usuario configuran un modelo de alta significación para el uso de servicios en el periodo consultado y desde la afiliación, lo que confirma los hallazgos de la descripción.

Para la población de afiliados subsidiados son factores correlacionados con el uso de los servicios variables demográficas como la edad y el sexo, el parentesco, la libre elección de instituciones (tanto de ARS como de IPS), la percepción sobre la salud, los motivos de no uso de servicios relacionados con el tiempo de viaje hasta el servicio, la consulta a un servicio diferente, factores administrativos de las ARS y de prestación de servicios en las IPS, conocimientos de horarios y requisitos en la IPS, médico asignado y la disponibilidad de tiempo en las mañanas y noches; sólo las variables de edad (5-44 años), sexo (femenino), libre escogencia de IPS, percepción sobre la salud menos favorable, ausencia de dificultades con trámites y horarios en la ARS o características del servicio en las IPS, y la mayor información sobre horarios de atención y requisitos en la IPS, son condicionantes del uso de los servicios.

A diferencia de los subsidios, en el grupo de vinculados el trato del personal de salud se constituye en el principal determinante de la probabilidad de uso de servicios, seguido del mayor tiempo invertido en el servicio de salud, de la conveniencia de los horarios, la dotación de los consultorios y, por último, el trato del personal administrativo.

Contrario a lo encontrado en el modelo de utilización, las variables trazadoras que determinan la satisfacción de los usuarios con el servicio y las posibilidades de usarlo están centradas en el sistema prestador y es posible intervenirlas en su totalidad. De hecho, la significación global del modelo de satisfacción es mayor que la del modelo de utilización.

La descripción sugiere que para los vinculados, quienes están mejor informados en términos globales que los subsidiados, las variables de conocimiento conservan la relación tradicional con los servicios, y para los subsidiados, ésta podría ser una barrera

si la información adicional con que deben contar los usuarios para hacer uso de los servicios no es ofrecida oportunamente por las aseguradoras y por las prestadoras.

Los factores que condicionan y determinan el uso son comparativa, aunque no significativamente, distintos entre los dos grupos poblacionales estudiados. Los hallazgos globales sugieren que para los afiliados al régimen subsidiado el aseguramiento parece tener efecto en remover barreras económicas de acceso e impone otras derivadas de la intermediación de la ARS en la atención, como los trámites y requisitos, y el costo de oportunidad asociado; mientras que para los participantes vinculados, como se menciona en la descripción, las variables geográficas y de costo de los servicios siguen siendo las principales razones que justifican el no uso de servicios a pesar de la necesidad, aun cuando no son factores determinantes en el modelo de acceso potencial. Las barreras de orden administrativos no tienen representación para este grupo.

Recomendaciones

Las variables aquí identificadas pueden ser utilizadas en el seguimiento, siempre y cuando conserven las condiciones en las que se han producido; de manera que si bien es cierto que el aseguramiento remueve barreras económicas al acceso y las barreras de tipo funcional explicadas por ajustes en el proceso de transición de la implementación de la seguridad social en salud, en el futuro deberán identificarse otros factores para ser incluidos en la metodología.

Esta idea global del papel del aseguramiento en el acceso debe complementarse con estudios más profundos que permitan explicar las diferencias existentes entre factores relacionados con el uso y las posibilidades de uso debidas al papel que desempe-

ñan las instituciones. Esto significa que puede adentrarse en las características estructurales que distinguen unos grupos de empresas de otros, y las que se distinguen al interior de cada grupo; entre ARS según tipo, por ejemplo, o entre IPS según naturaleza jurídica, nivel de atención y relación con las administradoras.

Si bien es cierto que el nivel de sisben constituye una medida resumen de las condiciones de vida y económicas de las personas, en este tipo de estudios es recomendable incluir variables de ingreso, nivel educativo y ocupación que permitan establecer correlaciones entre el uso de servicios según costo y la percepción del costo asociada a la capacidad de pago, o entre el mayor nivel de información, conocimiento y satisfacción según escolaridad o la relación entre ocupación y doble afiliación o uso privado de servicios.

Sería recomendable extender este estudio a las demás localidades de Bogotá que concentran población de los niveles 1, 2 y 3, en tanto variables como las de orden geográfico, distancia y tiempo, y las de libre elección de servicios asociadas con el acceso podrían mostrar variaciones como barreras al acceso.

*Diseño e implementación del sistema
de garantía de calidad en el hospital
Occidente de Kennedy*

Autor corporativo:

Centro de Gestión
Hospitalaria

Autores:

Patricia Gómez de León,
Carlos H. Caicedo,
Rafael Fernando
Chaves

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

El OBJETIVO GENERAL DE ESTE TRABAJO ES CARACTERIZAR E implementar un esquema de coordinación del sistema de garantía de la calidad en el hospital Occidente de Kennedy que integre las acciones y recursos destinados al control interno, al control de la calidad asistencial, la atención al usuario y la recepción y trámite de quejas. Los objetivos específicos consistieron en: caracterizar los mecanismos y procedimientos de garantía de la calidad en el hospital Occidente de Kennedy y considerando el control interno, la garantía de la calidad y la atención a los usuarios; investigación aplicada para el diseño del sistema de garantía de la calidad que integre control interno, auditoría médica, quejas y reclamos, y atención al usuario; definir la oficina de garantía de la calidad y los ajustes a la estructura organizacional vigente; definir por consenso las funciones y procesos del sistema de garantía de la calidad (subsistema de control interno, subsistema de auditoría médica y subsistema de interacción con los usuarios); capacitar a los funcionarios para la puesta en operación; acompañar para la implementación del sistema de garantía de la calidad.

Fuentes: Treinta y un títulos bibliográficos.

Contenido

El trabajo se presenta en dos cuadernos; en el primero se relacionan diez capítulos en los cuales se resalta el marco sobre generalidades del sistema de garantías de calidad; los conceptos relacionados con elementos estructurales del modelo de gestión

integral por calidad, gestión de calidad en instituciones de salud y el proceso de control. Por su parte, el segundo cuaderno incluye la documentación relacionada con el material y los participantes en el curso de garantía de la calidad.

En el capítulo “Elementos para caracterizar el sistema de garantía de calidad del hospital de Kennedy” se señala que en 1991 se inició un plan de capacitación a las directivas del hospital en los conceptos de calidad, asistencia técnica, relaciones personales y del medio ambiente. Dicho proceso continuó con la elaboración de modelos gerenciales para todas las áreas prestadoras de servicios.

En 1973, el hospital designó a una persona para coordinar los procesos de calidad y desarrolla, con la asesoría del grupo Gehos y del Instituto Ser, un proyecto de apoyo para el mejoramiento de la institución.

En 1993, el departamento de enfermería inició el proceso de mejoramiento de la calidad en el área de camilleros, redactó el manual de control interno y estructuró el equipo de desarrollo humano con la realización de un diagnóstico del clima organizativo.

En 1995 el hospital obtuvo el primer puesto en la modalidad de gran avance de gestión humana en una institución pública y en 1996, con el apoyo de la Fundación Corona, estructuró la propuesta para implementar la calidad en el hospital, incluyó la preparación del diagnóstico de las dependencias, las cinco eses, la gerencia del día a día, la formación de facilitadores y el seguimiento. Participó en el premio de gestión integral de respuesta al usuario y ocupó el primer puesto. En junio de 1997 se firmó un contrato con el Centro de Gestión Hospitalaria para el diseño y desarrollo del sistema de garantía de calidad.

Los elementos para caracterizar el sistema de garantía de calidad son: interacción con usuarios, control interno y garantía de calidad asistencial.

En los capítulos tercero y cuarto se relacionan las normas

referentes al sistema de garantía de calidad al control interno y al sistema de trámite de quejas.

En el capítulo quinto se analiza la propuesta de estructuración para una oficina de gestión de la calidad hospitalaria la cual debe contar con un comité de calidad, una dirección o coordinación de calidad, un área de garantía de calidad, una unidad de atención al usuario, una unidad de control de gestión, un equipo de mejora de la calidad, un comité central de garantía de la calidad y comisiones clínicas.

En los capítulos sexto, séptimo y octavo se presentan los procesos como conjunto de causas que interactúan para producir un resultado o el conjunto de acciones secuenciales y repetitivas que permiten alcanzar un resultado.

Metodología

Investigación, diseño, desarrollo y capacitación de 46 personas en metodología para el desarrollo del sistema de garantía de calidad en diez módulos:

1. Diagnóstico de los mecanismos y procesos.
2. Diseño del sistema de garantía de calidad.
3. Capacitación a los funcionarios.
4. Desarrollo por consenso de los procesos de vigilancia y control.
5. Módulo sobre conceptos básicos de la garantía de la calidad.
6. Análisis de procesos.
7. Estandarización y protocolización.
8. Sistema de garantía de la calidad.
9. Subsistema de control interno, auditoría médica, atención al usuario y gerencia del servicio.
10. Implementación del sistema.

Conclusiones

En la actualidad no se ha articulado un sistema integral de garantía de la calidad que permita ahorrar esfuerzos y energía para mantenerse y mejorar en los distintos procesos administrativos y asistenciales.

El comité de mejoramiento de los jueves debe articular el trabajo de los otros comités del hospital y orientar las mejoras administrativas y asistenciales.

Las acciones de modernización de procesos conducidas por la oficina de planeación se deben armonizar con los esfuerzos de control interno, de atención a los usuarios y de mejoramiento de la calidad asistencial.

Deben integrarse los esfuerzos de los servicios y de las áreas para impulsar al hospital a cumplir con sus propósitos básicos.

Las distintas áreas perciben como desarticulado el trabajo de quienes deben planear el nivel de calidad y el de las áreas que deben ejercitar y controlar los procesos.

Es necesario que la voz del cliente sea considerada en el diseño y seguimiento de los distintos servicios y procesos. Se hacen encuestas de satisfacción que no son suficientemente aprovechadas por los directivos de la organización.

Para lograr una adecuada gestión de la calidad se deberá pensar en una modificación estructural de las oficinas asesoras de planeación y control interno y se hace necesario establecer un área de gestión de la calidad para que se apropie y dirija los procesos de definición y mejora de la calidad.

*Garantía de la calidad en la prestación
del servicio de radiodiagnóstico médico
en las instituciones adscritas a la
Secretaría Distrital de Salud
en Santa Fe de Bogotá, D.C.*

Autor corporativo:

Idear Salud

Autor:

Martha Lucía Trujillo
Robles

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Redes regionales de salud

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá D.C.

Descripción

ESTUDIO ANALÍTICO DESCRIPTIVO PROPUESTO POR LA SECRETARÍA Distrital de Salud a través del desarrollo de términos de referencia, en el que se plantea como objetivo general identificar la capacidad operativa, técnica-administrativa y la calidad de prestación del servicio de radiodiagnóstico de uso médico y odontológico en las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud de Santa Fe de Bogotá, con el fin de generar estrategias que permitan actualizar la infraestructura, dotación y calidad para mejorar las condiciones en la prestación de dicho servicio.

El estudio fue desarrollado por la firma Idear Salud Ltda. Se realizó un inventario de las instituciones adscritas a la SDS con servicio de radiodiagnóstico médico; se hizo una descripción de las características de este servicio en su organización, distribución en la ciudad, demanda y acceso de la población, infraestructura para su funcionamiento, recurso humano, tecnológico, evaluación de las radiaciones ionizantes emitidas por los equipos de radiodiagnóstico, efectuando y verificando diseño, alternativas de control e identificación del nivel de conocimiento de los funcionarios encargados del servicio de radiodiagnóstico médico de los hospitales en el manejo de dichos equipos. El universo lo conformaron todas las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud.

Fuentes: Dieciséis títulos bibliográficos.

Contenido

Para el desarrollo de esta propuesta se tuvo en cuenta la calidad en la atención de conformidad con las características contempladas en el decreto 2174 del “Sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud”, y la “Ficha de requisitos esenciales de servicios de la dirección general de desarrollo de servicios de salud del Ministerio de Salud, la dirección general para el control del sistema de calidad superintendencia nacional de salud”.

Se diseñaron y desarrollaron las siguientes fases, en orden cronológico de ejecución operativa y análisis:

Fase 1: presentación institucional del estudio. En esta presentación a las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud se explicaron las actividades a desarrollar durante el estudio, los beneficios para la institución y los trabajadores a cargo del servicio de radiodiagnóstico médico y odontológico, e igualmente se enfatizó en las obligaciones que la institución tiene para el mejoramiento de las condiciones de trabajo, salud y bienestar de la población que cubre, además de la calidad en la atención y en el compromiso esperado de la institución para con las actividades programadas derivadas del estudio.

Fase 2: inventario y evaluación de requisitos mínimos de obligatoriedad. Se realizó el inventario de los equipos existentes y la evaluación de la situación actual del servicio de imágenes de diagnóstico aplicando el instrumento No. 2 a través del cual se median los aspectos técnicos, administrativos y de calidad del servicio de cada institución de acuerdo con los requisitos mínimos de obligatoriedad.

De acuerdo con el portafolio de servicios suministrado, catorce instituciones ofrecían el servicio de radiodiagnóstico. A estas

instituciones se les realizó la evaluación de la calidad en la atención del servicio con el diagnóstico de necesidades a través del Poam, perfil de condiciones externas, identificando sus amenazas y oportunidades Dofa.

Fase 3: evaluación técnica de equipos de uso médico y odontológico. Se determinó la magnitud de las características del riesgo de exposición o contaminación por radiación ionizante tomando en cuenta la siguiente información: número de la medición, área evaluada, sitio evaluado, tipo de radiación encontrada, carga de trabajo, nivel de radiación, valor límite permisible y grado de riesgo.

Fase 4: análisis de la evaluación técnica. Esta fase incluye la siguiente información: metodología para la técnica de prueba, equipo utilizado, unidades existentes, personal ocupacionalmente expuesto, resultados de las mediciones, observaciones y recomendaciones.

Fase 5: cálculos y verificación de blindajes. Se efectuó en todas las instituciones con equipos en uso o fuera de uso. Esta fase se realizó con el siguiente procedimiento: levantamiento de la disposición física del sistema, cálculo del blindaje y prediseño de las diferentes partes componentes del sistema, plano que contiene la disposición general de los equipos y materiales radiactivos, verificación de medidas y del control existente, cálculos de blindajes definitivos e identificación de las medidas de control. El modelo adoptado y aprobado por el interventor cubrió uno de los requisitos necesarios para que las instituciones soliciten su licencia de funcionamiento: informe técnico del equipo.

Fase 6: evaluación de la calidad de la atención. Perfil de condiciones internas y perfil de condiciones externas. Se realizó por profesionales especialistas en salud ocupacional simultáneamente con la visita del radiofísico, o del tecnólogo en radiología.

Fase 7: diagnóstico Dofa (debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas). El perfil de cada una de las instituciones fue realizado por los profesionales en las propias instalaciones de la

empresa. Esta fase se presenta con un diagnóstico por niveles de complejidad, por localidades y por cada una de las instituciones, que incluye las debilidades y las fortalezas de mayor incidencia en el perfil de condiciones internas y las oportunidades y amenazas que le brinda el entorno y sobre las cuales se deben tomar medidas correctivas; también los requisitos mínimos exigidos que no se cumplen para analizar su cumplimiento si continúan con la prestación del servicio. Se cubrió el cien por ciento de las instituciones.

Fase 8: análisis de las herramientas a utilizar para el mejoramiento de la calidad en la atención. Se realizó globalmente para las instituciones. Las herramientas de apoyo que se seleccionaron se tomaron de acuerdo con la norma ISO 9000 para empresas prestadoras de servicios; en ella se describen los pasos, la metodología y la organización para el mejoramiento de la calidad en la atención. El informe individual de cada una de las instituciones, en el capítulo de recomendaciones, detalla cuales son las características que deben implementar para el mejoramiento de la calidad en la atención.

Metodología

Esta propuesta se desarrolló teniendo en cuenta la calidad en la atención de conformidad con las características contempladas en el decreto 2174 del sistema obligatorio de garantía de calidad del sistema general de seguridad social en salud y la ficha de requisitos esenciales de servicios de la dirección general de desarrollo de servicios de salud del Ministerio de Salud, y la dirección general para el control del sistema de calidad de la Superintendencia Nacional de Salud.

Se plantearon las siguientes hipótesis: hipótesis de trabajo (H). "Si el diagnóstico Dofa de las instituciones adscritas a la red en

el servicio de imaginología médica y odontológica es adecuado para la institución, entonces se está garantizando una calidad en la prestación del servicio de radiodiagnóstico". Hipótesis nula (Ho). "Si el diagnóstico Dofa de las instituciones adscritas a la red en el servicio de imaginología médica y odontológica no es adecuado para la institución, entonces no se está garantizando una calidad en la prestación del servicio de radiodiagnóstico".

El diseño de la investigación fue analítico descriptivo y dio a conocer el diagnóstico de la calidad en los servicios de radiodiagnóstico médico y odontológico de las instituciones adscritas a la Secretaría Distrital de Salud en Santa Fe de Bogotá.

Este estudio analítico descriptivo incluyó los aspectos evaluativos del riesgo, los métodos de control existente y un diagnóstico detallado de la calidad en la atención Dofa.

Conclusiones

Respecto a la situación actual de las instituciones se evidenció una gran adquisición de equipos para mejorar y ampliar la prestación del servicio en las instituciones del primer nivel de complejidad de radiodiagnóstico. A pesar de esta adquisición, la calidad del servicio en cuanto a forma y organización administrativa no es la más adecuada.

Es indispensable diseñar los protocolos sobre el manejo de los equipos y las normas de procedimiento en el puesto de trabajo que se deben seguir; la oficina de la Secretaría Distrital de Salud encargada de este servicio corroborará que estos productos se creen, se implementen y se cumplan, prestando así un servicio con garantía de calidad.

La creación de nuevas empresas en la misma área geográfica donde se ubican las instituciones adscritas a la red, amenaza el mercado. Es indispensable tener la misma capacidad técnica-

tecnológica y administrativa organizacional, de lo contrario el servicio se desvaloriza y será subutilizado, porque no se estarán obteniendo los resultados esperados.

Recomendaciones

1. Por resolución toda persona que trabaje en un servicio de radiodiagnóstico debe tener un carnet que la acredite como idónea para desarrollar su trabajo.
2. La capacitación del personal que labora en servicios de radiodiagnóstico de uso médico y de uso odontológico es obligatoria para obtener el carnet de radioprotección.
3. Es importante que cada institución revise su diagnóstico Dofa para mejoramiento de la calidad en la atención.
4. Se debe realizar una evaluación periódica de la idoneidad del personal, ya que la responsabilidad de la toma de los exámenes y de la lectura de las radiografías es una función del profesional preparado y capacitado para dicha actividad.

*Seguimiento a la ejecución de compras
conjuntas y apoyo a la compra de
medicamentos del plan obligatorio de salud
y otros insumos hospitalarios esenciales
en los hospitales adscritos a la
Secretaría Distrital de Salud*

Autor corporativo:
Juan Carlos Ocampo

Publicación:
Sin publicar.

Unidad patrocinante:
Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:
Medicamentos
Va. Farmacia
X Medicinas, productos
farmacéuticos, fármacos

Ubicación:
Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud,
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN POR DEMANDA DENTRO DE LA LÍNEA DE DESARROLLO de servicios, cuyo objetivo general es determinar la relación costo-efectividad del mejoramiento del proceso de suministro en la negociación conjunta realizada para la compra de algunos insumos en el año 1997. Sus objetivos específicos fueron: consolidar y analizar la información necesaria para la compra de los medicamentos seleccionados del listado de medicamentos del plan obligatorio de salud y otros insumos hospitalarios esenciales, a través de la comisión de suministro creada para tal fin; recolectar, consolidar y analizar la información necesaria para la negociación conjunta de compra de medicamentos del plan obligatorio de salud y otros insumos que determine la comisión de suministros; generar elementos que contribuyan al proceso de toma de decisión en la comisión de suministro; identificar estrategias para la orientación de la inversión de los recursos ahorrados a través de la negociación conjunta.

El sistema general de seguridad social en salud, creado por la ley 100 de 1993, establece las condiciones de acceso a un plan obligatorio de salud, que permitirá la protección integral de los habitantes del territorio nacional. Dentro de este plan se encuentra contemplada la fase de tratamiento que da origen a un listado básico de medicamentos esenciales para los servicios que cubran el nivel básico de atención.

Con este estudio la Secretaría Distrital de Salud podrá determinar la efectividad de las compras conjuntas, mediante la consolidación y análisis de la información suministrada por los hospitales participantes.

Dará soportes a las decisiones de los hospitales asociados e identificará la magnitud de los recursos ahorrados y su destinación.

Determinará el presupuesto asignado para el área de suministros de cada hospital.

Establecerá el gasto de suministros discriminado por tipo de insumo, específicamente para los IHE (medicamentos, material médico-quirúrgico, laboratorio clínico, odontología e imaginología).

Crearé mecanismos de comunicación y coordinación permanente de la comisión de suministros y de los hospitales participantes en la negociación conjunta.

Diseñará indicadores que permitan el seguimiento a la ejecución de las compras determinadas en la negociación conjunta.

Fuentes: Doce títulos bibliográficos:

Contenido

Primera negociación conjunta

La metodología empleada es adaptada de la red de cooperativas de hospitales Redsalud. Utilizando el criterio de la economía de escala se consolidan las necesidades de las cooperativas asociadas, se negocia con los diferentes proveedores y la compra se realiza de forma independiente por cada cooperativa.

Inicialmente se elaboró un listado de ocho elementos de uso común en los hospitales, como sueros, catéteres, jeringas, guantes, esparadrapo y antisépticos (yodopovidona). Se solicitó información a todos los hospitales interesados en participar para que remitieran las necesidades y consumos promedio mensuales durante 1997.

El hospital Kennedy, 3er. nivel, a pesar de tener las compras del año comprometidas, aportó su capacidad negociadora y sus datos de consumo, de tal forma que las cifras consolidadas tota-

les para dieciséis hospitales participantes en el ejercicio constituyeron un volumen significativo al momento de entrar a pactar con proveedores.

Los hospitales participantes en la prueba piloto fueron San Blas I, Usaqué, Simón Bolívar, Kennedy III, La Victoria III, El Tunal, La Granja, Engativá, Bosa II, Fontibón II, El Carmen, Meissen, Garcés Navas, Juan XXIII, Nazareth y La Candelaria.

La determinación de los precios de compra se realizó con base en el volumen total de necesidades y se determinaron condiciones generales y claras para la contratación: entregas parciales, contrato individual con cada hospital, pagos parciales, condiciones estrictas de calidad (fechas de vencimiento, certificados de calidad, etc.).

En la selección de proveedores se consideraron las especificaciones técnicas, el precio unitario y los descuentos financieros ofrecidos por pronto pago.

Con el ejercicio realizado se puede proyectar la disminución de costos que podría generar una compra a través de la negociación conjunta, tomando el precio más alto de compra de cada insumo en 1996 y multiplicando por las cantidades totales. Se realiza la misma operación con el precio conseguido mediante la negociación conjunta y se calcula la diferencia. Teóricamente se alcanzaría un ahorro cercano a los mil quinientos millones de pesos.

Segunda negociación conjunta

En la segunda negociación se contó con la participación de un profesional (químico farmacéuta) dedicado a la consolidación, análisis y verificación de la información.

La comisión de suministros elaboró unas normas internas de funcionamiento y un documento con los criterios generales a

considerar en la negociación, dividido en tres partes: plan de necesidades, convocatoria a proveedores y auditoría a la compra y a los proveedores.

Los insumos a negociar para el segundo ejercicio fueron ochenta medicamentos pertenecientes al plan obligatorio de salud. El listado inicial fue revisado por las químicas farmacéuticas vinculadas al proyecto de mejoramiento del área de suministros y por los jefes de suministros de los hospitales de primer nivel, Suba y La Perseverancia.

Los hospitales que participaron en la segunda negociación fueron San Pablo, Fontibón, Pablo VI, Bosa, El Carmen, Kennedy III, Nazareth, La Perseverancia, Samper Mendoza, Engativá, Usme, Fontibón II, El Guavio, San Blas, La Victoria, Kennedy I.

Se tomaron listados de precios de la Red de cooperativas de hospitales, de dos cooperativas de hospitales, del hospital de Kennedy III y del hospital San Jorge como elementos de referencia para la negociación.

Se recibieron propuestas en formato preestablecido, con tiempo límite, en urna cerrada. La totalidad de las ofertas se consignó en acta firmada por los representantes de la comisión.

De los proveedores se descartaron aquellos que no presentaron su propuesta en disquete y con el formato establecido por la comisión, los que no entregaron la documentación legal de soporte y aquellos que presentaban al menos una notificación del Invima en los últimos dos años.

Se citó a los proveedores para consolidar y renegociar las propuestas en un cuadro comparativo en donde se evaluaron los descuentos financieros ofrecidos, la calidad, etc.

La adjudicación se realizó a diecisiete proveedores. Se determinó la compra de los insumos que frente a Redsalud mantenían un precio más alto, ofrecidos por el mismo proveedor, a través de dicha entidad como una posibilidad a considerar para compras posteriores.

Negociaciones realizadas del segundo semestre de 1997 al segundo semestre de 1998

Las tercera, cuarta, quinta y sexta negociaciones conjuntas, han mostrado algunas variaciones a la metodología presentada; la diferencia fundamental entre las dos primeras negociaciones conjuntas y las demás ha sido el grado de participación de los hospitales en la evaluación de las propuestas presentadas por los proveedores: mientras en las primeras la evaluación se realizaba con la participación de un representante de cada hospital, desde la tercera se ha contado con la conformación de comisiones especializadas para la evaluación de los insumos; en la tercera negociación se estableció una comisión de profesionales en el área para la evaluación de los oferentes de material médico-quirúrgico, laboratorio clínico y odontología. En la sexta negociación conjunta (adquisición de 129 medicamentos de alta rotación y más costosos) esta innovación metodológica se vio respaldada con la participación de diecinueve hospitales para la evaluación técnica del proveedor y económica de la propuesta, y nueve químicos farmacéuticos para la evaluación técnica del producto.

Oportunidades de la negociación conjunta

Entre otras, se pueden enumerar las siguientes ventajas para la negociación conjunta de insumos hospitalarios esenciales:

- Optimización del proceso de compra, disminuyendo los trámites administrativos para la contratación en cada hospital.
- Maximización de los recursos (los precios son favorables, independientemente del volumen de compra).
- Mejoramiento de la relación costo-beneficio.
- Aumento de la cobertura.

- Beneficio del paciente (disminución del porcentaje de insatisfacción de demanda por mejor inversión del presupuesto).

Fortalezas

- Autonomía para la compra local de insumos.
- Se favorece la adquisición de insumos de calidad a precios razonables.
- Disminución del costo administrativo por disminución de la tramitología interna para la adquisición y la contratación.
- Con la economía a escala se benefician los pequeños consumidores.
- Entre los proveedores hay credibilidad en los compromisos adquiridos por la asociación.
- La negociación se hace con base en grandes volúmenes, lo que permite la consecución de precios favorables.
- La asociación cuenta con el apoyo estatal.
- Aumenta la rentabilidad de las instituciones.

Amenazas

- *Dumping*: estrategia desleal del mercado en la que algunos proveedores esperan los resultados de la negociación para ofrecer precios por debajo de los acordados con los proveedores seleccionados o realizan acuerdos mutuos para ofrecer precios similares y no ofrecer un gran descuento sobre los productos cotizados.
- Falta de compromiso de algunos hospitales para respetar la negociación.
- La situación financiera individual afecta el sistema: no se respetan los acuerdos individuales con los proveedores.

- En ocasiones priman los intereses particulares sobre los generales.

Metodología

Se utilizó la metodología de evaluación que permite obtener la información, o hacer el seguimiento de los siguientes aspectos:

- Presupuesto asignado para el área de suministros a cada hospital.
- Gasto en suministros (discriminado por tipo de insumo).
- Grado de ejecución de la negociación conjunta realizada en 1997.
- Análisis preliminar.

Lo que se buscaba era:

- Determinar el número de asistentes por reunión, mediante revisión de actas.
- Considerar el costo del proyecto.
- Cuantificar los gastos promedio por pago de nómina tomando como base el salario promedio de los jefes de suministro que participaron en la actividad.
- Determinar los gastos promedio asignables a toda labor administrativa.

Conclusiones

Se han realizado seis negociaciones conjuntas para compra de insumos hospitalarios esenciales a través de la Asociación de Hospitales del Distrito con la participación de catorce hospitales, en promedio, por negociación.

La actividad de negociación conjunta reduce ostensiblemente los gastos administrativos y los pone muy por debajo del promedio de otras empresas; además, esta actividad puede asumir sus gastos administrativos y arrojar una utilidad teórica, con lo que se concluye que es rentable.

Debe mantenerse el proceso de mejoramiento continuo en la metodología de negociación conjunta.

Se debe establecer una estrategia que permita optimizar las debilidades, aprovechar y maximizar las oportunidades, mantener y mejorar las fortalezas y minimizar o evitar las amenazas.

Recomendaciones

Con un seguimiento a la ejecución de las compras conjuntas se puede demostrar que el área de suministros puede dejar de ser el elemento de desangre de las instituciones para convertirse en modelo de gestión y fuente de ingresos adicionales por el manejo eficiente de medicamentos y otros insumos hospitalarios.

La Asociación de Hospitales de Bogotá sería una entidad formal, independiente y que aunaría esfuerzos para orientar los resultados alcanzados hacia programas de alto impacto económico y asistencial, y hacia una estrategia para la optimización de la actividad de negociación conjunta.

*Evaluación de la calidad de los servicios
de salud oral en la red adscrita a la
Secretaría Distrital de Salud*

Autor corporativo:

Investigación científica
Ro. Ltda.

Autores:

Beatriz Melo Villalobos,
(coordinadora del
proyecto), Jaime Castro
Castro, Adriana Marín
Cardona, Marcela Andrea
Enciso Repiso, Javier
Enrique Morales Jácome

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Redes regionales de salud
X Redes de salud

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTUDIO QUE TIENE COMO PROPÓSITO DETERMINAR E INICIAR PROCESOS QUE LLEVEN AL CONOCIMIENTO DE LA CALIDAD TOTAL Y EL MEJORAMIENTO CONTINUO DE LOS SERVICIOS ODONTOLÓGICOS OFRECIDOS POR LOS HOSPITALES DE LA RED ADSCRITA A LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD.

La investigación partió de un diagnóstico integral de los servicios de salud oral en el Distrito Capital, realizando una amplia revisión bibliográfica, diseño de una muestra probabilística con un alto grado de confiabilidad, y aplicación de encuestas que permitieron identificar las áreas y aspectos críticos de los servicios, utilizando para ello una metodología de constatación directa mediante trabajo de campo, producción de indicadores y análisis estadísticos.

El objetivo general de esta investigación es determinar la calidad en la prestación de los servicios de salud oral en los hospitales de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud, teniendo en cuenta como indicadores de calidad la atención clínica técnica y la relación interpersonal de las cuales se derivan múltiples componentes agrupados en tres enfoques que corresponden a la estructura, el proceso y el resultado de la atención en salud.

La estructura contiene las características del marco en que se prestan los servicios: recursos materiales (tales como instalaciones, dotación y suministros), recursos humanos (tales como cantidad y cualidad del personal) y de la estructura institucional (como la organización del personal y los métodos para evaluar su desempeño).

El proceso contiene lo que en realidad se realiza para prestar y recibir servicios e incluye las acciones del profesional para presentar un diagnóstico y recomendar o instrumentar el tratamiento.

Por último, el resultado comprende los efectos de la atención para el estado de salud de los pacientes y poblaciones, ya que son ellos los que finalmente determinan lo que significa la calidad, de acuerdo con sus expectativas y valores sobre la atención.

Fuentes: Veintisiete títulos bibliográficos.

Contenido

El estudio consta de nueve capítulos.

El primero presenta los antecedentes y la justificación, teniendo en cuenta los antecedentes y la justificación contenidos en los términos de referencia, y señala el propósito de la investigación.

En el segundo y tercero se plantea el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación.

El capítulo cuarto, describe el marco conceptual en el que se basa el estudio. Presenta la definición de calidad en la atención médica, las metodologías utilizadas para la evaluación de calidad, calidad en salud en Colombia, experiencias de estudios de garantía de calidad en los servicios de salud oral en Colombia y el marco legal colombiano.

En el quinto se presenta el diseño metodológico de la propuesta (ver apartado correspondiente).

En el capítulo sexto, se encuentra la parte correspondiente al diagnóstico de la calidad de los servicios de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud: portafolio de servicios de salud, evaluación de estructura, evaluación del proceso y evaluación de resultados.

En el séptimo se presentan las conclusiones (ver apartado correspondiente).

En el octavo se muestran los indicadores trazadores para el seguimiento mediante un cuadro con los siguientes ítems: fuente de información, definición del indicador, indicador y periodicidad.

Finalmente, en el capítulo noveno se proponen una serie de recomendaciones tendientes a garantizar una adecuada prestación de servicios de salud oral por parte de los hospitales adscritos a la Secretaría Distrital de Salud.

Metodología

La población objeto está definida por el conjunto de instituciones prestadoras de servicios de salud oral, pertenecientes a los hospitales de nivel I, II y III de atención, conocidas como Uba, Upa y Cami.

Por la cantidad de hospitales existentes en el segundo y tercer nivel de atención, éstos se evaluaron en su totalidad. En las instituciones del primer nivel, se diseñó una muestra representativa de las mismas para realizar las correspondientes mediciones.

Se evaluaron los siguientes aspectos: áreas permanentes de desechos apropiados (este concepto se refiere a la correcta utilización del área de acuerdo con su función), equipos, instrumental, insumos y suministros (medidos en términos de existencia y manejo de tecnología adecuada).

Para dar cumplimiento al término de equipos, se diseñó un instrumento que permitiera relacionar cada uno de los equipos necesarios para el adecuado desarrollo de actividades de salud oral, presentes en un consultorio odontológico. Cada uno de los

equipos fue relacionado con las siguientes variables: cantidad existente por centro, cuántos consultorios comparten el equipo, estado del mismo (bueno, regular o malo), cantidad para cambio o reparación, ampliación, mantenimiento (preventivo o correctivo o no realiza), marca y referencia, y años de uso.

Para su evaluación, el instrumental se agrupó por componentes: básico, de operatoria, endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía u ortodoncia, aplicando para la totalidad lo siguiente: periodicidad del pedido en número de meses, periodicidad del suministro en número de meses, cuenta con inventario, última fecha del mismo, existencia y suficiencia, estado (bueno, regular o malo).

Los insumos se agruparon en componentes y se listaron algunos que se utilizan para las mismas actividades con diferente tecnología, para medir el grado de actualización, y se contemplaron las siguientes variables: periodicidad del pedido en número de meses, periodicidad del suministro en número de meses, suministro completo de lo solicitado, condiciones del lugar de almacenamiento, existencia y suficiencia.

Conclusiones

En términos generales, la mayoría de los insumos utilizados son actualizados, pero insuficientes a tal punto de paralizar un servicio o, en su defecto, prestarlo en forma inoportuna o deficiente, con sus respectivas connotaciones de sobre costo para la institución.

El parámetro de suficiencia sugerido por la Secretaría Distrital de Salud a aplicar en el instrumental es funcional ante sistemas adecuados de esterilización y óptimo estado del mismo.

Existe oportunidad en la atención para pacientes de consulta

repetida, sin embargo, los pacientes de primera vez no revisten prioridad dentro del servicio pese a impactar en la cobertura.

Presencia de un alto porcentaje de tratamientos no terminados por deserción de pacientes, lo que se constituye en la principal causa de no-continuidad de los tratamientos odontológicos. Así mismo, por causas económicas, traslado de sitio de vivienda, citas lejanas y no-motivación para continuar con el tratamiento, reflejado en la asistencia a las citas de urgencias y el no regreso a las consultas.

Recomendaciones

Garantizar una prestación de servicios integrales en el área de influencia, más aún cuando las IPS de la red adscrita a la Secretaría Distrital de Salud se convirtieron en empresas sociales del Estado.

Desarrollar acciones de readecuación estructural de centros de atención. Éstos deben contar con las condiciones mínimas de bienestar para el usuario (salas de espera cómodas, puntos de información al usuario, sanitarios y ventilación).

Desarrollar un plan de mantenimiento preventivo y mínimo correctivo a los equipos, que contribuya a la continuidad en la prestación de servicios.

Garantizar el suministro oportuno de instrumental y materiales en términos de tiempo y cantidad.

Exigir a los profesionales de la salud oral, el completo diligenciamiento de los criterios administrativos y clínicos de la historia clínica.

Implementar guías de manejo odontológico.

Implementar ciclos de educación continuada que contemplen talleres teóricos y prácticos.

*Aproximación a la medición de la
eficiencia económica y eficiencia de la
gestión en los hospitales públicos
del Distrito Capital*

Autor corporativo:

Fedesarrollo

Investigadores:

Úrsula Gedion,
Luis Gonzalo Morales

Coinvestigadores:

Álvaro Muriel López
Carlos Jorge Rodríguez

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Redes de salud,
eficiencia económica

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

ESTUDIO QUE TIENE COMO FINALIDAD HACER UNA APROXIMACIÓN A los niveles actuales de eficiencia técnica y de gestión en el que vienen operando los hospitales públicos adscritos al Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá, para detectar las principales fortalezas y debilidades en los aspectos mencionados, y elegir el mejor camino a seguir para enfrentar exitosamente la competencia de una ciudad en donde hay indicios preliminares de que en muchos servicios se presenta saturación de la oferta, lo que hace suponer que la competencia entre los distintos prestadores por captar usuarios es reñida, y sin duda obligará a brindar servicios de excelente calidad para sobrevivir en el medio.

Dentro de este proceso de competencia es indispensable, tanto para las entidades prestadoras como para los entes de dirección, conocer el estado actual de los elementos que intervienen en el proceso de producción de servicios de salud, para identificar los puntos críticos que deben ser revisados y corregidos en un proceso de transición a corto, mediano y largo plazo que los conduzca de manera gradual a lograr unas metas de eficiencia productiva que les permitan sobrevivir en el medio y cumplir con su objetivo social.

El objetivo general del estudio es evaluar el estado actual de los hospitales del distrito en términos de su eficiencia económica y rendimiento de su capital físico y humano así como en su gestión.

Fuentes: Veintisiete títulos bibliográficos.

Contenido

El trabajo consta de dos tomos. En el primero se presenta como antecedente el papel que desarrollan los hospitales públicos dentro del marco del nuevo sistema de salud en Colombia. Se enumeran algunas características del sector de los servicios de salud, que son especialmente importantes a la hora de medir y analizar la eficiencia en este sector: el hospital como ente público; la utilización sub-óptima de recursos en los hospitales; la confluencia de intereses divergentes en los hospitales; el hospital como supermercado de productos; “existen tantas enfermedades como pacientes”.

Productividad y eficiencia: aproximación a su medición en hospitales

En esta sección se establece el marco teórico y conceptual de la medición de la eficiencia y la productividad en las entidades prestadoras de servicios de salud haciendo especial énfasis en las ventajas, limitaciones y aplicabilidad de las diferentes metodologías utilizadas.

Marco conceptual para medir la eficiencia en la gestión de los hospitales

En el capítulo se hizo un análisis detallado del significado y la manera como los hospitales abordan los conceptos de productividad y eficiencia, los que en esencia hacen mención a relaciones técnicas de la forma como se combinan los diferentes tipos de insumos (factores de producción) utilizados en el proceso de producción de servicios de salud.

La gestión institucional hace mención a la forma como se administran los insumos y sus combinaciones; para lograr el máximo rendimiento debe tenerse en cuenta que el principal factor de producción en un hospital lo constituye el recurso humano, el cual, por su naturaleza, responde de manera diferente a las circunstancias en las que se dé el proceso productivo.

Evaluar la gestión es un proceso complejo, pues se involucran en ella una serie de factores de tipo humano, cultural, social y ambiental, que responden de manera diferente a las circunstancias predominantes, y que hacen, por tanto, muy difícil la definición de estándares de comportamiento que puedan ser aplicados como recetas fijas para ser utilizados en la gestión de diferentes instituciones. Esto es, que mientras unas estrategias de tipo gerencial dan excelentes resultados al ser aplicadas en determinada empresa, podría suceder lo contrario en otra o aun en la misma empresa pero en momentos diferentes, así éstas sean organizaciones similares en su estructura y procesos de producción.

Los factores que intervienen en el proceso de gestión institucional son: la dirección, el liderazgo, la estabilidad, la autonomía, los sistemas de costos, remuneración y pago, el manejo del recurso humano, las comunicaciones internas y los sistemas de información.

En el segundo tomo se presentan los anexos relacionados con las encuestas, las listas de variables, las tablas de frecuencia de las principales variables y de las variables adicionales, la valoración de las encuestas y otras observaciones específicas de la gestión por institución.

Metodología

La metodología buscaba determinar la eficiencia y productividad hospitalaria; el instrumento utilizado para medirla se divi-

dió en varias partes diseñadas para capturar la producción de diferentes tipos de servicios, como son las actividades de promoción y prevención, y los exámenes de diagnóstico.

Para adelantar el trabajo propuesto se diseñó una encuesta que capta los principales factores relacionados con la producción y costos de los servicios.

Esta encuesta consta de tres partes: la primera capta variables generales sobre la capacidad instalada y la población atendida, la segunda indaga en forma detallada sobre la cantidad de los servicios producidos (servicios hospitalarios, quirúrgicos, de promoción, de prevención y de apoyo), y la última recoge información financiera sobre fuentes de ingresos y asignación del gasto.

Conclusiones

Entre 1994 y 1997 se observa que para la mayoría de los hospitales hay una tendencia hacia la mejoría. Sin embargo, hay casos particulares en donde se observa un retroceso creciente. No obstante lo anterior, este aumento en la productividad se ve opacado por un crecimiento en el gasto, explicado primordialmente por la nivelación salarial, que no es compensado con el crecimiento del producto.

Es evidente la baja eficiencia general para todos los hospitales, que dista bastante de lo que pudiera considerarse como un valor aceptable. Aunque en muchas instituciones se observa una senda de mejoría creciente, otras por el contrario presentan un deterioro progresivo.

Igualmente es evidente la bajísima productividad del recurso humano, aún cuando se controla por el efecto de la nivelación salarial. Esto demuestra una vez más situaciones contradictorias en la gestión institucional, en las cuales a pesar de que la remu-

neración existente no corresponde al nivel de productividad, ésta se aumenta considerablemente sin ligarse a ningún compromiso tangible para mejorar el rendimiento.

La contratación de funcionarios ha permitido contar con más recurso humano, dada las limitaciones para aumentar la planta de personal. Por esta vía ha sido posible flexibilizar su manejo en respuesta a las demandas crecientes por efecto del incremento en los niveles de cobertura en el sistema.

Los niveles crecientes de facturación demuestran que los hospitales sí tienen capacidad para mejorar rápidamente este proceso y adecuarse a las exigencias que impone el nuevo sistema.

Los relativamente bajos niveles de rotación entre el personal directivo de las institucionales, su alta capacitación y experiencia, dan cuenta del creciente manejo técnico que se le viene dando a este aspecto que es de vital importancia en los procesos de mejoramiento institucional.

La autonomía en la gestión hospitalaria que se persigue por efecto de su conversión en ESE, sigue estando muy distante.

Recomendaciones

Si se quieren lograr niveles adecuados de eficiencia en la producción y en la gestión de los hospitales del distrito, es preciso continuar y fortalecer el proceso de desarrollo institucional, para lo cual será necesario una actividad permanente y coherente tendiente a solucionar los principales problemas observados. Para ello es necesario brindar una mayor asistencia técnica y apoyo a los programas de modernización y adecuación de las plantas de personal, a los procesos y herramientas tecnológicas en aspectos como la información financiera y administrativa, al manejo y mantenimiento del recurso humano y, en algunos casos, a las plantas físicas.

La gran variabilidad en la situación de gestión y eficiencia de los hospitales, al igual que las condiciones de operación de algunos de ellos, indican la necesidad de diseñar planes de transformación institucional particulares para cada hospital.

Es necesario continuar con la implementación y aplicación regular por parte de las directivas de las instituciones de mecanismos de monitoreo a la gestión y la eficiencia en la producción como los propuestos en este estudio, que arrojen resultados cuantitativos y objetivos que sirvan de soporte a la toma de decisiones. Los indicadores propuestos en esta investigación podrían constituir la base para la implementación de un sistema de evaluación periódica de la eficiencia y de la gestión de las instituciones del distrito.

Descentralización y autonomía. Las instituciones hospitalarias deben reducir substancialmente su dependencia de los entes centrales del sector y responder cada vez más a las necesidades y requerimientos del nivel territorial, y con ello ir adquiriendo una mayor autonomía en aspectos cruciales de su gestión como son el manejo del recurso humano que es tal vez el principal problema que limita las posibilidades de ser más ágiles en un medio de competencia.

Fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas. En este sentido se deben diseñar programas tendientes a hacer más clara y transparente la gestión institucional de cara a la comunidad en la cual operan.

Fortalecimiento de la capacidad administrativa, de dirección y de liderazgo. Esto implica el establecimiento de medidas como la garantía y el fomento de la estabilidad laboral en los cargos clave de la gestión institucional, el entrenamiento y la capacitación permanente en técnicas gerenciales modernas y dotar a la institución de las herramientas tecnológicas mínimas de equipos y software que le permitan adelantar de forma ágil los distintos procesos de manejo administrativo.

Establecimiento de programas de ajuste y desarrollo del recurso humano. Se deben establecer programas de mejoramiento del clima organizacional, capacitación permanente en áreas técnicas y ajuste de las plantas de personal a las necesidades y dinámica de la demanda de prestación de servicios.

Mejoramiento de los sistemas de información. Deben responder a las necesidades de la reforma y de las directivas del sector.

Fortalecimiento y mantenimiento de la infraestructura de prestación de servicios.

Cambio en los mecanismos de remuneración, asignación de subsidios y presupuesto.

Por último buscar alternativas para nuevas formas de administración y gestión hospitalaria, entre las cuales se consideran la participación del sector solidario, de las ONG y de la comunidad organizada.

*Evaluación de la información sobre
la terapia farmacológica dada al
paciente ambulatorio en el
hospital San Cristóbal*

Autor corporativo:

Farmacéuticos
Hospitalarios Asociados
en Terapia Nutricional,
"Fhasten"

Autores:

Claudia Vacca
Julián López

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Prescripciones médicas.
Va. Medicamentos.

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C

Descripción

SU OBJETIVO GENERAL ES EVALUAR LA INFORMACIÓN SOBRE LA TERAPIA farmacológica dada por el médico al paciente ambulatorio en el hospital San Cristóbal empresa social del Estado.

Sus objetivos específicos son calcular los indicadores básicos del uso de medicamentos referidos a la prescripción, a la asistencia al paciente y a factores específicos sobre uso racional de medicamentos en el hospital San Cristóbal ESE; establecer pautas orientadas al personal médico sobre el uso racional de medicamentos en lo que se refiere a la información escrita y oral sobre la terapia farmacológica dada al paciente ambulatorio; establecer lineamientos sobre programas de educación orientados a la comunidad acerca del uso racional de medicamentos en lo que se refiere a la información escrita y oral sobre la terapia farmacológica dada al médico.

Fuentes: Sesenta y cinco títulos bibliográficos

Contenido

El documento se presentó en dos partes. En la primera se hace un informe de las encuestas realizadas a pacientes y médicos a través de dieciséis gráficos y seis tablas, y sobre sus conclusiones (ver el aparte correspondiente).

En la segunda parte del estudio se hace el análisis de las prescripciones médicas a través de catorce gráficos y dos tablas; las conclusiones se tratarán en el aparte correspondiente.

Metodología

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal en el que se pretendió describir y caracterizar los parámetros y elementos de la información sobre la terapia farmacológica dada al paciente ambulatorio por parte del médico prescriptor en el hospital San Cristóbal, ESE.

La encuesta se desarrolló en pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del hospital San Cristóbal incluyendo todos sus centros adscritos. El grupo objetivo está conformado por personas mayores de 15 años. Para la entrevista de pacientes en los hospitales se trabajó con un muestreo simple aleatorio para proporciones por centro de atención. El cálculo del tamaño de muestra se realizó utilizando un nivel de confiabilidad de 95% y un margen de error de 4.5%.

Conclusiones

La información brindada por el médico acerca de los medicamentos prescritos es muy pobre, lo cual puede estar relacionado con el desconocimiento por parte de éste de la información que debe ofrecer al paciente o por la falta de tiempo disponible durante la consulta.

Las estrategias de intervención deben estar ligadas a dos factores: en el primer caso a proporcionar al prescriptor, por medio de charlas o boletines, información relevante y los mecanismos para reforzar la misma. En el segundo caso es necesario crear un consultorio farmacéutico para complementar la información básica que el médico no alcanza a suministrar durante la consulta por falta de tiempo.

Para verificar el impacto de la información que da el médico al paciente, podría realizarse un estudio de cumplimiento de terapia mediante visita domiciliaria.

Se presenta un elevado porcentaje de prescripción con nombre comercial por lo que se debe informar y educar al médico acerca de la importancia y beneficios de la prescripción bajo denominación genérica y el cumplimiento de las normas de prescripción de la institución.

El uso de abreviaturas en la prescripción puede generar confusión en la dispensación y en el paciente. El comité de farmacia deberá determinar las abreviaturas aceptadas con el fin de lograr consenso con el personal médico logrando el mayor beneficio para el paciente.

Deberán desarrollarse actividades de información al personal médico sobre la descripción técnica de medicamentos y las formas farmacéuticas, dadas las inconsistencias encontradas en el estudio.

Es importante dar recomendaciones verbales pertinentes para asegurar que el paciente haya entendido. Una buena idea puede ser que se le pida al paciente expresar lo recomendado con sus propias palabras.

Por la alta prescripción de complejo b y vitamina c es importante realizar campañas educativas dirigidas a médicos y pacientes sobre su uso racional, pues esta situación puede ocasionar gastos innecesarios de atención en salud desviando recursos valiosos.

Una de las actividades a realizar por parte del comité de farmacia y terapéutica debe ser familiarizar al personal médico con el listado básico de medicamentos, las normas de prescripción y los protocolos farmacoterapéuticos aprobados por la institución.

Recomendaciones

Profesionalizar el servicio farmacéutico con la conducción del comité de farmacia y terapéutica para promover el uso sano de los medicamentos al interior de la institución.

Hacer partícipes a los médicos de la institución en las actividades adelantadas por el comité de farmacia y terapéutica.

Crear un consultorio farmacéutico en el hospital para reforzar la calidad de la información al paciente ambulatorio y al personal médico y brindar asistencia con el fin de garantizar un servicio integral.

Utilizar la base de datos elaborada como fuente de información para el desarrollo de próximos estudios de utilización de medicamentos orientados por grupos farmacológicos o medicamentos específicos.

Adelantar estudios de prescripción en población menor de 15 años con el fin de orientar actividades de educación que garanticen el cumplimiento de la terapia farmacológica y por tanto la calidad de atención al paciente.

Realizar estudios de evaluación económica de la prescripción e impacto de la misma.

*Prospectiva económica y
financiera del sector salud en
Santa Fe de Bogotá, D.C.*

Autor corporativo:

Universidad El Bosque

Autores:

Julio Alberto Sáenz,
Yolanda Guzmán, Silvia
Bello, Óscar Montaña,
Humberto Mora Álvarez,
Carlos Alberto Naranjo

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Sistema general de
seguridad social en salud
Financiación

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

LOS OBJETIVOS GENERALES DE LA INVESTIGACIÓN FUERON: DISEÑAR y analizar los escenarios económico-financieros del sector salud en el Distrito Capital, de acuerdo con sus diferentes fuentes de financiamiento y hacer el contraste con las necesidades de salud de la población para determinar la suficiencia de los recursos esperados. Como objetivos específicos se señalaron los siguientes: analizar el comportamiento histórico de las fuentes de financiación del sector salud en el Distrito Capital, en los últimos diez años; evaluar los efectos de las fuentes de financiación en el cumplimiento de las políticas y objetivos sectoriales de salud; analizar en distintos escenarios las posibilidades de cobertura y de servicios para la población objeto de subsidios, teniendo en cuenta la transformación de los mismos; identificar y jerarquizar los principales problemas y limitaciones en el desarrollo del sector salud originados por los efectos de las fuentes de financiación; diseñar e implementar una base de datos confiable que facilite, mediante simulaciones económicas y financieras en diferentes escenarios, la toma de decisiones; crear una metodología permanente con variables e indicadores que permita el seguimiento y monitoreo continuo del comportamiento de las fuentes de financiación; presentar a la Secretaría Distrital de Salud las recomendaciones sobre las mejores alternativas para fortalecer las fuentes de financiación del sector salud en el Distrito Capital, mediante una propuesta de políticas, estrategias y acciones de corto, mediano y largo plazo para el financiamiento que permita el desarrollo del sector.

La Secretaría Distrital de Salud, con el propósito de contar con las herramientas de planeación adecuadas para la formulación de políticas de salud orientadas a mejorar las coberturas, tanto para el componente de aseguramiento en el régimen

subsidiado como para la atención a la población participante vinculada, y en lo referente al plan de atención básica, requiere la realización de esta investigación con el propósito de poder tomar decisiones estratégicas oportunas en materia de reasignaciones de recursos y de acciones específicas en salud.

Fuentes: Los autores reseñan varias citas bibliográficas a pie de página.

Contenido

El proyecto se presenta en dos tomos y dos anexos.

El primer tomo se ocupa de los análisis retrospectivos en dos componentes estructurales: el comportamiento de los recursos financieros que alimentaron el sistema de salud en el periodo 1987-1997, y la evolución de la utilización de los servicios y sus relaciones con variables determinantes de la demanda. Capítulos especiales son los referidos a las enfermedades de alto costo, el plan de atención básica y las tendencias y factores de cambio más importantes retrospectivamente y que permiten vislumbrar algunas de las señales para los próximos años. Adicionalmente se presenta la descripción de los procesos y procedimientos administrativos inherentes a los ingresos y gastos del sistema, desde su generación hasta su aplicación en las unidades prestadoras y administradoras, según corresponda.

El análisis retrospectivo de los recursos financieros se abordó desde tres grandes áreas: los ingresos, el gasto y los procedimientos administrativos. A la vez, las áreas de ingresos y gasto se enfocan desde dos puntos de vista: en general para el sistema de salud y en particular para el Plan de Atención Básica y para

la red hospitalaria adscrita; en esta última se incluyen estudios de caso de seis entidades, dos por cada nivel.

El análisis de las características de la demanda y la utilización de servicios contiene los capítulos correspondientes a:

- Variables demográficas y socioeconómicas.
- Afiliación a la seguridad social.
- Factores epidemiológicos.
- Enfermedades de alto costo.
- La red de servicios.

El segundo tomo está dedicado a la presentación de los resultados de los análisis prospectivos. Comienza con una descripción cualitativa y cuantitativa de las principales variables abordadas en el análisis retrospectivo, continuando con los modelos y simulaciones econométricas y actuariales para avizorar el comportamiento de los recursos financieros y la utilización de los servicios en el periodo 1998-2002 en relación con la población pobre y vulnerable de la ciudad capital. El tomo finaliza con un capítulo de suficiencia de recursos para la atención de la salud de la población pobre y vulnerable del distrito, en el cual se cruzan los datos que arrojaron tanto los modelos econométricos como el actuarial, y otro de conclusiones y recomendaciones que se tratarán en aparte especial.

Como anexos al trabajo central se presentan dos documentos. El primero se refiere a la guía de manejo de la aplicación de *software* diseñada para el proyecto; el segundo es la compilación de normas que tienen directa relación con el financiamiento del sistema de salud distrital.

El documento tiene gráficas y tablas de referencia para el lector, acompañadas de la descripción y análisis de los investigadores.

Metodología

La construcción de los tres escenarios jurídicos y políticos se realizó a través del estudio prospectivo económico financiero: en primer lugar el escenario optimista, teniendo en cuenta que la legislación del sistema general de seguridad social en salud establece las políticas, principios, normas y procedimientos, y el deber ser o derrotero de la visión, misión y objetivos a poner en práctica por el sector. En segundo lugar, se desarrolló el escenario pesimista, situación en la cual la Secretaría no lograría avanzar hacia la situación ideal o escenario optimista. Por último se presentó el escenario probable, como la situación de transición en la cual se desarrollaría el sistema general de seguridad social en salud.

Conclusiones

La pregunta central que pretendía resolver la investigación indagaba sobre la suficiencia de los recursos financieros de que dispondría el sistema público de salud del Distrito Capital de Santa Fe de Bogotá en los próximos cinco años para responder por la población objeto de su atención.

Se partió de una evaluación retrospectiva –tanto en demanda como en recursos– y se finalizó con el planteamiento prospectivo para los dos componentes.

De la conceptualización hecha sobre la demanda y sus variables explicativas, se resumen los hallazgos relevantes acerca del comportamiento de la utilización de los servicios por parte de la población capitalina, en especial de aquella que se agrupa bajo los criterios que la hacen objeto de la asistencia pública.

Las conclusiones se obtuvieron teniendo en cuenta:

Aspectos de la demanda:

- Aspectos demográficos y socioeconómicos.
- Afiliación a la seguridad social.
- Aspectos epidemiológicos.
- Red de servicios.

*Aspectos relacionados con el estudio retrospectivo
de los recursos financieros:*

- Financiamiento del sistema distrital de salud.
- Financiamiento de los hospitales de la red adscrita (1994-1997).

Aspectos relacionados con el estudio retrospectivo del gasto:

- Gasto por grandes rubros.
- Gastos en hospitales en la red adscrita.

*Aspectos del estudio prospectivo de la demanda: Modelo
actuarial.*

Finalmente se presentaron las conclusiones del estudio prospectivo de recursos financieros: modelos econométricos y de suficiencia de recursos.

El efecto sobre la disponibilidad de recursos del Distrito Capital mostró claramente que como resultado de una política activa de expansión anticipada (para el año 2000) de la cobertura, el Distrito Capital podrá recibir entre 1998 y el año 2000 recursos acumulados superiores entre 24% y 26% más de los que recibiría si simplemente se limita a cumplir con las metas fijadas para el año 2001.

También se simuló el comportamiento que seguirían los recursos asignados a los diferentes programas, bajo los escenarios mencionados y suponiendo que 60% de los recursos de las PICN destinados por el Distrito Capital a salud se asignarán como subsidios a la demanda y, adicionalmente, que la proporción de re-

cursos del situado fiscal asignados a la oferta llegará a cero en el año 2001.

Accediendo a 50% del total de recursos per cápita estimados para promoción y prevención en los dos regímenes en el Distrito Capital, podrían aumentarse en más de dos veces los recursos para fortalecer los planes y programas orientados a la salud pública y el PAB.

Recomendaciones

El estudio presenta un total de dieciocho recomendaciones, dentro de las cuales se resaltan las siguientes:

Sería importante presionar la realización de un nuevo censo poblacional del Distrito Capital para establecer una base cierta que influya de forma significativa en la asignación de los recursos de orden nacional.

Proponer al Departamento Nacional de Planeación el establecimiento de metodologías específicas y la ponderación de otros factores referidos a las condiciones de vida urbana hacia la cual transita el país en forma acelerada. El índice de necesidades básicas insatisfechas no parece la mejor referencia para la asignación de recursos para los sectores sociales; igual acontece con la metodología de focalización y clasificación de beneficiarios de subsidios.

Una de las necesidades más importantes de la SDS es definir los indicadores que le permitan, en función de la demanda, evaluar su comportamiento y así tener una herramienta con la cual la red de servicios pueda responder a las necesidades de la demanda.

El esfuerzo fiscal es la otra vía para acceder a mayores recursos del situado fiscal y de la participación del distrito en los in-

gresos corrientes de la nación. En la medida en que se acelere la afiliación al régimen subsidiado, saldrá mejor librado el sistema distrital, y entonces se podrá hacer un esfuerzo fiscal territorial con lo cual los beneficios en términos financieros se dan por partida doble: mayores aportes del Fosyga y de la PICN.

Es importante que la dirección territorial asuma el reto de proponer ante el gobierno nacional un trato preferencial en la asignación de recursos, en virtud del alto costo que significa asumir los efectos de una situación de conflicto de la cual el ente territorial es apenas un actor pasivo.

Es necesario adelantar los estudios que permitan establecer la viabilidad y factibilidad de una administradora de salud de origen público para disminuir el impacto negativo que puedan ejercer las entidades privadas en cuanto a la contratación con la red de instituciones prestadoras de servicios adscritas a la Secretaría de Salud.

Debería propiciarse una serie de mecanismos que busquen la articulación de un sistema metropolitano de salud, comenzando por el establecimiento de reuniones conjuntas de los consejos territoriales de seguridad social en salud y la asistencia técnica que el distrito podría ofrecer al departamento de Cundinamarca.

Análisis de la situación de los derechos de los niños hospitalizados

Autor corporativo:

Defensa de los niños
internacional - DNI

Autores:

Ernesto Durán,
Claudia Peñaranda,
Jorge M. Jaramillo,
Martha Ivonne Urquijo

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Instituciones prestadoras
de servicios de salud,
niños

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

INVESTIGACIÓN POR DEMANDA DENTRO DE LA LÍNEA DE SALUD PÚBLICA que tuvo como objetivo general, establecer hasta qué punto los derechos de los niños han penetrado realmente el ambiente hospitalario para reflejarse en la disposición y diseño de los espacios físicos, en el trato humano, en las actitudes de los funcionarios y usuarios de los servicios, en los procesos de comunicación e información y, en general, en las distintas iniciativas que se emprenden con el fin de mejorar la calidad de los servicios hospitalarios.

Entre noviembre de 1997 y febrero de 1998, la Secretaría Distrital de Salud y “Defensa de los Niños Internacional, DNI-Colombia”, estuvieron comprometidos en la realización de un estudio sobre la vigencia de los derechos de los niños en los departamentos de pediatría de los hospitales de segundo y tercer nivel adscritos a la Secretaría Distrital de Salud.

El interés por realizar la investigación surgió del conocimiento sobre los efectos emocionales negativos que la hospitalización puede tener en los niños y sus familias, si no se introducen medidas especiales para humanizar la atención que se les brinda.

El marco de referencia de este trabajo fue la Convención internacional de los derechos del niño que es el tratado internacional más significativo que se haya elaborado con el objetivo de aunar esfuerzos en la búsqueda de mejores condiciones de vida y bienestar para los niños y las niñas del mundo. En ella se encuentra implícita toda una ética basada en el reconocimiento del niño como ser humano con necesidades propias determinadas por el momento específico de su desarrollo y como sujeto activo y participante en la realización de sus derechos.

Fuentes: Treinta y siete títulos bibliográficos

Contenido

El estudio consta de cinco capítulos.

El primer capítulo presenta el marco teórico, que contiene a su vez el marco político y legal del estudio teniendo en cuenta lo señalado en la constitución política, la Convención internacional de los derechos del niño, los cambios en el sector salud, y la situación del niño y la niña hospitalizados y sus derechos.

En el capítulo segundo se describe el marco metodológico; la investigación está centrada en los doce hospitales de segundo y tercer nivel de complejidad en la atención del distrito. Se tuvieron en cuenta tres actores como muestra: los niños y las niñas, los padres o acudientes y los funcionarios de la salud que laboran en las instituciones. El tipo de investigación es el estudio descriptivo de tipo cualitativo. Se desarrollaron cuatro medios de recolección de información, el primero denominado guía para la observación e información general, los otros instrumentos correspondían a formatos de entrevista semiestructurada con los que se buscaba indagar el trato, la información y el conocimiento de procedimientos y derechos que manejan los padres, acudientes, funcionarios, y niños y adolescentes.

En el capítulo tercero se presentan los resultados a través de las seis categorías analizadas: adecuación física y de personal, trato, participación de madres y padres, información, conocimiento sobre derechos y acciones para dar mejor atención a los niños.

En el capítulo cuarto se discuten los resultados con base en las categorías mencionadas en el capítulo anterior.

Finalmente se presentan las conclusiones las cuales se relacionan más adelante.

Metodología

A través de la observación directa de campo y la aplicación de entrevistas semiestructuradas a niños, padres de familia y funcionarios de salud se obtuvo la información sobre la manera como transcurre usualmente la estancia de los niños y sus familiares en el hospital.

Conclusiones

Aunque la situación particular de cada hospital da origen a notables diferencias entre unos y otros en la conducción de los servicios que atienden niños, el estudio arrojó conclusiones aplicables a todos; se resaltan las siguientes:

La primera es que aún reina un gran desconocimiento sobre los derechos de la niñez y sus implicaciones. Esto se hace patente tanto en los funcionarios de salud como en los usuarios de los servicios. Paradójicamente, en medio de tanto desconocimiento son los niños quienes parecen tener las ideas más claras al respecto.

En ninguno de los hospitales el espacio físico está en función de las necesidades e intereses particulares de los niños. Al parecer, los espacios interiores están distribuidos y dotados buscando en primera instancia favorecer la práctica médica, siendo secundaria la consideración del bienestar emocional de los niños.

En el trato que reciben los niños por parte de los funcionarios de salud se observa que aún no se les percibe como interlocutores válidos para la comunicación sobre asuntos relacionados con su salud o sus vivencias dentro del hospital. A los niños generalmente no se les reconoce como “pacientes activos”, sujetos de

derechos exigibles y personas co-responsables de la recuperación de su salud.

Tampoco las personas emocionalmente significativas para los niños (padres, familiares o acudientes) parecen tener un lugar o una función dentro del proceso de hospitalización, que respete al mismo tiempo sus necesidades y las de los niños. Las posiciones extremas tienden a predominar: o se obliga a uno de los padres (casi siempre la madre) a permanecer continuamente al lado de su hijo enfermo, sin atender a su necesidad de descanso o sus otras responsabilidades, o se restringen los horarios por conveniencias administrativas. Falta involucrar más a los padres (o familiares responsables) como ayudantes vitales en el cuidado de sus hijos dentro del hospital.

*Consumo de sustancias
psicoactivas en estudiantes de
carreras técnicas y tecnológicas de
Santa Fe de Bogotá, 1997*

Autores:

Julio César Velásquez
Zapata, Orlando
Scoppetta
Díaz-Granados

Publicación:

Sin publicar

Unidad patrocinante:

Secretaría Distrital
de Salud

Palabras clave:

Drogas,
Va. Estimulantes

Ubicación:

Biblioteca, Secretaría
Distrital de Salud de
Santa Fe de Bogotá, D.C.

Descripción

EL CONSUMO DE PSICOACTIVOS CONSTITUYE UN PROBLEMA SOCIAL ampliamente discutido y documentado, que según los últimos estudios nacionales disponibles se ha incrementado, especialmente en la población joven. Entre los grupos de mayor interés se encuentran los estudiantes de educación superior.

La presente investigación aporta a las autoridades locales del Distrito Capital información para conocer la magnitud y la severidad del problema, las sustancias de mayor consumo y algunos factores asociados con éste entre los jóvenes que asisten a instituciones de educación superior clasificadas como institutos técnicos y tecnológicos según el Icfes. La razón para escoger esta población entre los universitarios de Santa Fe de Bogotá es que no existe en el país información sobre el comportamiento del consumo de drogas en ellos, y no fueron incluidos en el estudio sobre consumo de psicoactivos en universitarios con carreras profesionales realizado por la Asociación Colombiana de Investigaciones Médicas en 1997.

El objetivo general del estudio fue conocer la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y de drogas ilícitas, y el comportamiento de los patrones de consumo en la población de estudio, con el fin de aportar información que permita evaluar políticas y estrategias, y reorientar los programas de salud en este campo. Específicamente se busca evaluar tendencias y cambios en los patrones de consumo de sustancias psicoactivas, comparando los hallazgos con otros estudios similares realizados en Colombia y en Santa Fe de Bogotá, y calcular la frecuencia de algunos factores psicosociales relacionados con el consumo de sustancias en la población de estudio.

Fuentes: Treinta y cuatro títulos bibliográficos

Metodología

El estudio es de tipo observacional, descriptivo, transversal. El universo está constituido por la población estudiantil de los institutos técnicos o tecnológicos ubicados en Santa Fe de Bogotá, los cuales sumaron 43, con un total de 30 mil estudiantes, de acuerdo con los listados del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, Icfes. En el marco de muestra se excluyó a los institutos o centros universitarios que ofrecían carreras profesionales, programas de educación a distancia e institutos técnicos pertenecientes a las fuerzas militares.

La muestra fue probabilística, debido a que cada estudiante de las instituciones mencionadas tenía la misma probabilidad de ser seleccionado, dicha probabilidad conocida y mayor de cero. Se aplicó un muestreo probabilístico de conglomerados en tres etapas: la primera etapa fue la selección de establecimientos educativos, la segunda fue la selección de carreras o programas, y la tercera etapa fue la selección de segmentos (cursos).

Para determinar el tamaño de muestra se utilizaron las fórmulas del muestreo para proporciones, con un aumento de 10%, previendo el efecto de diseño y no respuesta. Se utilizó como prevalencia del fenómeno a estudiar (consumo de sustancias ilegales en personas entre 12 y 45 años), la generada por el segundo estudio epidemiológico sobre el consumo de sustancias psicoactivas en Santa Fe de Bogotá en 1992, de 3.2%. El tamaño de la muestra, con un error de 0,2% y un nivel de confianza de 95% se estimó en 2.572 encuestas.

La información fue recolectada a través de una encuesta autodiligenciada, la cual se aplicó previa información a los estudiantes acerca del anonimato y la confidencialidad de los datos, utilizando como instrumento la encuesta para estudiantes de último año de enseñanza media vocacional del sistema de vigilancia epidemiológica sobre el uso indebido de sustancias psicoactivas,

probada desde 1992, con la inclusión de nuevas variables como los criterios del DSM-IV para diagnóstico de dependencia o abuso de alcohol.

Se realizó una prueba piloto en treinta estudiantes de tecnologías, a pesar de que el instrumento estaba validado en diferentes regiones y en diferentes grupos de edad, debido a que se modificó la forma de algunas preguntas y se incluyeron las variables sobre dependencia y abuso de alcohol. Con esta prueba se hicieron las modificaciones del caso a las preguntas que lo requirieron y se determinó un tiempo promedio de aplicación de 20 minutos. También se utilizaron planillas para el registro y control del operativo de campo. Se incluyeron códigos para la adecuada recolección de información con el fin de hacer el cálculo de coeficientes de variación (institución educativa, carrera y curso).

La recolección de la información se hizo durante los meses de octubre y noviembre de 1997 y estuvo a cargo de un grupo de encuestadores con amplia experiencia en la aplicación de este tipo de cuestionarios, conformado principalmente por graduados o estudiantes avanzados de las áreas de psicología y trabajo social. Además del grupo de encuestadores se contó con un equipo de supervisores, con un esquema de 1:4. A su vez, los supervisores reportaban el avance del trabajo de campo a un coordinador. Se contó con la colaboración de los rectores y docentes de las universidades y se pudo realizar el estudio en todos los establecimientos elegidos en la muestra, excepto en dos, debido a que según su calendario se encontraban en receso académico, lo que imposibilitaba a los encuestadores cumplir con su cronograma; éstos fueron reemplazados por otras dos instituciones de características similares y con el mismo número de alumnos, escogidas por el muestrista, asegurando no sesgar la muestra calculada inicialmente. Con el fin de controlar posibles errores e inconsistencias al aplicar las encuestas, antes de procesar los datos se hizo una revisión manual de las mismas.

En cuanto al análisis de la información, se utilizaron como medidas de frecuencia las proporciones de prevalencia de vida del último año, del último mes y de la última semana. Se analizó además el índice de ex consumo (ex consumidor es la persona que consumió la sustancia pero hace un año o más que no lo hace), y el de abstención (personas que nunca han consumido la sustancia estudiada). Los factores asociados al consumo se analizaron mediante la razón de disparidad, a la cual se le calcularon los límites de confianza. Se estudiaron sustancias de uso legal, como las bebidas alcohólicas, el cigarrillo y los tranquilizantes menores; y sustancias de uso ilegal como marihuana, cocaína, bazuco, éxtasis, anfetaminas e inhalables. Se analizaron los patrones de consumo para cada sustancia con las diferentes variables, y se exploraron algunas asociaciones con factores psicosociales asociados al consumo. Las variables estudiadas fueron de persona (edad, sexo, jornada, semestre), patrón de consumo (tipo de droga y frecuencia de consumo), factores relacionados con el consumo (familiares o amigos consumidores, apoyo familiar o social, grado de aceptación del ambiente académico), criterios clínicos de dependencia o abuso del alcohol, percepción del problema de drogas en la institución donde estudia el encuestado, motivo para iniciar el consumo de drogas, motivo para dejar de consumir, motivo para continuar usándolas y consecuencias del consumo de drogas.

Conclusiones

El comportamiento descrito de la prevalencia de vida y la prevalencia anual de sustancias psicoactivas en la población de estudio muestra que el consumo de todas las sustancias incluidas es mayor que el de la población general.

En cuanto a los factores asociados con el consumo de drogas ilícitas, resultaron estadísticamente significativos los de pertenecer al sexo masculino y los relacionados con el consumo de cigarrillos y alcohol por parte del encuestado y con el consumo de alcohol u otras drogas por parte de sus amigos y familiares, lo cual podría explicarse porque la mayoría de estudiantes universitarios entran en una etapa del ciclo vital en la cual ya no tienen un papel preponderante la red de apoyo familiar o la interacción con miembros de la familia, sino más bien la interacción con los amigos y compañeros de estudio.

Al igual que en otros estudios, se concluye que el consumo de cigarrillo, alcohol o ambos puede ser la puerta de entrada para el consumo de sustancias ilícitas.

En general, el consumo de sustancias psicoactivas fue mayor en hombres que en mujeres, exceptuando el caso de los tranquilizantes menores. Sin embargo, a diferencia de otros estudios, se observó una razón hombre/mujer más estrecha, que sugiere un incremento en el consumo de sustancias entre la población del género femenino, exceptuando el bazuco, que fue la única sustancia en que la razón hombre/mujer se mantuvo similar a la encontrada en estudios realizados desde 1992 hasta 1996.

Los índices de abstinencia para alcohol hasta la embriaguez y cigarrillo encontrados en la población de estudio fueron mayores que los reportados por otras investigaciones, lo cual podría explicarse en parte por el impacto de las campañas preventivas sobre el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo.

Igual que en otros estudios, se detectó la asociación entre el consumo de bebidas alcohólicas, violencia y accidentes: 27.8% de los encuestados consumidores de alcohol utiliza esta sustancia en situaciones potencialmente peligrosas (conducir vehículos o en el trabajo) y este porcentaje aumenta al incrementarse el puntaje del Cage. El 7.3% de los encuestados ha tenido accidentes de tránsito como conductores o peatones bajo los efectos del

alcohol u otras drogas, y este porcentaje se incrementa en forma de dosis respuesta al aumentar el puntaje del Cage. El uso de alcohol en situaciones potencialmente riesgosas se refleja también en el hecho de que 40.7% de los encuestados ha tenido o tiene relaciones sexuales bajo efectos del alcohol, lo cual los coloca en alto riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual, ya que bajo el efecto de sustancias psicoactivas generalmente se descuidan las medidas de protección.

Igual que en otros estudios, se observa una relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el consumo de sustancias ilícitas entre los estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas: se presenta una mayor prevalencia de consumo de sustancias ilícitas entre los consumidores de alcohol y un patrón mucho mayor de consumo de estas drogas entre los consumidores "pesados" de alcohol (consumir bebidas alcohólicas hasta embriagarse).

En concordancia con estudios anteriores, los índices de consumo de marihuana fueron los mayores entre las sustancias psicoactivas ilegales en la población de estudio.

La prevalencia de vida y la prevalencia anual de pastillas para dormir, pastillas para quitar los nervios y anfetaminas en los universitarios de carreras técnicas y tecnológicas es mayor que lo reportado en la población general y en la población universitaria de carreras profesionales, según otras investigaciones.

Las sustancias de mayor consumo reciente en el último año, en orden decreciente de frecuencia, fueron: alcohol, anfetaminas y éxtasis. Las de mayor consumo reciente en el último mes fueron el alcohol y el éxtasis.

Llama la atención que el éxtasis, siendo la sustancia de más reciente aparición en el mercado de las drogas ilícitas en Colombia, alcanza ya una prevalencia de vida de 1.5% en la población de estudio, superando a otras drogas psicoactivas como el bazuco, la heroína y los inhalables.

El comportamiento de la prevalencia de vida y de la prevalencia anual del consumo de heroína en la población de estudio comparado con investigaciones previas realizadas en Colombia desde 1993, pone en evidencia que el consumo de esta sustancia en nuestro país va en aumento. También llama la atención que a diferencia de estudios realizados en el año 1993, en los cuales la heroína era de uso exclusivo en hombres, en este estudio la razón hombre/mujer encontrada fue de 2:1.

Recomendaciones

A pesar de que el objeto de este estudio no fue evaluar el impacto de las políticas y programas relacionados con la prevención del uso de sustancias psicoactivas, los resultados obtenidos y la revisión bibliográfica sobre el tema sugieren que en el país el consumo de estas sustancias va en aumento, haciéndose necesario revisar y replantear las estrategias de intervención para prevenir el consumo en la población joven estudiantil.

Se hace necesario que las instituciones que brindan programas de formación universitaria a nivel técnico y tecnológico organicen programas de orientación y consejería en los que se incluyan componentes específicos para la prevención e intervención en el consumo de sustancias psicoactivas, ya que 91.4% de sus estudiantes ha consumido alguna vez en la vida bebidas alcohólicas, 8.8% drogas ilícitas, y 13% de los mismos manifiesta que preferiría como lugar inicial de consulta para manejar sus problemas con sustancias psicoactivas un servicio ofrecido por su misma universidad.

En los proyectos de prevención dirigidos hacia estudiantes universitarios de carreras técnicas y tecnológicas debe tenerse en cuenta que en esta población los motivos más frecuentemente aducidos para consumir alcohol u otras drogas son “relacionarse

mejor” y “sentir las sensaciones que la sustancia da”. Igualmente, para no consumirlas, las razones son “no sentir la necesidad” y “conocer los daños que producen”. Debe ser prioritario también el componente de sensibilización hacia el problema, ya que los estudiantes encuestados consideraron que esta conducta no se constituía en un problema y era poco grave en sus respectivas instituciones, lo cual se contradice con la magnitud del consumo hallado según los indicadores calculados.

Las cifras de consumo anual de heroína son preocupantes en la población estudiada, ya que son mayores que lo registrado en estudios nacionales desde 1993. Las consecuencias del consumo de estas sustancias son graves por el costo del tratamiento de la dependencia que producen, por el deterioro del consumidor, por su asociación con enfermedades transmitidas por vía parenteral y por conocerse que los usuarios de heroína suelen convertirse en individuos potencialmente más violentos que otros usuarios de sustancias ilícitas. Por esto, debe prestarse especial atención a la vigilancia del consumo de esta sustancia, no sólo en la población de estudiantes universitarios de carreras técnicas y tecnológicas, en población general, y se deben preparar las condiciones de atención especializada que su manejo requiere.

Es necesario continuar la observación atenta del comportamiento del consumo de éxtasis en la población estudiada y en general en la población universitaria, pues alarman los altos índices de consumo que registra a pesar del poco tiempo de circulación en el mercado de las drogas ilícitas.

Los indicadores de consumo de alcohol en la población de estudio son tan altos que hacen custionar las campañas de “no consumo” que han predominado hasta el momento. Se recomienda que los proyectos de prevención que se diseñen para la población estudiada sean enfocados hacia el consumo responsable.

En concordancia con lo conocido para la población en general, entre los estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas también se encontró una asociación significativa entre consumir

sustancias psicoactivas y someterse a situaciones potencialmente peligrosas, así como sufrir accidentes de tránsito como conductores y peatones. Por tanto, los programas de prevención y control del consumo de sustancias entre los estudiantes de carreras técnicas y tecnológicas debe incluir componentes que refuercen las medidas de control del comportamiento ciudadano que han sido diseñadas para la población en general.

De los encuestados, 12.7% manifestó que ante problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas no sabría dónde buscar ayuda. Esto pone en evidencia la necesidad de diseñar estrategias de información para que los estudiantes conozcan las instituciones y servicios a los que pueden acudir cuando crean necesitar atención para manejar sus problemas con psicoactivos.

La mayoría de los estudiantes encuestados manifestó que buscaría atención para sus problemas con psicoactivos en instituciones de tipo privado o religioso, con un menor porcentaje de elección de instituciones públicas. Esto debe tenerse en cuenta cuando se piensa diseñar una red de servicios de atención para farmacodependencia que tenga población estudiantil universitaria dentro de sus potenciales usuarios.

Es preciso continuar con la vigilancia sobre el consumo de sustancias psicoactivas a través de encuestas en la población universitaria de carreras técnicas y tecnológicas, así como profundizar en el estudio de factores de riesgo y factores protectores con miras a prevenir el problema en esta población.

Este libro fue levantado en caracteres
Cochin de 12 puntos.
Fue impreso en papel bond de 75 gramos
en los talleres de Alkyl Ltda.
Mayo de 1999